

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

THÈSE PRÉSENTÉE À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
ÉTIENNE KIMESSOUKIE OMOLOMO

VARIABILITÉ ET MODÉLISATION PHÉNOMÉNOLOGIQUE DE LA
RÉSILIENCE CHEZ DES FEMMES CAMEROUNAISES
CONFRONTÉES À UNE FORTE ADVERSITÉ

VOLUME 1

OCTOBRE 2016

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

Cette thèse a été dirigée par :

Colette Jourdan-Ionescu, Ph. D., directrice de recherche Université du Québec à Trois-Rivières

Jury d'évaluation de la thèse :

Colette Jourdan-Ionescu, Ph. D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Jean-Marie Miron, Ph. D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Michael Cantinotti, Ph. D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Michel Tousignant, Ph. D.

Université du Québec à Montréal

Thèse soutenue le 22 septembre 2016

Sommaire

L'intérêt sans cesse grandissant des chercheurs pour l'étude de la résilience et des approches salutogéniques découle des limites du paradigme déterministe à causalité linéaire pour expliquer l'évolution des phénomènes complexes comme celui d'un développement ou d'un fonctionnement optimal en dépit de l'adversité. Bien que le nombre de publications sur la résilience soit croissant au fil des années, cette étude se déroule dans un contexte théorique d'absence de consensus sur la définition de ce construit, dans un environnement de déficit de l'offre de services de santé mentale et d'absence de données sur la variabilité de la résilience dans une population camerounaise.

Une consultation des bases de données *PsycInfo* et *Scopus* en décembre 2015 montre seulement deux études en psychologie ayant porté spécifiquement sur le phénomène de résilience au Cameroun. Ces travaux ont été effectués en zone rurale anglophone et ont utilisé un devis de recherche qualitatif. Cette étude, qui se déroule dans les régions francophones du Cameroun, a pour objectif général de comprendre l'expérience de résilience chez les femmes âgées de 20 à 55 ans vivant de l'adversité. Elle s'intéresse à la variabilité de la résilience dans cette population et à sa modélisation en vue d'en accroître la compréhension. Elle aborde la résilience sous l'angle de la complexité en l'observant sous différentes approches théoriques (épidémiologique, salutogénique, phénoménologique, cycle de vie et écosystémique). Pour ce faire, elle a recours à un devis de recherche mixte séquentiel à visée explicative. La première phase de l'étude est quantitative. À l'aide d'instruments de mesure (*Échelle d'adversité psychosociale*, *Échelle de facteurs de protection*, *Inventaire d'anxiété de Beck*, *Inventaire de dépression*

de Beck, Échelle de résilience de Wagnild et Young, Questionnaire sociodémographique), elle permet de décrire la variabilité de la résilience et d'identifier les femmes résilientes. Les participantes ($N = 1005$) ont été recrutées par échantillonnage de convenance dans les quatre grandes régions culturelles du Cameroun (Fan Beti, Grassfields, Sawa, Soudano-sahélienne). Les résultats quantitatifs, en plus de mettre en évidence trois principaux profils de résilience (faible, modérée et élevée), montrent que la vie associative, la scolarisation et l'accès à l'emploi soutiennent la résilience des femmes camerounaises. La deuxième phase de l'étude est qualitative. Les participantes ont été sélectionnées par échantillonnage intentionnel à valeur maximale de résilience parmi les 1005 femmes de la première enquête. À travers des études de cas multiples, cinq principales phases ont été mises en évidence dans le processus de résilience : perturbation, adaptation, rétroaction, réorganisation et transformation de soi. Une démarche phénoménologique a permis de décrire la structure de l'expérience de résilience. Celle-ci comprend l'adversité, les compétences, les interactions positives, l'intériorité, la force transformative et la transformation de soi. Cette étude a abouti à la construction du Modèle Théorique de l'Expérience de Résilience (MoThER) et à une définition de ce phénomène, considérée comme *une expérience unique et complexe de réussite, d'empowerment, de croissance et/ou de transformation de soi au cours de laquelle une personne, grâce à ses compétences, des interactions écosystémiques positives, sa profondeur intérieure et une force transformative, transcende l'adversité à laquelle elle est confrontée et accède à un mieux-être.*

Mots clés : Adversité psychosociale, Facteurs de protection, Modélisation phénoménologique, Recherche mixte, Résilience, Cameroun.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	xv
Liste des figures	xvii
Remerciements	xx
Introduction	1
Contexte théorique	9
Facteurs de risque des troubles psychologiques – Adversité psychosociale	11
Facteurs de risque	12
Vulnérabilité ou facteurs de risque individuels	12
Événements critiques	15
Conditions de vie stressantes ou facteurs de risque environnementaux	18
Contraintes de rôle ou facteurs de risque sociaux.....	20
Facteurs de risque culturels.....	23
Adversité	27
Échelles de facteurs de risque et d'adversité	28
Résilience	31
Conceptions de la Résilience en sciences naturelles, génie et économie	33
Conception ontologique de la résilience	34
Conception systémique adaptative de la résilience.....	34
Conception systémique transformative de la résilience.....	37
Conceptions de la résilience en psychologie et sciences connexes	37

Résilience comme traits de personnalité ou résultat dans la première vague de recherche.....	38
Résilience comme Processus dans la deuxième vague de recherche.....	39
Résilience assistée dans la troisième vague de recherche.....	43
Facteurs de résilience	45
Facteurs de protection.....	49
Facteurs de protection individuels	50
Facteurs de protection interactionnels	52
Facteurs de protection environnementaux	55
Facteurs de néo-développement.....	59
Point tournant.....	59
Construction du sens.....	61
Force motivationnelle	63
Tutorat de résilience	64
Résilience et concepts connexes	65
Échelles d'évaluation de la résilience	68
Revue des études sur les facteurs de risque, les facteurs de protection et la résilience	71
Objectifs de recherche.....	76
Méthode.....	78
Contexte écologique et culturel de l'étude.....	79
Devis de recherche	81
Première phase : devis quantitatif.....	82

Participantes.....	89
Sélection des participantes.....	90
Critères d'inclusion.....	91
Critères d'exclusion.....	91
Taille d'échantillon.....	91
Considérations éthiques	92
Instruments de mesure	92
Échelle d'adversité psychosociale	92
L'Échelle de facteurs de protection-version adaptée	93
Inventaire de dépression de Beck	94
Inventaire d'anxiété de Beck	94
Échelle de résilience	95
Questionnaire de renseignements généraux.....	96
Procédure	96
Opérationnalisation des variables	97
Stratégie de traitement et d'analyse des données.....	98
Deuxième phase : devis qualitatif.....	99
Participantes.....	101
Sélection des participantes.....	101
Critères d'inclusion.....	102
Critères d'exclusion	102
Taille d'échantillon.....	102

Outils de collecte de données.....	105
Ligne de vie/Événements de vie	105
Guide d'entretien	106
Procédure	106
Stratégie d'analyses	107
Critères de rigueur scientifique.....	110
Résultats	113
Présentation des résultats quantitatifs	114
Caractéristiques sociodémographiques des participantes	114
Nombre d'enfants et nombre de personnes à charge en fonction de l'âge	114
Niveau d'éducation, Nombre d'associations et Revenu	115
Situation matrimoniale et type de famille dans lesquelles vivent les participantes	116
Types d'associations et apport dans la vie.....	117
Validation des instruments.....	122
Échelle d'adversité psychosociale	123
Validité factorielle	125
Corrélations entre les dimensions	128
Cohérence interne de l'échelle d'adversité psychosociale	129
Échelle de facteurs de protection	132
Validité de l'échelle de facteurs de protection.....	134
Corrélations entre les dimensions.....	137

Cohérence interne de l'échelle de facteurs de protection	137
Cohérences internes des échelles de résilience de Wagnild et Young, du BDI-II et du BAI de Beck	140
Corrélations entre les échelles	140
Description de l'adversité psychosociale, des facteurs de protection, de la résilience, de la dépression et de l'anxiété.....	142
Description de l'adversité psychosociale chez les femmes camerounaises.....	142
Adversité psychosociale et Âge	142
Adversité psychosociale et Niveau d'éducation	143
Adversité psychosociale et Parité	144
Adversité psychosociale selon le type de famille et l'état civil.....	145
Description des facteurs de protection chez les femmes camerounaises.....	147
Facteur de protection et Âge	148
Facteurs de protection et Niveau d'éducation	149
Facteurs de protection et Parité.....	150
Facteurs de protection en fonction du Niveau de revenu par rapport aux besoins	151
Facteurs de protection en fonction de l'état civil et du type de famille	152
Résilience	153
Résilience et Niveau d'éducation	154
Résilience et Vie associative	155
Résilience selon l'état civil et le type de famille	156

Dépression	157
Dépression et Âge.....	158
Dépression et Niveau d'éducation.....	159
Dépression et Parité	160
Dépression et Revenu	161
Dépression selon l'état civil et le type de famille.....	162
Anxiété	163
Anxiété et âge	164
Anxiété et Niveau d'éducation	165
Anxiété et Parité	166
Anxiété en fonction de l'état civil et du type de famille.....	167
Relation entre Résilience et les autres variables à l'étude	168
Résilience vs Adversité psychosociale et facteurs de protection.....	169
Analyse des profils psychologiques des participantes	170
Présentation des résultats qualitatifs	172
Expériences de résilience des participantes	173
Expériences de résilience de Marthe : « femme de charité ».....	174
Résilience face à la maltraitance au cours de l'enfance	174
Résilience face à l'adversité cumulée au cours de la saison du jeune adulte	178
Résilience face à la déchirure conjugale à la saison du mitan.....	182
Expériences de résilience de Denise : femme de défis	186

Résilience face à la parentalité précoce en contexte de misère vers la fin de la saison de l'enfance.....	187
Résilience face à l'adversité entrepreneuriale au cours de la saison du jeune adulte.....	191
Résilience face à la séropositivité au VIH/Sida au cours de la saison du jeune adulte.....	195
Résilience face à la crise conjugale à la transition du mitan	200
Expériences de résilience d'Angèle : femme persévérente	204
Résilience face au « sexe sélectif familial », à la maltraitance et aux échecs scolaires multiples à la saison de l'enfance.....	205
Résilience face à l'échec du projet de fondation familiale à la transition du mitan	209
Modélisation de la résilience des femmes camerounaises vivant une forte adversité	214
Caractéristiques fondamentales de l'expérience de résilience.....	214
Adversité biopsychosociale	214
Facteurs de pauvreté	217
Problèmes familiaux	218
Adversité relationnelle.....	219
Adversités liées à la grossesse et l'accouchement.....	222
Adversités liées aux épreuves de santé.....	224
Insécurité.....	226
Adversité culturelle.....	227
Facteurs de résilience.....	229
Compétences.....	230

Interactions positives	235
Intériorité	239
Force transformative.....	242
Synthèse des phases du processus de résilience	247
Phase de perturbation ou de désorganisation.....	247
Phase d'adaptation	248
Phase de rétroaction ou d'inversion de la trajectoire développementale	248
Phase de réorganisation	250
Phase de transformation.....	250
Discussion	253
Caractéristiques populationnelles, validité des construits et variabilité des phénomènes.....	255
Caractéristiques populationnelles	255
Validité des construits.....	257
Validité du construit d'adversité psychosociale	257
Validité du construit des Facteurs de protection.....	260
Validité du construit de résilience	263
Variabilités des phénomènes.....	268
Vers un modèle intégrateur des conceptions de la résilience : le MoThER	276
Considérations sur le déclencheur de l'expérience de résilience.....	276
Composantes et processus du MoThER	278
Retombées de l'étude	280

Retombées théoriques	281
Retombées cliniques	283
Forces et limites de la recherche	284
Forces	284
Limites	285
Conclusion	287
Références	291

Liste des tableaux

Tableau

1.	Instruments d'évaluation de la résilience dans une population générale d'adultes	70
2.	Observations et ajustements apportés à l'échelle de facteurs de risque	86
3.	Observations et ajustements apportés à l'échelle de facteurs de protection	87
4.	Effectifs des participantes par zone culturelle	90
5.	Modalités de passation des questionnaires	97
6.	Description des variables.....	98
7.	Renseignements généraux des participantes à la deuxième phase de l'étude	104
8.	Critères de rigueur scientifiques pour le deuxième axe de l'étude	111
9.	Nombre moyen d'enfants ou de personnes à charge en fonction de l'âge	115
10.	Description du niveau d'éducation, du nombre d'associations et du niveau de revenu des participantes.....	116
11.	Distribution des participantes en fonction de la situation matrimoniale et du type de famille	117
12.	Fréquence d'adhésion des participantes aux principaux types d'association	119
13.	Fréquences et niveau de pénibilité de chaque situation d'adversité	124
14.	Matrice de structure après rotation de l'échelle d'adversité psychosociale	127
15.	Corrélations entre les dimensions de l'échelle d'adversité psychosociale	129
16.	Cohérence interne et normes des dimensions de l'échelle d'adversité psychosociale.....	130
17.	Statistiques d'item-total des dimensions de l'échelle d'adversité psychosociale	131
18.	Fréquences des variables manifestes de l'Échelle de facteurs de protection.....	133

Tableau

19. Matrice de structure de l'échelle de facteur de protection.....	136
20. Matrice de corrélation des dimensions de l'Échelle de facteurs de protection....	137
21. Cohérence interne et normes de l'échelle de facteurs de protection	138
22. Statistiques d'item-total des dimensions de l'échelle de facteurs de protection	139
23. Cohérence interne de l'échelle de résilience, du BDI-II et du BAI.....	140
24. Matrice de corrélation entre les échelles	141
25. Variabilité de l'adversité en fonction du type de famille et de l'état civil	146
26. Variabilité des facteurs de protection en fonction de l'âge	149
27. Variabilité des facteurs de protection en fonction du niveau d'éducation.....	150
28. Variabilité des facteurs de protection en fonction de la parité	151
29. Variabilité des Facteurs de protection en fonction du type de famille et de l'état civil.....	153
30. Variabilité de la résilience en fonction du type de famille et de l'état civil	157
31. Variabilité de la dépression en fonction du type de famille et de l'état civil	163
32. Analyse de l'interaction entre Adversité psychosociale et facteurs de protection dans un modèle prédictif de la résilience.....	170
33. Profils psychologiques de résilience dans la population des femmes camerounaises.....	172
34. Thèmes d'adversité émergeant du discours des onze participantes.....	216
35. Caractéristiques de résilience émergeant du discours des 11 participantes.....	231
36. Synthèse des dimensions de quelques modèles théoriques de la résilience	279

Liste des figures

Figure

1.	Modèle métathéorique de la résilience de Richardson	41
2.	Modèle de croissance post-traumatique.....	42
3.	Modèle théorique de la résilience et des champs d'intervention en santé	48
4.	Interrelations entre la résilience et ses concepts connexes	67
5.	Schéma conceptuel de l'interrelation entre facteurs de risque, facteurs de protection et résilience	73
6.	Processus d'adaptation des échelles de facteurs de risque et facteurs de protection	84
7.	Variabilité de l'adversité psychosociale en fonction de l'âge	143
8.	Variabilité de l'adversité psychosociale en fonction du niveau d'éducation	144
9.	Variabilité de l'adversité psychosociale en fonction de la parité	145
10.	Variabilité des Facteurs de protection en fonction du niveau de revenu	152
11.	Distribution des participantes selon leur niveau de résilience.....	154
12.	Variabilité de la résilience en fonction du niveau d'éducation.....	155
13.	Variabilité de la résilience en fonction de la vie associative	156
14.	Distribution des participantes selon les niveaux de dépression.....	158
15.	Variabilité de la dépression en fonction de l'âge.....	159
16.	Variabilité de la dépression en fonction du niveau d'éducation.....	160
17.	Variabilité de la dépression en fonction de la parité.....	161
18.	Variabilité de la dépression en fonction du niveau de revenu.....	162
19.	Distribution des participantes selon le niveau d'anxiété.	164
20.	Variabilité de l'anxiété en fonction de l'âge.....	165

Figure

21. Variabilité de l'anxiété en fonction du niveau d'éducation.....	166
22. Variabilité de l'anxiété en fonction de la parité.....	167
23. Variabilité de l'anxiété en fonction de l'état civil et du type de famille.	168
24. Indices du modèle de l'analyse de classification.....	171
25. Caractéristiques de résilience de Marthe aux différentes saisons de la vie	186
26. Caractéristiques de résilience de Denise aux différentes saisons de sa vie	204
27. Caractéristiques de résilience d'Angèle aux différentes saisons de sa vie	213
28. Structure essentielle de la résilience	246
29. Modèle Théorique de l'Expérience de Résilience	252

À mon épouse, Annette,

ainsi qu'à tous nos enfants, pour leur amour

Remerciements

La relecture de mon cheminement doctoral me permet de faire le constat qu'il s'agit d'une véritable expérience de résilience. Celle-ci se construit grâce, d'une part, aux compétences personnelles du candidat, mais également, d'autre part, par des interactions positives avec d'autres personnes. Dans le registre des interactions qui ont contribué à la production de ce travail se trouvent en premier plan l'encadrement et les enseignements reçus, ainsi que le soutien de diverses personnes. Je voudrais à cet effet adresser ma reconnaissance à tous ceux et celles qui ont rendu possible ce travail. Je pense, entre autres, à :

Colette Jourdan-lonescu qui a dirigé ce travail, et dont le style d'encadrement a permis l'expression de mon plein potentiel. Il s'agit d'un style qui articulait autonomie, balises pour rester dans un projet réaliste, confrontation de mes idées avec celles d'autres chercheurs dans le cadre des réunions du Groupe Aidenfant et des nombreuses rencontres scientifiques auxquelles j'ai été encouragé à participer. Un style qui comprenait, au fur et à mesure de l'évolution, la définition d'objectifs partiels dont l'échéance était à court terme, pour maintenir la concentration. Et enfin, un style qui me permettait de relâcher la pression lorsque celle-ci semblait insoutenable.

Jean-Marie Miron et Noémie Carboneau, tous deux professeurs à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), qui ont accepté de faire partie de mon comité de

doctorat et dont la collaboration a permis, plusieurs fois, d'apporter des ajustements à mon projet, à mes analyses ou à mes conclusions.

Serban Ionescu, professeur émérite à l'UQTR et à l'Université Paris 8 Saint Denis, pour son accompagnement et ses conseils tout au long de mon cheminement doctoral ; ainsi qu'à Michallet Bernard, professeur à l'UQTR, pour ses observations.

Christian Joyal, Michael Cantinotti et Marcos Balbinotti, tous professeurs à l'UQTR, pour leurs observations sur mon projet, les analyses de données et la présentation des résultats quantitatifs.

L'École des Sciences de la Santé de l'Université Catholique d'Afrique Centrale, mon employeur, pour le financement de ces études ; en particulier à son Directeur, Benjamin Alexandre Nkoum, pour le soutien sans réserve à toutes les étapes de la recherche.

Au Décanat des études, au Groupe de recherche et d'intervention sur l'adaptation psychosociale et scolaire, et au Département de Psychologie pour les différentes bourses d'aides à la diffusion de mes travaux de recherche.

Toutes les femmes qui ont participé à cette étude pour les informations qu'elles ont mises à ma disposition et pour leurs expériences qui m'ont apporté beaucoup d'enseignements.

Toutes les personnes qui ont contribué aux accords intercodeurs, interjuges ; aux assistantes de recherche pour leur participation au recueil et à la saisie des données et à toutes les personnes qui ont participé à la relecture de ce travail. Je leur témoigne également toute ma reconnaissance.

Introduction

La résilience dans ses premières conceptions signifie la capacité de rebondir, la propriété d'un matériau à revenir à sa forme initiale après l'exposition à une contrainte ou la quantité d'énergie que peut absorber celui-ci avant de se rompre au point d'impact (Hollnagel, 2014 ; Ionescu, 2012 ; McAslan, 2010). Au fil du temps, ce concept a pénétré de nombreux champs disciplinaires en sciences naturelles et génies, sciences sociales et humaines, sciences de la santé, arts et lettres. Une consultation de Web of Science (décembre 2015) permet d'en répertorier 147.

L'intérêt sans cesse grandissant des chercheurs pour l'étude de la résilience, bien qu'il n'existe pas encore de consensus sur sa définition (Ionescu, 2015), provient des limites du paradigme déterministe à causalité linéaire à expliquer l'évolution des phénomènes complexes. Pour certains chercheurs, la résilience est un trait de personnalité, pour d'autres, elle est un processus et pour une autre catégorie d'auteurs, elle est un résultat. En sciences de la santé, dans le paradigme déterministe qualifié de pathocentrique (Ionescu, 2010), l'attention des chercheurs s'est portée principalement sur les personnes exposées à des facteurs de risque et qui ont développé des troubles. Ceux-ci se sont principalement centrés sur la description et l'explication de la pathogénèse, ainsi que sur la recherche des thérapies pour corriger les troubles. Les politiques de santé élaborées sur la base de ce paradigme ont montré leurs limites à stopper l'évolution de la prévalence des maladies en général et des troubles psychologiques en particulier. Des données de l'Organisation Mondiale de la Santé en indiquent une prévalence sans cesse croissante. Il existe plus de 450 millions de personnes à travers le monde qui souffrent de

troubles mentaux et les troubles neuropsychiatriques représentent 13 % de la charge mondiale de morbidité et 5,8 % de la charge nationale camerounaise de morbidité (OMS, 2013a; OMS Afrique, 2010). Ces mêmes sources indiquent que les personnes atteintes des troubles mentaux graves dans les pays à haut revenu (35 à 50 %) et dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (76 à 85 %) ne reçoivent aucun traitement. Elles révèlent aussi que 67 % des ressources allouées à la santé mentale sont consacrées aux hôpitaux psychiatriques pour des résultats sanitaires médiocres (OMS, 2013a). Ces observations ont conduit l'OMS à constater l'échec du pathocentrisme et à recommander une approche salutogénique au niveau communautaire.

La salutogenèse est une approche positive qui s'intéresse au processus de renforcement, de maintien ou de construction de la santé ou du bien-être. Les chercheurs qui s'inscrivent dans ce courant de pensée, dont l'un des pionniers est Antonovsky (1979), ont observé que certains individus, bien qu'exposés eux aussi à des facteurs de risque pour leur santé, ne développent pas de troubles psychologiques ou alors se reconstruisent (Garmezy, Masten, & Tellegen, 1984; Rutter, 1987; Werner & Smith, 1989). Ils se sont alors intéressés aux comportements ou aux facteurs de protection de ceux-ci en vue de les promouvoir pour prévenir les troubles et renforcer la santé (Ionescu, 2010). Ce paradigme est une alternative au courant pathocentrique, car à travers la résilience il explique le rebond ou l'absence de psychopathologie observée chez certains individus exposés à des facteurs de risque susceptibles de provoquer des troubles. Les travaux des chercheurs sur la résilience ont évolué de la sphère clinique à la société à travers des études

populationnelles. Ces travaux s'intéressent à la variabilité des facteurs de risques de troubles psychologiques, ainsi qu'à celle de la résilience en fonction de différentes caractéristiques sociodémographiques (Collazzoni et al., 2015; Deblinger, Runyon, & Steer, 2014; Ernestus & Prelow, 2015; Greeff & Holtzkamp, 2007; Idemudia & Mabunda, 2012; Ionescu, Jourdan-Ionescu, et al., 2014; Mayordomo-Rodríguez, García-Massó, Sales-Galán, Meléndez-Moral, & Serra-Añó, 2015; Suriá Martínez, 2015). La variabilité réfère ici aux variations quantitatives d'un phénomène selon différentes conditions. Ces études quantitatives et/ou populationnelles sont d'un intérêt particulier pour les politiques de santé publique, car elles offrent des indicateurs pour le choix des priorités, la planification et l'élaboration des programmes. Elles permettent d'identifier les groupes vulnérables et de repérer dans une société donnée des comportements protecteurs en vue de les renforcer. Cependant, jusqu'en mai 2016, une consultation des bases de données *PsycInfo* et *Scopus* ne montre aucune étude quantitative de ce type au Cameroun en rapport avec la résilience.

Le Cameroun, pays d'Afrique centrale, a une population estimée à environ 23 millions d'habitants (BUCREP, 2016). Il compte moins de cinq psychiatres en exercice répartis dans les deux principales villes du pays (Yaoundé et Douala). Un tel déficit d'offre de services de santé mentale rend très précaire une orientation pathocentrique du système de santé, bien qu'il soit admis qu'elle conduise à des résultats médiocres comme le relève l'OMS (2013.a). Ce pays compte plus de 250 ethnies vivant dans des paysages écologiques très différents (forêts, savanes, désert, montagnes, littoral,

etc.) et dans lesquels on observe un syncrétisme culturel. Les conditions des femmes qui constituent 51 % de la population, sont particulières. Elles sont de grandes multipares, avec un indice synthétique de fécondité de 5,2 enfants. Elles subissent la pauvreté et la précarité de l'emploi qui sévissent de manière endémique. Un quart des ménages sont dirigés par des femmes. Ces cheffes de ménages sont constituées à 40 % de veuves dont seulement 36 % sont alphabétisées (Ministère de la promotion de la femme et de la famille, 2012). Par ailleurs, l'organisation communautaire de la société, les taux élevés de morbidité (Institut national de la statistique du Cameroun, 2010), l'indice synthétique de fécondité élevé, mettent en avant les contraintes de rôles des femmes et les placent au cœur du dispositif des soins dispensés à la famille. L'enquête EDS-MJCS de 2011 révèle que 98 % de femmes contre 96 % d'hommes n'ont pas accès à un régime d'assurance maladie (INS Cameroun & ICF International, 2011). Bien qu'elles vivent en contexte d'adversité par rapport aux hommes, de 2001 à 2007, le Ministère de la promotion de la femme et de la famille (2012) relève que, tandis que la pauvreté diminue chez les femmes, celle-ci augmente chez les hommes ; mais aussi qu'un tiers de promoteurs d'entreprises sont des femmes. Par ailleurs, au cours de notre pratique professionnelle durant sept années en consultation de santé mentale au Cameroun, nous avons pris en charge de nombreuses femmes confrontées à divers types d'adversité. Nous avons observé chez elles, ainsi que chez plusieurs autres femmes dans la société, une grande capacité à composer avec l'adversité cumulée de manière chronique et à avoir une vie satisfaisante. Nous avons également observé chez elles, un style de vie organisé autour des activités associatives. Ces constats indiquent qu'elles semblent s'appuyer sur des facteurs de

protection pour favoriser leur adaptation et, pour d'autres, leur résilience. Le questionnement qui se dégage est de savoir quelle est la variabilité de la résilience dans la population des femmes camerounaises et quelles en sont les caractéristiques fondamentales ?

Cette étude se déroule dans un contexte théorique d'absence de consensus sur la définition de la résilience, dans un contexte environnemental de déficit de l'offre de services de santé mentale et d'absence de données sur la variabilité de la résilience dans une population camerounaise. Elle s'insère dans le champ des études cliniques et populationnelles en psychologie, tout en s'inscrivant dans le paradigme salutogénique. Elle adopte une démarche phénoménologique pour étudier la résilience à partir de l'expérience des personnes ayant fait preuve de résilience. À cet effet, elle part du postulat selon lequel la résilience est un phénomène, une expérience dont elle recherche sa structure essentielle. La résilience étant considérée par certains auteurs comme un développement satisfaisant en dépit de l'adversité (Cyrulnik, 2012a; O'Dougherty Wright & Masten, 2005; Park, Cohen, & Murch, 1996; Tedeschi & Calhoun, 2004), cette étude s'intéresse aux expériences de résilience rapportées à différentes phases du développement humain. Elle s'intéresse aussi aux interactions écosystémiques qui ont contribué à son émergence (Jourdan-Ionescu, Palacio-Quintin, Desaulniers, & Couture, 1998). Elle aborde donc la résilience sous l'angle de la complexité en l'observant sous différentes approches théoriques (épidémiologique, salutogénique, phénoménologique, cycle de vie et écosystémique) en vue d'une meilleure description et compréhension.

L'approche épidémiologique permet d'étudier la fréquence et variabilité de la résilience et des autres phénomènes d'intérêt dans cette étude (adversité, facteurs de protection, anxiété et dépression). L'orientation salutogénique permet de s'intéresser aux facteurs de protection et mécanismes qui contribuent au maintien ou à la reconstruction de la santé. La tradition phénoménologique invite à étudier la résilience à partir de l'expérience des femmes chez qui ce phénomène est mis en évidence. L'approche par cycle de vie invite à observer la résilience à différentes périodes du développement de l'individu. La perspective écosystémique permet d'étudier le processus de résilience à travers les interactions entre l'individu, la famille et l'environnement. Toutes ces approches trouvent leur unité dans la complexité.

Ce travail comprend cinq principales articulations. La première traite du contexte de l'étude. Celui-ci dresse un état des connaissances sur les facteurs de risque et l'adversité en s'appuyant sur le modèle socioclinique de Brown et Harris (1978). Il fait également un tour d'horizon des différentes conceptions et dimensions de la résilience, en insistant davantage sur la résilience individuelle et en rapportant quelques modèles théoriques. Il opérationnalise la résilience en deux principaux facteurs : les facteurs de protection et les facteurs de néo-développements. À travers l'énoncé des objectifs de ce travail, il délimite le champ auquel se consacre cette étude. La deuxième articulation traite de la démarche méthodologique utilisée pour mener cette recherche. Il s'agit d'une méthode mixte séquentielle explicative dont la finalité consiste à produire une compréhension plus approfondie des phénomènes. Le devis quantitatif qui représente la première phase de

cette étude est descriptif et corrélational, alors que le devis qualitatif qui vient par la suite s'appuie sur la tradition des études phénoménologiques et l'étude de cas multiple. La troisième articulation présente les résultats quantitatifs dans lesquels apparaissent les propriétés psychométriques des échelles d'adversité psychosociale et de facteurs de protection validées dans ce travail, ainsi que les résultats de la variabilité des différents phénomènes étudiés. La quatrième articulation présente les résultats qualitatifs dans lesquels sont tout d'abord analysés des cas d'expériences de résilience à différentes phases du cycle de vie afin de mettre en évidence des caractéristiques et les phases du processus de résilience. Par la suite, la structure essentielle de l'expérience est présentée, et enfin, un modèle théorique est construit pour permettre une meilleure compréhension de la résilience. La cinquième articulation discute les résultats obtenus en fonction des recherches des autres auteurs. Celle-ci met en exergue la contribution de cette étude à l'avancement des connaissances sur la résilience, ainsi que ses retombées théoriques et cliniques.

Contexte théorique

Une analyse de l'évolution de la conception de la santé montre diverses phases influencées par des problématiques sociales et le niveau de développement scientifique. Jusqu'à la moitié du XX^e siècle, l'attention était davantage portée sur la pathologie du fait de la forte prévalence des maladies infectieuses, du faible niveau de connaissance sur les troubles psychologiques. Dans ce paradigme pathocentrique, la maladie est au centre des politiques de santé. La transition épidémiologique observée à partir de la deuxième moitié du XX^e siècle (diminution de la prévalence des maladies infectieuses et augmentation de celle des maladies non transmissibles), la mise en évidence du comportement comme facteur favorisant les maladies ont inauguré l'approche biopsychosociale de la santé (Omran, 2005). Dans ce nouveau paradigme, la personne malade est au centre des politiques de santé. L'émergence de disciplines comme la psychologie positive, le développement des approches de promotion de la santé, le constat que certains individus exposés à des facteurs de risque ou à des traumatismes parviennent à maintenir ou retrouver une trajectoire développementale satisfaisante ont soutenu l'émergence du paradigme salutogénique, dans lequel s'inscrit la résilience. Ici, c'est la santé des personnes dans une perspective écologique, et non plus seulement la maladie, qui est au centre des politiques de santé. Depuis cette deuxième moitié du XXe siècle, en plus de s'intéresser aux facteurs de risque, les chercheurs s'intéressent aussi, de plus en plus, aux facteurs de protection des troubles psychologiques et à la résilience.

Ce contexte théorique dresse un état des connaissances sur les facteurs de risque/adversité, les facteurs de protection et la résilience, ainsi que sur les interrelations entre ces concepts.

Facteurs de risque des troubles psychologiques – Adversité psychosociale

Les troubles psychologiques sont des perturbations développementales, comportementales et/ou morbides qui affectent le fonctionnement normal d'un individu et entravent son épanouissement ou son bien-être. Le trouble indique la présence d'un ensemble de symptômes ou de comportements observables associés à une détresse psychologique et/ou à une perturbation du fonctionnement personnel (OMS, 1993). Dans cette définition, le fonctionnement normal fait référence à la norme sociale relativement au comportement attendu d'une personne à une période donnée des étapes du développement humain. Un facteur de risque de troubles psychologiques est une caractéristique d'un sujet, de son environnement ou de leur interaction, pouvant permettre de prédire ou de favoriser un fonctionnement anormal (Ionescu, 2010; O'Dougherty Wright & Masten, 2005). L'interaction ici est une caractéristique émergente de la relation entre l'individu et son environnement. L'adversité est quant à elle le vécu expérientiel, le ressenti pénible, la souffrance ou la difficulté éprouvée par une personne exposée à des facteurs de risque (Riley & Masten, 2005). Cette section aborde les concepts de facteurs de risques de troubles psychologiques, d'adversité psychosociale et leurs outils de mesures.

Facteurs de risque

Tousignant (1992), s'appuyant sur l'approche socioclinique de la psychopathogenèse de Brown et Harris (1978), énonce une typologie en quatre dimensions des facteurs de risque : les événements de vie critiques, les conditions de vie stressantes, les contraintes dans l'exercice des rôles sociaux et la vulnérabilité individuelle. Bien que les facteurs de risque culturels puissent s'intégrer dans l'une ou l'autre de ces dimensions, compte tenu de l'approche complexe et de la perspective phénoménologique auxquelles recouvre cette étude, ceux-ci sont présentés comme la cinquième dimension des facteurs de risque, car leur influence paraît importante en contexte africain et surtout dans le vécu des femmes (De Rosny, 1996a, 1996b; Ionescu, Rutembesa, & Boucon, 2010; Lado, 2011; Nkoum, 2011).

Vulnérabilité ou facteurs de risque individuels. Il s'agit d'une fragilité, d'un ensemble de caractéristiques individuelles, innées ou acquises à la suite d'événements critiques, de l'usure dues à des conditions de vie difficiles ou des contraintes de rôle, qui prédisposent à l'émergence des troubles psychologiques (Ionescu & Jourdan-Ionescu, 2006; Tousignant, 1992).

Les facteurs de vulnérabilités innées sont de nature génétique et s'expriment par des déficiences ou des incapacités cognitives, sensorielles, motrices ou de langage qui limitent les capacités d'adaptation et entravent le processus de résilience. La génétique montre par exemple que :

- quinze pourcent (15 %) des mammifères sont de petits transporteurs de sérotonine, un neurotransmetteur impliqué dans la régulation émotionnelle (Cyrulnik, 2012a) ;
- la déficience innée ou acquise en monoamines-oxydases - enzymes intervenant dans le catabolisme des monoamines telles la sérotonine, la noradrénaline et la dopamine - augmente la vulnérabilité psychopathologique dans un contexte de déficit de facteurs de protection (Bowes & Jaffee, 2013).

Cyrulnik (2012a, p. 10), bien que soutenant un modèle explicatif étio-pathogénique non linéaire des troubles psychologiques, qualifie tout de même les personnes ayant une vulnérabilité innée de *mal partis de l'existence* à cause de leurs faibles capacités ou potentiels biologiques d'adaptation.

La vulnérabilité acquise se développe par l'interaction avec l'environnement, qu'il s'agisse des limitations fonctionnelles liées aux accidents et maladies, des carences liées aux pertes, du dysfonctionnement neurobiologique de l'activité des neurotransmetteurs lié à la toxicomanie ou à des comportements morbides ou autodestructeurs (Bowes & Jaffee, 2013; Ingram & Price, 2010; Ionescu & Jourdan-Ionescu, 2006). Dans ce registre, Bowes et Jaffee (2013) rapportent les thèses épigénétiques qui montrent l'influence au long cours de l'environnement sur l'expression des gènes. Pour ces chercheurs de ce champ disciplinaire, l'environnement, y compris la culture, notamment à travers le milieu de vie (écologie), la nutrition, les traumatismes, ou la consommation de substances

psychoactives, influence le phénotype. Il peut ainsi être source de vulnérabilité ou de protection pour les individus. Dans cette conception, l'environnement, pour des individus exposés à des facteurs de risque, déterminerait les « *mal partis de l'existence* ». Dans une perspective complexe, les troubles psychologiques émergent d'un processus d'interaction écosystémique complexe impliquant divers niveaux systémiques, allant du niveau subatomique au niveau macro-environnemental (Lemry & Doelger, 2005).

Dans leur modèle de psycho-sociopathogénèse des troubles dépressifs chez les femmes, Brown et Harris identifient quatre facteurs de vulnérabilité acquise : le fait d'être précocement orpheline de mère (avant l'âge de 11 ans), la parentalité de trois enfants ou plus âgés de moins de 14 ans, l'absence d'un emploi en dehors du domicile familial et le faible soutien ou l'absence du conjoint. Le cumul de ces facteurs de vulnérabilité a un effet additif (Brown & Harris, 1978, 2012; Tousignant, 1992). L'OMS (2013b), en ce qui concerne la maternité, soutient que la grande multiparité, c'est-à-dire le fait pour une femme d'avoir cinq enfants ou plus, est un facteur de vulnérabilité maternel. Abdul Kadir et Bifulco (2011), dans une étude s'appuyant sur le modèle de Brown et Harris (1978), et conduite auprès de 1002 femmes malaises, montrent que les mères célibataires ont un niveau de dépression significativement plus élevé que celui des mères mariées ; tandis que ces dernières ont une plus faible estime d'elle. Dans leur « Modèle de la vulnérabilité au stress et à la dépression dans l'expérience de santé des femmes », Kinser et Lyon (2014) mettent aussi en exergue les problèmes de santé chroniques, les maltraitances et traumatismes dans l'enfance.

Au Cameroun, les femmes, au cours de leur vie, désirent et ont en moyenne cinq enfants, ce qui de manière générale, représente un facteur de vulnérabilité de la population féminine au sens de l'OMS et du Modèle de Brown et Harris, car cela fait d'elles des grandes multipares (Brown & Harris, 2012; INS Cameroun & ICF International, 2011; Ministère de la promotion de la femme et de la famille, 2012; OMS, 2013b). Par ailleurs, 21 % de ces naissances ont un intervalle intergénésique inférieur à 24 mois, ce qui accroît les tensions dans l'exercice de la parentalité. De plus le VIH, maladie infectieuse chronique, est la première cause de mortalité chez les femmes âgées de 15 à 44 ans (INS Cameroun & ICF International, 2011). Ces données montrent qu'une portion des facteurs de vulnérabilités provient de ce que l'on qualifie d'événements critiques.

Événements critiques. Ce sont des faits extérieurs à la personne. Ils sont dotés d'un pouvoir désorganisateur et surgissent très souvent de manière inattendue dans la vie d'une personne et entraînent un changement important. Ils exigent une adaptation. Pour la personne qui en fait l'expérience, cet événement doit prendre un sens dans son histoire individuelle (Tousignant, 1992). Cet auteur distingue deux catégories d'événements selon le sens que le sujet leur attribue : les événements stressants qui exigent une adaptation et les événements de type « nouveaux départs » qui agissent comme des facteurs de reconstruction. Cette dernière catégorie va dans le sens du point tournant dans la trajectoire de résilience définie par Richardson (2002). Celle-ci sera abordée plus loin, à la section consacrée à la résilience.

Les événements critiques sont de divers ordres. Il peut s'agir d'accidents, de maladies ou décès d'un proche, d'abus sexuel, de divorce, de grossesse précoce, de licenciement, de faillite, etc. Pour Tousignant (1992), plus de 68 % des femmes chez qui l'on décèle le début d'une dépression rapportent, au cours d'une période de 6 à 12 mois, au moins un événement critique. Cet auteur, tout comme Amiel-Lebigre (2004), précise toutefois que la seule survenue d'un événement critique ne suffit pas pour engendrer un trouble. Celui-ci doit être associé à des conditions de vie difficiles et/ou à une vulnérabilité de la personne. Dans une étude menée à l'Est du Nigéria, Badaru, Ogwumike, Adeniyi, et Kaka (2013) rapportent que 84 % des mères dont les enfants souffrent de paralysie cérébrale présentent des troubles psychologiques, comme la dépression. Dans une étude qualitative réalisée auprès de 141 femmes coréennes souffrant de dépression, Kim (1990) met en évidence trois principaux facteurs favorisant : les infidélités conjugales, les conflits entre belle-mère et belle-fille, ainsi que les problèmes touchant à la progéniture. De manière générale, l'OMS (2013b), pour illustrer les facteurs de risque maternels auxquels les femmes sont confrontées, rapporte que la quasi-totalité (99 %) des quelques 28 000 décès maternels survenant chaque année a lieu dans les pays en développement. Dans le cas du Cameroun, cette mortalité maternelle est de 782 décès pour 100 000 naissances vivantes ; les décès maternels liés à la grossesse représentant 22 % de tous les décès des femmes de 15 à 49 ans (INS Cameroun & ICF International, 2011). Ces chiffres traduisent un ensemble d'événements critiques, de conditions de vie difficiles, d'offre de service de santé faible, qui expose ces femmes à la fatalité de la mort en voulant donner la vie. L'enquête démographique et de santé à indicateurs multiples de l'INS Cameroun et ICF

International (2011) situe à 8 % le taux de prévalence des violences sexuelles et à 34 % le taux de prévalence des violences physiques chez les femmes de 15 à 49 ans. Cette enquête rapporte aussi que, dans cette population, 18 % des femmes ayant vécu spécifiquement des violences sexuelles ont recherché de l'aide alors que 59 % n'en ont jamais parlé à personne. L'OMS (2013b) rapporte qu'au niveau mondial, 35 % des femmes ont subi de la violence de la part de leur partenaire ; elle soutient aussi que :

Les femmes qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles présentent, par rapport aux autres, des taux plus élevés de maladie mentale, de grossesses non désirées, d'avortements et de fausses couches. Les femmes qui subissent la violence de leur partenaire ont deux fois plus de risques de souffrir de dépression, presque deux fois plus de risques de présenter des troubles dus à l'usage de l'alcool et une fois et demi plus de risques d'être infectées par le VIH ou de souffrir d'une autre infection sexuellement transmissible (p.4).

Pour Tousignant (1992), les événements critiques ou déclencheurs, pour générer des troubles, agissent en synergie avec d'autres facteurs dont les mécanismes peuvent se comprendre dans le cadre d'un modèle complexe à causalité récursive (Morin, Roger Ciurana, & Domingo Motta, 2003). Il arrive parfois qu'il s'installe un cercle vicieux entre événements critiques, conditions de vie difficiles, tension dans l'exercice des rôles sociaux, vulnérabilités et troubles psychologiques ; chacun pouvant produire ou favoriser l'émergence de l'autre (Tousignant, 1992). Alonzo (2000), sur un plan biopsychosocial, s'intéressant à la relation entre stress et maladie chronique, observe également l'existence d'un cercle vicieux favorisé par l'interaction de ces deux problèmes. Tousignant (1992) soutient que les événements critiques minent l'estime de soi à travers le faible sentiment de contrôle dont ils font prendre conscience en cas d'échecs des stratégies d'adaptation mises en œuvre. Pour lui, lorsque l'événement critique crée une rupture dans les projets

de la personne, la confusion et la désorientation peuvent s'ensuivre. Il soutient également que les effets des événements critiques peuvent se faire sentir au niveau du système immunitaire dont ils affaiblissent le pouvoir protecteur, favorisant l'émergence de problème de santé physique et par la suite de troubles psychologiques.

Tousignant (1992) souligne toutefois qu'à l'échelle de la population générale, et quelles que soient les améliorations apportées aux instruments de mesure, le pourcentage de variance expliquée par les événements critiques dans la survenue des états pathologiques ne représentent qu'environ 9 %. Ceux-ci, pour ce chercheur, ne doivent donc pas être réduits à des agents destructeurs qui minent le moral et le fonctionnement normal. Il soutient aussi que dans certains cas, selon le sens que la personne leur donne, ils peuvent être l'occasion d'un renouvellement, d'une résilience.

Conditions de vie stressantes ou facteurs de risque environnementaux. Ils font référence aux difficultés quotidiennes de la vie et aux limitations de l'environnement social. Ils caractérisent le milieu de vie des personnes et sont présents de manière permanente ou sur une longue durée et engendrent une adversité chronique. Il peut s'agir, à titre d'exemple, de la pauvreté, la promiscuité, l'insalubrité, le chômage, le sous-emploi, l'insécurité, la maltraitance, la stigmatisation, les inégalités sociales, l'injustice, la pollution, l'aridité des sols, les changements climatiques, les épidémies, la structure familiale recomposée, l'inaccessibilité aux services sociaux de base (soins de santé, éducation, justice, loisirs) (Kinser & Lyon, 2014). L'INS Cameroun et ICF

International (2011), s'appuyant sur les Enquêtes camerounaises auprès des Ménages de 2001 et 2007, rapportent que 40 % de personnes vivent en dessous du seuil de pauvreté monétaire. Ces institutions observent aussi qu'environ 70 % de la population active en 2010 sont en situation de sous-emploi global (c'est-à-dire gagnent moins que le Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti) ; le taux d'alphabétisation des femmes de 15 ans et plus se situe autour de 55 % ; la majorité des ménages, soit 85 %, vivent dans un logement précaire ; 25 % de femmes sont en union polygamique. Le Ministère de la promotion de la femme et de la famille (2012), pour sa part, rapporte qu'environ 31 % de femmes-cheffes de ménage, en milieu urbain, sont des veuves, alors qu'elles sont 51 % en milieu rural. Les veuves représentent 3 % de la population des femmes de 15 à 49 ans et le pourcentage des femmes en rupture d'union se situe autour de 9 % (INS Cameroun & ICF International, 2011).

Les tensions quotidiennes causées par ces conditions de vie stressantes ont au moins autant d'influence négative sur la santé des individus que les événements critiques pris isolément. Leur accumulation finit par peser davantage dans la balance que des coups durs dont l'impact est peu à peu résorbé par le temps (Noltemeyer & Bush, 2013; Tousignant, 1992). La variance expliquée par les conditions de vie stressantes dans la survenue des troubles psychologiques est plus grande que celles en rapport avec les événements critiques, soit respectivement 16 % et 7 % dans une étude de De Longis et al. (1982) rapportée par Tousignant (1992). Pour étayer cette thèse, cet auteur présente le cas d'une jeune fille confrontée à une enfance malheureuse. Cette condition de vie la pousse

d'abord à chercher refuge et réconfort dans une relation amoureuse pour compenser le vide affectif qu'elle ressent. Puis, il y a le risque d'une grossesse qui peut conduire à une voie sans issue. En cas de grossesse, celle-ci semble moins bien préparée pour faire face à cette situation inattendue, encore moins l'amant ou le futur époux qui présente parfois un comportement le plus souvent irresponsable, ce qui hypothèque passablement la vie familiale et la possibilité de bien élever un enfant. Pour Padgett, Smith, Henwood, et Tiderington (2012), les conditions de vie stressantes sont significativement reliées à la dépression, à l'abus de substances, à une santé pauvre et une mortalité prématurée incluant le suicide.

Contraintes de rôle ou facteurs de risque sociaux. Le rôle est un ensemble de comportements effectués par une personne occupant une place dans un groupe ou un système donné (Dionne, Rhéaume, Cormier, & Charron, 2008). Il est associé au stade développemental (enfant, sœur, jeune adulte, adulte, conjointe, épouse, parent, grand parent) ou au groupe d'appartenance (famille, entreprise, école, associations, communauté).

À la base de ce facteur de risque se trouve *la théorie de la contrainte de rôle* proposée par Goode (1960). Celle-ci se fonde sur le postulat que la *société est construite et structurée suivant les relations de rôle*. Cet auteur conçoit les rôles comme les unités ou composantes de la structure sociale. Il fonde aussi sa théorie sur le *Théorème de l'intégration institutionnelle* qui stipule que les personnes ont généralement envie de faire

ce qu'elles sont supposées faire et c'est ce dont la société a besoin pour sa stabilité et sa continuité. Il constate cependant qu'il y a des personnes qui ne parviennent pas à se conformer à ce principe pour des raisons individuelles ou situationnelles telles un déficit de ressources, de temps ou d'énergie. Pour Goode (1960), trois facteurs expliquent les contraintes ou tensions dans l'exercice des rôles : tout d'abord, même si un rôle n'est ni coûteux, ni difficile, ou déplaisant, il exige tout de même d'être accompli en un temps et lieu précis ; ensuite, l'implication dans différents rôles dont chacun a des exigences particulières, parfois contradictoires, peuvent être sources de dissonance ; et enfin, un rôle requiert spécifiquement plusieurs activités ou réponses.

Il existe actuellement deux approches théoriques sur l'impact du cumul des rôles sur la santé : la théorie de la contrainte de rôle et la théorie de l'enrichissement (Kulik, 2015). La première, reprenant les idées de Goode (1960) se fonde sur le postulat selon lequel, les individus ont un temps et des ressources physiques et énergétiques limités. Dans cette optique, les personnes qui ont de multiples rôles à assumer éprouveraient un sentiment de détresse. Dans une étude réalisée auprès d'un groupe de femmes d'un quartier défavorisé de Londres, Brown et Harris (1978), montrent que le fait d'être femme au foyer avec trois enfants de moins de 14 ans et sans l'appui du mari comme confident constituent l'association de facteurs de risque la plus propice à une dépression. La théorie de l'enrichissement postule, quant à elle, que le cumul de rôles a généralement plus d'effets positifs que négatifs sur les sujets et que les bénéfices découlant de ces différents rôles ou de leurs interactions pourraient moduler les effets potentiellement négatifs. L'impact de

différents rôles (épouse, parent, employée, proche aidante, étudiante, bénévole, sœur, grand-mère, amie, rôles communautaires, rôles de loisir) sur la santé de 611 mères employées en Israël, est examiné par Kulik, Shilo-Levin, et Liberman (2015) qui montrent que ce n'est pas le cumul de rôles qui influe sur la santé, mais la qualité du vécu des rôles.

Une étude longitudinale australienne, conduite par Lee et Powers (2002), auprès de 41 818 femmes de trois groupes d'âge (jeunes femmes, 18 – 23 ans; adultes, 40 – 45 ans; séniors, 70 – 75 ans), portant sur cinq rôles (employée, partenaire/conjointe, parent, étudiante, proche aidante) a montré que parmi les jeunes femmes, un meilleur niveau de santé est associé à l'accomplissement d'un seul rôle alors que celles qui avaient trois rôles et plus présentaient une insatisfaction par rapport à la santé. Chez les femmes adultes, un meilleur niveau de santé est retrouvé chez les femmes qui ont au moins trois rôles ; la meilleure combinaison étant Conjointe/Employée/Parent. En ce qui concerne les femmes âgées, un meilleur niveau de santé est observé chez les femmes qui ont un seul rôle, en l'occurrence celui de conjointe. Cette étude qui intègre la perspective développementale montre que l'effet du cumul de rôle varie selon les étapes du cycle de vie. Pour ces auteurs, chez les femmes adultes, ce cumul renforce la théorie de l'enrichissement, car la triade formée par les rôles de conjointe, d'employée et de parent constituerait une constellation de facteurs de protection, alors que chez une femme âgée n'ayant plus l'énergie nécessaire pour un tel investissement, elle représenterait des facteurs de vulnérabilité. Ils ajoutent également que chez la jeune femme, un tel cumul représenterait

aussi un facteur de risque, car celle-ci n'est pas psychologiquement et socialement prête à assumer un tel cumul de rôles, ce qui la rendrait aussi vulnérable.

Facteurs de risque culturels. La problématique de la culture renvoie à la manière d'être dans le monde d'un groupe, d'une collectivité, d'une communauté ou d'une société ; la relation entre culture et individu étant de nature récursive, car en même temps qu'elle est une construction humaine, elle construit l'humain. Pour Cathébras (2009), elle n'est pas extérieure à l'individu, elle le traverse, l'immerge, le façonne, car c'est dans ses manifestations les plus banales, les plus invisibles parce que quotidiennes, que l'empreinte de la culture doit être repérée, alors que le regard trop proche ne voit qu'une évidence « naturelle », quelque chose de normal. C'est une influence qui est insidieuse. Elle ne se remarque que lorsque l'individu sort de son groupe, quitte son contexte et s'immerge dans une culture différente. C'est alors qu'il se rend compte des différences. Ainsi la culture est un ensemble complexe de représentations et de croyances sur :

- la cosmogonie et l'Être dans son essence, ses différents composés, ses qualités ontologiques ;
- la vie, la mort, l'au-delà, l'organisation et les relations sociales, la structure de la famille, la sexualité ;
- l'ensemble des savoirs développés par un groupe pour satisfaire ses besoins fondamentaux (se nourrir, se vêtir, se soigner), s'adapter à son environnement (climat, intempéries, dangers environnementaux, faune et flore), nommer, décrire et expliquer les différents phénomènes auxquels les membres du groupe sont confrontés.

Pour les chercheurs, la manière de vivre l'adversité, d'exprimer sa souffrance, le sens donné à des événements, les stratégies d'adaptation et les recours thérapeutiques sont socialement et culturellement déterminés (Bowes & Jaffee, 2013; Cathébras, 2009; Ionescu et al., 2010; Pierre et al., 2010; Tousignant, 1992; Yahyaoui & Lakhdar Dhouha, 2014). La culture intègre aussi l'ensemble des mécanismes mis en place par une communauté ou un groupe pour assurer sa continuité (Mburano, 2008).

Les sociétés traditionnelles, en général, y compris celles camerounaises, sont sexistes dans leurs représentations des relations entre genres, car elles soutiennent la soumission de la femme à l'homme, et parfois une réduction de son rôle à la fonction reproductrice (Mburano, 2008). Plusieurs femmes, de par l'éducation, adhèrent à ce mode de pensée qui est parfois préjudiciable pour leur santé. L'enquête démographique et de santé à indicateurs multiples réalisée auprès de 15 426 femmes de 15 à 49 ans par l'INS Cameroun et ICF International (2011) montre par exemple que, pour 47 % des participantes, pour au moins une des raisons citées (brûle la nourriture, argumente avec son conjoint, sort sans l'avertir, néglige les enfants, refuse d'avoir des rapports sexuels), il est justifié qu'un homme batte sa femme. Cette même étude montre qu'idéalement, chaque femme camerounaise souhaite avoir en moyenne 5,5 enfants, alors que l'indice synthétique de fécondité se situe à 5,2 enfants. Cette tendance à la grande multiparité prend ses racines, entre autres, dans les différentes cultures qui favorisent une politique nataliste. À cela pourraient aussi s'ajouter des facteurs sociaux tels les taux élevés de

mortalité infantile et l'absence de sécurité sociale qui font que l'enfant est une sorte d'assurance retraite. Pour Mburano (2008, p. 76), « Avoir de nombreux enfants est donc dans les sociétés africaines la marque d'une réussite sociale, avec bien sûr la perspective qu'à leurs vieux jours les parents bénéficient du soutien de leurs descendants ».

Dans ce système culturel, il y a une valorisation du mariage, parfois polygamique, et une stigmatisation du célibat ou de la stérilité féminine. Dans ce contexte, à partir de la transition de la trentaine, la femme qui n'est pas en couple vit de fortes pressions familiales et culturelles. Mburano (2008), rapporte qu'il existe dans la société africaine des expressions et des moqueries utilisées pour désigner ceux et celles qui ne sont pas mariés ; la sanction sociale étant plus forte quand il s'agit d'une femme et lorsqu'elle s'engage dans l'activité féconde en dehors du mariage ou pire encore lorsque celle-ci est stérile. Dans certaines cultures, celles et ceux qui n'ont pas eu ou adopté des enfants ne sont pas jugées dignes, à leur mort, d'être enterrés dans le cimetière familial. Ce système culturel entraîne une profonde remise en question chez les femmes africaines en situation de stérilité, car elles se sentent coupables de ne pas participer à la continuité des générations (Mburano, 2008; Tousignant, 1992).

Le veuvage, en contexte africain en général et camerounais en particulier, est un facteur de risque culturel pour la femme, car au traumatisme du décès de son époux avec qui elle a de forts liens d'attachement, il s'ajoute assez souvent le fardeau des rites culturels de veuvage et dans certains cas des conflits avec sa belle-famille. Claude Abé,

sociologue camerounais, s'exprimant dans les colonnes du Journal ECOVOX¹ du 24 septembre 2010, soutient que dans la société traditionnelle ancienne, la violence était présente dans les rites de veuvage, mais que celle-ci avait une fonction symbolique collectivement assumée. Il rapporte que :

« La veuve était astreinte à un certain nombre d'interdits : elle ne devait pas arborer certaines tenues ni dévisager ses visiteurs ; elle ne devait pas mettre de sous-vêtements ni tendre la main à ses proches. Cet ensemble d'interdits était destiné à lui faire comprendre que sa vie avait changé et qu'elle devait se préparer à vivre un nouveau destin. »

Cet auteur, tout comme d'autres et la société civile mettent en lumière, les traumatismes, les dérives déshumanisantes et mercantiles observées autour de cette pratique culturelle. Dans son édition du 27 mars 2007, avec en titre *Triste sort pour les veuves au Cameroun*, le Journal Afrik.com² rapporte qu'en dépit des lois qui existent, les coutumes condamnent nombre d'entre elles au calvaire, allant des rituels déshumanisants à la dépossession des biens de son défunt époux. Dans certains groupes ethniques, elles sont contraintes au lévirat. Dans le site Web du journal Camer24³ du 25 mars 2016, Cécile Jofié, une veuve camerounaise dénonce les maltraitances dont elle fait l'objet depuis le décès de son conjoint :

« Ma situation de veuve a rendu ma vie très difficile. Puisque c'est le mari d'une femme qui est son protecteur. Aujourd'hui que le mien n'est plus, je suis considérée comme une moins que rien dans mon entourage. En plus, je subis les insultes de toute sorte ».

¹ http://www.cipcre.org/ecovox/ecovox44/rencontre_avec.html

² <http://www.afrik.com/article11333.html>

³ <http://www.camer24.de/veuvesexposentleurssouffrances/>

Thiombiano (2009), s'appuyant sur les données des enquêtes démographiques et de santé, relève que dans la population des femmes âgées de 44-49 ans, environ 9 % sont veuves au Burkina Faso, 9 % au Bénin et au Ghana, 10 % en Côte d'Ivoire, 6 % au Mali et 7 % au Niger. Au Cameroun, elles représentent 15 % de la population des femmes âgées de 45 à 49 ans (INS Cameroun & ICF International, 2011). Pour Thiombiano (2009), comparativement à la situation des femmes, la proportion des veufs est très faible, voire nulle, entraînant une féminisation des rites de veuvage. Pour cet auteur, « les résultats de l'analyse multivariée et les entretiens avec les femmes montrent une incidence négative du divorce et du veuvage sur les conditions de vie des femmes » (p. 154). Tous ces faits et résultats de recherche montrent l'effet adverse de certains us et coutumes sur la santé des femmes.

Adversité

Elle peut se définir comme le vécu expérientiel, le ressenti pénible, la souffrance ou la difficulté éprouvée par une personne, une famille, une organisation ou une communauté face à des événements stressants, à des facteurs de risque qui menacent le processus développemental, l'intégrité psychique ou l'homéostasie biopsychosociale (Noltemeyer & Bush, 2013; Riley & Masten, 2005). Cette définition s'inscrit dans une perspective phénoménologique et humaniste qui place le sujet au centre de son expérience. L'adversité peut donc être abordée comme une épreuve à laquelle il faudrait s'ajuster ; une épreuve à surmonter, à traverser, à transcender pour maintenir ou restaurer sa santé. La souffrance qui est vécue au cours des expériences d'adversité est à la base des

processus de psychopathogénèse ou de développements problématiques de la personnalité (Cyrulnik, 2012a; Garmezy, Masten, & Tellegen, 1984; Ionescu & Jourdan-Ionescu, 2006; Noltemeyer & Bush, 2013). Cette souffrance se caractérise par son intérieurité au sujet, c'est-à-dire qu'elle relève du vécu expérientiel, du sens donné à l'événement, de l'impact sur l'intégrité psychique, de son pouvoir désorganisateur ou déstabilisant (Ionescu, 1998; Tousignant, 1992). L'intensité ressentie d'un événement ou encore son expression clinique recèle un caractère subjectif et dépend donc de la personne, du niveau d'investissement dans l'objet perdu, de la culture et du contexte (Cathébras, 2009 ; Tousignant, 1992). Du fait de la complexité de la personne humaine, l'exposition aux mêmes facteurs de risque entraîne des réactions différentes chez chacun. Cela suggère la prise en compte du ressenti individuel, du trauma ou de l'adversité éprouvée face aux facteurs de risque.

Échelles de facteurs de risque et d'adversité

Holmes et Rahe (1967) ont été parmi les premiers chercheurs à proposer une évaluation quantitative de la pénibilité de l'exposition à des événements de vie. Par la suite, de nombreux chercheurs leur ont emboité le pas, voulant ainsi montrer la relation entre événements de vie et troubles psychologiques. Pour ce faire, certains font une simple addition du nombre de facteurs de risque auxquels les personnes sont exposées, d'autres effectuent une sommation pondérée selon le poids que représente chaque facteur de risque pour le sujet (Amiel-Lebigre, 2004; Brown & Harris, 1978, 2012; Chahraoui, Benony, & Trapet, 2001; Tousignant, 1992; Zimmerman, 1983). Dans un article de revue des

méthodes d'évaluation des événements de vie, Zimmerman (1983) arrive à la conclusion que les deux approches (sommation simple ou sommation pondérée) aboutissent sensiblement au même résultat. Malgré cette observation, les deux approches continuent d'être utilisées par les chercheurs. Ceux qui utilisent la sommation pondérée selon l'expérience de chaque participant préfèrent souvent l'emploi de l'expression échelle d'adversité (Amiel-Lebigre, 2004; Badaru et al., 2013; Gorwood, 2004; Lambrenos et al., 1996). L'assise complexe et phénoménologique de cette recherche commande le choix d'une approche par sommation pondérée, car elle offre la possibilité au sujet d'évaluer l'impact ou la pénibilité d'un facteur de risque dans son vécu.

Une recherche documentaire dans les bases de données *PsycTEST*, *PsycINFO*, *Mental Measurement Yearbook*, *Health and Psychosocial Instruments*, en février 2014, permet d'identifier quelques instruments qui mesurent le construct d'adversité dans une population générale adulte. Il s'agit :

- du *Cumulative Adversity Scale* utilisé par Idemudia et Mabunda (2012) dans une étude sur la relation entre le genre, l'adversité cumulée et la santé mentale des travailleurs en Afrique du Sud. Cette échelle est décrite comme un instrument dichotomique (2 = oui, 1 = je ne sais pas et 0 = non). Elle comprend 27 items regroupés en trois dimensions par une analyse en composante principale à savoir l'adversité individuelle, familiale et environnementale. Cet instrument explique 40 % de la variance totale de l'adversité cumulée. La fidélité a été déterminée avec la formule de Kuder-Richardson ($\alpha = 0,91$). Des réserves peuvent être

émises quant à la nature de l'échelle considérée comme dichotomique alors qu'elle comprend trois niveaux de réponse et la stratégie d'extraction en analyse en composante principale utilisée indiquée pour la réduction des variables ;

- du *Cumulative Stress/Adversity Checklist* (CSC, Adapté de Turner et Wheaton, 1995) : ce questionnaire a été utilisé par Fox, Bergquist, Gu, et Sinha (2010) dans une étude portant sur les effets du stress et de l'impulsivité sur la consommation d'alcool. C'est un questionnaire de 140 items qui évalue les événements majeurs de la vie, les traumatismes vécus, les événements récents survenus et les stresseurs chroniques. Aucune propriété psychométrique n'est fournie ;
- du *Psychosocial Adversity Scale* dont la version originale de 14 items, utilisant une échelle dichotomique, a été conçue par Lambrenos et al. (1996). Une version adaptée de 12 items a été utilisée par Badaru et al. (2013) dans une étude portant sur l'adversité psychosociale et la dépression chez des mères d'enfants souffrant de paralysie cérébrale au Nigéria. La version électronique de l'instrument n'est pas disponible et aucune propriété psychométrique n'est indiquée ;
- de l'*Échelle de Facteurs de risque* de Jourdan-Ionescu, Ionescu, Lauzon, Tourigny, et Ionescu-Jourdan (2015b). Celle-ci est une échelle dichotomique de 34 items (1 = oui, 0 = non ; l'alpha de Cronbach est de 0,81) qui, dans une perspective écosystémique, évalue les facteurs de risque individuels (17 items, $\alpha = 0,73$), les facteurs de risque familiaux (15 items, $\alpha = 0,60$) et les facteurs de risque environnementaux (2 items, α non déterminés du fait du nombre réduit

d'items). Elle n'a pas encore été soumise à une validation factorielle de sa structure.

Au terme de cette revue des instruments d'évaluation de l'adversité psychosociale, le constat d'un déficit d'outils de mesure de l'adversité psychosociale dans une population générale d'adulte francophone peut être posé. Celui de quelques limites au niveau des qualités psychométriques des instruments ci-dessus peut également être fait. Ces limites justifient, pour les besoins de cette étude, la nécessité d'élaborer ou adapter et valider un outil pouvant permettre de mesurer l'adversité vécue par les femmes camerounaises. Toutefois, il faudrait reconnaître la limite d'une évaluation de l'adversité dans une approche quantitative, avec entre autres des événements passés, à l'aide d'un questionnaire autorapporté. Cette évaluation reste soumise à la critique du réductionnisme, de la dilution de la singularité de l'expérience dans des catégories prédefinies, ou encore à celle du biais de la réorganisation des affects avec le temps (Amiel-Lebigre, 2004). Cette procédure permettrait tout de même d'estimer la pénibilité d'une situation donnée dans la population des femmes camerounaises, de fournir des pistes pour une évaluation qualitative approfondie, et dans un autre axe de permettre des études quantitatives descriptives et comparatives sur de plus grands échantillons.

Résilience

Il n'existe pas encore à ce jour de consensus sur une définition unitaire et opérationnelle de la résilience (Ionescu, 2015). Elle subit l'influence des principaux

courants de pensée en psychologie (comportementalisme, psychanalyse, cognitivisme) ainsi que de différents paradigmes en santé (biomédical, biopsychosocial, complexité).

En avril 2016, la base de données *Scopus* comprenait, toutes disciplines confondues, plus de 20 000 publications ayant le descripteur « *resilien** » dans le titre, alors que *PsycINFO* en comptait plus de 7000 dans le domaine de la psychologie et des sciences connexes. Ce nombre élevé d'études réalisées sur la résilience, le nombre élevé de disciplines qu'elle pénètre (en décembre 2015, *Web of Science* en dénombrait 147), l'absence de consensus autour de sa définition, les différentes entités qui en font l'expérience (individu, famille, communauté, société, systèmes écologiques, systèmes économiques et financiers, etc.), et la singularité du vécu chez chacune d'elle en font une complexité bien difficile à cerner dans le réductionnisme scientifique (qu'on soit dans le paradigme positiviste ou interprétatif) et dans l'enfermement disciplinaire ou contextuel (Cyrulnik, 2011, 2012a; Ionescu, 2012; Ionescu et al., 2010; Theron, Theron, & Malindi, 2013; Ungar, 2008).

L'approche complexe suggère dans un tel cas de figure de transcender les barrières, les courants de pensée, les paradigmes et naviguer entre les disciplines pour accroître la connaissance sur un phénomène (Cyrulnik, 2011; Morin, 1999). Comment la résilience est-elle perçue dans les disciplines autres que les Sciences humaines en général, et la psychologie en particulier ? Quels sont les conceptions, les facteurs de résilience, les modèles théoriques et les outils d'évaluation de la résilience en psychologie ? Tel est le questionnement qui guide la deuxième section de ce contexte théorique.

Conceptions de la Résilience en sciences naturelles, génie et économie

Les conceptions de la résilience dans ces disciplines varient selon la perception paradigmique que les chercheurs ont de l'objet auquel elle est appliquée. D'un point de vue de la nature de l'objet, certains ont une perception ontologique centrée sur les propriétés ou les caractéristiques des objets ou des êtres considérés résilients ; pendant que d'autres ont une perception systémique, constructiviste ou interactionniste qui soutient que la résilience est un processus dynamique d'adaptation ou de transformation.

Cartalis (2014) regroupe les approches des chercheurs sur la résilience en deux catégories : une vision d'*équilibre* et une vision de *non-équilibre*. Quant à eux, Meerow et Newell (2015), à partir de leur étude bibliométrique, parlent de conception *statique* et de conception *dynamique* de la résilience. En parlant de système, il convient de relever que les partisans de la science de la complexité, avec pour objet les systèmes complexes, en distinguent trois catégories : les systèmes complexes adaptatifs, les systèmes dynamiques non linéaires et les systèmes sensibles aux conditions initiales (Morin et al., 2003). Les conceptions de la résilience varient également en fonction de l'espace et du degré de temporalité considérés (Maret & Cadoul, 2008). En considérant une petite échelle spatio-temporelle, les chercheurs la perçoivent comme une adaptation, et lorsque celle-ci est plus grande, ils la perçoivent comme un changement ou une transformation, le passage d'un stade développemental à un autre, une bifurcation de la trajectoire développementale suite aux perturbations subies ou à un point tournant (Mori, Furukawa, & Sasaki, 2013). En considérant la nature de l'objet et les dimensions spatio-temporelles, les conceptions de la résilience peuvent être regroupées selon trois perspectives :

ontologique, systémique adaptative et systémique transformative. Il convient de préciser que la frontière entre ces différentes perspectives est floue.

Conception ontologique de la résilience. Les chercheurs qui adoptent la conception ontologique, c'est-à-dire centrée sur l'objet ou ses caractéristiques, insistent sur la capacité de rebondir et de retourner à la forme initiale après avoir subi un choc. En ingénierie, la résilience est considérée comme la capacité pour un matériau ou un système à absorber les chocs (électriques, thermiques, mécaniques) et à retrouver sa forme initiale (Hollnagel, 2014; Nemeth & Hollnagel, 2014). Pour Adam, Burkepile, Ruttenberg, et Paddack (2015), en écologie marine, la résilience est définie comme la capacité d'un récif à retrouver son état initial après une perturbation. Pour Bauweraerts et Colot (2014), tout comme Chabaud (2010), dans le domaine de l'économie organisationnelle, la résilience d'une organisation fait référence à sa capacité à rebondir ou à se reconstruire. Pour Maret (2008), appliquée à l'urbanisme, la résilience est « *la capacité à s'adapter à un danger, à en gérer ou éviter les conséquences négatives* ». Dans toutes ces définitions, il transparaît l'idée de maintien ou de restauration de l'objet.

Conception systémique adaptative de la résilience. Les travaux de Holling (1973) sur la résilience et la stabilité des systèmes écologiques sont fondateurs de cette seconde conception. Il montre que les écosystèmes peuvent connaître plusieurs stades. À une époque où le paradigme déterministe dominait l'explication des phénomènes, il propose de définir le comportement des systèmes écologiques par deux propriétés : la résilience

et la stabilité. Il définit alors la résilience comme la persistance des relations entre les diverses composantes d'un système, la capacité de celui-ci à absorber la perturbation et à continuer à persister. Il considère la stabilité comme la capacité d'un système à retourner à un équilibre après une perturbation temporaire. Cette conception va au-delà du rebondissement ou du retour à l'état initial et intègre la transition vers un autre stade. Dans ce travail, Holling (1973) définit les systèmes écologiques comme étant des systèmes complexes du fait de leur capacité à articuler stabilité et changement. La résilience est donc pour lui, une propriété substantielle des systèmes complexes (écologiques). Gunderson, Holling, Pritchard, et Peterson (2002) qualifieront ces systèmes de *Systèmes adaptatifs complexes* à la suite des travaux de Holland (1992) en Génie afin de les distinguer des autres types de systèmes complexes. Holland leur attribue quatre principales propriétés : l'agrégation, la non-linéarité, la diversité et les flux. Pour lui, l'Être humain est un exemple type de Système complexe adaptatif. Pour Gunderson et al. (2002), les comportements de ces systèmes dépendent de quatre propriétés, à savoir *la résilience écologique* [entendue comme l'articulation de la stabilité et du changement d'un écosystème soumis aux perturbations], *la complexité, l'auto-organisation et l'ordre*. Ainsi les chercheurs qui conçoivent la résilience dans cette perspective construisent leur définition autour de la capacité de rétroaction, de renouvellement, de réorganisation, et de développement des systèmes écologiques tout en gardant les mêmes fonctions, structure et identité.

Dans le domaine de l'écologie marine, pour Anthony et al. (2015, p. 49), « la résilience est la capacité d'absorber les perturbations et à se réorganiser tout en subissant des changements de manière à maintenir essentiellement les mêmes fonctions, structures, identités et rétroactions » (traduction libre). Pour Mori et al. (2013), en sciences environnementales, la résilience est la capacité de réorganisation tout en subissant le changement. Quant à Reyer et al. (2015, p. 6) en sciences forestières, « la résilience est la capacité d'une forêt à absorber la perturbation et à se réorganiser tout en changeant afin de maintenir la même structure et le même fonctionnement » (traduction libre). Les définitions données par Simane, Zaitchik, et Mesfin (2012), en adaptation aux changements climatiques, tout comme celle de Folke (2006), en sciences environnementales, s'inscrivent dans la même perspective.

La plupart de ces définitions, en plus de soutenir l'existence de multiples stades, insistent sur la conservation ou le maintien des mêmes fonctions et structures. Cela pourrait paraître une limite ou une insuffisance de cette conception, car dans un système complexe, l'interaction entre les composantes du système entraîne l'apparition de propriétés ou de qualités émergentes. Donc un système complexe soumis à des perturbations ne saurait revenir à son état initial ou encore maintenir la même structure ou les mêmes fonctions (Folke, 2006; Gunderson et al., 2002; Meerow & Newell, 2015). C'est semble-t-il pourquoi Sgro, Lowe, et Hoffmann (2011) introduisent le concept de *résilience évolutive* qui, ici, conviendrait à la troisième conception de la résilience.

Conception systémique transformative de la résilience. Cette conception reconnaît que la perturbation et le stress sont nécessaires pour l'évolution ou la transformation des systèmes et que celles-ci sont non seulement une norme de la nature, mais qu'elles soutiennent aussi les processus dynamiques qui génèrent et entretiennent la biodiversité (Sgro et al., 2011). Cette conception reconnaît également que la transformation est une propriété substantielle des écosystèmes. Pour ces chercheurs du domaine de la biodiversité et de l'adaptation aux changements climatiques (p. 327) :

la résilience est à la fois la capacité des populations et des espèces à persister dans leur état actuel (en référence à la résistance dans la littérature écologique) et à subir une adaptation évolutive en réponse aux conditions environnementales changeantes (en référence à la transition entre plusieurs domaines de stabilité suite à la perturbation). (traduction libre).

Après cette excursion dans les autres disciplines, il convient de revenir au domaine de la psychologie et de ses sciences connexes pour examiner les différentes conceptions de la résilience.

Conceptions de la résilience en psychologie et sciences connexes

Les sciences connexes à la psychologie renvoient aux disciplines des sciences humaines et sociales et des sciences de la santé. Les chercheurs y identifient trois principales vagues de recherche pouvant être à l'origine des différentes conceptions de la résilience en psychologie (Ionescu, 2015; O'Dougherty Wright & Masten, 2005; Richardson, 2002). La première vague s'attarde à décrire les traits de personnalité ou les compétences qui distinguent les personnes résilientes de celles considérées non résilientes, développer les outils pour mesurer ces caractéristiques, décrire les résultats

d'une expérience de résilience. Ces recherches sont descriptives (qualitatives et quantitatives) et corrélationnelles. Ce sont des études d'observation. La seconde vague de recherche s'intéresse à comprendre les processus internes et externes qui permettent la construction de la résilience tant dans des approches écosystémiques, psychanalytiques, que cognitivistes. Ces recherches sont expérimentales (grâce à l'éthologie), quasi expérimentales, ou analytiques. La troisième vague quant à elle se focalise sur le développement de programmes et d'intervention de résilience assistée, ainsi que sur l'évaluation de leur efficacité (Ionescu, 2006, 2015; O'Dougherty Wright & Masten, 2005; Richardson, 2002).

Résilience comme traits de personnalité ou résultat dans la première vague de recherche. Les premiers travaux de recherche dans cette vague sont l'œuvre de Jack Block (1950) et Jeanne Block (1951), qui, pour leurs thèses de doctorat se sont intéressés à l'*ego-résilience* ou *résilience du moi* (Ionescu & Jourdan-Ionescu, 2011). Pour ces pionniers, la résilience du moi est un facteur sous-jacent à l'adaptation ; lorsque le système du Moi fonctionne bien et que l'environnement est sûre, l'individu éprouve un sentiment de cohérence, d'estime de soi et d'affects positifs. Pour eux, la résilience du moi prédisposerait à une absence de susceptibilité à l'anxiété (Block & Kremen, 1996). Les travaux de Kobasa (1979) sur l'*endurance* et ceux d'Antonovsky (1979) sur le *sens de la cohérence* s'inscrivent aussi dans la description des traits individuels contribuant à la résilience. Pour ce dernier, une personne confrontée à des stresseurs et qui a un sens

élevé de la cohérence est motivée à attribuer une signification au stress, elle pense que c'est un défi surmontable et que les ressources pour le faire sont disponibles.

Les recherches de cette vague qui s'intéressent à la résilience comme résultat la considèrent comme l'aboutissement ou le résultat d'une adaptation positive à l'adversité découlant d'un ensemble de compétences individuelles, familiales et environnementales (Garmezy et al., 1984; O'Dougherty Wright & Masten, 2005; Rutter, 2007). La résilience est donc dans cette conception, le résultat d'une adaptation positive au cours duquel des personnes confrontées à une forte adversité, à un stress chronique, à des traumatismes parviennent à ne pas sombrer dans des troubles psychologiques, à reconstruire leur vie autour de ces expériences pénibles, et à présenter un meilleur fonctionnement psychique (Cyrulnik, 2012a; Ionescu, 2011b; Vermeiren, 2012). Toutefois, plusieurs chercheurs naviguent entre ces différentes vagues (Cyrulnik, 2001, 2006, 2012a, 2013; Garmezy et al., 1984; Masten & O'Dougherty Wright, 2010; O'Dougherty Wright & Masten, 2005; Rutter, 2007)

Résilience comme Processus dans la deuxième vague de recherche. Un processus est un enchainement ordonné de faits ou de phénomènes, une suite continue d'opérations, répondant à un certain schéma et aboutissant à quelque chose (Larousse, 2009). Il rend intelligible les mécanismes par lesquels les facteurs impliqués dans la résilience agissent pour sa construction, ou alors les différentes phases par lesquelles passe un phénomène pour aboutir à sa forme accomplie. Cela suppose donc un point de départ ou un déclencheur du processus (l'adversité), des facteurs contributifs ou favorisants (facteurs

de résilience), des interactions permettant de passer, de manière séquentielle d'un stade à l'autre pour aboutir à un résultat. Cela suppose aussi la prise en compte de la variable « Temps ». Ainsi pour rendre compte du processus d'un phénomène, il faudrait observer son évolution dans le temps et/ou expliciter les mécanismes physiologiques, psychologiques ou sociaux par lesquels il se produit. Suffit-il donc que dans une recherche la résilience soit définie en utilisant le concept de processus pour que celle-ci s'inscrive dans cette deuxième vague ? Pour Masten et O'Dougherty Wright (2010), ces recherches sont celles qui traitent du « comment se produit la résilience ». Les prémisses de cette vague se trouvent dans les travaux de Garmezy et al. (1984) qui ont défini en enfance un modèle en trois variantes pour expliquer la résilience (modèle compensatoire, modèle défi et modèle protection). Les travaux de Richardson (2002) s'inscrivent aussi dans cette vague. Il considère la résilience comme un processus au cours duquel, une personne confrontée à des événements stressants mobilise un ensemble de facteurs de protection et une force motivationnelle pour maintenir son homéostasie, ou alors en cas de rupture, grâce à ses ressources internes et externes, parvient à vivre une expérience de réintégration résiliente. Celle-ci correspond alors à une adaptation avec gain. La Figure 1 illustre ce modèle.

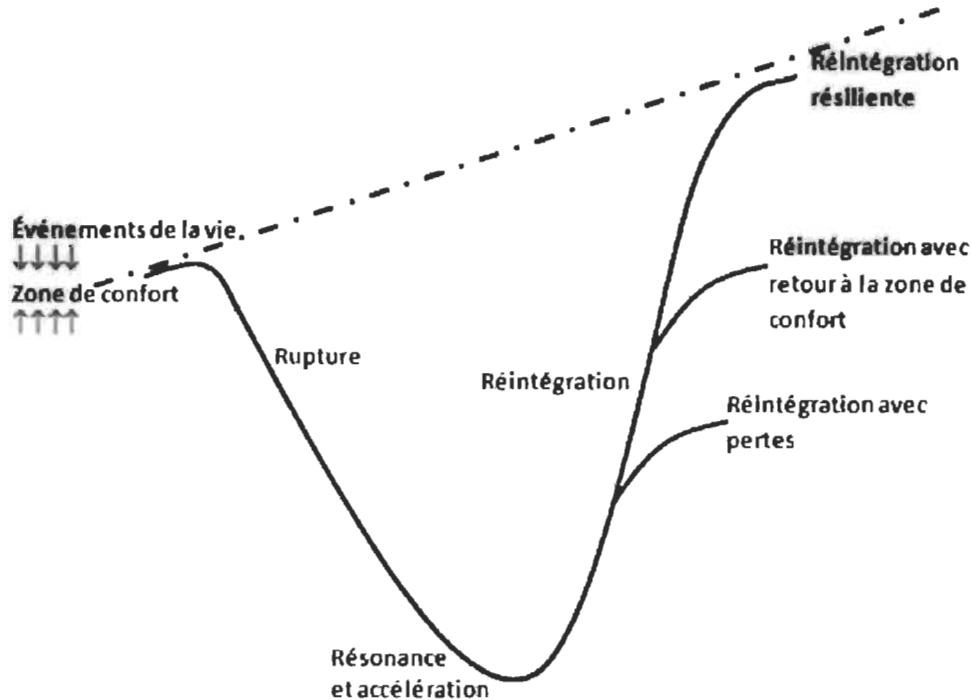


Figure 1. Modèle métathéorique de la résilience de Richardson (2011) reproduit d'après Hamelin, (2014).

Les auteurs qui s'intéressent aux mécanismes neurobiologiques de la résilience identifient une douzaine de neurotransmetteurs impliqués dans les mécanismes de motivation, récompense cérébrale, optimisme, résistance et réaction aux dangers, dans la qualité relationnelle (Bustany, 2012; Cicchetti & Curtis, 2007). Tedeschi et Calhoun (2004) s'inscrivent aussi dans cette vague avec leurs travaux sur la croissance post-traumatique. Ils définissent les cinq dimensions qui caractérisent cette croissance et le processus qui permet d'y aboutir (voir Figure 2).

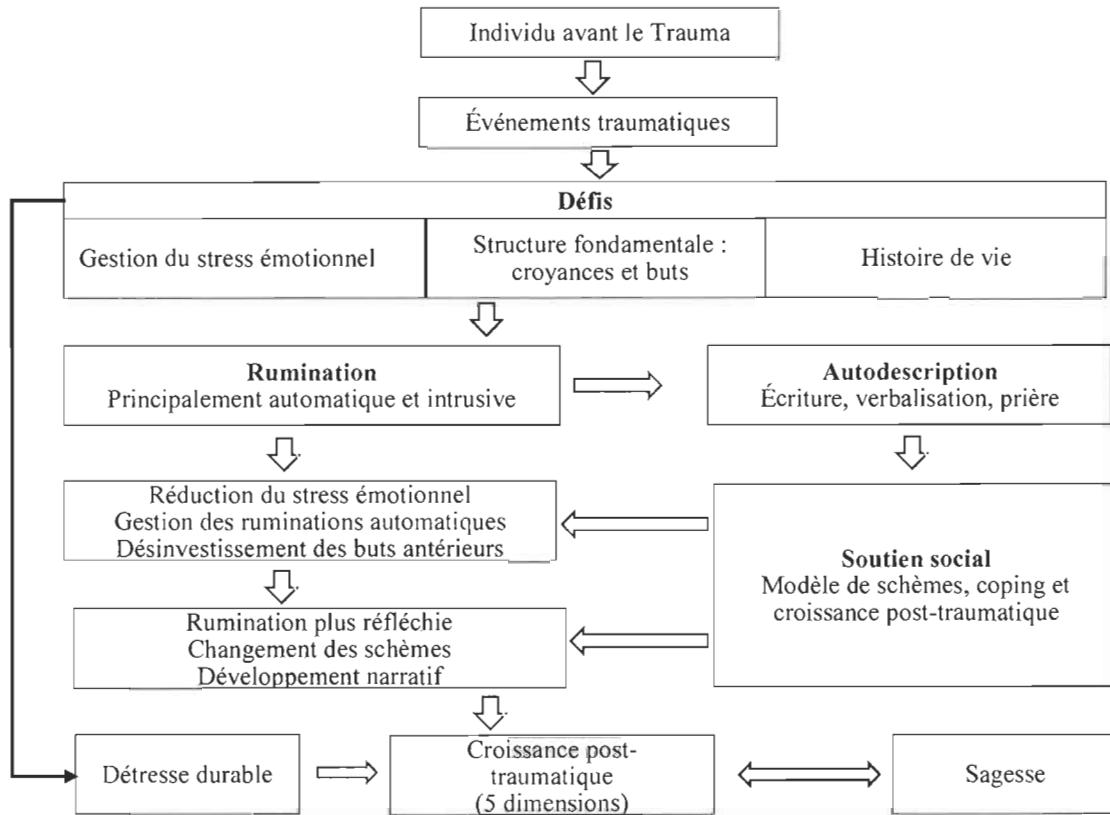


Figure 2. Modèle de croissance post-traumatique (Tedeschi & Calhoun, 2004)¹.

Ces dimensions qui correspondent aux résultats sont : une plus grande appréciation de la vie et un changement dans le sens des priorités ; des relations plus chaleureuses et intimes avec les autres ; un plus grand sentiment de force personnelle ; une reconnaissance de nouvelles orientations pour sa vie ; et un développement spirituel. Ils rapportent dans leur modèle qu'après le trauma, la personne fait face aux défis de la gestion du stress émotionnel, de l'image de soi et du récit de vie. L'autodescription, la verbalisation, la prière et le soutien social sont ici les principaux moyens permettant une diminution des

¹ Traduction libre.

émotions négatives et un désengagement des anciens buts personnels qui ne sont plus appropriés à la nouvelle situation. Cette étape permet d'aboutir à la croissance post-traumatique.

Cette deuxième vague de recherche permet de comprendre que la résilience n'est pas un acquis définitif, puisqu'on peut être résilient à un moment et ne pas l'être à un autre, dans un contexte et ne pas l'être dans un autre, etc. (Cyrulnik, 2012a; Ionescu, 2011b, 2012; Richardson, 2002; Rutter, 2007). C'est une construction permanente qui est fonction de l'interaction entre les facteurs de risque en présence, les facteurs de protection, les ressources disponibles, et la force adaptive ou motivationnelle de la personne.

Résilience assistée dans la troisième vague de recherche. Les recherches sur la résilience naturelle observée chez les individus et les groupes, à travers une meilleure connaissance des caractéristiques et facteurs impliquées dans la résilience, ainsi qu'une compréhension de son processus ont permis aux chercheurs d'élaborer des interventions ou des programmes visant à assister ou accompagner les personnes ou les groupes dans leur expérience de résilience (O'Dougherty Wright & Masten, 2005; Richardson, 2002). Ces interventions ou programmes s'inscrivent dans le paradigme salutogénique. Pour Ionescu (2015, p.12), « *contrairement à l'approche clinique traditionnelle, centrée sur les dysfonctionnements, les troubles et les handicaps qui en résultent, la pratique de la résilience assistée s'inspire de ce qui a été désigné comme Intervention basée les forces* ».

Dans le *Traité de Résilience assistée*, paru sous la direction de Ionescu (2011c), plusieurs chercheurs s'intéressent à des interventions ou programmes qui peuvent permettre d'accompagner des personnes ou des groupes en vue d'une résilience. C'est par exemple le cas de Séguin et Brandibas (2011) qui travaillent sur la prévention des conduites suicidaires, de Schauder (2011) qui propose de mobiliser la créativité dans le cadre de l'art-thérapie chez des personnes victimes de traumatisme, ou encore de Ionescu et Bouteyre (2011) qui s'intéressent à des interventions favorisant la résilience chez des personnes au chômage. Ces interventions portent sur l'accompagnement des personnes et le renforcement des facteurs de résilience.

Dans cette même logique d'interventions salutogéniques, dans un sens plus large, des chercheurs proposent une nouvelle approche de thérapie : *les psychothérapies positives* (Rashid, 2015; Seligman, Rashid, & Parks, 2006). Dans le cadre d'une recherche quasi-expérimentale, des personnes dépressives ayant suivi des séances de psychothérapie positive ont présenté un soulagement de leurs symptômes sur une durée moyenne de six mois. Comparativement, ceux du groupe contrôle qui ont reçu des interventions placebo ont eu une rémission de symptôme d'une durée d'une semaine seulement. Ces résultats du groupe expérimental étaient également meilleurs comparativement à ceux des personnes traitées en ambulatoire avec des antidépresseurs (Seligman et al., 2006). Dans cette troisième vague, les chercheurs commencent donc à tester l'efficacité de leurs interventions par rapport à des placebos ou à d'autres traitements.

Depuis quelques années, des chercheurs proposent des conceptions qui intègrent celles des trois premières vagues. Ils conçoivent la résilience comme un phénomène, une expérience, un tout complexe articulant des facteurs physiologiques, psychologiques et sociaux (Cicchetti & Curtis, 2007; Masten & O'Dougherty Wright, 2010; Michallet, 2015). Par exemple, Michallet (2015, p. 70), propose une définition opérationnelle de la résilience dans le domaine de la réadaptation en déficience physique. Il l'énonce ainsi :

La résilience est à la fois un ensemble de caractéristiques personnelles de l'individu (ou du groupe d'individus), un processus et un résultat. Elle s'inscrit dans une démarche d'apprentissage, d'empowerment et d'autodétermination à travers laquelle la personne réinterprète la signification d'une situation d'adversité et réoriente positivement le sens de sa vie afin de poursuivre son développement, tout en renforçant ses facteurs de protection personnels ou environnementaux avec, toutefois, la situation d'adversité comme nouvel organisateur de ce développement.

Ces chercheurs qui proposent des approches unificatrices et intégratrices des conceptions et approches théoriques de la résilience inaugurent-ils une quatrième vague de recherche sur la résilience comme l'énoncent Masten et O'Dougherty Wright (2010)? Ou alors, la résilience serait-elle en train de se constituer en champ disciplinaire comme cela transparaît dans une définition énoncée par Cyrulnik (2013, p. 15) selon laquelle « la résilience est l'étude des conditions de reprise d'un développement après un traumatisme » ?

Facteurs de résilience

Dans la première section de ce contexte théorique, plusieurs catégories de facteurs de risque susceptibles d'induire un trouble psychologique ont été présentées. Leur

apparition entraîne un ensemble de réponses en vue de maintenir ou préserver l'homéostasie ou encore protéger l'intégrité biopsychosociale du sujet. Celles-ci peuvent être efficaces ou non, permettant ainsi de mettre en évidence deux groupes : le premier groupe, constitué des personnes exposées à la perturbation et ayant développé un trouble et le second étant constitué par ceux qui, bien qu'exposés, n'ont pas développé de troubles ou se sont reconstruits. Ce second groupe comprend donc deux sous-groupes : l'un est constitué de ceux qui n'ont pas développé de troubles et l'autre comprend ceux qui ont eu un trouble, mais ont réussi de manière naturelle (sans l'aide de professionnels de la santé) à s'en sortir. Les deux grands groupes sont à la base des deux principaux paradigmes en santé (Antonovsky, 1987; Ionescu, 2006). Les premières recherches en santé, dans une approche pathocentrique, ont porté leur attention sur le premier groupe pour comprendre les processus pathogéniques, identifier les déficits et les corriger. Cette approche conduit à une liste de facteurs de risque à éviter. Ce paradigme est celui qui concentre le plus grand nombre de travaux de recherche par rapport au second groupe. Seligman (2012) évoque un ratio de 21 pour 1. D'autres chercheurs s'intéressent au second groupe de sujets ou aux études comparatives des deux groupes. Ils portent alors leur attention sur les facteurs et les processus qui ont permis de s'adapter, se protéger de la perturbation ou reconstruire sa santé. Ces chercheurs, dans une approche salutogénique, aboutissent à un ensemble de facteurs de protection à promouvoir pour faire face à l'adversité. Pour ces chercheurs, ces facteurs ont une fonction préventive (Connor & Davidson, 2003; Cyrulnik, 2012a; Fletcher & Sarkar, 2013; Ionescu, 2009; Masten & O'Dougherty Wright, 2010; O'Dougherty Wright & Masten, 2005; Richardson, 2002). La

prévention est à considérer ici dans ses trois dimensions : (1) primaire, pour empêcher l'apparition des troubles ; (2) secondaire, pour dépister précocement les premiers signes des troubles et arrêter leur développement ; (3) tertiaire, pour empêcher l'aggravation des troubles ou les récidives. Cette pluralité des niveaux d'intervention des facteurs de protection pourrait induire des confusions avec les facteurs de résilience dont ils sont une dimension. Les deux sous-groupes évoqués ci-dessus peuvent mettre en évidence deux principales catégories de facteurs de résilience : les facteurs de protection et les facteurs de néo-développement (respectivement associés aux sous-groupes 1 et 2). La Figure 3 présente différentes trajectoires que l'on peut retrouver chez des personnes exposées à des facteurs de risque en fonction du niveau d'adversité ressentie. Cette figure, adaptée du modèle métathéorique de la résilience de Richardson, intègre les différents niveaux d'intervention en santé. Celle-ci prend aussi en compte une trajectoire de *désilience* correspondant à un néo-développement *aliénatoire* dans lequel la personne, face à l'adversité, adopte des comportements autodestructeurs (par exemple alcoolisme, violence, addiction) (Pourtois, Humbeeck, & Desmet, 2011).

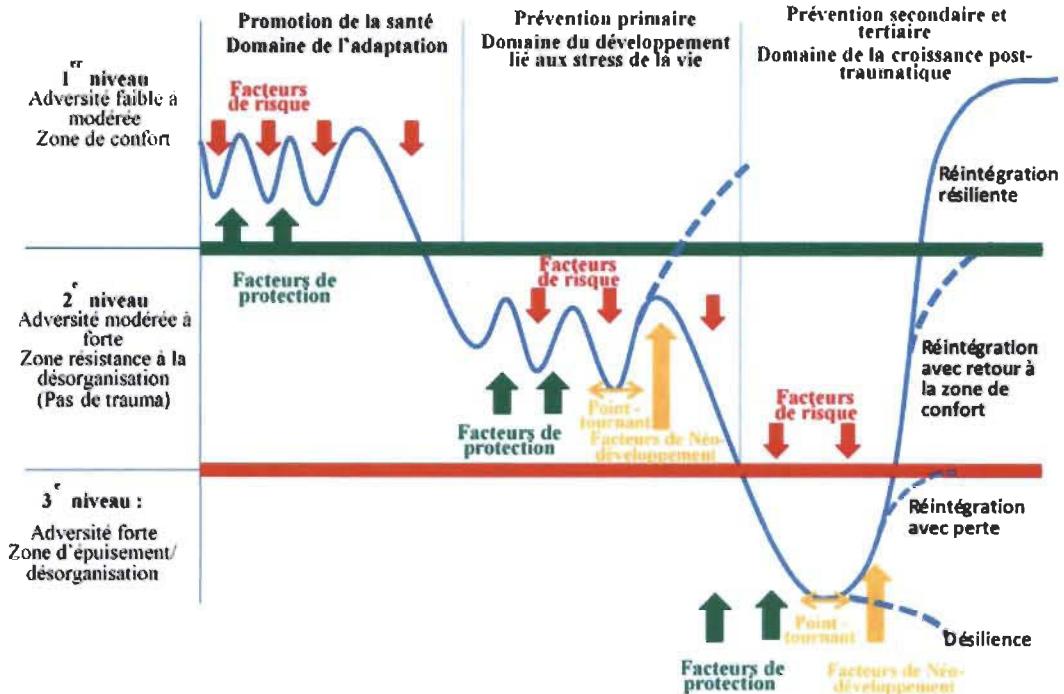


Figure 3. Modèle théorique de la résilience et des champs d'intervention en santé, adapté du modèle métathéorique de la résilience de Richardson (2011) (Kimessoukié & Jourdan-Ionescu, 2014).

Dans une logique de distinction entre des facteurs anté et post-trauma, Cyrulnik (2012a) énonce quatre principaux facteurs dans le processus de résilience, dont deux avant le trauma (l'attachement et l'anticipation) et deux après le trauma (le soutien et le sens). Les deux premiers peuvent être qualifiés de facteurs de protection ou facteurs de résilience de premier ordre et les deux autres de facteurs de néo-développement ou de second ordre.

Pour Ionescu (2015), tout comme l'atteste plusieurs lettres à l'éditeur sur la publication de Tedeschi et Calhoun (2004) portant sur la croissance post-traumatique

(Aldwin & Levenson, 2004), les deux sous-groupes du second groupe sont également à l'origine de deux conceptions théoriques de l'issue d'un processus de résilience : le développement lié aux facteurs de stress de la vie quotidienne (Park et al., 1996) et le développement ou croissance post-traumatique en rapport avec des événements majeurs ou des traumas (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Facteurs de protection. Un facteur de protection est une qualité personnelle ou environnementale, une qualité émergente des interactions écosystémiques (par exemple le soutien social, la gratitude, le sens), qui paraissent tempérer des prédictions de psychopathologie ou qui sont susceptibles de permettre l'adaptation face à des situations de risque ou d'adversité (Ionescu, 2010; Kimessoukie & Jourdan-Ionescu, 2014; O'Dougherty Wright & Masten, 2005). Cette définition, inscrite dans une approche complexe, met en évidence des dimensions individuelles, environnementales et interactionnelles des facteurs de protection. Elle s'insère dans une vision complexe des phénomènes dans laquelle chaque objet ou phénomène est le produit de l'interaction de plusieurs autres. La plupart des auteurs préfèrent toutefois, dans une approche écosystémique, les regrouper en facteurs individuels, familiaux et environnementaux (Bekaert, Masclet, & Caron, 2012; Jourdan-Ionescu et al., 2011; O'Dougherty Wright & Masten, 2005). Bien que le cadre de référence écosystémique soit l'un des plus utilisés par les chercheurs, cette sous-section opte pour un cadre fondé sur une approche complexe telle que formulée dans la définition énoncée ci-dessus (individuel, interactionnel et environnemental).

Facteurs de protection individuels. La première vague de recherches sur la résilience s'est centrée sur les caractéristiques individuelles retrouvées chez les personnes, notamment les enfants, qui parvenaient à un développement satisfaisant en dépit des adversités vécues. Celles-ci se sont d'abord focalisées sur leurs compétences individuelles ou les traits de personnalité (Garmezy et al., 1984). L'approche écosystémique a par la suite permis de mettre en évidence le rôle important de la famille et de l'environnement dans le processus de résilience (Jourdan-Ionescu et al., 1998; Kimchi & Schaffner, 1990; Rutter, 1993). Plus tard, les recherches se sont étendues aux adultes (Bekaert et al., 2012; Connor & Davidson, 2003; Hjemdal et al., 2011; Masten & O'Dougherty Wright, 2010; Reich, Zautra, & Hall, 2010; Wagnild & Young, 1993).

La compétence fait référence à un fonctionnement optimal ou à la capacité présumée pour un tel fonctionnement, conformément aux attentes fondées sur les normes de comportements attendus dans un contexte, une culture et à une période donnée de l'histoire (Masten & O'Dougherty Wright, 2010). La plupart des chercheurs ayant opérationnalisé la résilience en vue de sa mesure chez l'adulte ont mis en évidence cette dimension de compétences. Celle-ci comprend, en nombre variable chez ces différents auteurs, les caractéristiques individuelles suivantes : 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 des autres (Bekaert et al., 2012; Connor & Davidson, 2003; Hjemdal et

al., 2011; Hurtes & Allen, 2001; Ionescu, 2015; Jew, Green, & Kroger, 1999; Wagnild & Young, 1993). Les recherches réalisées montrent que la plupart de ces caractéristiques sont associées au bien-être et agissent comme des tampons contre les maladies mentales (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

À partir d'un travail de revue, Myers (2000) rapporte que les personnes qui ont un attachement sûr sont plus heureuses que celles qui n'en ont pas ; celui-ci agissant comme une niche affective qui protège la personne des facteurs de risque qui menacent son intégrité psychique (Cyrulnik, 2006, 2012a). Pour Cyrulnick (2012), tout comme Hurtes et Allen (2001), l'anticipation ou la proactivité sont des facteurs de protection qui visent à prévenir la survenue du risque ou à affûter les stratégies de défense pour en limiter l'impact. Pour Martin-Krumm et Tarquinio (2011), l'optimisme consiste en une confiance générale à obtenir des résultats positifs, fondés sur une estimation rationnelle des probabilités de réussite de la personne et la confiance en son efficacité personnelle. Il est associé au bonheur, à la persévérance, l'accomplissement, la santé (Peterson, 2000) et à l'extraversion (Martin-Krumm & Tarquinio, 2011). Chang (1998) montre que l'optimisme est associé à l'évaluation du stresseur et augmente significativement la validité prédictive de l'ajustement. Seligman (2012) rapporte qu'un acte de gentillesse est capable à lui seul de générer une augmentation passagère du bien-être avec une plus grande fiabilité que tout autre exercice testé jusqu'ici pour lutter contre la mauvaise humeur. Cet auteur soutient également que l'estime de soi, la vitalité, l'autodétermination et l'optimisme sont essentiels au bien-être. Ryan et Deci (2000), en se basant sur leur

théorie de l'autodétermination, soutiennent que les besoins de compétence, d'appartenance et d'autonomie sont fondamentaux pour un fonctionnement optimal et pour une construction du bien-être individuel et social. Ces deux auteurs soutiennent qu'un environnement social qui donne une compétence, mais qui ne parvient pas à promouvoir l'appartenance (identisation, intégration, participation sociale) produit un appauvrissement du bien-être individuel et social.

Facteurs de protection interactionnels. Ils sont une résultante de l'interaction entre l'individu, la famille, la communauté, la culture, le réseau social et l'environnement écologique. La notion de groupe est essentielle ici en tant qu'unité ou entité sociale de base dans laquelle la plupart des interactions et l'appartenance se vivent (famille, communauté, entreprise, école, association, société). Les fonctions du groupe sont la sécurité, la protection, le soutien, les soins, la justice, l'amour, la culture transmise par l'éducation. De par sa stabilité et sa capacité de renouvellement, le groupe offre la continuité existentielle, même après la mort, à travers le souvenir des membres du groupe. Il offre donc un moyen de transcendance de l'angoisse de mort par la commémoration des défunts et la générativité. Ces différentes fonctions font que le groupe représente un facteur de protection. Celles-ci, associées aux objectifs communs et à la culture partagée par les membres, permettent l'émergence d'une dynamique positive au sein du groupe. En plus d'être une source de protection, le groupe représente aussi un lieu de reconstruction après une crise. L'attachement sécurisé soutenu par les psychanalystes (Cyrulnik, 2006, 2012a) et les relations interpersonnelles positives énoncées par la théorie

du bien-être (Seligman, 2012) se construisent dans les interactions au sein des groupes. Ces interactions positives sont caractérisées par le soutien social, la gratitude, l'amour, le pardon et sont toutes reconnues par les chercheurs comme étant des facteurs contributifs du bien-être ou de protection contre les différents stresseurs (Cyrulnik, 2012a; Ionescu et al., 2010; Seligman, 2012; Tousignant, 1992; Wood, Joseph, & Maltby, 2009).

Le soutien social est un processus interactionnel qui agit comme une variable tampon en situation d'adversité en permettant l'expression d'affects pénibles, en augmentant les stratégies d'adaptation, l'estime de soi, le sentiment d'appartenance, les compétences par un échange ou une mise à disposition des ressources psychosociales (Altintas, Gallouj, & Guerrien, 2012; Boucher & Laprise, 2001; Cutrona & Russell, 1990; Tousignant, 1992). Pour ces auteurs, il comprend trois dimensions : le réseau de soutien, le soutien perçu et le soutien reçu. Tousignant (1992) rappelle toutefois que c'est surtout la qualité du soutien, c'est-à-dire celui perçu par les individus, qui influence la santé mentale. Ce soutien comprend six composantes : le soutien émotionnel comme base de sécurité, l'intégration sociale qui alimente le sentiment d'appartenance, le soutien d'estime qui renforce le sentiment d'avoir de la valeur aux yeux des autres, le soutien matériel, le soutien informatif à travers les conseils et les informations reçues, la participation sociale qui renforce le sentiment d'être utile (Altintas et al., 2012; Cutrona & Russell, 1990; Tousignant, 1992). Le soutien intervient non seulement pour empêcher un trouble, mais aussi pour reconstruire l'individu. Ce second aspect est abordé dans la section relative aux facteurs de néo-développement. Une recherche réalisée par Ionescu et al. (2010) au

Rwanda en contexte post génocide, révèle que le soutien social, l'implication dans un travail associatif et une pratique religieuse sont les facteurs de protection le plus cités par les individus. Dans une étude menée auprès des femmes sénégalaises, Coumé et al. (2014) montrent que la participation à une association communautaire ou religieuse constitue un facteur de protection face aux facteurs de risque auxquels elles sont confrontées. Ces associations sont des lieux privilégiés d'expression et de véhicule de toutes les formes de soutien.

La gratitude est à la fois une émotion et un trait de personnalité qui renvoie à une orientation ou un style de vie (Watkins, 2011). Sous l'angle fonctionnel, pour Watkins, la gratitude est l'émotion positive éprouvée par une personne qui affirme que quelque chose de bien lui est arrivé, et reconnaît qu'autrui s'avère en grande partie responsable de ce bienfait. Pour Seligman (2012) l'expression de cette reconnaissance renforce les relations interpersonnelles, la réactivité du réseau de soutien ; elle fait revivre le souvenir agréable d'événements positifs et insuffle ainsi plus de bonheur et de satisfaction. Wood et al. (2009) montrent que la gratitude est positivement corrélée à la sociabilité, aux émotions positives, à la confiance, l'altruisme, la compétence, le sens de la responsabilité et l'autodiscipline ; mais aussi qu'elle est négativement corrélée à la dépression et à la vulnérabilité. Ces chercheurs soutiennent également que la gratitude est associée à la volonté de pardonner, qui elle, est associée à l'absence de traits de psychopathologie. Elle fait partie intégrante du fonctionnement positif, tout comme le pardon.

Le pardon est un ensemble de changements intérieurs à travers lesquels une personne devient de moins en moins motivée à exercer des représailles contre un offenseur, montre de moins en moins de rancœur et de motivation à s'éloigner de l'auteur du préjudice, et se montre disposée pour une réconciliation (McCullough, Luna, Berry, Tabak, & Bono, 2010). Pour Ionescu et al. (2010), il s'agit de la décision volontaire de s'abstenir de réactions de colère, de vengeance ou d'une quête de justice face à des préjuges ou blessures subis. Il permet de transformer la colère et la rancune en sentiments neutres, voire en émotions positives. Il libère autant de l'emprise des émotions négatives celui qui l'accorde que celui à qui il est adressé ; il peut ainsi réduire ou annuler une culpabilité ressentie. Il permet donc, en plus, de renforcer les relations interpersonnelles positives (Seligman, 2012). La recherche sur le pardon a montré que celui-ci s'associe à une meilleure santé mentale (Ionescu et al., 2010).

Facteurs de protection environnementaux. Ce sont des facteurs inhérents au milieu de vie. Ils sont constitués d'un ensemble de ressources extérieures que la personne mobilise et avec lesquelles elle interagit pour s'adapter aux différents facteurs de risque. Il s'agit du réseau de soutien qui fournit le soutien reçu par le sujet ; des ressources sanitaires et sociales ; du système d'accessibilité à l'emploi et à l'entrepreneuriat ; du système culturel. Ces différentes ressources environnementales contribuent à renforcer les compétences individuelles et les relations interpersonnelles positives.

Le réseau de soutien comprend les membres de la famille, les amis, les voisins, les professionnels des services sociaux ou de santé accessible à la personne, les membres des groupes ou d'associations d'appartenance (Bekaert et al., 2012). Il est un vecteur du soutien reçu. Seligman (2012) observe que plus un individu a d'amis et se trouve entouré d'amour, moins il est malade. Dans ce registre de facteurs de protection environnementaux, la famille (d'origine, nucléaire ou étendue) occupe une place prépondérante. Les auteurs ayant abordé la résilience dans une approche écosystémique ont tous mis en évidence le rôle protecteur de la stabilité et de la cohésion de la structure familiale (Bekaert et al., 2012; Hjemdal et al., 2011; Ionescu & Jourdan-Ionescu, 2011; Jourdan-Ionescu, Ionescu, Lauzon, Tourigny, & Ionescu-Jourdan, 2015a; Masten & O'Dougherty Wright, 2010; O'Dougherty Wright & Masten, 2005). L'accessibilité aux services de santé, de protection sociale est un facteur de protection pour la mère, ainsi que dans les situations de violence contre les femmes. Si celle-ci est un acquis dans les pays développés, elle est encore en devenir dans les pays à faibles revenus par habitant (INS Cameroun & ICF International, 2011). L'accès à un emploi rémunéré en dehors du domicile ou la possibilité d'en créer soi-même à travers l'entrepreneuriat représente un facteur de protection pour la femme (Brown & Harris, 1978; Liat Kulik et al., 2015; Lee & Powers, 2002; Tousignant, 1992). Cela renforce les capacités d'autodétermination, fondamentales pour la santé mentale et le bien-être (Ryan & Deci, 2000).

La contribution des éléments culturels à titre de facteurs de protection contre les troubles psychologiques est de plus en plus reconnue par les chercheurs (De Rosny,

1996b; Edjenguélé, 2009; Ionescu et al., 2010; Long & Nelson, 1999; Masten & O'Dougherty Wright, 2010; Toussignant, 2012; Ungar, 2008). Les peuples des différentes communautés et sociétés ont chacune leur vision du monde et parfois leur manière de nommer certains phénomènes ou problèmes qu'ils rencontrent. Pour faire face à l'adversité, chacun d'eux, pour préserver ou rétablir l'équilibre de l'individu, développe également un ensemble de moyens ou de stratégies d'adaptation conforme à leur culture (Mancini & Bonanno, 2010), à leur vision du monde ou à leur rationalité (Edjenguélé, 2009; Hebga, 1998). Selon les contextes, il peut s'agir du yoga dans les cultures orientales, du Thanksgiving ou de la célébration des héros dans la culture nord-américaine, de la pratique de l'aumône comme l'un des piliers de l'Islam ou du christianisme, de la méditation dans les cultures orientales et chrétiennes; du culte des ancêtres ou du blindage dans les cultures bantoues d'Afrique, des rituels de purification dans la plupart des cultures pour un renouvellement intérieur; de la divination, l'astrologie ou la cartomancie (Richardson, 2002). Pour Masten et O'Dougherty Wright (2010), les cultures et les religions ont ainsi développé et transmis de nombreuses croyances, des rituels et pratiques pour aider les individus à composer avec les adversités attendues et inattendues, y compris les rituels pour la perte et le deuil, les prières et les stratégies de méditation, une aide directe aux personnes dans le besoin, et les croyances qui véhiculent la valeur et le sens de la vie humaine.

Dans leur étude sur la résilience des personnes au Rwanda en contexte post-génocide, Ionescu et al. (2010) rapportent que la religion est aussi l'un des facteurs de protection le

plus souvent cités. Plusieurs autres chercheurs reconnaissent que la religiosité joue un rôle significatif dans la protection contre les événements critiques majeurs de la vie ou pour le rétablissement (Diener & Seligman, 2011; Kesebir & Diener, 2011; Pargament & Cummings, 2010). Pour Toussignant (2012, p. 147) :

c'est surtout dans le sens attribué aux événements que la religion aide à faire le passage et à retrouver rapidement un esprit de lutte. En l'occurrence, elle empêche de se camper dans un statut de victime, de contempler et d'exhiber son malheur pour attirer la compassion.

Cette observation de Tousignant pourrait être élargie, de la religion au sens classique du terme, à la culture, aux croyances ou à la philosophie de vie d'adhésion du sujet ; selon que celles-ci fournissent des codes, des symboles et des ressources pour faire sens comme le soulignent certains chercheurs (Masten & O'Dougherty Wright, 2010; Pargament & Cummings, 2010). Pour ces derniers, la religion, tout comme l'amour, a le pouvoir de pénétrer et de transformer la personne au plus profond de son être ou de sa personnalité et d'en faire quelqu'un de passionné. Helliwell (2006), dans une étude impliquant les données de plusieurs pays européens, observe que le taux de suicide est plus faible chez les personnes croyantes, que chez les non-croyants. Si la religion, les croyances ou les cercles philosophiques ont ce pouvoir de transformation positive, ils peuvent aussi conduire à la destruction ou à l'autodestruction des personnes dans le cas des phénomènes de lavage de cerveau, de fanatisme obnubilant la raison, d'actes immoraux tels les sacrifices rituels, les actes de pédophilie, les actes terroristes, les guerres religieuses, l'exclusion ou la marginalisation des personnes non membres du groupe culturel (Pargament & Cummings, 2010).

Facteurs de néo-développement. Les chercheurs qui ont abordé la résilience dans une perspective développementale ou à la suite d'un trauma mettent en exergue une transition d'un état stable vers un nouvel état stable, un avant et un après trauma, une inversion ou une bifurcation de la trajectoire développementale, une croissance post-traumatique (Chouinard, 2010; Cyrulnik, 2012a; Lau & van Niekerk, 2011; Levesque, 2011; O'Dougherty Wright & Masten, 2005; Richardson, 2011; Rutter, 1996; Tedeschi & Calhoun, 2004; Ungar, 2013). Par exemple pour Cyrulnik (2012, p. 8), « la résilience est un processus biologique, psychoaffectif, social et culturel qui permet un nouveau développement après un traumatisme psychique ». L'action des facteurs de ce nouveau développement, en association avec les facteurs de protection, va au-delà de la prévention, de l'adaptation ou du maintien de l'équilibre, pour permettre l'émergence d'un nouveau développement, la reconstruction ou le rétablissement, la croissance. Ces chercheurs identifient de manière variable quatre principaux facteurs : le point tournant, le sens donné à l'adversité, la force motivationnelle et le tutorat de résilience.

Point tournant. Il peut être considéré comme une transition ou alors le principal moment d'amorçage de la reprise développementale (Richardson, 2011). Tousignant (1992) observe que la survenue de certains événements peut produire cette bifurcation de la trajectoire développementale. Il les nomme « événements nouveau départ ». Dans son modèle théorique de la croissance post-traumatique, Tedeschi et Calhoun (2004) considèrent le trauma comme le point tournant de l'expérience des sujets qui ont vécu une croissance post-traumatique. Pour Rutter (1996), l'effet du point tournant est un

ensemble hétérogène de changements durables dans le fonctionnement psychologique et qui se produit suite à un événement ou une expérience significative dans la vie d'une personne. Pour Tousignant (1992), si certains événements majeurs ne mènent pas à un trouble psychologique, c'est parce que leur caractère est à double tranchant ou qu'ils peuvent même avoir des effets positifs sur le devenir de la personne. C'est donc le sens attribué à un événement qui en fait un point tournant (Chouinard, 2010; Cyrulnik, 2012a; Levesque, 2011; Rutter, 1996, 2007; Tedeschi & Calhoun, 2004; Ungar, 2013). Ces auteurs évoquent à titre d'exemple une grossesse ou un accouchement, une naissance, un divorce, un accident, une perte d'emploi, un mariage, une chirurgie à haut risque, une maladie. Levesque (2011) dans son étude sur les trajectoires de résilience des jeunes mères victimes de violence de la part de leur partenaire amoureux, propose un modèle théorique de la résilience comprenant cinq composantes : l'adversité, le point tournant, les processus, les facteurs promoteurs et les facteurs de vulnérabilité. Pour elle, la maternité qui peut être considérée comme un facteur de risque pour une adolescente dans un contexte de violence, a été un point tournant dans la vie des jeunes femmes étudiées. Celle-ci a modulé leur trajectoire de résilience, notamment en leur permettant de créer un lien significatif avec leur bébé et de développer un sentiment de responsabilité face à celui-ci. Dans leur étude sur la résilience de jeunes sud-africains, à la suite d'un accident par brûlure, Lau et van Niekerk (2011) identifient dans leurs récits des événements ayant contribué significativement à leur résilience. Ils les ont désignés comme point tournant. Pour ces chercheurs, ces événements émergent des interactions avec l'environnement et s'inscrivent dans une construction de sens. Ils relèvent comme facteurs favorisant ce point

tournant : l'acceptation par le groupe d'appartenance, se sentir accepté et aimé par son partenaire malgré les modifications du schéma corporel suite aux cicatrices de brûlure, la conversion religieuse et le vécu du baptême symbolisant la mort de la « personne anté-trauma » et la naissance d'une nouvelle « personne post-trauma », l'accompagnement par un professionnel de santé et la réorientation du projet de vie. Pour ces auteurs, l'émergence du point tournant est aussi reliée à l'attribution d'un sens à la situation adverse vécue.

Construction du sens. Il s'agit d'un processus dynamique au cours duquel une personne modifie ou actualise la représentation qu'elle a de son histoire, son image, ses relations sociales et ses buts en fonction des expériences qu'elle vit au fil du temps, y compris les adversités, afin de les intégrer et réajuster son univers psychique pour redonner une certaine cohérence à ce nouvel ensemble réorganisé (Delle Fave, 2011). La plupart des chercheurs reconnaissent son importance dans les processus de résilience, d'adaptation ou de bien-être. Elle est l'une des cinq composantes de la théorie du bien-être de Seligman (2012) : émotions positives, engagement, relations personnelles positives, sens, réussite. Elle est l'un des quatre principaux facteurs de résilience énoncés par Cyrilnik (2012a) : l'attachement, l'anticipation, le soutien et le sens. Elle est également l'un des six principaux systèmes protecteurs au cours du cycle de vie selon Masten et O'Dougherty Wright (2010) : relation d'attachement et soutien social, intelligence ou habileté à résoudre les problèmes, capacités d'autorégulation, motivation et sentiment d'auto-efficacité, construction de sens, système culturel y compris la

religion. Pour Chouinard (2010), la réussite d'une réadaptation en déficience physique est intimement liée au sens que la personne attribue à cet épisode dans son cheminement personnel. Dans son modèle salutogénique, Antonovsky (1993) montre aussi le rôle essentiel joué par le sens de la cohérence dans les processus de coping. Celui-ci comprend trois composantes : la compréhensibilité, la gérabilité et la signification. La compréhensibilité renvoie à l'identification du problème (le nommer), l'accès à une information logique sur ses causes, manifestations, conséquences et moyens de résolution. Elle permet de démystifier la situation adverse et d'augmenter le sentiment de contrôle. La gérabilité renvoie à la disponibilité ou l'accessibilité des ressources nécessaires pour surmonter le problème. Celle-ci peut être mise en lien avec la perspicacité ou l'insight. Il s'agit d'une qualité renvoyant à une prise de conscience soudaine de la solution à un problème à travers une réorganisation de ses constituantes ; c'est un déclic, une transition soudaine d'un état désorganisé (vecteur de stress) à un état réorganisé (source d'apaisement et de satisfaction) ; en ce sens l'insight peut entraîner une transformation de la personnalité (Köhler, 1973). Pour ce chercheur, l'insight est l'émergence d'une nouvelle connexion de signification. Quant à Simonton (2000), l'insight est une dimension de la créativité, tandis que pour Baltes et Staudinger (2000), la sagesse en est le point culminant. Enfin, la Signification permet d'intégrer ou de relier la situation adverse à l'histoire personnelle ou à celle du groupe d'appartenance afin d'en faire un tout cohérent. La construction de sens requiert donc un sens de l'analyse et du jugement, un sens du discernement, de la perspicacité et de manière plus générale de l'insight (Hurtes & Allen, 2001). Le sens peut également se construire grâce au travail

d'accompagnement par un tuteur de résilience (Cyrulnik, 2012a). Le sens de la cohérence est pour Nygren et al. (2005) une sorte de force motivationnelle primaire.

Force motivationnelle. La motivation est une énergie qui pousse l'individu à chercher à satisfaire un besoin ou à atteindre un but (Sarrazin, Pelletier, Deci, & Ryan, 2011). Pour Richardson (2002), cette énergie qui pousse une personne de la survie à l'actualisation de soi peut être appelée *quanta* (en référence à l'énergie étudiée en physique quantique), *chi* (notion issue de la culture chinoise et désignant le souffle vital représenté par les mouvements alternés du Ying et du Yang), esprit, dieu, ou résilience. Pour cet auteur, la résilience est une force, une énergie qui pousse une personne à transcender l'adversité à laquelle elle est confrontée, à rechercher l'actualisation de soi, la sagesse, l'altruisme et l'harmonie avec une source ou une force spirituelle. Une telle conception de la résilience peut être mise en parallèle avec les approches de sismothérapies ou d'électro-convulsivothérapie. C'est une option thérapeutique qui est utilisée en psychiatrie chez des patients souffrant de dépression suicidaire, d'accès maniaque et de schizophrénie résistante aux traitements médicamenteux. Ces patients se caractérisent, soit par un excès d'énergie (accès maniaque), soit un déficit d'énergie ou une perte d'élan vital (dépression). Cette technique consiste à provoquer, sous anesthésie générale, par un choc énergétique avec le courant électrique, une crise convulsive généralisée (stress très élevé) (Binhas, Liger, Sedaghati, Gilton, & Dhonneur, 2013; Ceccaldi, Dubertret, Keita, & Mandelbrot, 2008).

Erikson (1982), dans ses travaux sur les stades de développement des personnes, identifie une force adaptative qui est libérée lors de la transition d'un stade développemental à un autre. Ces stades sont : la petite enfance, l'enfance, l'âge du jeu, l'âge scolaire, l'adolescence, le jeune adulte, l'âge adulte et la vieillesse. Pour chacun de ces stades, il identifie respectivement les forces adaptatives suivantes : l'espoir, la volonté, le but, la compétence, la fidélité, l'amour, la sollicitude, la sagesse. Pour Richardson (2002), quelques interventions pour soutenir la résilience pourraient consister, dans un tutorat de résilience, à accompagner l'individu dans l'attribution du sens, l'identification et la stimulation des centres motivationnels de ces personnes engagées dans une expérience de résilience.

Tutorat de résilience. Le tutorat est un processus ou une relation au cours duquel une personne ou une chose sert d'appui, de soutien et de protection à une autre en vue de favoriser sa croissance (Larousse, 2009). Un tuteur de résilience est une personne qui, par son attitude et son comportement, facilite la résilience chez un enfant, un adulte ou une personne âgée (Cyrulnik, 2001; Lecomte, 2005; Psiuk, 2005). Cette personne manifeste de l'empathie et de l'affection, s'intéresse prioritairement aux côtés positifs de l'autre, lui laisse la liberté de parler ou de se taire, ne se décourage pas face aux échecs apparents, respecte le parcours de résilience de l'autre, aide à la construction du sens (Lecomte, 2005). Il s'agit donc d'une relation particulière de soutien et d'accompagnement ; elle est stable dans le temps et contribue au point tournant. Le tutorat à une proximité conceptuelle avec le mentorat décrit par les chercheurs de la psychologie du

développement. Ils décrivent le mentorat comme une relation interpersonnelle d'attachement dans laquelle, une personne adulte représente une figure d'identification pour le jeune adulte et joue un rôle important dans la consolidation de l'identité adulte ; un passeur qui l'aide à traverser les épreuves de la vie et les transitions développementales par les différentes formes de soutien (Houde, 2009). Le tutorat et le mentorat s'inscrivent tous deux dans une visée développementale. Pour Ionescu (2011a), la résilience émerge et se développe dans l'interaction de la personne avec l'entourage, des mentors, des tuteurs de résilience et des réseaux de soutien. Cet auteur et ses collaborateurs, dans leur étude sur les facteurs culturels impliqués dans la résilience, relèvent aussi le rôle des rituels thérapeutiques et des objets-tuteurs de résilience dans le processus de résilience. Il s'agit d'objets qui, dans les croyances des utilisateurs, procurent une protection (par exemple, un fétiche, un talisman, un objet sacré) (Ionescu et al., 2010). Pour ces auteurs, ces objets-tuteurs de résilience renforcent le sentiment de contrôle, la confiance en soi, l'auto-efficacité et engendrent des pensées positives chez ceux qui y ont recours et y croient.

Résilience et concepts connexes

Les concepts connexes à la résilience désignent ici ceux qui sont généralement utilisés pour la définir. Il s'agit de : adaptation, réadaptation, développement, néo-développement, croissance. Pour plusieurs chercheurs, la résilience est définie comme un cas particulier d'adaptation dans un contexte de stress ou d'adversité pouvant perturber le développement. Ils la conçoivent comme une adaptation positive, réussie ou avec gain

(Garmezy et al., 1984; O'Dougherty Wright & Masten, 2005; Rutter, 2007). L'adaptation est une réponse à des stimuli internes et/ou externes, un processus visant à restaurer ou maintenir l'homéostasie, l'intégrité et le fonctionnement biopsychosocial d'un individu ou d'un groupe (Bevan, 1965; Richardson, 2002; Selye, 1950). Pour Ionescu et Jourdan-Ionescu (2006, p. 145), « l'adaptation, concept emprunté à la biologie et à la physiologie, peut être considérée comme un indice de résilience quand l'évaluation montre qu'il s'agit d'une adaptation réussie ». Face aux facteurs de stress (événements critiques, trauma, conditions de vie difficiles, contraintes de rôle, vulnérabilité), les chercheurs conceptualisent différentes réponses de l'organisme, toutes pouvant s'inscrire dans un processus d'adaptation ou de résilience. Selye (1950) définit le stress comme une réponse non spécifique de l'organisme à un stimulus qui vient perturber son équilibre. Celle-ci se traduit par un syndrome général d'adaptation comprenant trois phases :

- la réaction d'alarme au cours de laquelle l'organisme passe en mode défense (anxiété ou peur, stimulation de la sécrétion des hormones de l'axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien entraînant tension musculaire et nerveuse, tachycardie, tachypnée, troubles digestifs, etc.) ;
- la phase de résistance pendant laquelle la personne mobilise des stratégies d'adaptation pour maintenir son équilibre ;
- et en cas de persistance du stimulus, survient la phase d'épuisement avec accentuation ou chronicisation des manifestations de la phase d'alarme. Les chercheurs qui travaillent dans les situations d'adversité liées à une perte majeure ont proposé le concept de deuil ou travail de deuil qu'ils définissent comme le

processus d'adaptation suite à une perte majeure (Kübler-Ross, 1977; Sanders, Wiley, & Sons, 1999). Kübler-Ross (1977) décrit cinq étapes du deuil : le déni, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation. Sanders et al. (1999) ajoutent qu'une des issues du deuil est la croissance psychologique où la personne se désinvestit de l'objet perdu, se restructure et se réinvestit dans de nouveaux objets ou relations. La Figure 4 suivante montre les interrelations entre la résilience et ses concepts connexes. Dans cette figure, le développement lié au stress et la croissance post-traumatique sont tous deux inclus dans la résilience, car ils se construisent tous en contexte d'adversité.

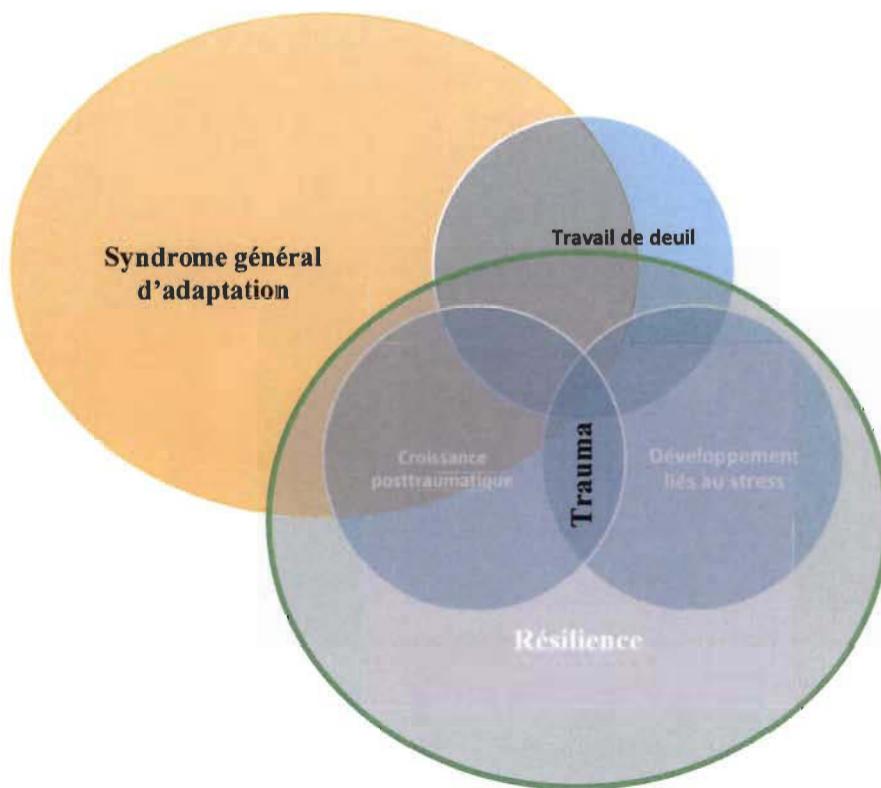


Figure 4. Interrelations entre la résilience et ses concepts connexes.

Échelles d'évaluation de la résilience

L'évaluation de la résilience fait l'objet de débat dans la communauté scientifique. Le problème de fond qui oppose les chercheurs est de savoir ce que l'on mesure, ou encore la validité du construit mesuré dans un contexte d'absence de consensus sur la définition de la résilience. L'objet à mesurer est-il le même en prévention primaire, secondaire et tertiaire ? Ou encore, le même outil peut-il permettre de mesurer la résilience à chaque étape de son processus : avant ou après le trauma ; avant ou après le changement dans la trajectoire développementale dans le cas d'un développement lié au stress de la vie. Une consultation du travail de Ionescu et Jourdan-Ionescu (2011) sur l'Évaluation de la résilience, ainsi que des bases de données *PsycTest*, *PsycInfo* et *Web of Sciences* en février 2014, permet d'identifier environ neuf échelles ou questionnaires permettant d'évaluer les facteurs de protection ou les facteurs de résilience dans une population générale d'adultes. Le Tableau 1 suivant en présente quelques caractéristiques. La variabilité des dimensions de la résilience observée dans le Tableau 1 pourrait s'expliquer par l'absence de définition opérationnelle de ce phénomène, la diversité des populations de références (des adolescents aux seniors, de la population générale à des populations aux problématiques particulières de santé, du genre), ainsi que la diversité des contextes culturels. Il faut relever que seules deux échelles sur neuf ont été développées en contexte francophone, même si l'on faut aussi noter que la plupart des sept échelles en langue anglaise ont été traduites et validées dans le contexte de certains pays francophones (Ionescu & Jourdan-Ionescu, 2011). Il s'agit de l'Échelle de Résilience du Moi, l'Échelle de résilience de Wagnild et Young (traduite dans plus de 36 langues dans le monde),

l'Échelle de Connor-Davidson et l'Échelle de Résilience pour adultes (Ionescu & Jourdan-Ionescu, 2011).

Le Tableau 1 montre aussi deux catégories d'échelles. La première, constituée des six premières échelles du tableau, évalue les caractéristiques individuelles de la résilience ; la seconde, dans une approche écosystémique évalue les dimensions individuelles, familiales et environnementales de la résilience, notamment les facteurs de protection.

Le constat qui peut également être fait est qu'aucune échelle de résilience pour femme adulte n'a été développée pour le contexte africain. Toutefois, des versions traduites en français ou en kinyarwanda (l'une des langues parlées au Rwanda) de l'Échelle de Résilience de Wagnild et Young ont été utilisées dans des études en Afrique Subsaharienne (Ionescu, Rutembesa, Mutabaruka, & Jourdan-Ionescu, 2014).

Tableau 1

Instruments d'évaluation de la résilience dans une population générale d'adultes

Auteurs	Nom de l'instrument	Dimensions de la résilience	Populations de référence
Bekaert et al. (2012)	Inventaires de Facteurs de Résilience -IRF	Facteurs de protection individuels, Facteurs de protection familiaux, Facteurs de protection extrafamiliaux	Adolescents et jeunes adultes
Block et Kremen (1996)	Échelle de Résilience du Moi	Pas de mise en évidence d'une structure factorielle	Jeunes adultes
Connor et Davidson (2003)	Échelle de résilience de Connor-Davidson	Compétences personnelles, Ténacité, Perception positive du changement, Contrôle, Adaptation et spiritualité	Jeunes adultes et adultes
Friborg, Hjemdal, Rosenvinge, et Martinussen (2003); Hjemdal, Friborg, Martinussen, & Rosenvinge (2001);	Échelle de résilience pour adulte	Compétence personnelle, Compétence sociale, Cohérence familiale, Soutien social, Structure personnelle	Jeunes adultes
Hurtes et Allen (2001)	Profil d'attitudes et de capacités liées à la résilience	Insight, Indépendance, Créativité, Initiative, Humour, Qualité des relations avec les autres, Orientation des valeurs	Adolescents et jeunes adultes
Jew et al. (1999)	Échelle de Résilience	Orientation vers le futur, Acquisition active de la compétence, Indépendance/prise de risque	Adolescents et jeunes adultes
Jourdan-Ionescu et al. (2015a)	Échelle de Facteurs de protection	Facteurs de protection individuels, Facteurs de protection familiaux, Facteurs de protection environnementaux	Jeunes adultes
Smith et al. (2008)	Échelle brève de résilience	Échelle unidimensionnelle	Jeunes adultes et adultes en situation de maladies chroniques
Wagnild et Young (1993)	Échelle de Résilience de Wagnild et Young	Compétence personnelle, acceptation de soi et de la vie	Femmes adultes et seniors

Revue des études sur les facteurs de risque, les facteurs de protection et la résilience

Très peu de recherches se sont intéressées aux interrelations entre les facteurs de risque, les facteurs de protection et la résilience dans le cadre d'études populationnelles. Cela pourrait provenir d'un déficit d'instruments mesurant l'adversité dans une population générale; de l'attention portée par les chercheurs sur l'étude de la résilience dans des groupes spécifiques exposés à des facteurs de risque spécifiques : déficience intellectuelle, abus sexuels, maltraitance, déficience physique, etc.; de la conception de la résilience en fonction de laquelle il pourrait avoir trois moments de mesure : avant ou au début de l'exposition au risque (traits de personnalité), en cours de processus, ou en fin de processus (résultats); du niveau d'intervention dans lequel se situe l'étude (prévention primaire, secondaire ou tertiaire).

Roy, Levasseur et Généreux (2014) se sont intéressés aux mesures de santé positive dans le cadre d'une enquête populationnelle en Estrie, au Québec, après de 2886 personnes adultes. Ils ont utilisé des échelles de participation sociale, de résilience et de santé mentale positive. Bien qu'ils aient recherché les interrelations entre ces variables et les caractéristiques sociodémographiques (genre, revenu, milieu d'habitation, statut social, parentalité, tabagisme), ils ne se sont pas intéressés au construit d'adversité et à ses relations avec le niveau de santé mentale positive, la participation sociale et la résilience.

Dans une conception de la résilience comme balance dynamique positive entre facteurs de risque et facteurs de protection tels que la montre la Figure 5, Ionescu, Jourdan-Ionescu, et al. (2014) ont conduit une étude multisite à l'échelle intercontinentale auprès de jeunes adultes étudiants (Québec, France, Roumanie, Algérie, Rwanda, Togo), afin d'analyser les relations entre les facteurs de risque, les facteurs de protection et la résilience. Cette étude se situe dans le cadre de la prévention primaire. Pour les besoins de l'étude, une échelle de facteurs de risque et une échelle de facteurs de protection ont été développées. L'échelle de Wagnild et Young (1993) a été utilisée pour mesurer la résilience. Cette étude montre, pour une dispersion théorique de la résilience de 25 à 175, un score moyen de 133 chez les étudiantes québécoises (Jourdan-Ionescu, Ionescu, Lauzon, Tourigny, & Ionescu-Jourdan, 2015c), des scores de 122 chez les étudiantes françaises, 137 chez les Algériennes et 142 chez les Roumaines (Ionescu, Jourdan-Ionescu, et al., 2014), un score de 131 chez les étudiantes rwandaises (Ionescu, Jourdan-Ionescu, et al., 2014) ; les résultats du Togo ne sont pas encore publiés.

Une telle évaluation de la résilience dans la population des femmes camerounaises n'est pas disponible dans la littérature scientifique. Ces études montrent des corrélations négatives faibles et significatives entre facteurs de risque et résilience dans les populations d'étudiants québécois, français et roumains. Ces corrélations sont faibles et non significatives dans les populations d'étudiants algériens (corrélation négative) et rwandais (corrélation positive).

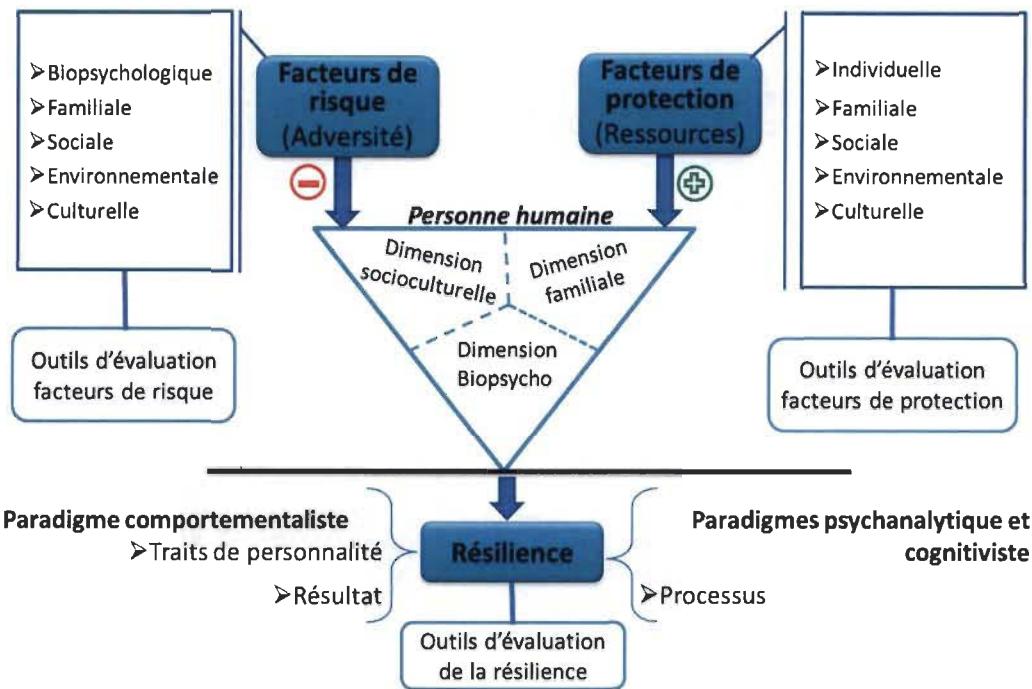


Figure 5. Schéma conceptuel de l'interrelation entre facteurs de risque, facteurs de protection et résilience.

Une consultation des bases de données *PsycInfo* et *Scopus* en février 2014 montre seulement deux études ayant porté spécifiquement sur le phénomène de résilience au Cameroun. Ces études se sont déroulées en zone rurale anglophone et ont utilisé un devis de recherche qualitatif.

Kiani (2009) a mené une étude qualitative exploratoire sur l'expérience de résilience des femmes ayant un handicap dans la région anglophone du Nord-ouest du Cameroun. À l'aide de groupe focal de discussion et d'entretiens avec des informateurs clés, il a décrit les adversités, les ressources mobilisées pour la résilience et les besoins exprimés

par ces femmes pour soutenir et renforcer leur processus de résilience. Les résultats montrent qu'elles sont confrontées :

- aux barrières de l'environnement physiques qui limitent leur accès à l'éducation et aux activités de la vie quotidienne ;
- à une double marginalisation familiale et sociale du fait du genre et du sexe ;
- à l'accès problématique à la maternité (dans certains cas à la suite d'abus sexuel) ou à l'accouchement nécessitant la césarienne, ainsi qu'à la difficulté de satisfaire le besoin de fonder une famille ;
- aux difficultés à nouer et maintenir des relations ;
- aux difficultés d'accès à l'éducation et l'emploi ;
- à l'impuissance acquise.

Dans leur processus de résilience, elles s'appuient sur les qualités individuelles (persévérance, combativité, participation sociale, créativité), sur le soutien et la mutualisation des efforts dans les associations à travers des initiatives communes et la solidarité. Pour soutenir et renforcer leur résilience, ces participantes sollicitent plus d'empowerment et un changement des attitudes sexistes.

Tchombe et al. (2012) ont conduit une étude qualitative exploratoire sur la résilience des familles confrontées à la pauvreté chez les Bakweri des villages du groupement Bonavada dans la région anglophone du Sud-Ouest du Cameroun. Leurs résultats montrent que la pauvreté est responsable d'un certain nombre de facteurs de risque

auxquels ils sont confrontés : l'insécurité liée à l'habitation précaire, la promiscuité dans les quartiers d'habitation, l'impraticabilité des transports pendant les saisons pluvieuses du fait de la dégradation des routes; l'insatisfaction des besoins fondamentaux de base (éducation, alimentation); l'inaccessibilité aux soins de santé du fait d'un déficit de l'offre de services de santé et des ressources financières pour payer les actes médicaux. Les résultats montrent aussi que ces populations mobilisent diverses stratégies de résilience : la commercialisation des produits des activités agricoles; le soutien social, principalement celui de la progéniture, ainsi que celui des élites de la localité et autres acteurs du réseau de soutien (associations); le recours aux tontines¹ (pour l'épargne et le crédit) dans un contexte d'inaccessibilité du système bancaire et de la sécurité sociale; la propriété des terres comme moyen de sécurité dont ils peuvent vendre une partie en cas d'extrême nécessité; les ressources individuelles (sens de l'autosuffisance, de l'autonomie, la confiance en soi, la parentalité, le sens de la responsabilité vis-à-vis de leurs enfants et les aspirations pour ceux-ci).

Cette recherche documentaire ne met donc pas en évidence d'études quantitatives sur le phénomène de résilience au Cameroun ou encore d'études qualitatives en zone urbaine d'une part et en zone francophone d'autre part. Ces études se sont intéressées à des

¹ La tontine est une alternative au système bancaire et des assurances dans un contexte où le taux de bancarisation est d'environ 15%. Elle regroupe des individus qui désirent mettre leur épargne en commun pour disposer d'une somme plus ou moins importante afin d'investir ou de faire face en cas d'événements inattendus. Le groupement se fait généralement entre des individus provenant du même village ou quartier, par sexe, par catégorie d'âge ou par niveau social. Ces individus se connaissent et se font une confiance mutuelle. Si cette confiance est trahie par l'un des membres, il est exclu du groupe et complètement marginalisé avec pour conséquence d'immenses difficultés puisque dépourvu de tout lien social. (<http://www.editions2015.com/cameroun/index.php/e-cameroun-mis-a-nu/les-tontines/>)

expériences de résilience dans des cas particuliers d'adversité (pauvreté, handicap). Cette revue documentaire ne montre pas non plus d'études s'étant intéressées à la variabilité de l'adversité, aux facteurs de protection et à la résilience dans la population générale des femmes camerounaises. Les données actuelles ne permettent pas de dégager les profils de résilience et la typologie des adversités vécues par les femmes camerounaises. Elles ne permettent pas non plus de mettre en évidence la structure du phénomène de résilience et son processus dans cette population. Cette recherche, par ses objectifs, ambitionne donc de contribuer à apporter des connaissances scientifiques afin de réduire ces insuffisances relevées et fournir un modèle théorique pour favoriser l'élaboration d'interventions et structurer la pratique.

Objectifs de recherche

L'objectif général de cette étude est de comprendre l'expérience de résilience chez les femmes camerounaises confrontées à une forte adversité. Les objectifs spécifiques de cette recherche s'organisent autour de deux principaux axes : la variabilité de la résilience et sa modélisation afin d'en accroître sa compréhension.

- **Axe 1 : Variabilité de la résilience.** Cet axe, d'orientation quantitative, s'intéresse aussi à l'anxiété et à la dépression, comme variables contribuant à dresser un profil de résilience dans la population des femmes camerounaises et à diagnostiquer celles qui sont résilientes en vue de la seconde phase de l'étude.

Wagnild et Collins (2009) montrent qu'il y a une corrélation modérée négative

entre résilience et dépression ; tandis que Beck et Steer (1993) montrent une corrélation modérée positive entre anxiété et dépression. Ainsi une personne résiliente serait celle qui a un score élevé de résilience et des scores faibles d'anxiété et de dépression. Les objectifs spécifiques de cet axe consistent donc à :

- Valider l'*Échelle d'adversité psychosociale* et l'*Échelle de facteurs de protection* dans la population des femmes camerounaises ;
- Décrire la variabilité de l'adversité psychosociale, des facteurs de protection, de la résilience, de l'anxiété et de la dépression chez les participantes ;
- Déterminer la relation entre adversité psychosociale, facteurs de protection et résilience ;
- Faire ressortir les différents profils psychologiques de résilience au regard des variables d'adversité psychosociale, de facteurs de protection, d'anxiété et de dépression,
- **Axe 2 : Modélisation de la résilience.** Cet axe est essentiellement qualitatif et vise une compréhension en profondeur du phénomène de résilience chez les femmes camerounaises. Les objectifs spécifiques associés à cet axe consistent à :
 - Décrire la typologie des adversités dans la population des femmes camerounaises ;
 - Expliciter le cadre conceptuel ou la structure essentielle du phénomène de résilience à partir de l'expérience des femmes camerounaises résilientes ;
 - Dégager un modèle théorique de l'expérience de résilience.

Méthode

Cette section renseigne sur la démarche opératoire adoptée pour atteindre les objectifs de recherches qui ont été définis. Les orientations quantitatives et qualitatives, respectivement des axes 1 et 2, le positionnement épistémologique de l'étude dans la complexité, la phénoménologie, l'approche écosystémique et la perspective du cycle de vie justifient le choix d'une méthode de recherche mixte et une description du contexte écologique de l'étude.

Contexte écologique et culturel de l'étude

Cette section vise à donner une description du lieu de l'étude en vue de permettre une compréhension du contexte et soutenir une transférabilité des résultats. La présente recherche a été conduite auprès de femmes camerounaises des régions francophones du pays. Le Cameroun, pays d'Afrique centrale, est généralement considéré comme une Afrique en miniature de par sa diversité agroécologique, ethnique, linguistique, religieuse. Il s'étend sur une superficie de 475 000 km², pour une population estimée, comme cela a déjà été dit, à environ 23 millions d'habitants (BUCREP, 2016). Le Cameroun comprend 10 régions administratives (voir carte en Appendice A) et environ 250 ethnies réparties en quatre grandes zones culturelles : la zone Bantoue (régions du Centre, du Sud, de l'Est, et du Littoral), la zone Grass Fields des hauts plateaux de l'Ouest (régions de l'Ouest et du Nord-Ouest), la zone Sawa (Littoral et Sud-Ouest), la zone Soudano-sahélienne (Adamaoua, Nord, Extrême-Nord) (Services du Premier Ministère, 2016). Le Cameroun

comprend deux langues officielles (français et anglais) héritées de son passé sous le protectorat de la France et de la Grande-Bretagne après la Deuxième Guerre mondiale. Ces langues officielles cohabitent avec de nombreuses langues locales issues des différentes ethnies. Les régions anglophones sont celles du Nord-Ouest et du Sud-Ouest. Les régions soudano-sahéliennes sont majoritairement islamisées, alors que les autres sont christianisées (Église catholique, Église protestante, Témoins de Jéhovah, Églises chrétiennes de réveil). Toutefois, ces religions sont présentes dans toutes les régions. Il faut également relever que dans toutes les régions, il existe des populations animistes qui ont conservé leur culte ou religion traditionnelle (BUCREP, 2016; INS Cameroun & ICF International, 2011). Bien qu'il y ait une forte pénétration des religions importées parmi les populations, celles-ci restent attachées à leur culture et opèrent donc un syncrétisme avec la philosophie de ces religions ; elles n'hésitent pas à mélanger pratiques traditionnelles et pratiques religieuses, même quand celles-ci sont découragées par ces différentes religions. La structure traditionnelle de la famille est polygamique dans les différentes cultures camerounaises. Celles-ci connaissent une évolution vers des unions monogamiques avec actuellement environ 25 % de femmes mariées dans un régime polygamique (BUCREP, 2016). Ce régime matrimonial est reconnu par la législation. Dans les régions où l'animisme et la religion musulmane sont prédominants, la polygamie reste assez répandue ; celle-ci tend toutefois à diminuer avec la scolarisation de plus en plus croissante des femmes (BUCREP, 2016; INS Cameroun & ICF International, 2011; Ministère de la promotion de la femme et de la famille, 2012). Sur le plan économique, bien que regorgeant d'un immense potentiel agricole et minier, le Cameroun est un pays

pauvre avec environ 40 % des populations qui vivent en dessous du seuil de pauvreté monétaire et 70 % de la population en situation de sous-emploi, c'est à dire travaillant involontairement moins que la durée hebdomadaire minimale de 35 heures ou gagnant moins que le SMIG¹ horaire. Les femmes sont très actives dans le secteur informel de l'économie. Sur le plan de la santé, il existe une inégale répartition et un déficit de l'offre des services de santé sur le territoire national, un déficit de professionnels de santé (INS Cameroun & ICF International, 2011). La profession de psychologue clinicien est assez mal connue, bien qu'il y ait plusieurs facultés de psychologie dans les universités camerounaises. Il y a également très peu de psychologues en exercice et ceux qui le font restent concentrer dans les deux grandes villes du pays. Tout comme les quelques cinq psychiatres que compte le pays, ces psychologues sont inaccessibles à la plupart des populations pour des raisons culturelles, économiques et géographiques. Le terrain des professionnels de l'écoute et de l'accompagnement est occupé en grande partie par les religieux et religieuses, les pairs dans les associations, les professionnels des médecines traditionnelles et alternatives, ou d'autres acteurs du réseau social.

Devis de recherche

Cette étude, dont l'objet porte sur la variabilité et la modélisation du phénomène de résilience chez les femmes camerounaises qui vivent une forte adversité, utilise un devis de recherche mixte. Briand et Larivière (2014) en distinguent trois catégories : les devis mixtes simultanés où les phases quantitatives et qualitatives se déroulent en parallèle ; les

¹ Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti.

devis mixtes séquentiels au cours desquels les phases quantitatives et qualitatives se déroulent de façon distincte l'une à la suite de l'autre ; les devis mixtes multiples qui articulent au sein d'une même recherche des devis simultanés et séquentiels. Parmi les trois types de devis mixtes séquentiels (explicatif, exploratoire et transformation), cette recherche utilise un devis mixte séquentiel explicatif et comprend une première phase qui est quantitative, suivie d'une seconde phase qualitative. Du fait du recours à ce type de devis mixte, l'on pourrait s'attendre à la suite de ce travail que la méthode, les résultats et la discussion de chaque phase séquentielle de l'étude soient présentés, l'une à la suite de l'autre. L'insertion de cette étude dans une approche complexe a conduit, bien qu'il s'agisse d'un devis mixte séquentiel, à ne pas regrouper la méthode, les résultats et la discussion de chacune des phases dans des parties distinctes, mais à les articuler dans les mêmes sections. C'est pourquoi dans les sections méthodes et résultats de ce rapport de recherche, les aspects qualitatifs sont présentés à la suite de ceux quantitatifs. Toutefois, la section discussion est abordée comme un tout. Le recueil de données pour les deux phases de l'étude s'est déroulé entre les mois de mai et août 2014. En été 2015 et hiver 2016 des contacts ont été établis avec les participantes à la deuxième phase de l'étude en vue de valider la retranscription et la synthèse de leur histoire de vie.

Première phase : devis quantitatif

Cette première phase porte sur l'axe 1. Elle décrit la démarche utilisée pour sélectionner les participantes dans les différentes grandes zones culturelles et recueillir les données afin de valider les instruments de recherche et analyser la variabilité et les

corrélations entre les différents phénomènes à l'étude (adversité, facteurs de protection, résilience, anxiété et dépression). Elle décrit aussi la stratégie utilisée pour analyser les informations recueillies. Cette phase utilise un devis quantitatif de type descriptif et corrélational. Elle est transversale et observationnelle, car aucune intervention ou manipulation de variable n'a été faite.

Le processus suivi pour l'adaptation de l'Échelle de facteurs de risque (Kimessoukié, Jourdan-Ionescu, Ionescu, & Nkoum, 2015) et l'Échelle de facteurs de protection (Kimessoukié & Jourdan-Ionescu, 2014) est décrit dans la Figure 6. Les échelles ont d'abord été soumises à six femmes camerounaises ayant au moins un baccalauréat (diplôme de licence dans le système éducatif camerounais) et des connaissances en sciences sociales et humaines (une anthropologue spécialisée en question de genre, une anthropologue de la santé, une psychologue clinicienne, une infirmière clinicienne, une étudiante de maîtrise en sciences infirmières, une gestionnaire). Il leur a été demandé de relever les items qui posent des problèmes de compréhension, ceux qui ne semblent pas adaptés au contexte socioculturel de la femme camerounaise âgée de 20 à 55 ans, et de faire des propositions de contenus spécifiques adaptés au vécu des femmes camerounaises. Les résultats obtenus ont été discutés lors d'une réunion du Groupe Aidenfant affilié au Laboratoire de santé mentale de l'Université du Québec à Trois-Rivières, en présence de la plupart des auteurs de ces échelles.

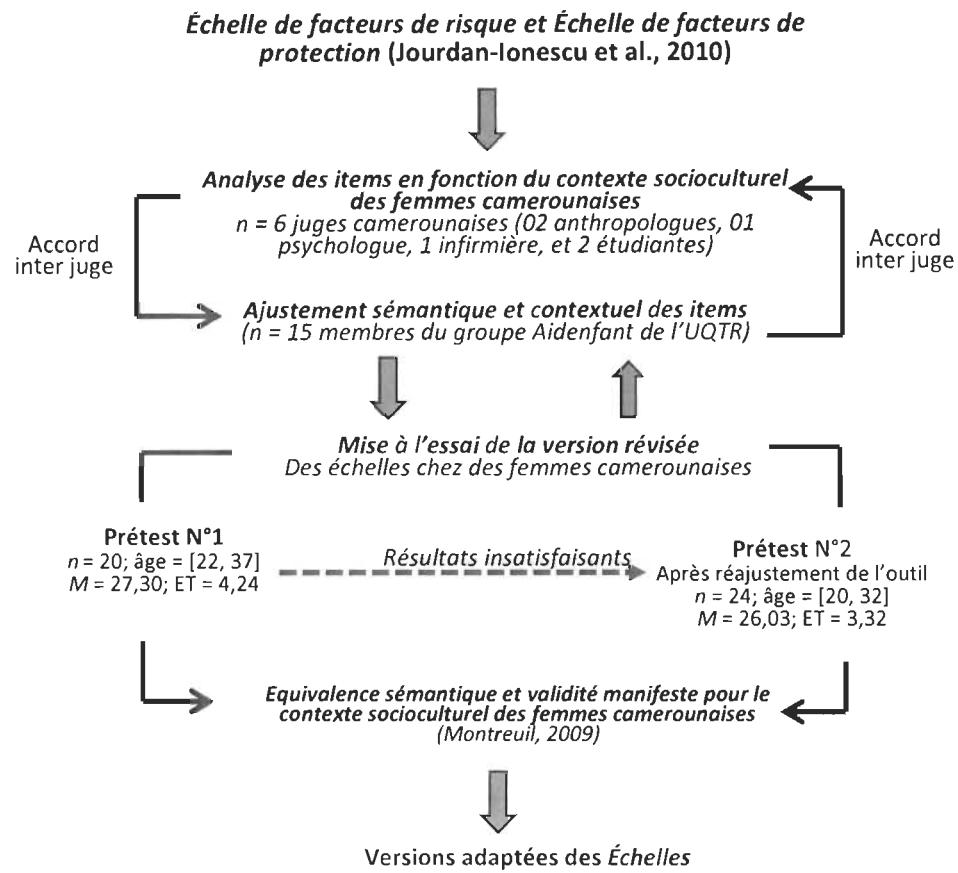


Figure 6. Processus d'adaptation des échelles de facteurs de risque et facteurs de protection (Kimessoukié 2014).

Dans un deuxième temps, les versions ajustées des échelles ont été soumises en prétest, d'abord à 20 élèves aides-soignantes et infirmières diplômées d'états, puis pour le cas spécifique de l'échelle de facteurs de risque, à 24 autres élèves et étudiantes de l'École des Sciences de la santé de Yaoundé, au Cameroun, du fait des limites observées. Les instruments ont été administrés en groupe dans les salles de classe. L'Échelle de facteurs de risque a subi, suite aux résultats du premier prétest (voir Tableau 2), des ajustements au niveau de l'échelle à utiliser pour coter les items. Au lieu d'une cotation des items avec

les symboles (---) à (+++), pour signifier la gradation du niveau d'adversité, une échelle ordinaire a été introduite. Ce sont les versions des échelles prêtées pour expérimentation qui ont servi au recueil de données pour la première phase de l'étude. Ces données ont été utilisées pour la validation statistique des échelles. Des versions originales (voir Appendice B) et finales des échelles adaptées se trouvent en appendice. Les Tableaux 2 et 3 présentent les problèmes relevés lors du processus d'adaptation. D'un point de vue de la sémantique, plusieurs items ont été vulgarisés, car les échelles, initialement conçues pour un public d'étudiants universitaires, devaient être appliquées à des femmes non scolarisées ou n'ayant pas fait des études secondaires et/ou universitaires.

Le Tableau 2 montre que la structure de l'échelle de codification des items a été changée, pour une échelle ordinaire de type Likert allant de 0 à 5. Par ailleurs, des items ont été ajoutés et d'autres ont été retirés en fonction de leur pertinence pour le contexte des femmes camerounaises. Compte tenu des ajustements apportés à la structure de l'échelle de facteurs de risque, son nom a été modifié pour devenir *Échelle d'adversité psychosociale*.

Tableau 2

Observations et ajustements apportés à l'échelle de facteurs de risque

Grille d'analyse	Observations à l'issue du premier prétest
Structure de l' <i>Échelle de facteurs de risque</i>	<p>La structuration de l'échelle de cotation par période de vie entraînait des difficultés de compréhension de l'instrument</p> <p>La codification (---) à (+++) pour coter l'impact d'une situation sur le vécu prêtait à confusion</p>
Sémantique	<p>La formulation impersonnelle des items ne favorisait pas une appropriation des situations par les participantes.</p> <p>Élargissement du concept de reconstitution familiale à la polygamie, et explicitation de « décrochage scolaire » par « abandon des études ».</p>
Dimension socioculturelle de l'échelle	<p>Absence d'items en relation avec les facteurs de risque spécifiques à la culture. Les items ci-après ont été ajoutés</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ J'ai vécu/ Je vis des problèmes en rapport avec la sorcellerie ▪ J'ai vécu/ Je vis des problèmes en rapport avec mes coutumes et traditions ▪ Parmi les propositions ci-dessous, cochez celle qui correspond le mieux au niveau de problème auquel vous faites face actuellement <ol style="list-style-type: none"> 1. Je n'ai aucun problème qui me préoccupe actuellement ; 2. J'ai peu de problèmes qui me préoccupent actuellement ; 3. J'ai assez de problèmes qui me préoccupent actuellement ; 4. J'ai beaucoup de problèmes qui me préoccupent actuellement ; 5. Je n'ai que des problèmes qui me préoccupent actuellement.

Tableau 3

Observations et ajustements apportés à l'échelle de facteurs de protection

Éléments d'analyse	Dimensions de l'échelle			
	Facteurs de protection individuels	Facteurs de protection familiaux	Facteurs de protection environnementaux	Justifications
Items non modifiés	N°10 & 11	N°14, 15, 18, 20 & 22	N° 29 & 30	Les juges camerounaises et les participantes au prétest n'ont pas signalé de problèmes de compréhension
Items posant des problèmes d'équivalence sémantique	N°3 (tempérament), N°5 (ouverture d'esprit), N°7 (habiletés sociales), N°8 (estime de soi N°9 (humour), N°12 (stratégies d'adaptation)	N°19 (soutien émotionnel)	N°23 (réseau social), N°28 (modèles de pairs), N°31 (mentor)	Les concepts utilisés font référence à un langage spécialisé peu accessible à des personnes de niveau d'instruction faible
		N°17	N°24	Dichotomie des propositions
	N°1, 2 & 6	N°13, 16 & 21	N°25, 26, 27, 33, 34 & 35	Vulgarisation des items pour en faciliter la compréhension
Item supprimé pour inadaptation au contexte socioculturel		N°32 en rapport avec les animaux de compagnie		Au Cameroun, les animaux domestiques ne jouent pas très souvent le rôle de compagnie

Tableau 3

Observations et ajustements apportés à l'échelle de facteurs de protection (suite)

Éléments d'analyse	Dimensions de l'échelle			
	Facteurs de protection individuels	Facteurs de protection familiaux	Facteurs de protection environnementaux	Justifications
Items ajoutés en rapport avec la culture			N°36 (recours à la médecine traditionnelle) N°37 (pratique religieuse)	Selon l'OMS (2002), 80 % de la population en Afrique recourt à la médecine traditionnelle. Elle est très forte et répandue au Cameroun (BUCREP, 2016)
Spécificité de la population cible		Possession d'objet culturel ou spirituel pour la protection N°26 (études universitaires)		En remplacement de l'item N°32 Taux d'alphabétisation encore faible chez la femme camerounaise
	N° 13, 15, 17, 19, 20 & 21 en rapport avec les parents.	N°27 en rapport avec le conjoint		Aucun item en rapport avec les enfants qui peuvent être source de protection et représentent une grande richesse au plan culturel.

Les observations ainsi faites dans le Tableau 3 ont permis de proposer une version adaptée de l'échelle de facteurs de protection. Ce sont ces versions adaptées qui ont servi pour le recueil des données auprès des participantes.

Participant es. Elles étaient 1047 à avoir complété les formulaires. Après examen et traitement des données, seules 1005 ont été retenues pour cette première phase de l'étude. Les formulaires qui n'ont pas été retenus concernent principalement ceux complétés en groupe et s'expliquent par un défaut de vigilance tant des enquêteurs que des enquêtées. Les participantes retenues sont âgées de 20 à 55 ans¹ ($M = 30,58$; $ET = 8,07$; IC95% [30,07 ; 31,07]). Elles ont été recrutées dans les quatre grandes zones culturelles du Cameroun (Soudano-Sahélienne, Bantou de la forêt², Grassfield et Sawa), notamment en zone urbaine, respectivement dans les villes de Bafoussam, Douala, Maroua et Yaoundé (voir Tableau 4). L'Appendice C donne les détails sur les différents lieux de recrutement des participantes dans chacune des villes. Celles-ci sont issues de la population générale, de divers niveaux d'éducation, de différentes couches socioéconomiques.

¹ 20 ans est l'âge de la majorité au Cameroun et 55 ans l'âge du départ à la retraite à la fonction publique et approximativement l'espérance de vie (INS Cameroun & ICF International, 2011).

² Dans cette recherche, elle a été désignée par Fan-Beti, représentant le plus grand groupe dans cette zone culturelle et la ville de collecte des données.

Tableau 4
Effectifs des participantes par zone culturelle

Ville	N	Moyenne d'âge	Écart-type
Bafoussam (Grassfield)	168	30,11	8,71
Douala (Sawa)	237	29,39	6,18
Maroua (Soudano-sahélienne)	217	34,09	9,89
Yaoundé (Fan Beti)	383	29,58	7,09
Total	1005	30,58	8,07

Sélection des participantes. Elles ont été sélectionnées par une technique d'échantillonnage de convenance, dans les écoles de formations d'infirmières, d'enseignantes, dans des associations et ainsi que par du porte-à-porte dans les marchés, administrations publiques et quartiers d'habitations. Dans les écoles, des correspondances ont été adressées aux chefs d'établissements afin qu'ils autorisent l'accès aux étudiantes pour un recueil de données en groupe dans les salles de classe respectives. Pour rejoindre les femmes dans les associations et les quartiers d'habitation, les marchés et administrations publiques, une équipe de 12 assistantes de recherche a été constituée ; (soit deux à Bafoussam, deux à Douala, trois à Maroua et cinq à Yaoundé), en plus du chercheur principal. La technique boule de neige a parfois été utilisée pour rejoindre les femmes dans leurs associations, milieux de vie ou de travail. Des femmes participantes ont proposé ou accepté, par la suite, d'introduire les enquêtrices et le chercheur principal dans des milieux ou associations qu'elles fréquentent. Pour le cas particulier de la ville de Maroua, l'enquête a été réalisée pendant la période où sévissaient, dans la région, des

attaques terroristes perpétrées par la secte islamiste Boko Haram. La ville était donc sous couvre-feu. L'approche boule de neige a particulièrement été efficace ici, car il y avait un climat de suspicion dans la ville qui ne permettait pas aux femmes de faire confiance facilement à une personne se présentant à elle pour recueillir des informations sur leur vécu. L'autorisation d'enquête signée du préfet de la ville a aussi favorisé le contact avec les femmes.

Critères d'inclusion. La femme devait parler et comprendre le français, être âgée entre 20 et 55 ans, être en mesure de rendre compte de son expérience.

Critères d'exclusion. Être une femme âgée de moins de 20 ans ou de plus de 55 ans ; avoir un trouble de santé mentale ; être prise en charge par des professionnels de la santé mentale. L'effet boule de neige, dans la ville de Maroua, a entraîné la présence de plus d'une trentaine de femmes non scolarisées ne parlant et ne comprenant pas le français lors d'une rencontre avec les femmes d'une association. Celles-ci ont été regroupées dans le cadre d'un groupe de discussion focalisée improvisée avec présence d'une traductrice. Le chercheur principal a animé ce groupe. Il a davantage été question de leur donner la parole pour parler de leur vécu. Les données ont été enregistrées avec leur consentement, mais elles n'ont pas été utilisées dans le cadre de cette thèse.

Taille d'échantillon. En l'absence de données quantitatives sur la taille d'effet du phénomène de résilience au Cameroun, afin de maximiser l'effectif total des participantes

pour des analyses factorielles en vue de la validation des échelles d'adversité et de facteurs de protection, une taille d'échantillon supérieur à 1000 a été fixée avec un minimum de 150 femmes par zone culturelle.

Considérations éthiques. Un certificat éthique portant le numéro CER-14-201-07.03, dont des copies se trouvent en Appendice D, a été délivré par le Comité d'Éthique de la Recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Aucune donnée n'a été recueillie avant l'approbation du projet par le comité éthique et les autorités administratives camerounaises, le cas échéant. Il a été remis à chaque participante une lettre d'information sur le projet (voir Appendice E). Pour celles qui ne savaient pas lire, le contenu de ce document leur a été expliqué. Le consentement libre et éclairé des femmes a été obtenu à l'aide du formulaire dont une copie se trouve en Appendice F. Elles pouvaient se faire assister d'un tiers au cas où elles ne savaient pas lire ou écrire ou suspendre à tout moment leur participation.

Instruments de mesure. Les données ont été recueillies à l'aide de cinq échelles mesurant les construits d'adversité psychosociale, de facteurs de protection, de résilience, de dépression et d'anxiété, ainsi que d'un questionnaire sociodémographique.

Échelle d'adversité psychosociale (Kimessoukie, 2014 ; d'après Jourdan-Ionescu et al., 2010a). La version originale comprend 34 items répartis entre trois dimensions : facteurs de risque individuels (17 items), facteurs de risque familiaux (15 items) et facteurs

de risque environnementaux (2 items). Le coefficient alpha de Cronbach est de 0,81 dans une population d'étudiants québécois (Jourdan-Ionescu et al., 2015c). La présente version adaptée comprend 32 items définis (individuels, 11 items ; familiaux, 14 items ; environnementaux, 7 items dont 2 items culturels), deux items non définis (champs vides permettant aux femmes d'inscrire au plus deux facteurs de risque non répertoriés auxquels elles auraient été confrontées et de les coter) et une question à choix multiple permettant d'évaluer le degré d'adversité actuelle vécue par les femmes. Les deux items non définis n'avaient pas vocation d'être analysés dans cette étude, mais à permettre un recueil de données pour une actualisation ultérieure de l'instrument. Pour chacun des items représentant un énoncé de situation d'adversité, la femme était invitée à cocher si oui ou non elle l'a vécue ; puis, au cas où elle l'a vécu, de coter à quel niveau cela avait été ou est pénible pour elle sur une échelle de type Likert allant de *Pas du tout pénible* (0) à *Extrêmement pénible* (5). En exemple voici l'item No 1 : « *Je suis devenue parent trop jeune* ». La durée d'administration de cette échelle est de 5 à 10 minutes. Une copie de cette échelle se trouve en Appendice G.

L'Échelle de facteurs de protection-version adaptée (Kimessoukié et Jourdan-Ionescu, 2014 d'après Jourdan-Ionescu et al., 2010b). La version originale est une échelle dichotomique. Elle comprend 35 items également répartis en trois dimensions : facteurs de protection individuels (12 items), facteurs de protection familiaux (12 items), facteurs de protection environnementaux (11 items). Le coefficient alpha de Cronbach de la version originale est de 0,82 dans une population d'étudiants québécois. La version

adaptée comprend 37 items, dont 12 items pour les facteurs de protection individuels, 12 items pour les facteurs de protection familiaux et 13 items pour les facteurs de protection environnementaux dont cinq sont spécifiquement en rapport avec la culture. Voici en exemple l'item N° 5 « *Je suis une personne ouverte* ». Sa durée d'administration est de 5 à 10 minutes. Une copie de cette échelle se trouve en Appendice H.

Inventaire de dépression de Beck (BDI-II ; Beck, Steer, & Brown, 1998). Le BDI-II est un questionnaire composé de 21 items. Il permet d'indiquer la présence et la gravité de symptômes dépressifs correspondant à ceux décrits dans le DSM-IV ; sa durée d'administration est d'environ 5 à 10 minutes (Beck, Steer, & Brown, 1998). Sa cohérence interne est de 0,91 chez un groupe de patients psychiatrique (Hewitt & Norton, 1993). Il a une corrélation négative avec l'*Échelle de résilience* (Wagnild & Collins, 2009). La validité du BDI-II est établie à l'échelle internationale (Beck, Steer, & Brown, 1998). Pour chacune des 21 caractéristiques de la dépression, quatre énoncés sont formulés pour en évaluer la gravité sur une échelle allant de 0 à 3. Voici en exemple l'item N° 1 portant sur la tristesse : « (0) *Je ne suis pas triste* ; (1) *Je me sens très souvent triste* ; (2) *Je suis triste tout le temps* ; (3) *Je suis si triste ou si malheureuse, que ce n'est pas supportable* ».

Inventaire d'anxiété de Beck (BAI ; Beck & Steer, 1993). Le BAI est un questionnaire de 21 items qui mesure l'état d'anxiété d'une personne. Sa cohérence interne est de 0,92 (Hewitt & Norton, 1993). L'item N°20, « *rougissement du visage* », a été remplacé par « *avoir les nerfs tendus* » compte tenu du teint noir des Camerounaises

ne permettant pas d'observer cette modalité. Le BAI a une corrélation modérée avec le BDI-II, de l'ordre de 0,61 dans une population féminine. Pour chacune des 21 caractéristiques de l'anxiété, la participante doit indiquer sur une échelle de type Likert allant de *Pas du tout* (0) à *Fortement* (3) à quel point elle est incommodée par celles-ci. Exemple de la caractéristique No 14 : « *croire que l'on n'a pas de contrôle* ». Sa durée d'administration est de 5 à 10 minutes.

Échelle de résilience. L'*Échelle de résilience de Wagnild et Young* (1993) est un questionnaire permettant de mesurer les traits de résilience chez des sujets à partir d'une cotation de chacun des 25 items sur une échelle de type Likert allant de 1 à 7. Il a été utilisé dans divers contextes et sa validité est bonne. Elle est bidimensionnelle : *Compétences personnelles* (17 items) et *Acceptation de soi et de la vie* (8 items). Elle permet d'expliquer 44 % de la variance de la résilience (Wagnild, 2009 ; Wagnild & Collins, 2009). Différentes études réalisées montrent que sa cohérence interne varie de 0,72 à 0,94 (Wagnild, 2009). C'est la version française (Ionescu et al., 2010) qui a été utilisée dans cette recherche. Les alphas de Cronbach de la version française pour les dimensions *Compétences personnelles*, *Acceptation de soi et de la vie*, *Échelle totale* sont respectivement de (0,90), (0,76) et (0,91) (Jourdan-Ionescu et al., 2015c). Voici en exemple l'item No 10 : « *Je suis une personne déterminée* ». Sa durée d'administration est de 5 à 10 minutes.

Questionnaire de renseignements généraux. Il a été élaboré par le chercheur principal pour les besoins de cette étude. Il permet de recueillir des informations sur les caractéristiques sociodémographiques (âge, niveau d'éducation, profession, niveau socioéconomique, situation matrimoniale, participation à la vie associative, etc.). Sa durée d'administration est de 5 minutes environ. Une copie de ce questionnaire se trouve en Appendice I.

Procédure. La passation des questionnaires s'est faite en groupe dans les écoles de formation ou les associations, et individuellement dans les lieux d'habitations ou de travail des femmes. Le Tableau 5 indique que la plupart des questionnaires ont été autoadministrés. Dans tous les cas, des conditions de calme étaient sollicitées ou créées afin de favoriser la concentration nécessaire. Dans chaque situation, une assistance était fournie aux participantes pour clarifier l'un ou l'autre item au besoin. Pour les femmes qui ne savaient ni lire ou écrire, les questions leur étaient lues et les réponses reportées sur les formulaires.

Tableau 5
Modalités de passation des questionnaires

Modalités de passation	Administré par un enquêteur	Autoadministré	Total
Groupe	21	492	513
Individuel	229	263	492
Total	250	755	1005

Les assistantes qui ont participé au projet ont été, au préalable, formées par le responsable de la recherche. Elles ont, elles aussi, rempli les questionnaires afin de se les approprier et de susciter des questions de compréhension en plus des informations qui leur ont été données sur le projet. Toutefois ces questionnaires n'ont pas été pris en considération dans l'échantillon. Aucune durée limite de remplissage n'a été donnée aux participantes. Chaque questionnaire a été renseigné une seule fois.

Opérationnalisation des variables. Le devis de recherche utilisé est de type descriptif et corrélational (Fortin & Gagnon, 2016; Loiselle, Profetto-McGrath, Polit, & Tatano Beck, 2007). Les principales variables à l'étude sont présentées dans le Tableau 6 suivant.

Tableau 6
Description des variables

Variables	Modalités	Dispersion théorique des scores	Nature de l'échelle
Adversité psychosociale	À définir	0 à 105	Ordinal
Facteurs de protection	À définir	0 à 20	Dichotomique
Résilience	Faible	25 à 120	Ordinal
	Modérée	121 à 145	
	Élevée	146 à 175	
Dépression	Minimale	0 à 13	Ordinal
	Légère	14 à 19	
	Modérée	20 à 28	
	Sévère	29 à 63	
Anxiété	Minimale	0 à 7	Ordinal
	Légère	8 à 15	
	Modérée	16 à 25	
	Sévère	26 à 63	

Stratégie de traitement et d'analyse des données. Pour chaque questionnaire, un masque avec contrôle de saisie a été créé dans l'application *Epi-Info version 3.5.3.* (Center for Disease Control and Prevention, 2008) Ce choix a été fait pour limiter les erreurs de saisie. Pour la normalité des distributions, notamment celles des dimensions des échelles d'adversité psychosociale et de facteurs de protection, les enregistrements qui avaient des scores $Z > 2,56$ ont été winsorisés. Toutefois, pour aucune variable, le nombre d'enregistrements ayant des valeurs extrêmes n'a excédé 3 % de la taille totale de

l'échantillon. Les analyses factorielles exploratoires et le calcul de la cohérence interne (alpha de Cronbach) ont respectivement été utilisés pour déterminer la validité et la fidélité des échelles d'adversité psychosociale et de facteurs de protection ; des analyses descriptives ont permis d'en déterminer les normes. Des analyses de variances (ANOVA) ont été utilisées pour étudier la variabilité des différents phénomènes (adversité, facteurs de protection, résilience, dépression, anxiété) en fonction des variables sociodémographiques. Lorsqu'il y avait homogénéité des variances, les comparaisons *a posteriori* avec ajustement de Bonferroni ont été utilisées ; dans le cas contraire, elles ont été faites avec le test C de Dunnett. Les tailles d'effet ont été calculée *a posteriori* avec le logiciel G*Power 3 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009). Une analyse de régression linéaire multiple a été conduite pour les relations entre résilience, adversité psychosociale, facteurs de protection et variables sociodémographiques. Une analyse de classification hybride avec l'algorithme Two-step du logiciel SPSS-19 (IBM Corp., 2010) a été conduite pour définir les différents profils de résilience dans la population des femmes camerounaises (Tuffery, 2005). Le seuil de signification statistique retenue dans cette étude est de 0,05.

Deuxième phase : devis qualitatif

Cette phase porte sur le deuxième axe de recherche et vise la compréhension de la résilience des femmes camerounaises qui vivent une forte adversité. Elle se construit sur deux approches de recherche qualitative : la phénoménologie et l'étude de cas multiples. La phénoménologie descriptive a été utilisée pour mettre en évidence la structure

fondamentale ou essentielle des phénomènes d'adversité psychosociale et de résilience dans la population des femmes camerounaises. Il a pour cela été question de recueillir l'expérience singulière des femmes ayant fait preuve de résilience dans leur vie. Cette approche visait donc l'atteinte des premier et deuxième objectifs spécifiques de cet axe. L'étude de cas multiples a été utilisée pour analyser en profondeur les expériences de résilience afin d'identifier les phases de son processus. Cette approche visait l'atteinte du troisième objectif spécifique de cet axe. L'étude de cas s'est principalement inspirée de la démarche proposée par Gagnon (2012). Cet auteur propose huit étapes :

- (1) établir la pertinence de l'utilisation d'une approche par étude de cas. Dans cette étude, cette pertinence se fonde sur la complexité et la singularité de chaque expérience de résilience. En outre, cette méthode permet d'analyser les différentes étapes dans l'évolution d'un phénomène ;
- (2) assurer la rigueur des résultats (validité et fiabilité). Le Tableau 8 de la sous-section relative aux critères de rigueur scientifique décrit les actions menées pour assurer la validité et la fiabilité des résultats ;
- (3) définir les cas et la stratégie de recherche. Cette phase de l'étude s'intéresse aux femmes qui ont fait preuve de résilience dans un contexte de forte adversité. Cette étape est abordée dans les sous-sections qui traitent des caractéristiques des participantes et la stratégie de recherche ;
- (4) recruter les cas par échantillonnage raisonné, ceux-ci devant permettre la comparaison à d'autres cas. C'est cette méthode qui a été utilisée pour le recrutement des participantes ;

- (5) collecter les données en privilégiant des sources de données multiples. La sous-section relative au déroulement décrit le recueil de données qui s'est fait par l'entretien et le recours à l'outil Ligne de vie /Événements de vie ;
- (6) traiter les données par retranscription intégrale et codification thématique. La sous-section relative à la stratégie d'analyse des données décrit cette étape au cours de laquelle ces dispositions ont été prises en compte ;
- (7) interpréter les données pour leur donner sens. Cette exigence est également décrite dans la sous-section relative à la stratégie d'analyse des données ;
- (8) diffuser les résultats. Celle-ci a été commencée lors des rencontres scientifiques au cours desquels les résultats partiels ont été présentés et discutés avec d'autres chercheurs.

Participantes. Les candidates potentielles à cette deuxième phase de l'étude sont les participantes à la première phase de l'étude qui ont obtenu un score de résilience élevé à *l'Échelle de Résilience* de Wagnild et Young (supérieur ou égal à 146). Ce sont aussi celles-là qui présentent les scores les plus élevés d'adversité psychosociale.

Sélection des participantes. La méthode d'échantillonnage intentionnelle ou raisonnée a été appliquée pour sélectionner les participantes (Fortin & Gagnon, 2016). Elle est indiquée pour des études phénoménologiques et des études de cas multiples (Dahl, Larivière, & Corbière, 2014; Fortin & Gagnon, 2016; Gagnon, 2012; Loiselle et al., 2007). Cette technique permet au chercheur de sélectionner à dessein les informateurs, à partir

de résultats préliminaires. Loiselle et al. (2007) en rapportent cinq sous-types : l'échantillonnage à variation maximales, l'échantillonnage homogène, l'échantillonnage de cas extrêmes ou s'écartant de la norme, l'échantillonnage de cas représentatifs, l'échantillonnage par critère. La méthode d'échantillonnage intentionnelle à valeur maximale a été utilisée afin d'identifier les participantes qui avaient simultanément les scores les plus élevés de résilience et d'adversité psychosociale. Cette approche a permis d'obtenir un groupe homogène de femmes de par leurs scores élevés d'adversité et de résilience. Elle correspond donc au deuxième sous-type énoncé ci-dessus. Un second consentement libre et éclairé a été recueilli pour cette deuxième phase.

Critères d'inclusion. Les femmes retenues pour cette phase devaient avoir obtenu un score de résilience supérieur à 145 et un score d'adversité psychosociale parmi les plus élevés, car l'étude s'intéresse à la catégorie de femmes qui vivent une forte adversité.

Critères d'exclusion. Toute participante qui n'était pas à mesure de rendre compte de son expérience de résilience ou qui n'a pas accepté de participer à la seconde phase de l'étude.

Taille d'échantillon. La taille recommandée pour des études phénoménologiques se situe entre 6 à 18 participantes (Loiselle et al., 2007; Paillé & Mucchielli, 2012). Pour les études de cas multiples, ce nombre est aussi variable, allant de 3 à 15 avec toutefois la saturation comme critère d'arrêt du recrutement des cas (Dahl et al., 2014; Gagnon, 2012;

Yin, 2014). Un filtre a été appliqué à la base de données afin d'identifier les femmes qui avaient un score de résilience supérieur à 145 ; puis le résultat de ce filtrage a été classé par ordre décroissant des scores d'adversité psychosociale. Par la suite, des contacts téléphoniques ont été établis avec ces femmes. Lorsqu'elles étaient disponibles pour la seconde phase de l'étude, des rendez-vous étaient pris pour des entretiens. Une attention a été portée au recrutement d'au moins une femme dans chaque zone culturelle. La taille finale d'échantillon a été arrêtée à 11 participantes, car dans les discours n'émergeaient plus de nouveaux types d'adversité ou de caractéristiques de résilience. Le Tableau 7 présente quelques renseignements généraux et caractéristiques psychologiques de ces femmes. Les entretiens d'une durée supérieure à 4h ont été faits en deux temps. En ce qui concerne les études de cas multiples, il convient de préciser que le cas est constitué par une épisode de résilience. Les participantes choisies pour les études de cas ont chacune vécu au moins deux expériences de résilience. L'approche cycle de vie a conduit à privilégier celles qui avaient vécu plusieurs expériences de résilience. Cette approche suggère de considérer l'expérience de résilience à chaque étape du développement. Les trois premières étapes du découpage de Levinson (enfance, jeune adulte et adulte) sont celles qui ont été prises en compte dans cette étude (Houde, 1999). Huit épisodes de résilience ont été étudiés chez trois femmes (Marthe, Denise et Angèle).

Tableau 7
Renseignements généraux des participantes à la deuxième phase de l'étude

Pseudonyme	Ville	Age	Niveau éducation	Statut civil	Nombre d'enfants	Profession	Scores aux échelles					Durée de l'entretien
							Advers	F. protect	Résil	Anxiété	Dépres	
Denise	Bafoussam	38 ans	Secondaire1	Mariée monogamie	5	Commerçante	68	12	163	27	24	6h45
Louise	Douala	42 ans	Secondaire2	Veuve	3	Commerçante	45	12	149	1	6	1h41
Marthe	Maroua	51 ans	Supérieur1	Divorcée	4	Enseignante	43	15	163	42	37	4h37
Chantal	Maroua	44 ans	Primaire	Mariée monogamie	8	Cuisinière	38	8	165	0	4	1h
Angèle	Yaoundé	40 ans	Supérieur2	Célibataire	1	Infirmière	65	10	170	5	12	2h13
Madeleine	Yaoundé	54 ans	Secondaire1	Mariée polygamie	6	Ménagère	31	16	167	3	10	1h38
Clarisse	Yaoundé	26 ans	Supérieur1	Célibataire	0	Étudiante	24	20	160	7	7	1h33
Rosine	Yaoundé	27 ans	Supérieur2	Célibataire	2	Étudiante	20	15	167	8	10	4h50
Germaine	Yaoundé	50 ans	Secondaire2	Célibataire	2	Aide-soignante	42	17	155	4	9	1h43
Pascaline	Yaoundé	32 ans	Supérieur1	Mariée monogamie	2	Étudiante	31	16	150	5	6	1h55
Hélène	Yaoundé	41 ans	Secondaire1	Célibataire	1	Infirmière	42	14	157	15	45	1h

Les récits phénoménologiques des expériences de Louise et Hélène ont été réalisés, mais compte tenu de la saturation atteinte, l'analyse sous forme d'étude de cas n'a pas été faite. Une validation par ces participantes, pour les raisons sus-évoquées, n'a pas été faite. Ces récits figurent en Appendice J.

Outils de collecte de données. Deux outils ont été utilisés pour recueillir les informations auprès des participantes : *Ligne de vie et Guide d'entretien semi-directif*.

Ligne de vie/Événements de vie. Cet outil se fonde sur une méthode projective graphique qui consiste à demander à une personne de dessiner sur une feuille une ligne en forme de continuum temps et d'y inscrire les événements marquants de sa vie, de sa naissance jusqu'au moment présent (Jourdan-Ionescu, 2011, Miller, 1993). Les événements positifs sont inscrits au-dessus et les événements négatifs en dessous. La ligne de vie permet de situer dans le cycle de vie de la personne les transitions vécues, les événements adverses et protecteurs dans le processus de résilience. Des questions sont posées à la fin du dessin de la Ligne de vie afin de préciser ce que la personne a écrit ou représenté. La durée d'administration de la ligne de vie est d'environ 60 minutes. Pour cette étude, des ajustements ont été apportés à cet outil compte tenu de l'hétérogénéité des participantes et surtout de l'inclusion dans l'étude des femmes ne sachant ni lire ou écrire (voir Appendice K). L'accent a été mis sur l'identification des événements de vie et leur localisation dans le temps.

Guide d'entretien. Cet outil a été utilisé pour recueillir l'histoire de vie des participantes. Celle-ci s'est focalisée sur le récit des événements négatifs et positifs, le vécu des transitions, les objectifs de vie, la satisfaction actuelle par rapport à ces objectifs, l'auto-description de sa personnalité. Ce guide était conçu à titre indicatif car l'intérêt était de laisser la participante relater son histoire. Ces différents points servaient de relance au cas où elles ne les avaient pas abordés. Une copie de ce guide se trouve en Appendice L.

Procédure

Les entretiens ont été effectués par le responsable de la recherche et se déroulaient dans un lieu convenu de commun accord avec la participante. Ils visaient à recueillir l'histoire de vie des femmes. Il était prévu que la participante complète d'abord sa ligne de vie, puis que dans un deuxième temps, l'entretien ait lieu. Il a fallu s'adapter à la disponibilité des participantes et au lieu qui leur convenait. Trois participantes ont voulu que la rencontre se fasse dans leur domicile, quatre dans leurs lieux de travail, et quatre parmi elles ont accepté que l'entretien se fasse dans un bureau prévu à cet effet. Il s'agissait plus pour elle de choisir un lieu où elles se sentaient en sécurité ou compatible avec leur disponibilité. Ces entretiens ont été enregistrés avec un dictaphone. Pour la plupart, contrairement à ce qui avait été prévu, elles ont souhaité remplir l'outil ligne de vie/événement de vie après les entretiens. Elles ont évoqué pour argument qu'il leur fallait prendre du temps. Avec quelques-unes, il a été possible de s'entretenir en face à face sur les données de leurs lignes de vie/événements de vie.

Stratégie d'analyses

Sept entretiens ont été intégralement retranscrits. Quelques critères ont guidé le choix de ceux-ci : le travail de retranscription a commencé par les entretiens qui ont paru les plus significatifs sur la base du jugement du chercheur à l'issue de tous les entretiens ; ensuite le critère de la région a été appliqué pour que l'expérience des femmes de chaque zone culturelle soit prise en compte. Ainsi les entretiens des participantes suivantes ont été intégralement retranscrits dans l'ordre ci-après : Marthe, Denise, Madeleine, Louise, Clarisse, Angèle, Hélène. Plus de 400 pages de verbatim ont été obtenues. Pour les autres entretiens, seuls les extraits significatifs ont été retranscrits (Rosine, Chantal, Pascaline, Germaine) directement avec le logiciel *Nvivo 10* (Castleberry, 2014). Celui-ci permettait de lier l'extrait audio avec la retranscription. L'analyse s'est déroulée en deux temps.

Dans un premier temps, toutes les retranscriptions ont été encodées. Cette démarche visait à identifier tous les thèmes se rapportant à l'adversité ou à la résilience. Les verbatim étaient analysés au fur et à mesure qu'ils étaient retranscrits. Quatre dossiers de nœuds¹ ont été définis en regard des orientations théoriques de l'étude : un dossier *Participant* dans lequel la source de données de chaque participante a été définie comme un nœud cas; un dossier *Saison de la vie* dans lequel ont été prédéfinis les nœuds thématiques *Enfance, Jeune Adulte et Mitan*; un dossier *Écosystémique* dans lequel ont été prédéfinis les nœuds thématiques Dimensions *Individuelles, Familiales, Environnementales et Culturelles*; Un dossier *Adversité* a aussi été créé; et un dossier

¹ Dans le logiciel *Nvivo*, le nœud est l'appellation utilisée pour désigner un thème ou une rubrique.

Caractéristiques de résilience dans lequel de manière inductive, les nœuds thématiques étaient créés au fur et à mesure qu'ils émergeaient de l'analyse des verbatim ou des bandes audio. Tout extrait qui renvoyait à une des trois conceptions de la résilience (trait de personnalité, processus ou résultats) ou toute autre conception et qui faisait référence à la résilience était, soit encodé dans un nœud thématique existant ou il en était créé un nouveau pour son encodage. La démarche d'analyse utilisée ici se rapporte à l'analyse inductive décrite par Blais et Martineau (2006). L'enregistrement des extraits significatifs de verbatim dans les différents dossiers définis dans *Nvivo* a été un travail préalable pour la construction de récits phénoménologiques.

Dans un deuxième temps, pour une participante donnée, l'examen des résultats de Ligne de vie/ Événements de vie et des adversités majeures identifiées aux saisons de l'enfance, du jeune adulte et du mitan à partir de leurs dossiers *Nvivo* respectifs a permis de cibler celles autour desquels le récit devait de se construire. À partir d'un relevé des extraits significatifs de résilience qui ont été encodés dans le verbatim, une liste de caractéristiques de résilience se rapportant à une adversité majeure a été dressée. Le travail de construction du récit a consisté par la suite à rédiger une synthèse du cas en rapportant chronologiquement les événements qui n'étaient pas souvent racontés de manière ordonnée. Celui-ci s'est fait en utilisant autant que possible les mots de la participante à la première personne du singulier (Paillé & Muccielli, 2012). Une attention était portée afin que ces récits prennent en compte tous les thèmes identifiés pour une participante donnée. Enfin lorsqu'ils s'y prêtaient, ces récits étaient structurés

en fonction des expériences de résilience vécues dans différentes saisons de la vie. Quand le récit de vie d'une femme était choisi, celui-ci était analysé intégralement avant de prendre un autre. Pour chaque épisode de résilience, l'analyse a consisté en une description séquentielle de l'expérience en faisant ressortir l'adversité vécue et les caractéristiques de résilience, puis dans un second temps, dans un mouvement d'interprétation, à dégager les différentes phases par lesquelles s'est construite la résilience. Une synthèse a ensuite été effectuée pour faire ressortir les phases du processus de résilience dans ces différentes expériences.

Les outils ci-après ont été utilisés pour explorer les thèmes des dossiers Caractéristiques de Résilience et Adversité : les grappes, notamment le dendrogramme (pour explorer le lien entre les thèmes en fonction de la similarité d'encodage) ; la surface (pour représenter par rapport à l'ensemble des participantes l'importance d'encodage de chaque thème). Afin d'étudier la relation entre les thèmes, la stratégie d'encodage des extraits à de multiples thèmes a été utilisée lorsque ceux-ci s'y prêtaient. Cette exploration a permis de fusionner certains thèmes (par exemple Anticipation et prise d'initiative avec Entrepreneuriat). Elle a également permis d'identifier les caractéristiques pouvant orienter la catégorisation.

Pour catégoriser les caractéristiques de résilience, les thèmes ont été regroupés selon qu'ils renvoient soit à des traits de personnalité, soit au processus de résilience ou encore au résultat d'une expérience de résilience. En fonction de l'importance d'encodage

de certaines caractéristiques, celles-ci ont été regroupées dans d'autres catégories pouvant faire sens selon l'expérience des participantes. Les Tableaux 34 et 35 présentent respectivement une liste des thèmes identifiés pour l'adversité et la résilience, ainsi que leur regroupement en catégories. La modélisation de l'expérience de résilience s'est faite à partir de l'étude de cas des différents épisodes de résilience chez les trois participantes sélectionnées. Pour chaque épisode, l'analyse a consisté à mettre en évidence la situation d'adversité, la souffrance ou la détresse psychologique qui en découlait. Par la suite, il a été question de relever les différentes stratégies écosystémiques utilisées pour faire face à la situation d'adversité, tout en considérant l'impact de la survenue de nouveaux événements et leurs significations pour la participante. Une attention a aussi été portée sur les différents changements ou transformations qui se sont produits notamment en termes de gain, car la résilience est définie par certains auteurs comme une adaptation avec gain (O'Dougherty Wright & Masten, 2005 ; Masten et O'Dougherty, 2010). Cette démarche a permis de mettre en évidence différentes étapes dans le processus de résilience.

Critères de rigueur scientifique

Ils sont évalués à l'aide de deux principaux critères : la validité et la fiabilité. Le Tableau 8 suivant, inspiré de Gagnon (2012), présente les stratégies utilisées pour assurer la rigueur scientifique de l'étude.

Tableau 8

Critères de rigueur scientifiques pour le deuxième axe de l'étude

Critères de rigueur	Stratégies utilisées pour assurer la rigueur scientifique
Validité interne et de construit	<p>Élaboration du contexte théorique après la présentation des résultats pour privilégier une démarche de découverte et une focalisation sur l'expérience des participantes. Cette démarche est particulièrement recommandée dans les études ayant recours à la tradition phénoménologique</p> <p>Choix des participantes sur la base de leurs scores aux instruments de résilience afin d'assurer une validité du construit</p> <p>Utilisation de deux sources de données : entretien et Ligne de vie/Événements de vie pour recueillir le maximum d'information sur l'expérience des participantes</p> <p>Recours aux accords intercodeurs pour s'assurer de la pertinence des thèmes identifiés. Ceux-ci ont été faits avec le verbatim de Denise, grâce à la contribution d'une psychologue clinicienne.</p> <p>Description de la stratégie d'analyse des données</p> <p>Élaboration des récits phénoménologiques et validation par les participantes pour permettre à tout lecteur de prendre connaissance des expériences des participantes</p>
Validité externe	<p>Recours à la saturation pour le choix du nombre de participantes, du nombre d'entretiens à retranscrire intégralement et du nombre de cas d'expérience de résilience à étudier</p> <p>Description du contexte de l'étude et des participantes en vue de favoriser une transférabilité des résultats</p>
Fiabilité	<p>Les retranscriptions dénominalisées sont accessibles à d'autres chercheurs sous réserve d'une autorisation du comité d'éthique de la recherche de l'UQTR</p> <p>Les analyses sont étayées d'extraits de verbatim</p>

La validité interne renvoie à la cohérence et à la crédibilité du processus de recherche ; la validité externe est en lien avec la transférabilité des résultats à des populations ayant des caractéristiques similaires, alors que la fiabilité est en lien avec la possibilité pour d'autres chercheurs de parvenir aux mêmes résultats en répliquant l'étude auprès d'une population similaire ou en analysant les mêmes données brutes (Gagnon, 2012; Gohier, 2004). Pour Gohier (2004), la fiabilité consiste en l'indépendance des analyses par rapport à l'idéologie du chercheur.

Pour réaliser les accords intercodeurs, l'intégralité du verbatim de Denise a été soumis à l'analyse d'une psychologue clinicienne québécoise qui totalise plus d'une vingtaine d'années de pratique clinique. Il lui a été donné pour consigne d'identifier les extraits significatifs se rapportant à une caractéristique de résilience et de nommer chacune d'elle. Cette chercheuse qui travaille aussi dans le domaine de la résilience chez les adolescentes a identifié une quarantaine de thèmes en lien avec la résilience. La plupart de ces extraits et thèmes correspondent à ceux qui ont été relevés. L'ancre de cette chercheuse en psychodynamie, ce qui n'est pas le cas du chercheur principal, lui a permis d'identifier certains mécanismes de défense : la formation réactionnelle, le pseudoaltruisme, la transformation réactionnelle et la rêverie. Ces thèmes n'ont pas été considérés dans les sections relatives à la présentation des résultats qualitatifs et à la discussion du fait des limitations du chercheur principal dans le domaine de la psychodynamie. Cela confirme que la lunette théorique dont se sert un chercheur pour observer un phénomène peut influencer les résultats et les conclusions tirées.

Résultats

Cette section porte tout d'abord sur la description sociodémographique des participantes. Elle présente ensuite les résultats de la validation psychométrique, principalement, de l'Échelle d'adversité psychosociale et de l'Échelle de facteurs de protection. Elle rapporte aussi une description des résultats des participantes aux échelles d'adversité psychosociale, de facteurs de protection, de résilience, d'anxiété et de dépression ; ainsi que les relations entre ces variables comportementales. Elle s'achève par une classification des participantes en fonction des patrons de réponse à ces échelles.

Présentation des résultats quantitatifs

Caractéristiques sociodémographiques des participantes

Les résultats ci-après donnent une description des participantes en fonction de leur âge, du nombre moyen d'enfants et de personnes à charge qu'elles ont, du niveau d'éducation, de l'adéquation entre revenu et besoins, de l'adhésion à des associations, de la situation matrimoniale et du type de famille dans lesquelles elles vivent. Cette sous-section rapporte aussi les résultats en lien avec le type d'associations dans lesquelles les participantes sont membres, ainsi que l'apport de celles-ci dans leur vie.

Nombre d'enfants et nombre de personnes à charge en fonction de l'âge. Le Tableau 9 montre que les participantes de moins de 30 ans sont les plus nombreuses et

représentent 58,21 % de l'échantillon. Celles de 40 ans et plus (16,02 %) ont en moyenne cinq enfants ou huit personnes à leur charge au total.

Tableau 9

Nombre moyen d'enfants ou de personnes à charge en fonction de l'âge

Critères	Classe d'âge	N	%	<i>M (ET)</i>	Min	Max
Nombre d'enfants	20 à 29 ans	585	58,21	0,73 (1,02)	0	5
	30 à 39 ans	259	25,77	2,14 (1,77)	0	10
	40 à 55 ans	161	16,02	5,02 (2,53)	0	13
	Total	1005	100,00	1,78 (2,19)	0	13
Nombre de personnes à charge	20 à 29 ans	585	58,21	1,23 (1,90)	0	11
	30 à 39 ans	259	25,77	4,01 (3,21)	0	15
	40 à 55 ans	161	16,02	7,76 (4,05)	0	20
	Total	1005	100,00	3,00 (3,62)	0	20

Niveau d'éducation, Nombre d'associations et Revenu. Le Tableau 10 montre que 10,63 % de participantes ont au plus le niveau d'éducation du primaire ; elles ont majoritairement un niveau universitaire (55,92 %). Ce tableau montre aussi que 29,25 % de participantes ne sont dans aucune association, contrairement à 70,75 % qui sont dans au moins une association. Il montre également que les participantes rapportent majoritairement (64,48 %) avoir un niveau de revenu allant de très faible à faible.

Tableau 10

Description du niveau d'éducation, du nombre d'associations et du niveau de revenu des participantes

Variables	Modalités	N	%	% cumulé
Niveau d'éducation	Non scolarisée	32	3,18	3,18
	Primaire	75	7,46	10,65
	Secondaire1	128	12,74	23,38
	Secondaire2	208	20,70	44,08
	Supérieur1	376	37,41	81,49
	Supérieur2	186	18,51	100,00
	Total	1005	100,00	
Nombre d'associations	0	294	29,25	29,25
	1	356	35,42	64,68
	2	213	21,19	85,87
	3 et plus	142	14,13	100,00
	Total	1005	100,00	
Niveau de revenu	Très faible	164	16,32	16,32
	Faible	484	48,16	64,48
	Assez Bien	294	29,25	93,73
	Très Bien	63	6,27	100,00
	Total	1005	100,00	

Situation matrimoniale et type de famille dans lesquelles vivent les participantes.

Dans le Tableau 11 suivant, les veuves et les divorcées ont été regroupées pour alléger la

présentation. Ce tableau montre que 20,40 % de participantes vivent dans des familles polygamiques et que la majorité des participantes sont célibataires (55,62 %).

Tableau 11

Distribution des participantes en fonction de la situation matrimoniale et du type de famille

Situation matrimoniale	Type de famille			Total
	Monogamique	Monoparentale	Polygamique	
Célibataire	242 (24,08 %)	204 (20,30 %)	113 (11,24 %)	559 (55,62 %)
Mariée	311 (30,95 %)	15 (1,49 %)	81 (8,06 %)	407 (40,50 %)
Veuve/Divorcée	11 (1,09 %)	17 (1,69 %)	11 (1,09 %)	39 (3,88 %)
Total	564 (56,12 %)	236 (23,48 %)	205 (20,40 %)	1005 (100 %)

Types d'associations et apport dans la vie. Cette sous-section rapporte les résultats de la question ouverte posée aux participantes sur l'apport des associations dans leur vie. Ces résultats qualitatifs sont présentés dans cette partie quantitative, car ils concernent l'ensemble des participantes. La société camerounaise est une mosaïque de plus de 250 ethnies qui interagissent entre elles à travers le brassage des populations. Ce contexte, associé à la pauvreté ambiante, au chômage, à l'inaccessibilité géographique et

économique aux soins de santé, à la morbi-mortalité élevée, aux modes de vie communautaires semblent favoriser la vie associative. Le Tableau 12 suivant donne les fréquences d'adhésion à un type particulier d'association par rapport au nombre total de femmes qui sont dans au moins une association ($N = 711$). Les modalités d'appartenance à un type d'association ne sont pas mutuellement exclusives. Ce Tableau 12 indique que les associations de groupes d'amis, soient 53,44 % d'adhérentes, sont les plus sollicitées par les participantes.

L'analyse de contenu des réponses des 711 participantes, membre d'au moins une association, sur l'apport de celles-ci dans leur vie permet de regrouper ces motivations en six catégories de réponses : psychologique, familiale, sociale, culturelle, spirituelle et économique. Certaines associations peuvent remplir plusieurs de ces fonctions à la fois.

Sur le plan psychologique, les participantes rapportent que les associations offrent un espace de partage d'expérience et de verbalisation de la souffrance vécue. Elles affirment qu'elles peuvent s'y « *libérer l'esprit* », « *éviter le stress à travers le dialogue avec d'autres* », « *se défouler en exprimant la souffrance dans le chant* ». Elles peuvent ainsi recevoir un « *soutien psychologique pour surmonter les problèmes* », « *élargir son réseau relationnel* » et « *rompre avec la solitude* », « *se sentir aimées, valorisées, importantes aux yeux de certaines personnes* ».

Tableau 12

Fréquence d'adhésion des participantes aux principaux types d'association

Types d'association	N	%
Groupe d'amis	380	53,44
Familial	335	47,11
Religieux	249	35,02
Professionnel	119	16,73

Les rencontres et activités organisées par l'association, « *l'ambiance* » qui y règne, sont « *des occasions de sortie* » et de gestion du stress par « *la relaxation et le déroulement* ». Les participantes rapportent également que les interactions vécues avec les autres personnes aident à « *mieux se connaître* » et favorisent « *une ouverture d'esprit* » et « *un développement personnel* ». En somme sur le plan psychologique, cela leur permet de restaurer, maintenir et renforcer leur équilibre psychologique.

Sur le plan familial, les associations ou réunions sont un moyen de rencontrer des membres d'une famille élargie, qui du fait de la forte natalité et/ou de la polygamie, est parfois très grande. Lorsque s'y ajoute la dispersion géographique des membres, les rencontres dans le cadre formel d'une association permettent de « *connaitre les membres de la famille* », « *maintenir les liens familiaux* », « *renforcer la fraternité et le sentiment d'appartenance* ». Ils offrent également un espace de « *gestion des conflits familiaux ou conjugaux* ». Ce sont donc également des espaces de verbalisation des problèmes et de soutien familial.

Sur le plan social, les participantes attribuent plusieurs propriétés aux associations. Elles énoncent tout d'abord leur apport à l'intégration sociale dans un environnement de pluralité culturelle. À travers « *le brassage interethnique* », les associations aident à « *l'ouverture à la diversité culturelle* ». Elles constituent également d'importants « *réseaux de soutien social* », « *d'entraide* » et « *d'assistance en cas d'événements heureux comme les naissances ou mariages, ou d'événements malheureux tels une maladie grave ou le décès d'un proche* » ; dans un contexte où la sécurité sociale est quasi-inexistante. Certaines participantes ont rapporté la difficulté à gérer ou faire face à ces événements lorsqu'elles ne sont pas dans des associations. Pour d'autres participantes, les associations sont des lieux d'engagement social pour « *l'éducation des pairs sur les problématiques de VIH/SIDA, des hépatites, des grossesses non désirées* ». C'est donc un moyen d'ouverture aux autres et de décentration sur soi. Elles ont enfin rapporté le rôle que jouent les associations dans leur socialisation ou leur formation. Ce sont des lieux où elles apprennent à « *vivre en communauté* », « *apprennent et s'exercent au leadership à travers les responsabilités à assumer* », « *apprennent des métiers tels la teinture, la couture, la fabrication de savon, l'éducation des enfants, la gestion de son foyer* » avec le concours de certaines Organisations Non Gouvernementales. Il s'agit donc aussi des lieux de réalisation de soi.

Sur le plan culturel, les participantes rapportent des motivations identitaires pour l'adhésion à des associations à caractère culturel. Les mouvements de personnes conduisent souvent celles-ci loin de leur environnement culturel. Lorsque c'est le cas, les

participantes expriment leur besoin de se regrouper dans des associations des ressortissants d'un même groupe ethnique. Ce regroupement donne l'occasion de « *pérenniser la culture* », « *garder ou vivre les valeurs culturelles* », « *apprendre et parler sa langue* », « *vivre en harmonie avec son environnement et sa culture* ». Ces regroupements permettent de « *renforcer les liens culturels et le sentiment d'appartenance à un groupe ethnique* ». Ce sont donc des espaces qui aident à donner sens à l'expérience de vie.

Les participantes rapportent que d'un point de vue spirituel, les associations qui ont cette fonction, les aident à comprendre et intégrer qu'il y a un « *Être suprême qui les aime, les conduit, les protège et les soutient* ». Elles peuvent y « *croire spirituellement et s'épanouir* ». Elles y apprennent à « *prier, discerner, se donner une discipline personnelle et aimer son prochain* ». Elles rapportent que cela les aide à « *retrouver la paix intérieure, apprendre le pardon et l'humilité, la simplicité et la tolérance* ». Le message d'espérance véhiculé dans ces milieux leur permet de « *garder espoir en la vie* », « *donner sens à son vécu* » et « *ne pas se laisser submerger par les problèmes* ».

Sur le plan économique, il faudrait d'abord rappeler que les activités sont dominées par le secteur informel et le taux de bancarisation qui est très faible. Cet environnement des affaires, de ce fait, exclut la majorité de la population du système de crédits. Les associations proposent des alternatives à cette insuffisance. Elles permettent à travers leur variante appelée localement « Tantine ou réunion », à leur membre d'épargner et de

recevoir des crédits sur la base de la confiance et de l'appartenance au groupe, et non d'abord sur celles des garanties offertes. Les participantes rapportent que l'adhésion à des associations qui ont une fonction économique est une « *incitation à épargner* » pour la réalisation des investissements, la préparation de la rentrée scolaire des enfants et des fêtes de fin d'année, « *la préparation de la retraite* ». Elles rapportent également que le système des tontines est une épargne forcée, car elles ne peuvent pas accéder à celle-ci avant l'échéance, ce qui n'est pas toujours le cas dans les établissements financiers. Ce besoin d'épargner en vue de réaliser des projets laisse transparaître la projection de soi vers l'avenir.

Certaines participantes qui ont déclaré n'être membre d'aucune association ont rapporté en avoir gardé un mauvais souvenir. Elles déclarent y avoir vécu plus d'expériences négatives que positives. D'autres déclarent qu'elles n'y sont pas pour des raisons d'indisponibilité, du fait d'un manque de temps à cause des études ou des activités professionnelles. Ces résultats montrent toutefois que les associations semblent jouer un rôle de facteurs de protection et de résilience dans la vie des participantes. En somme, les associations remplissent les fonctions suivantes : facteurs de protection, maintien de la cohésion familiale, intégration et participation sociale, développement personnel.

Validation des instruments

Ces résultats sont en lien avec le premier objectif de recherche. La validation des instruments porte sur la validité factorielle de l'*Échelle d'adversité psychosociale* et de

l'Échelle de facteurs de protection, car la mise en évidence de la structure factorielle de ces deux échelles n'a pas encore été faite. Cette validation porte aussi sur la détermination de la cohérence interne de ces deux échelles, ainsi que celles de l'échelle de résilience de Wagnild et Young, le BDI-II et le BAI de Beck dans la population des femmes camerounaises.

Échelle d'adversité psychosociale. Le Tableau 13 rapporte les fréquences des participantes qui ont coté un item spécifique, ainsi que le niveau moyen de pénibilité associé à chaque situation d'adversité. Les conditions difficiles suivantes sont les plus douloureuses, avec un niveau moyen de pénibilité supérieur à 3,5 correspondant, après arrondi, à la modalité « *très pénible* » selon l'échelle de cotation : les maltraitances, les troubles mentaux personnels, la perte d'emploi de soi ou du conjoint, les problèmes en rapport avec la sorcellerie, un accident de soi ou d'un membre de la famille, le décès d'un membre de la famille et les problèmes avec la loi. Aucune situation d'adversité n'a obtenu un niveau moyen de pénibilité inférieur à 2,5. En ce qui concerne la fréquence, plus de 50 % de participantes ont rapporté dans l'un ou l'autre cas avoir été exposé au décès d'un membre de la famille, aux difficultés financières personnelles ou à celles d'un membre de la famille, aux problèmes de couples. Il apparaît que le décès d'un membre de la famille est à la fois la condition difficile la plus fréquente et la plus douloureuse.

Tableau 13

Fréquences et niveau de pénibilité de chaque situation d'adversité (N = 1005)

Items		n	%	Niveau moyen de pénibilité
Ad1.	Devenir parent jeune	264	26,27	2,80
Ad2.	Relations difficiles avec les parents	264	26,27	3,14
Ad3.	Séparation des parents	177	17,61	3,46
Ad4.	Famille reconstituée	312	31,04	2,88
Ad5.	Maternités difficiles	222	22,09	3,34
Ad6.	Maltraitances	208	20,70	3,51
Ad7.	Maladie chronique d'un membre de la famille	387	38,51	3,29
Ad8.	Trouble mental d'un membre de la famille	217	21,59	3,42
Ad9.	Maladie chronique personnelle	111	11,04	3,34
Ad10.	Trouble mental personnel	45	4,48	3,84
Ad11.	Handicap d'un membre de la famille	313	31,14	2,99
Ad12.	Handicap personnel	70	6,97	3,08
Ad13.	Perte d'emploi du conjoint	185	18,41	3,57
<i>Ad14.</i>	<i>Difficulté financière familiale</i>	528	52,54	3,16
Ad15.	Difficulté scolaire	496	49,35	3,05
Ad16.	Décrochage scolaire	433	43,08	3,01
Ad17.	Manque de confiance en soi	310	30,85	2,88
Ad18.	Gêne par rapport à son image corporelle	206	20,50	2,92
Ad19.	Expérience de dépression ou surmenage	407	40,50	3,14
Ad20.	Problèmes avec des amis	318	31,64	2,92
Ad21.	Difficulté dans les relations sociales	316	31,44	2,89
<i>Ad22.</i>	<i>Problèmes de couples</i>	509	50,65	3,43
Ad23.	Problèmes en rapport avec la sorcellerie	300	29,85	3,62
Ad24.	Problèmes en rapport avec les coutumes	226	22,49	3,05

Tableau 13

Fréquences et niveau de pénibilité de chaque situation d'adversité (N = 1005) (suite)

Items	n	%	Niveau moyen de pénibilité
Ad25. Accident d'un membre de la famille	399	39,70	3,55
Ad26. Accident personnel	70	6,97	3,85
Ad27. Perte de son emploi	196	19,50	3,54
<i>Ad28. Difficultés financières personnelles</i>	<i>540</i>	<i>53,73</i>	<i>3,36</i>
<i>Ad29. Décès d'un membre de la famille</i>	<i>798</i>	<i>79,40</i>	<i>3,92</i>
Ad30. Vécu de situation d'insécurité	390	38,81	3,34
Ad31. Frustrations professionnelles	181	18,01	3,09
Ad32. Problèmes avec la loi	70	6,97	3,75

Dans le Tableau 13, les événements qui présentent les niveaux de pénibilité les plus élevés sont en gras, alors que ceux qui ont les plus grandes fréquences d'apparition sont en italique.

Validité factorielle. Une analyse factorielle exploratoire, à l'aide du logiciel *SPSS-19* (IBM Corp., 2010), a été conduite pour déterminer la structure de l'*Échelle d'adversité psychosociale dans la population des femmes camerounaises*. Celle-ci a été conduite sur la matrice de corrélations polychoriques générées par le logiciel *FACTOR version 9.3*, car les items ont été mesurés à l'aide d'une échelle ordinaire (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2014). La méthode d'extraction des moindres carrés non pondérés a été utilisée à cause du caractère non paramétrique des différentes distributions des items (Bourque, Poulin, &

Cleaver, 2006). Celle-ci nécessite de spécifier le nombre de facteurs. Pour cela des analyses préliminaires ont été réalisées avec une extraction en composantes principales et une rotation varimax qui a mis en évidence une solution à cinq facteurs. Le cinquième facteur ne s'étant pas montré viable, car il avait une cohérence interne faible ($\alpha = 0,48$), quatre facteurs ont été retenus. C'est ce nombre de facteurs qui a été utilisé pour l'extraction avec la méthode des moindres carrés sur la matrice de corrélations polychoriques. Pour faciliter l'interprétation de la matrice factorielle, une rotation promax ($Kappa = 1$), a été appliquée. Cette extraction en facteur commun pour l'analyse finale a été retenue, car elle est celle qui est recommandée pour rechercher de manière exploratoire la structure latente d'un ensemble de données (Bourque et al., 2006; Laveault & Grégoire, 2014; Lorenzo-Seva & Ferrando, 2012; Lorenzo-Seva & Ferrando, 2014). Le seuil de saturation des items sur les facteurs a été défini à 0,30 en regard de la taille de l'échantillon (Hair, Tatham, Anderson, & Black, 2009). Pour ces auteurs, avec une taille d'échantillon de 350 participants ou plus, une saturation factorielle à 0,30 peut être considérée statistiquement significative.

Les résultats ci-après concernent les items qui se prêtent aux exigences de l'analyse factorielle ($|R| = 0,0001$, $KMO = 0,90$, $p < 0,001$). La solution en quatre facteurs obtenue (voir Tableau 14) permet d'expliquer 41,77 % de la variance de l'adversité psychosociale dans la population des femmes camerounaises. La stabilité de cette solution est maintenue lorsque l'analyse est réalisée avec une extraction par factorisation en axes principaux, ainsi que lorsqu'une rotation Equamax est appliquée. Plusieurs items (#12, 10, 32, 19, 22,

6, 1) montrent des saturations sur plusieurs facteurs ; mais celles-ci restent faibles par rapport à la saturation principale. Ces items, bien que complexes, ont été maintenus dans la solution finale. Le faible pourcentage de résidus non redondants (19 %) au seuil 0,05 obtenu à partir de la matrice reconstituée soutient la pertinence de cette solution factorielle.

Tableau 14

Matrice de structure après rotation de l'échelle d'adversité psychosociale

Items	h^2	Facteurs			
		1	2	3	4
Ad12. Handicap personnel	0,68	0,778			0,336
Ad10. Trouble mental personnel	0,68	0,728			0,406
Ad9. Maladie chronique personnelle	0,56	0,678			
Ad32. Problèmes avec la loi	0,57	0,670			0,378
Ad11. Handicap d'un membre de la famille	0,31	0,502			
Ad8. Trouble mental d'un membre de la famille	0,37	0,481			
Ad31. Frustrations professionnelles	0,35	0,417			
Ad7. Maladie chronique d'un membre de la famille	0,25	0,326			
Ad28. Difficultés financières personnelles	0,51		0,660		
Ad14. Difficulté financière familiale	0,43		0,614		
Ad16. Décrochage scolaire	0,46		0,567		
Ad15. Difficulté scolaire	0,42		0,489		
Ad27. Perte de son emploi	0,43		0,323		
Ad17. Manque de confiance en soi	0,34			0,575	
Ad18. Gêne par rapport à son image corporelle	0,40			0,517	
Ad20. Problèmes avec des amis	0,41			0,490	
Ad21. Difficulté dans les relations sociales	0,36			0,423	

Tableau 14

Matrice de structure après rotation de l'échelle d'adversité psychosociale (suite)

Items	h^2	Facteurs			
		1	2	3	4
Ad19. Expérience de dépression ou surmenage	0,38		0,358	0,419	
Ad22. Problèmes de couples	0,33		0,324	0,376	
Ad2. Relations difficiles avec les parents	0,44				0,658
Ad3. Séparation des parents	0,34				0,587
Ad6. Maltraitances	0,46	0,373			0,436
Ad4. Famille reconstituée	0,25				0,419
Ad1. Devenir parent jeune	0,38		0,352		0,398

Corrélations entre les dimensions. L'analyse de la matrice de corrélations entre les sous-échelles d'adversité psychosociale dans la population des femmes camerounaises montre des liens significatifs et modérés entre les différentes dimensions attestant ainsi que celles-ci sont des construits relativement distincts (voir Tableau 15). Si d'une part il y a des corrélations fortes entre les sous-échelles *Pauvreté* et *Adversité relationnelle* avec l'échelle totale, il existe d'autre part des corrélations modérées entre les sous-échelles *Épreuves de santé*, *Adversité familiale* avec l'échelle totale. Ces corrélations significatives et positives entre les sous-échelles et l'échelle totale suggèrent toutefois qu'il est pertinent d'examiner la cohérence interne de l'échelle totale (Laveault & Grégoire, 2014).

Tableau 15

Corrélations entre les dimensions de l'échelle d'adversité psychosociale (N = 1005)

	2	3	4	5
1. Épreuves de santé	0,35**	0,39**	0,28**	0,69**
2. Pauvreté		0,45**	0,40**	0,78**
3. Adversité relationnelle			0,34**	0,77**
4. Adversité familiale				0,66**
5. Échelle totale				1,00

**La corrélation est significative au niveau 0,01 (test bilatéral).

Cohérence interne de l'échelle d'adversité psychosociale. Le Tableau 16 montre que les statistiques de fiabilité de la sous-échelle *Pauvreté* ($\alpha = 0,70$), ainsi que celle de l'échelle totale ($\alpha = 0,80$) sont bonnes. Par contre celles des sous-échelles *Adversité relationnelle* ($\alpha = 0,64$), *Maladies personnelle et familiale* ($\alpha = 0,56$) et *Adversité familiale* ($\alpha = 0,56$) sont plus faibles. Les statistiques d'item-total pour chaque sous-échelle montrent une diminution de la cohérence interne en cas de suppression d'un item, attestant ainsi que chacun d'eux contribue significativement à la cohérence interne de la sous-échelle ou de l'échelle totale. Le choix fait pour le calcul de la moyenne tronquée vise à réduire l'influence des valeurs extrêmes compte tenu des écarts-types dont les valeurs sont parfois proches de la moyenne comme cela peut s'observer sur le Tableau 16.

Tableau 16

*Cohérence interne et normes des dimensions de l'échelle
d'adversité psychosociale (N = 1005)*

Échelles	<i>n</i>	α de Cronbach	Statistiques descriptives tronquées à 5 %				
			N	<i>M</i>	<i>ET</i>	Min	Max
1. Épreuves de santé	8	0,56	963	3,90	3,81	0	14
2. Pauvreté	5	0,70	967	6,44	5,12	0	18
3. Adversité relationnelle	6	0,64	966	5,72	4,75	0	17
4. Adversité familiale	5	0,56	957	3,19	3,34	0	12
5. Échelle totale	24	0,80	966	20,05	12,91	0	51

Le Tableau 17 montre que la suppression des items 27 et 31 n'entraîne pas respectivement une diminution de la cohérence interne des sous-échelles *Pauvreté*, *Épreuves de santé*. Ceux-ci ont toutefois été maintenus, car ils ont de bonnes saturations factorielles (voir Tableau 14).

Tableau 17

Statistiques d'item-total des dimensions de l'échelle d'adversité psychosociale

Facteurs	Items	Moyenne échelle si suppression de l'item	Variance échelle si suppression de l'item	Corrélation complète éléments corrigés	Alpha si suppression de l'item
Épreuves de santé	Ad7.Maladie chronique d'un membre de la famille	3,25	16,79	0,27	0,54
	Ad8.Trouble mental d'un membre de la famille	3,77	17,46	0,32	0,51
	Ad9.Maladie chronique personnelle	4,14	19,22	0,34	0,51
	Ad10.Trouble mental personnel	4,34	21,22	0,29	0,53
	Ad11.Handicap d'un membre de la famille	3,58	17,10	0,33	0,50
	Ad12.Handicap personnel	4,30	20,57	0,33	0,52
	Ad31.Frustrations professionnelles	3,96	20,27	0,16	0,56
	Ad32.Problèmes avec la loi	4,25	20,72	0,25	0,53
Adversité environnementale	Ad14.Difficulté financière familiale	5,30	21,04	0,49	0,63
	Ad15.Difficulté scolaire	5,45	22,00	0,46	0,64
	Ad16.Decrochage scolaire	5,66	22,08	0,47	0,64
	Ad27.Perte de son emploi	6,27	25,62	0,32	0,70
	Ad28.Difficultés financières personnelles	5,15	20,34	0,52	0,62
Adversité relationnelle	Ad17.Manque de confiance en soi	5,44	24,11	0,34	0,61
	Ad18.Gêne par rapport à son image corporelle	5,73	25,78	0,31	0,62
	Ad19.Expérience de dépression ou surmenage	5,06	21,89	0,40	0,59
	Ad20.Problèmes avec des amis	5,41	22,91	0,43	0,58
	Ad21.Difficulté dans les relations sociales	5,42	23,50	0,38	0,60
	Ad22.Problèmes de couples	4,59	20,87	0,39	0,60
Adversité familiale	Ad1.Devenir parent jeune	3,05	13,71	0,28	0,52
	Ad2.Relations difficiles avec les parents	2,97	11,97	0,41	0,44
	Ad3.Séparation des parents	3,18	13,37	0,30	0,51
	Ad4.Famille reconstituée	2,90	12,93	0,29	0,52
	Ad6.Maltraitances	3,06	12,77	0,31	0,50

Échelle de facteurs de protection. Le Tableau 18 rapporte le nombre de participantes qui ont répondu « oui » pour l'une ou l'autre variable manifeste de l'*Échelle de facteur de protection*. Celui-ci montre que presque toutes les participantes (97,31 %) sont croyantes et 80 % affirment savoir trouver de l'aide en cas de besoin ou bénéficier du soutien émotionnel de proches. Par contre, seules 51,14 % des participantes rapportent bénéficier du soutien du conjoint. Le recours aux coutumes et traditions est le facteur de protection le moins utilisé en cas d'adversité (35,72 %).

Tableau 18

*Fréquences des variables manifestes de l'Échelle
de facteurs de protection (N = 1005)*

Items	n	%
FP1. Enfance heureuse	725	72,14
FP2. Bonne santé	710	70,65
FP3. Être facile à vivre	796	79,20
FP4. Intelligence	557	55,42
FP5. Personne ouverte	838	83,38
FP6. Responsable de ses réussites	851	84,68
FP7. S'entendre bien avec les autres	868	86,37
FP8. Être fière de soi	825	82,09
FP9. Aimer faire l'humour	842	83,78
FP10. Capacité résolution problèmes	696	69,25
FP11. Savoir trouver de l'aide en cas de besoin	804	80,00
FP12. Avoir des Stratégies d'adaptation	870	86,57
FP13. Avoir grandi avec ses parents	747	74,33
FP14. Bon soins et éducation dans l'enfance	864	85,97
FP15. Parents qui ont bien réussi leur vie	676	67,26
FP16. Être proche de sa fratrie	785	78,11
FP17. Parents qui vivent encore ensemble	562	55,92
FP18. Avoir grandi dans un climat familial chaleureux	705	70,15
FP19. Avoir un Soutien émotionnel de ses proches	803	79,90
FP20. Grandes attentes parentales	564	56,12
FP21. Santé des proches	565	56,22
FP22. Bonnes conditions de vie matérielle par sa famille	581	57,81

Tableau 18

*Fréquences des variables manifestes de l'Échelle
de facteurs de protection (N = 1005) (suite)*

Items	n	%
FP23. Avoir un riche réseau de soutien social	767	76,32
FP24. Accessibilité aux ressources	480	47,76
FP25. Habitation sécurité	734	73,03
FP26. Avoir eu un bon environnement scolaire	715	71,14
FP27. Soutien conjoint	514	51,14
FP28. Bon modèle de pairs	780	77,61
FP29. Loisirs	518	51,54
FP30. Bons modèles de développement	731	72,74
FP31. Avoir un Mentor	777	77,31
FP32. Objet protection culturelle	703	69,95
FP33. Réconfort des religieux	726	72,24
FP34. Coutumes et traditions	359	35,72
FP35. Association	560	55,72
FP36. Médecine traditionnelle	541	53,83
FP37. Foi en Dieu	978	97,31

Validité de l'échelle de facteurs de protection. Compte tenu du caractère dichotomique de l'échelle utilisée pour la cotation des items, l'analyse factorielle a été réalisée avec la matrice de corrélations tétrachoriques générée à partir de la syntaxe Tetra-com (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2012). La méthode d'extraction des moindres carrés non pondérés a été utilisée et une rotation Promax (1) a été effectuée, car la littérature suggère une corrélation entre les dimensions (Bekaert et al., 2012). Une solution en trois facteurs

a été demandée conformément au modèle écosystémique (Bekaert et al., 2012; Jourdan-Ionescu et al., 2011; O'Dougherty Wright & Masten, 2005).

Les indices d'adéquation des données ($Det = 0,001$; $KMO = 0,86$; Test de sphéricité de Bartlett significatif à $p < 0,001$) montrent que la matrice de corrélations tétrachoriques retenue pour la solution finale se prête bien à l'analyse factorielle. La structure factorielle obtenue (voir Tableau 19) comprend 20 items et permet d'expliquer 40,10 % de la variance totale des facteurs de protection chez les femmes camerounaises. Les dimensions de cette structure avec leurs variances spécifiques sont de 26 % pour les facteurs de protection familiaux, 9,80 % pour les facteurs de protection individuels et 4,30 % pour les facteurs de protection environnementaux.

Tableau 19
Matrice de structure de l'échelle de facteur de protection

Items	h^2	Facteurs		
		1	2	3
FP18. Avoir grandi dans un climat familial chaleureux	0,606	0,768		
FP15. Parents qui ont bien réussi leur vie	0,561	0,726		
FP13. Avoir grandi avec ses parents	0,492	0,701		
FP14. Bon soins et éducation dans l'enfance	0,566	0,667		
FP1. Enfance heureuse	0,416	0,629		
FP17. Parents qui vivent encore ensemble	0,278	0,521		
FP22. Bonnes conditions de vie matérielle par sa famille	0,427	0,479		0,435
FP16. Être proche de sa fratrie	0,283	0,435		
FP26. Avoir eu un bon environnement scolaire	0,248	0,420		
FP5. Être une personne ouverte	0,519		0,689	
FP7. S'entendre bien avec les autres	0,457		0,619	
FP9. Aimer faire l'humour	0,392		0,605	
FP8. Être fière de soi	0,294		0,463	
FP3. Être facile à vivre	0,220		0,455	
FP23. Avoir un riche réseau de soutien social	0,453			0,631
FP19. Avoir un soutien émotionnel de ses proches	0,489	0,411		0,559
FP11. Savoir trouver de l'aide en cas de besoin	0,437		0,327	0,535
FP31. Avoir un mentor	0,313			0,462
FP12. Avoir des stratégies d'adaptation	0,361		0,395	0,416
FP10. Capacité à résoudre les problèmes rencontrés	0,207			0,341

Corrélations entre les dimensions. L'analyse des corrélations bivariées entre les dimensions de l'échelle de facteurs de protection montre des relations significatives. Elle montre également d'une part des liens forts entre les dimensions facteurs de protection familiaux, facteurs de protection environnementaux et l'échelle totale ; et d'autre part une corrélation modérée entre la dimension facteurs de protection individuels et l'échelle totale (voir Tableau 20). Ces corrélations suggèrent également que la cohérence interne de l'échelle totale peut être calculée (Laveault & Grégoire, 2014).

Tableau 20

Matrice de corrélation des dimensions de l'Échelle de facteurs de protection (N = 1004)

	2	3	4
1. FP familiaux	0,35**	0,22**	0,84**
2. FP environnementaux		0,35**	0,72**
3. FP Individuels			0,59**
4. Échelle totale de FP			

**La corrélation est significative au niveau 0,01 (test bilatérale)

Cohérence interne de l'échelle de facteurs de protection. Les analyses de fidélité montrent de bonnes cohérences internes de la sous-échelle facteurs de protection familiaux ($\alpha = 0,74$) et de l'échelle totale ($\alpha = 0,76$). Pour les sous-échelles facteurs de protection environnementaux ($\alpha = 0,57$) et facteurs de protection individuels ($\alpha = 0,53$), les indices de fidélité sont faibles (voir Tableau 21). La diminution de la cohérence interne de chaque sous-échelle en cas de suppression d'un élément montre que chaque item contribue à la stabilité de l'échelle (voir Tableau 22).

Tableau 21

Cohérence interne et normes de l'échelle de facteurs de protection

Échelles	Nombre d'éléments	Alpha de Cronbach	Moyenne	Écart-type
1. FP Individuel	5	0,53	4,15	1,10
2. FP Environnementaux	6	0,57	4,69	1,38
3. FP Familiaux	9	0,74	6,33	2,29
4. Échelle totale FP	20	0,76	15,17	3,57

Tableau 22

Statistiques d'item-total des dimensions de l'échelle de facteurs de protection

Facteurs	Items	Moyenne échelle si suppression un élément	Variance échelle si suppression un élément	Corrélation complète éléments corrigés	Carré de la corrélation multiple	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
FP Individuel	FP3.Être facile à vivre	3,36	0,86	0,26	0,08	0,50
	FP5.Être une personne ouverte	3,31	0,84	0,36	0,13	0,43
	FP7.S'étendre bien avec les autres	3,28	0,88	0,35	0,13	0,44
	FP8.Être fière de soi	3,33	0,89	0,24	0,07	0,50
	FP9.Aimer faire humour	3,31	0,89	0,27	0,09	0,48
FP Environnementaux	FP10.Capacité à résoudre les problèmes rencontrés	4,00	1,39	0,28	0,12	0,54
	FP11.Savoir trouver aide en cas de besoin	3,89	1,40	0,38	0,16	0,49
	FP12.Avoir stratégies d'adaptation	3,83	1,54	0,31	0,10	0,53
	FP19.Avoir un soutien émotionnel des proches	3,89	1,46	0,31	0,12	0,53
	FP23.Avoir un riche réseau social	3,93	1,38	0,35	0,15	0,50
	FP31.Avoir un mentor	3,92	1,50	0,24	0,07	0,56
FP Familiaux	FP1.Enfance heureuse	5,61	4,29	0,41	0,21	0,71
	FP13.Avoir grandi avec ses parents	5,58	4,27	0,44	0,22	0,71
	FP14.Bon soins et éducation dans l'enfance	5,47	4,49	0,44	0,21	0,71
	FP15.Parents qui ont bien réussi leur vie	5,66	4,04	0,53	0,29	0,70
	FP16.Être proche de sa fratrie	5,55	4,54	0,31	0,11	0,73
	FP17.Parents qui vivent encore ensemble	5,77	4,26	0,36	0,16	0,72
	FP18.Avoir grandi dans climat familial chaleureux	5,63	4,07	0,53	0,30	0,69
	FP22.Bonne conditions de vie matérielles par famille	5,75	4,22	0,39	0,17	0,72
	FP26.Avoir eu bon environnement scolaire	5,62	4,44	0,32	0,12	0,73

Cohérences internes des échelles de résilience de Wagnild et Young, du BDI-II et du BAI de Beck. Tous les indices de cohérence interne de ces échelles sont bons (voir Tableau 23), excepté celui de la sous-échelle *Acceptation de soi* qui est inférieur à 0,70.

Tableau 23

Cohérence interne de l'échelle de résilience, du BDI-II et du BAI

Échelles	Alpha de Cronbach	Moyenne	Écart-type
Compétence personnelle	0,83	88,89	16,57
Acceptation de soi	0,64	42,07	8,20
Échelle totale de résilience	0,87	130,98	23,03
BDI-II	0,86	14,39	8,97
BAI	0,88	12,35	9,90

Corrélations entre les échelles. L'examen de la matrice de corrélation (voir Tableau 24) montre que toutes les corrélations bivariées entre les échelles totales sont significatives à $p < 0,01$. Celles-ci sont faibles entre les variables Adversité psychosociale et Résilience ($r(1004) = -0,11$), Facteurs de protection et Résilience ($r(1004) = 0,27$), Facteurs de protection et Anxiété ($r(1004) = -0,21$). Elles sont modérées entre les autres combinaisons d'échelles totales. Il n'existe aucune corrélation forte entre les variables, attestant que les construits mesurés sont distincts. Les corrélations entre les sous-échelles d'adversité psychosociale et celles de la résilience ne sont pas significatives pour la plupart ; tout comme entre les sous-échelles *Pauvreté* et facteurs de protection individuels.

Tableau 24

Matrice de corrélation entre les échelles (N = 1004)

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Épreuves de santé	0,35**	0,39**	0,28**	0,69**	-0,14**	-0,13**	-0,07*	-0,16**	-0,04	-0,09**	-0,06	0,19**	0,24**
2. Pauvreté		0,45**	0,41**	0,78**	-0,35**	-0,16**	-0,06	-0,30**	-0,01	-0,04	-0,03	0,27**	0,27**
3. Adversité relationnelle			0,34**	0,77**	-0,25**	-0,21**	-0,25**	-0,32**	-0,12**	-0,18**	-0,15**	0,32**	0,39**
4. Adversité familiale				0,66**	-0,47**	-0,16**	-0,05	-0,38**	-0,05	-0,09**	-0,07*	0,22**	0,20**
5. Échelle totale d'adversité					-0,40**	-0,23**	-0,15**	-0,39**	-0,08*	-0,14**	-0,11**	0,35**	0,38**
6. FP familiaux						0,35**	0,22**	0,84**	0,10**	0,11**	0,11**	-0,23**	-0,15**
7. FP environnementaux							0,35**	0,72**	0,27**	0,26**	0,28**	-0,24**	-0,17**
8. FP individuels								0,59**	0,25**	0,31**	0,29**	-0,21**	-0,15**
9. Échelle totale FP									0,24**	0,26**	0,27**	-0,31**	-0,21**
10. Compétences personnelles										0,70**	0,97**	-0,31**	-0,13**
11. Acceptation de soi											0,86**	-0,24**	-0,14**
12. Échelle totale résilience												-0,31**	-0,15**
13. Dépression													0,47**
14. Anxiété													

** La corrélation est significative au niveau 0.01 (test bilatéral).

* La corrélation est significative au niveau 0.05 (test bilatéral).

Dans ce Tableau 24, les valeurs des corrélations entre variables d'adversité psychosociale et de résilience ont été mises en gras pour faciliter leur identification car cette étude s'intéresse à leur relation.

Description de l'adversité psychosociale, des facteurs de protection, de la résilience, de la dépression et de l'anxiété

Ces résultats concernent le deuxième objectif spécifique de recherche. Ils visent dans un premier temps à décrire les variables Adversité psychosociale, Facteurs de protection, Résilience, Anxiété et Dépression dans la population des femmes camerounaises en fonction des variables sociodémographiques ; et dans un second temps à étudier les relations entre ces variables d'intérêt pour l'étude.

Description de l'adversité psychosociale chez les femmes camerounaises. Une analyse de variance à un facteur a été utilisée pour décrire la variation de l'adversité en fonction des catégories (ou sous-groupes) des variables Âge, Niveau d'éducation, Parité (nombre d'enfants), Adéquation besoin-revenu.

Adversité psychosociale et Âge. La Figure 7 présente la variabilité de l'adversité psychosociale en fonction de l'âge. Le test de Levene est significatif [$F(2, 1002) = 5,28$; $p < 0,001$] et permet de n'assumer que partiellement la précision des résultats de l'ANOVA. Ceux-ci révèlent une différence significative entre au moins deux moyennes de classes d'âges [$F(2, 1002) = 35,49$; $p < 0,001$; $d = 0,26$]. La Figure 7 montre une relation linéaire entre les scores moyens d'adversité des classes d'âges pour l'échelle totale. Les comparaisons *a posteriori* attestent que les femmes de moins de 30 ans vivent moins d'adversité que les femmes de 30 à 39 ans et celles de 40 ans et plus : les femmes de 30 à 39 ans vivent également moins d'adversité que celles de 40 et plus. Ces résultats montrent que l'adversité augmente avec l'âge dans cette population.

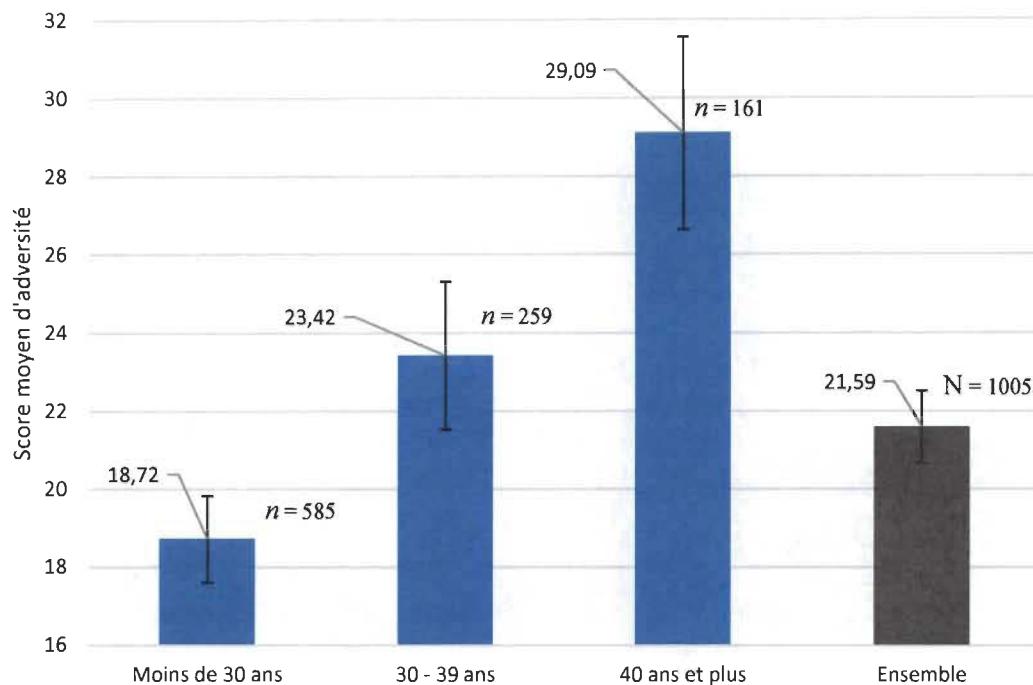


Figure 7. Variabilité de l'adversité psychosociale en fonction de l'âge.

Adversité psychosociale et Niveau d'éducation. Le test de Levene permet d'assumer partiellement la précision des résultats [$F(2, 1002) = 4,20 ; p = 0,01$]. L'ANOVA montre qu'il existe une différence significative entre au moins deux sous-groupes de Niveau d'éducation [$F(2, 1002) = 20,30 ; p < 0,001 ; d = 0,23$]. Les comparaisons *a posteriori* montrent une différence significative entre tous les sous-groupes. La Figure 8 en donne une illustration. Les femmes qui ont un niveau d'éducation du *Primaire* rapportent plus d'adversité psychosociale que celles de niveau du *Secondaire* et *Universitaire*, tout comme celles du secondaire rapportent vivre plus d'adversité que celles de niveau universitaire.

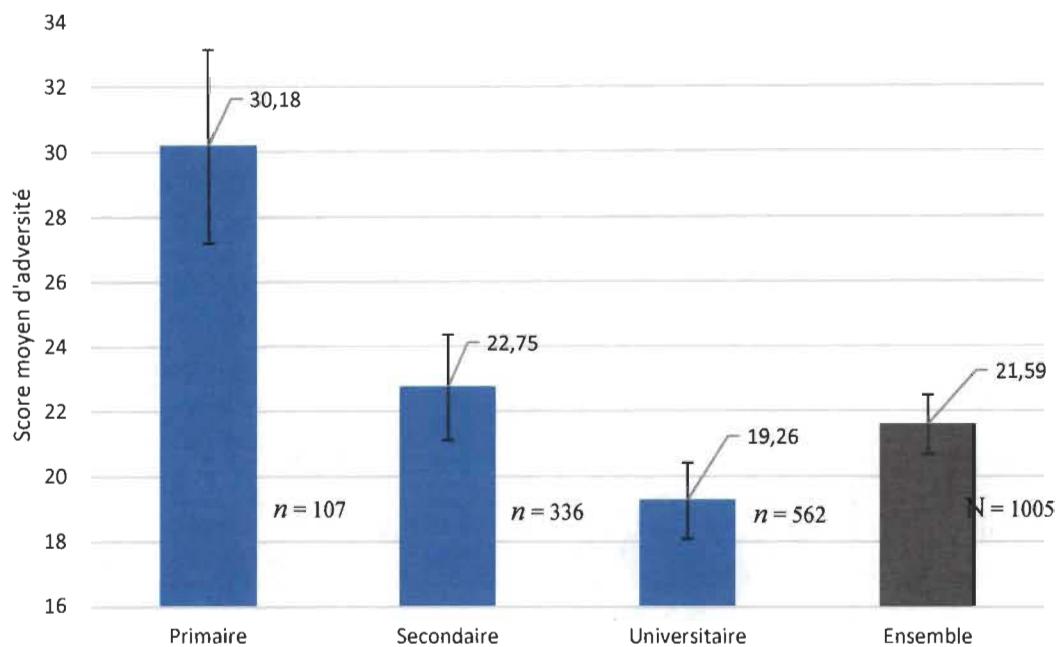


Figure 8. Variabilité de l'adversité psychosociale en fonction du niveau d'éducation.

Adversité psychosociale et Parité. Le test de Levene montre une homogénéité des variances [$F(3, 1001) = 1,72 ; p = 0,16$]. L'ANOVA révèle une différence significative de l'adversité psychosociale entre au moins deux niveaux de Parité [$F(3, 1001) = 19,19 ; p < 0,001 ; d = 0,23$]. La Figure 9 donne une représentation graphique de la variabilité de l'adversité psychosociale en fonction de la parité. Les comparaisons *a posteriori* montrent que les femmes qui ont cinq enfants et plus vivent plus d'adversité psychosociale que celles qui n'ont aucun enfant ($p < 0,001$), un à deux enfants ($p < 0,001$) ou trois à quatre enfants ($p = 0,003$). Celles qui ont un à deux enfants rapportent également plus d'adversité que celles qui n'ont pas d'enfant ($p = 0,001$). Par contre, il n'existe pas de différence entre celles qui ont un à deux enfants et celles qui ont

trois à quatre enfants ($p > 0,999$). Ces résultats montrent que les grandes multipares (nombre d'enfants > 4) sont celles qui vivent le plus d'adversité.

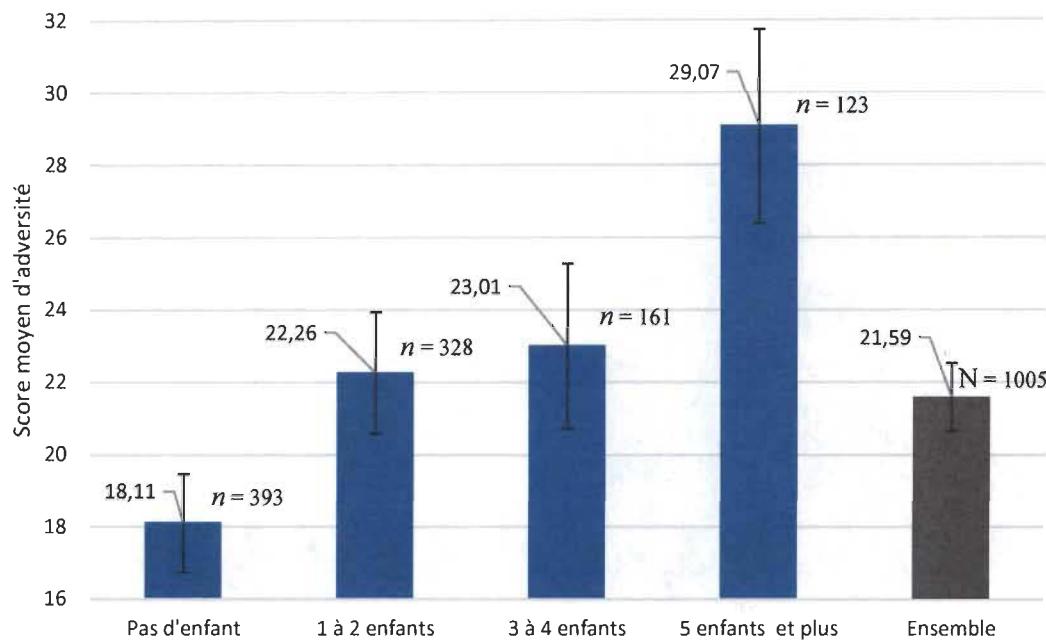


Figure 9. Variabilité de l'adversité psychosociale en fonction de la parité.

Adversité psychosociale selon le type de famille et l'état civil. Le Tableau 25 permet tout d'abord de voir que les participantes vivent majoritairement dans des familles monogamiques (56,12 %). Il révèle également que 23,48 % de participantes rapportent vivre dans des familles monoparentales, tandis que 20,40 % vivent dans des familles polygamiques.

Tableau 25

Variabilité de l'adversité en fonction du type de famille et de l'état civil

État civil	Type de famille				Total
	Monogamique	Monoparentale	Polygamique		
Célibataire	<i>M(ET)</i>	18,66 (14,21)	22,08 (14,66)	21,04 (15,47)	20,39 (14,69)
	<i>n (%)</i>	242 (24,08 %)	204 (20,30 %)	113 (11,24 %)	559 (55,62 %)
Mariée	<i>M(ET)</i>	21,39 (14,33)	19,20 (13,46)	26,49 (15,81)	22,32 (14,72)
	<i>n (%)</i>	311 (30,95 %)	15 (1,49 %)	81 (8,06 %)	407 (40,50 %)
Veuve/ divorcée	<i>M(ET)</i>	41,00 (12,20)	27,76 (16,29)	26,91 (15,64)	31,26 (15,93)
	<i>n (%)</i>	11 (1,09 %)	17 (1,69 %)	11 (1,09 %)	39 (3,88 %)
Total	<i>M(ET)</i>	20,60 (14,57)	22,31 (14,75)	23,51 (15,78)	21,59 (14,90)
	<i>N (%)</i>	564 (56,12 %)	236 (23,48 %)	205 (20,40 %)	1005 (100 %)

Une analyse de variance à plan factoriel 3x3 a été conduite pour étudier la variation de l'adversité psychosociale en fonction de l'état civil et du type de famille. Le test de Levene montre une homogénéité des variances, assumant ainsi l'adéquation des données pour cette ANOVA [$F(8, 996) = 0,78 ; p = 0,62$]. Les résultats montrent que l'effet principal de l'état civil est significatif [$F(2, 996) = 10,58 ; p < 0,001$], tandis que celui du type de famille dans laquelle vit la participante n'est pas significatif [$F(4, 996) = 1,50 ; p = 0,22$]. Ils montrent aussi qu'il y a un effet d'interaction entre le type de famille et l'état civil [$F(4, 996) = 3,45 ; p = 0,008 ; d = 0,12$] suggérant qu'il est pertinent de décomposer les effets simples. Les comparaisons pairées *a posteriori* montrent que lorsque les participantes sont célibataires, celles qui vivent dans des familles monoparentales rapportent plus d'adversité que celles qui sont dans des familles monogamiq[ues ($p = 0,04$). Quant aux participantes qui sont mariées, celles qui vivent dans des familles polygamiq[ues rapportent plus d'adversité que celles qui sont dans des familles monogamiq[ues ($p = 0,02$). Les autres comparaisons pairées, en tenant constant une catégorie d'état civil, ne se sont pas révélées significatives.

Description des facteurs de protection chez les femmes camerounaises. Des analyses de variance à un facteur ont été utilisées pour décrire la variabilité des scores de facteurs de protection en fonction de l'Âge et du Niveau d'éducation. Les autres analyses ne se sont pas montrées significatives ; pour cette raison, ces résultats ne sont pas présentés.

Facteur de protection et Âge. Une analyse de variance a été effectuée pour déterminer s'il existe une différence significative entre les scores obtenus à l'échelle de facteurs de protection en fonction des classes d'âge. Le test de Levene montre une adéquation des données pour l'analyse de variance [$F(2, 1002) = 0,25 ; p = 0,78$]. Le Tableau 26 présente la variabilité des facteurs de protection en fonction des classes d'âge. Les résultats de l'ANOVA révèlent une différence significative entre au moins deux moyennes [$F(2, 1002) = 4,20 ; p = 0,01 ; d = 0,09$]. Les comparaisons *a posteriori* montrent que les participantes de moins de 30 ans ont plus de facteurs de protection que celles de 40 ans et plus ($p = 0,01$). Par contre, les autres comparaisons pairees ne sont pas significatives.

Tableau 26

Variabilité des facteurs de protection en fonction de l'âge

Âge	N	Moyenne	Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne			Minimum	Maximum
			Borne inférieure	Borne supérieure			
Moins de 30 ans	585	15,40	15,11	15,69		2,00	20,00
30 - 39 ans	259	15,07	14,63	15,51		1,00	20,00
40 ans et plus	161	14,50	13,93	15,06		3,00	20,00
Total	1005	15,17	14,95	15,39		1,00	20,00

Facteurs de protection et Niveau d'éducation. Le Tableau 27 donne la variabilité des facteurs de protection en fonction du Niveau d'éducation. Le test de Levene révèle une homogénéité des variances [$F(2, 1002) = 0,01$; $p = 0,91$]. L'ANOVA montre une différence significative entre au moins deux moyennes des sous-groupes de Niveau d'éducation [$F(2, 1002) = 11,58$; $p < 0,001$; $d = 0,15$]. Des comparaisons de moyennes *a posteriori* montrent que les femmes qui ont au plus le niveau du *Primaire* rapportent moins de facteurs de protection que celles qui ont le niveau du *Secondaire* ($p < 0,001$) ou *Universitaire* ($p < 0,001$). Par contre, il n'y pas de différence significative entre les femmes de niveau du *Secondaire* et *Universitaire* ($p > 0,999$).

Tableau 27

Variabilité des facteurs de protection en fonction du niveau d'éducation

Niveau d'éducation	N	Moyenne	Écart- type	Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne			
				Borne inférieure	Borne supérieure	Minimum	Maximum
Primaire	107	13,63	3,48	12,96	14,29	3,00	20,00
Secondaire	336	15,27	3,42	14,90	15,64	3,00	20,00
Universitaire	562	15,41	3,61	15,11	15,70	1,00	20,00
Total	1005	15,17	3,57	14,95	15,39	1,00	20,00

Facteurs de protection et Parité. Le Tableau 28 montre la variabilité des facteurs de protection en fonction de la parité. Le test de Levene atteste d'une homogénéité des variances [$F(3, 1001) = 0,39 ; p = 0,76$]. L'ANOVA révèle une différence significative entre au moins deux moyennes des sous-groupes de Niveau d'éducation [$F(2, 1002) = 6,16 ; p < 0,001 ; d = 0,13$]. Les comparaisons de moyennes *a posteriori* montrent que les femmes qui ont au moins cinq enfants rapportent moins de facteurs de protection que celles qui n'ont pas d'enfant ($p < 0,001$) ou celles qui ont entre un et deux enfants ($p = 0,003$). Par contre, elles n'ont pas de différence avec celles qui ont entre trois et quatre enfants ($p = 0,42$). Il n'y a pas également de différence entre celles des autres groupes.

Tableau 28

Variabilité des facteurs de protection en fonction de la parité

Parité	N	M	ET	Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne			
				Borne inférieure	Borne supérieure	Minimum	Maximum
Pas d'enfant	393	15,52	3,50	15,17	15,87	2,00	20,00
1 à 2 enfants	328	15,34	3,54	14,96	15,73	3,00	20,00
3 à 4 enfants	161	14,82	3,65	14,25	15,39	1,00	20,00
5 enfants et plus	123	14,05	3,58	13,41	14,69	3,00	20,00
Total	1005	15,17	3,57	14,95	15,39	1,00	20,00

Facteurs de protection en fonction du Niveau de revenu par rapport aux besoins.

Le test de Levene montre que les variances ne sont pas homogènes [$F(3, 1001) = 5,13 ; p = 0,002$]. L'ANOVA montre une différence significative entre au moins deux groupes de niveau de revenu [$F(3, 1001) = 31,25 ; p < 0,001 ; d = 0,29$]. La Figure 10 présente la variabilité des Facteurs de protection en fonction du niveau de revenu. Les participantes qui rapportent avoir un très faible niveau de revenu, présentent moins de facteurs de protection que toutes les autres. Celles qui ont un niveau de revenu faible rapportent également moins de facteurs de protection que celles qui ont un niveau de revenu assez élevé ou élevé par rapport à leurs besoins. Il n'existe pas de différence entre celles qui rapportent un assez bon niveau de revenu et celles qui déclarent un très bon niveau de revenu.

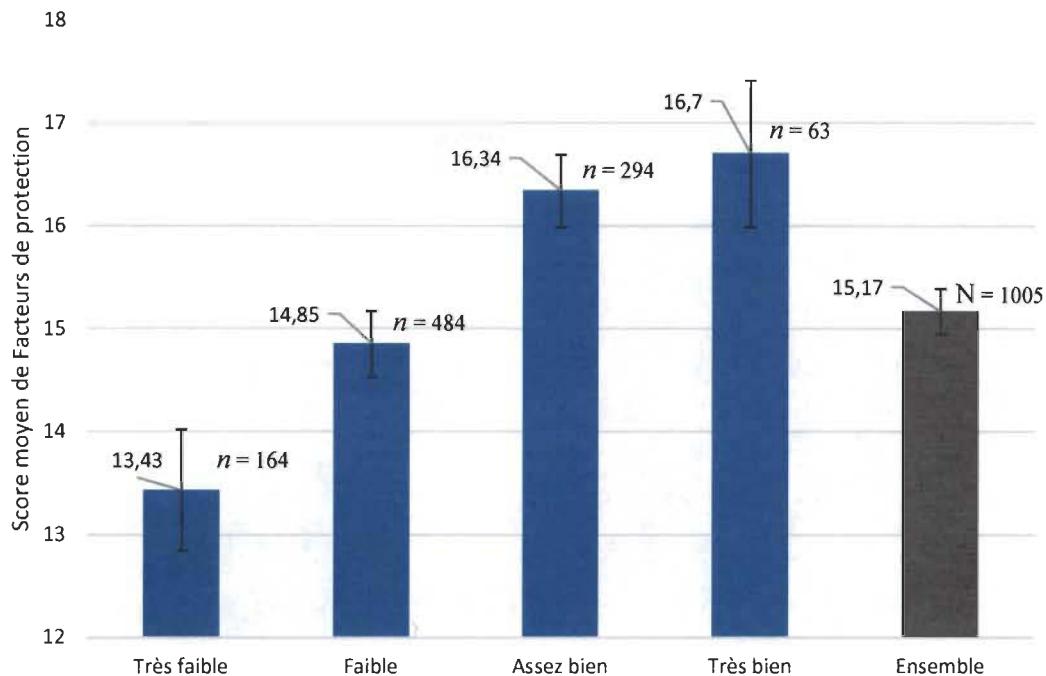


Figure 10. Variabilité des Facteurs de protection en fonction du niveau de revenu.

Facteurs de protection en fonction de l'état civil et du type de famille. Le Tableau 29 montre la variation des facteurs de protection en fonction de l'état civil et du type de famille dans laquelle vit la participante. Le test de Levene atteste qu'il y a une homogénéité des variances [$F(8, 996) = 1,64 ; p < 0,11$]. L'analyse de variance 3x3 effectuée révèle qu'il y a au moins une différence entre deux sous-groupes [$F(3, 1001) = 2,55 ; p = 0,04 ; d = 0,20$]. Les comparaisons *a posteriori* montrent que lorsqu'elles sont célibataires, les participantes qui vivent dans des familles monogamiques ont plus de facteurs de protection que celles qui sont dans des familles monoparentales ($p = 0,004$) ou polygamiques ($p = 0,005$). Les autres comparaisons ne sont pas significatives.

Tableau 29

Variabilité des Facteurs de protection en fonction du type de famille et de l'état civil

État civil		Type de famille			
		Monogamique	Monoparentale	Polygamique	Total
Célibataire	<i>M (ET)</i>	16,05(3,13)	14,96(3,55)	14,79(3,99)	15,40(3,51)
	<i>n (%)</i>	242 (24,08 %)	204 (20,30 %)	113 (11,24 %)	559 (55,62 %)
Mariée	<i>M (ET)</i>	15,09(3,68)	15,00(3,44)	14,44(3,27)	14,96(3,60)
	<i>n (%)</i>	311 (30,95 %)	15 (1,49 %)	81 (8,06 %)	407 (40,50 %)
Veuve/ divorcée	<i>M (ET)</i>	12,18(3,89)	15,24(4,24)	14,36(2,66)	14,13(3,88)
	<i>n (%)</i>	11 (1,09 %)	17 (1,69 %)	11 (1,09 %)	39 (3,88 %)
Total	<i>M (ET)</i>	15,45(3,52)	14,98(3,58)	14,63(3,65)	15,17(3,57)
	<i>N (%)</i>	564 (56,12 %)	236 (23,48 %)	205 (20,40 %)	1005 (100 %)

Résilience. La Figure 11 montre que 27,76 % des participantes ont un niveau élevé de résilience. Cette variable est décrite en fonction des variables sociodémographiques, puis en fonction de l'Adversité psychosociale et des Facteurs de protection. Des analyses de variance à un facteur montrent qu'il n'y a pas de différence significative de la résilience selon les variables *Niveau de revenu* [$F(3, 1001) = 1,34$; $p = 0,26$], *Âge* [$F(2, 1002) = 0,25$; $p = 0,78$] et *Parité* [$F(3, 1001) = 2,45$; $p = 0,06$].

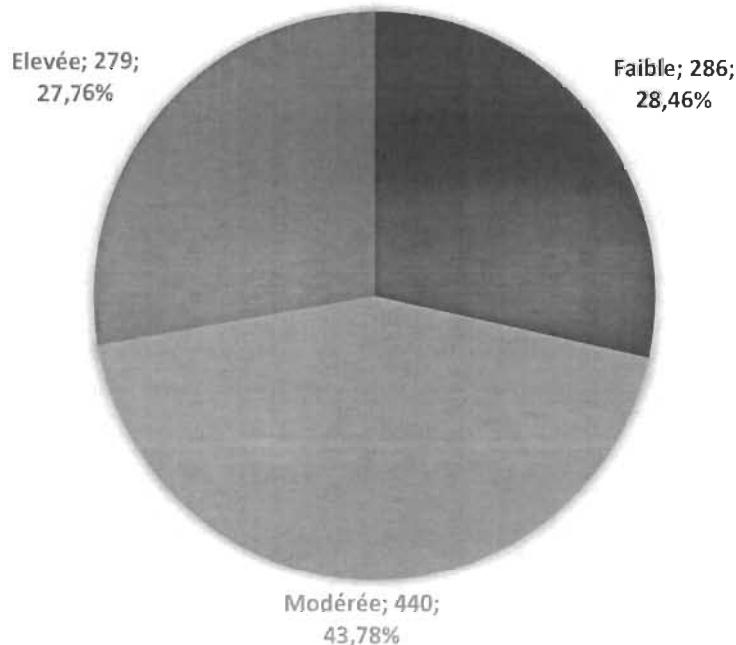


Figure 11. Distribution des participantes selon leur niveau de résilience (N = 1005).

Résilience et Niveau d'éducation. La Figure 12 illustre la variabilité de la résilience en fonction du niveau d'éducation. Le test de Levene est significatif [$F(2, 1002) = 8,58, p < 0,001$] et permet d'assumer partiellement la précision des résultats de l'ANOVA. Ceux-ci montrent au moins une variation significative de la résilience entre les sous-groupes de *Niveau d'éducation* [$F(2, 1002) = 9,91 ; p < 0,001 ; d = 0,14$]. Des comparaisons de moyenne *a posteriori* montrent que les femmes qui ont un Niveau d'éducation primaire sont moins résilientes que celles qui ont un niveau secondaire ou universitaire. Il n'y a pas de différence entre celles du secondaire et de l'université.

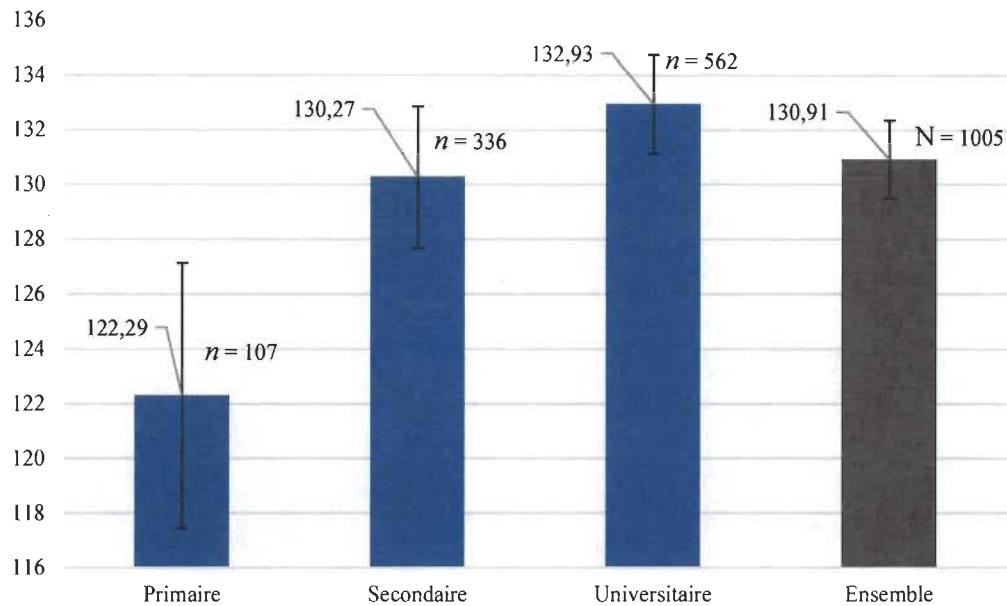


Figure 12. Variabilité de la résilience en fonction du niveau d'éducation.

Résilience et Vie associative. La Figure 13 illustre la variabilité de la résilience en fonction de la vie associative. Le test de Levene montre qu'il y a homogénéité de variance [$F(3, 1001) = 0,44 ; p = 0,72$]. Les résultats indiquent au moins une variation significative de la résilience entre deux catégories de la *Vie associative* [$F(3, 1001) = 7,15 ; p < 0,001$; $d = 0,14$]. Des comparaisons *a posteriori* de moyennes montrent qu'il y a une différence significative entre les femmes qui ne sont dans aucune association et celles qui sont dans une association ($p = 0,03$), deux associations ($p = 0,047$) ou trois associations et plus ($p < 0,001$). Par contre, il n'y a pas de différence significative entre celles qui sont dans au moins une association et les autres.

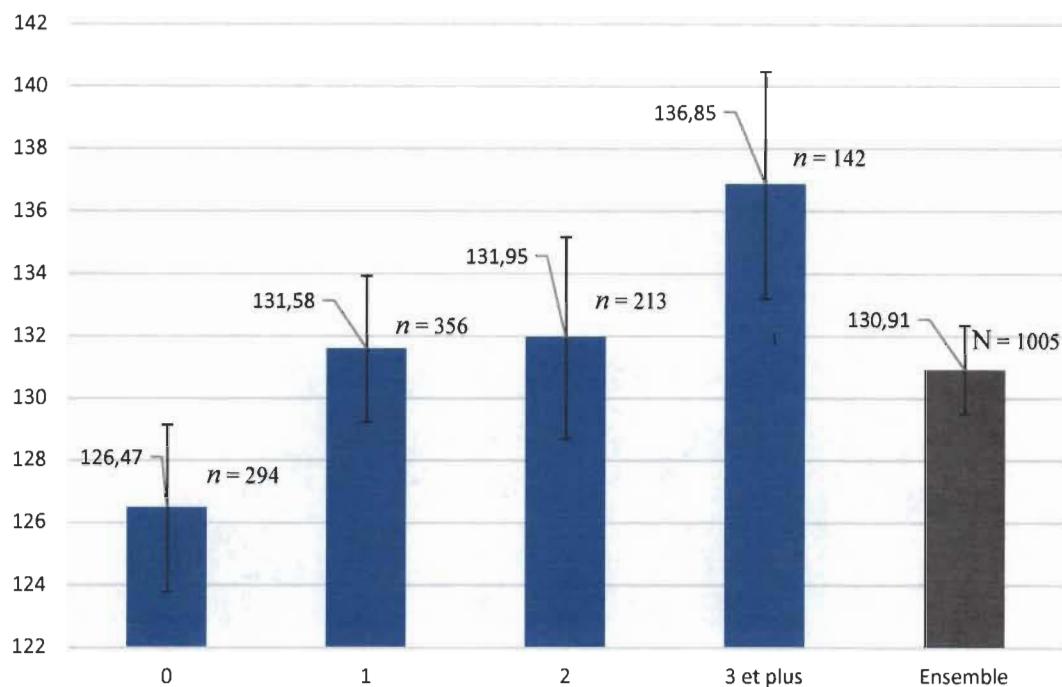


Figure 13. Variabilité de la résilience en fonction de la vie associative.

Résilience selon l'état civil et le type de famille. La Tableau 30 montre la variabilité de la résilience en fonction de l'état civil et du type de famille. L'analyse de variance à plan factoriel 3x3 effectuée pour étudier la variation de la résilience en fonction de l'état civil et du type de famille révèle que l'effet d'interaction est significatif [$F(4, 996) = 4,02 ; p = 0,003$]. Les effets principaux ne sont pas significatifs. Le test de Levene réalisé en prémissé a montré une homogénéité de variance [$F(8, 996) = 1,63 ; p = 0,11 ; d = 0,13$]. Les comparaisons pairées *a posteriori* indiquent que, lorsqu'elles sont mariées, les participantes qui vivent dans des familles monogamiq[ue]ues sont plus résilientes que celles qui sont dans des familles polygamiq[ue]ues ($p = 0,001$). Les autres comparaisons pairées ne sont pas significatives.

Tableau 30

Variabilité de la résilience en fonction du type de famille et de l'état civil

État civil		Type de famille			
		Monogamique	Monoparentale	Polygamique	Total
Célibataire	<i>M (ET)</i>	130,24(22,02)	133,04(23,21)	130,51(19,74)	131,32(22,03)
	<i>n (%)</i>	242 (24,08 %)	204 (20,30 %)	113 (11,24 %)	559 (55,62 %)
Mariée	<i>M (ET)</i>	133,17(23,73)	127,73(20,25)	122,77(23,74)	130,90(23,93)
	<i>n (%)</i>	311 (30,95 %)	15 (1,49 %)	81 (8,06 %)	407 (40,50 %)
Veuve/ divorcée	<i>M (ET)</i>	110,18(24,12)	130,29(31,49)	131,82(21,80)	125,05(28,02)
	<i>n (%)</i>	11 (1,09 %)	17 (1,69 %)	11 (1,09 %)	39 (3,88 %)
Total	<i>M (ET)</i>	131,46(23,22)	132,51(23,65)	127,52(21,75)	130,91(23,07)
	<i>N (%)</i>	564 (56,12 %)	236 (23,48 %)	205 (20,40 %)	1005 (100 %)

Dépression. La Figure 14 montre qu'environ 24 % de participantes ont un niveau de dépression allant de modérée à sévère. Cette sous-section présente la variabilité de la dépression en fonction de l'âge, du niveau d'éducation, de la parité, du niveau de revenu, de l'état civil et du type de famille. Une analyse de variance montre qu'il n'y a pas de variation significative entre Niveau de dépression et Vie associative [$F(1, 1000) = 1,74 ; p = 0,16$].

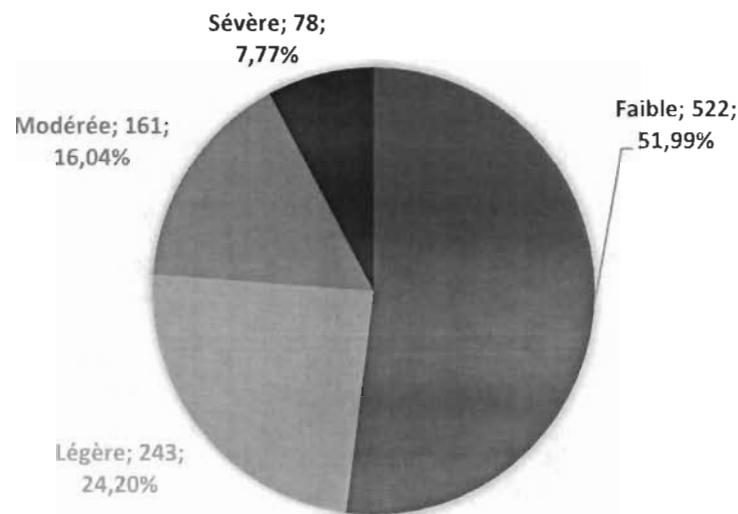


Figure 14. Distribution des participantes selon les niveaux de dépression.

Dépression et Âge. La Figure 15 présente la variabilité de la dépression en fonction de l'âge. Le test de Levene montre qu'il n'y a pas homogénéité des variances [$F(2, 1001) = 12,03 ; p < 0,001$]. L'analyse de variance montre une variation significative de la dépression selon l'âge [$F(2, 1001) = 9,40 ; p < 0,001 ; d = 0,13$]. Des comparaisons pairées à posteriori montrent que les participantes de moins de 30 ans présentent moins de dépression que celles de 30 à 39 ans et celles de 40 ans et plus. Il n'y a pas de différence significative entre les participantes de 30 à 39 ans et celles de 40 ans et plus.

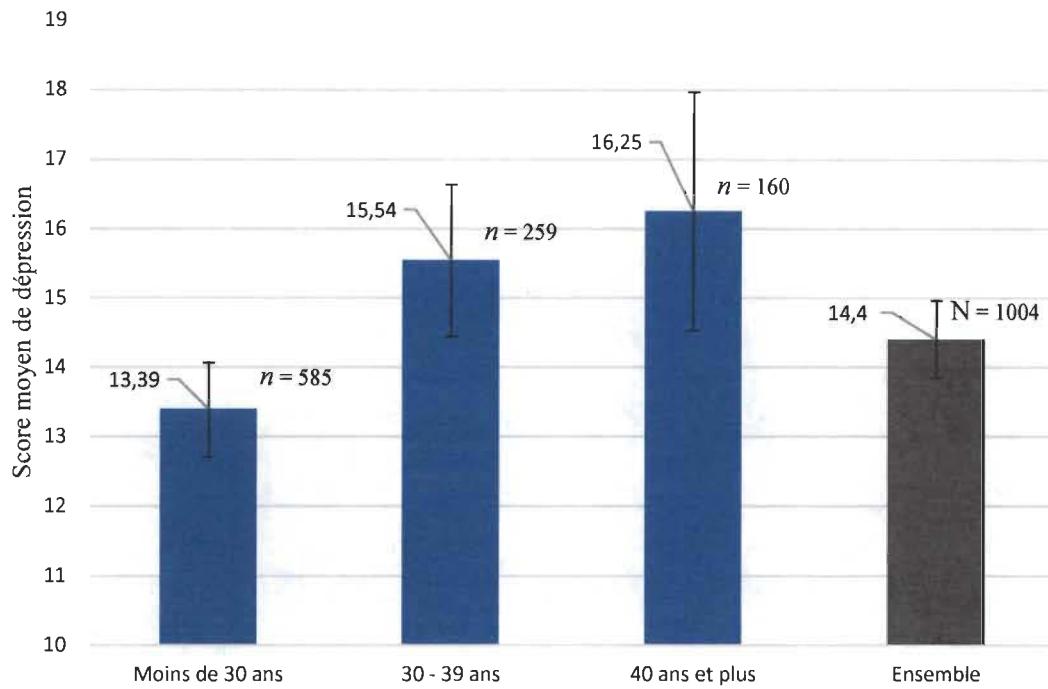


Figure 15. Variabilité de la dépression en fonction de l'âge.

Dépression et Niveau d'éducation. La Figure 16 présente la variabilité de la dépression en fonction du niveau d'éducation. Le test de Levene montre qu'il n'y a pas homogénéité des variances [$F(2, 1001) = 19,36 ; p < 0,001$]. L'analyse de variance montre une variation significative de la dépression selon le niveau d'éducation [$F(2, 1001) = 29,44 ; p < 0,001 ; d = 0,23$]. Des comparaisons pairées à posteriori montrent que toutes les combinaisons sont significatives, ce qui indique que les femmes moins éduquées sont plus à risque de dépression que les autres et que l'éducation serait un facteur de protection contre la dépression.

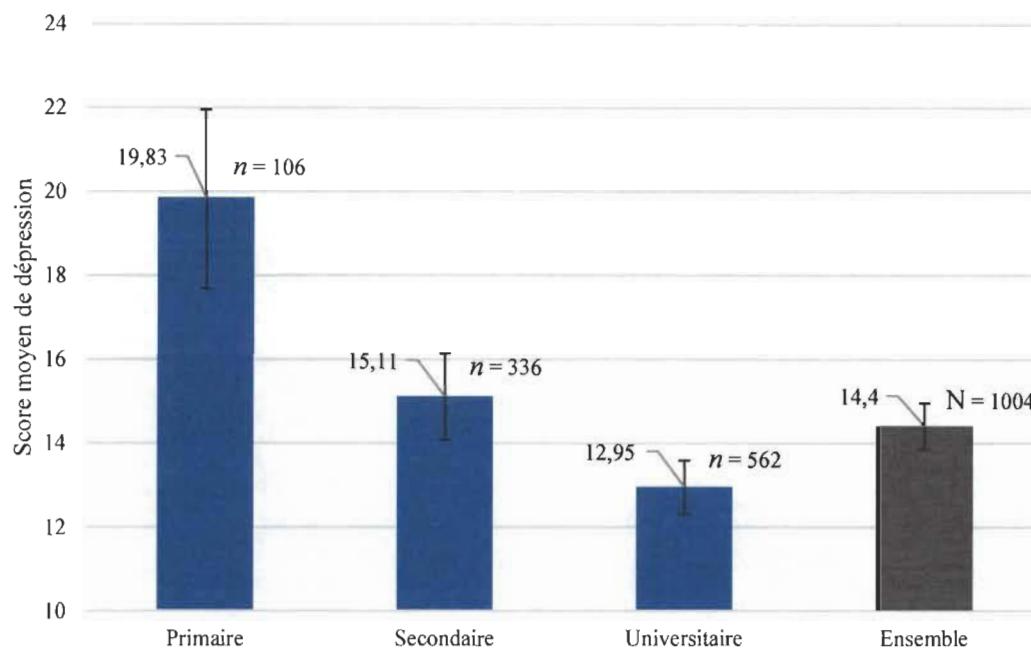


Figure 16. Variabilité de la dépression en fonction du niveau d'éducation.

Dépression et Parité. La Figure 17 montre que le niveau de dépression augmente avec la parité. Le test de Levene montre qu'il n'y a pas homogénéité des variances [$F(2, 1001) = 8,17 ; p < 0,001$]. L'analyse de variance confirme une variation significative du Niveau de dépression en fonction de la parité [$F(3, 1000) = 6,11 ; p < 0,001 ; d = 0,13$]. Les comparaisons pairées *a posteriori* montrent que celles qui n'ont pas d'enfant ont moins de dépression que celles qui ont trois enfants et plus ; celles qui ont 1 à 2 enfants ont moins de dépression que celles qui ont au moins cinq enfants. Les autres comparaisons pairées ne sont pas significatives.

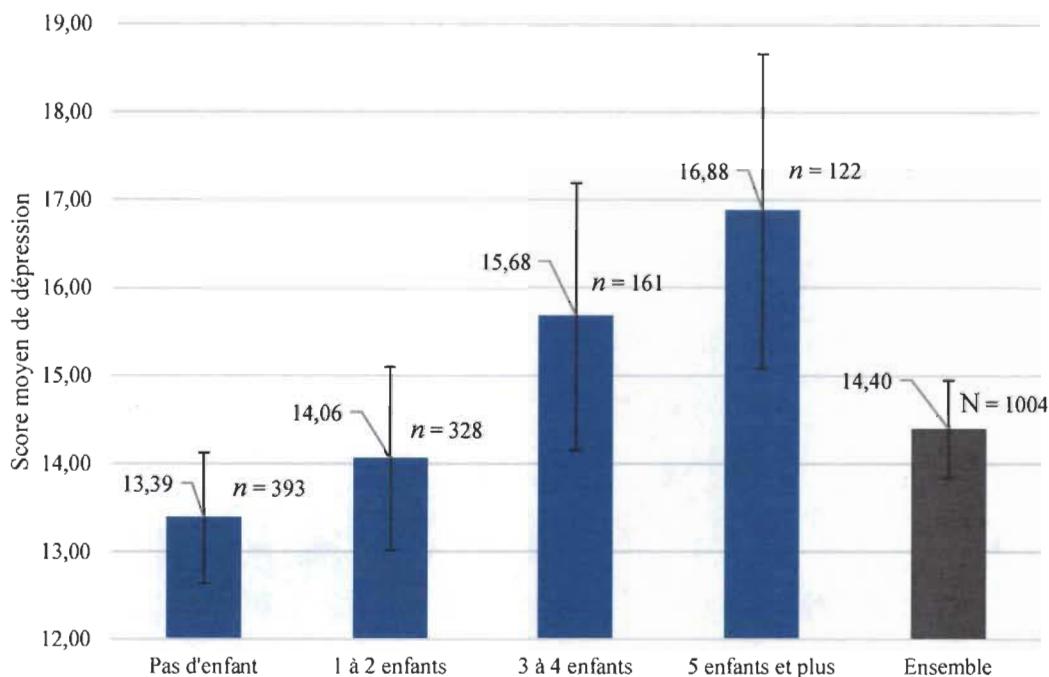


Figure 17. Variabilité de la dépression en fonction de la parité.

Dépression et Revenu. La Figure 18 présente la variation de la dépression en fonction du niveau de revenu. Le test de Levene atteste d'une homogénéité des variances [$F(3, 1000) = 2,40 ; p = 0,07$]. L'analyse de variance indique une variation significative du niveau de dépression selon le niveau de revenu [$F(3, 1000) = 8 ; p < 0,001 ; d = 0,15$]. Les comparaisons pairées *a posteriori* indiquent que les femmes qui ont un revenu très faible ont plus de dépression que celles dont ce niveau est assez bien ($p = 0,02$) ou très bien ($p = 0,02$) ; celles dont cette adéquation du revenu aux besoins est faible ont aussi plus de dépression que celles dont celui-ci est assez bien ($p < 0,001$) ou très bien ($p < 0,01$). Les autres comparaisons pairées ne sont pas significatives.

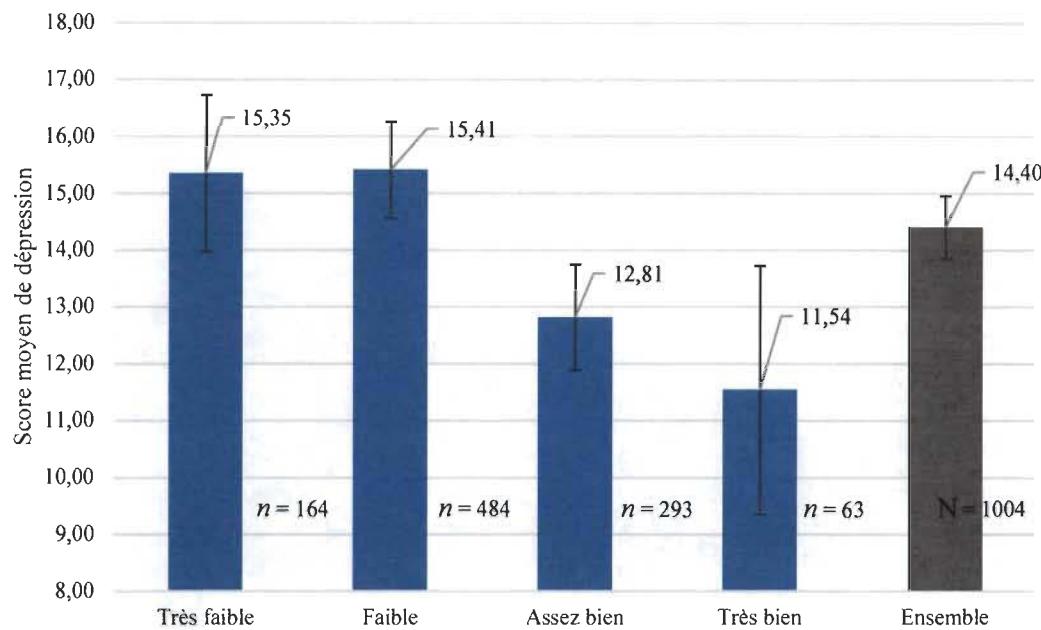


Figure 18. Variabilité de la dépression en fonction du niveau de revenu.

Dépression selon l'état civil et le type de famille. Le Tableau 31 présente la variabilité de la dépression en fonction de l'état civil et du type de famille. Le test de Levene montre qu'il n'y a pas homogénéité de variance [$F(8, 994) = 2,01 ; p = 0,04$], indiquant une précision partielle des résultats. L'ANOVA montre un effet d'interaction significatif [$F(4, 995) = 4,24 ; p = 0,002 ; d = 0,13$]. Les comparaisons pairées *a posteriori* indiquent que, lorsqu'elles sont veuves ou divorcées, les participantes ayant eu des unions monogamiq[ue] rapportent plus de dépression que celles qui ont eu des unions polygamiq[ue].

Tableau 31

Variabilité de la dépression en fonction du type de famille et de l'état civil

État civil	Type de famille				Total
	Monogamique	Monoparentale	Polygamique		
Célibataire	<i>M</i> (<i>ET</i>)	13,65(8,24)	14,02(8,3)	14,09(7,80)	13,87(8,16)
	<i>n</i> (%)	242 (24,08 %)	204 (20,30 %)	113 (11,24 %)	559 (55,62 %)
Mariée	<i>M</i> (<i>ET</i>)	13,98(9,41)	16,00(9,15)	16,49(10,51)	14,56(9,67)
	<i>n</i> (%)	311 (30,95 %)	15 (1,49 %)	81 (8,06 %)	407 (40,50 %)
Veuve/ divorcée	<i>M</i> (<i>ET</i>)	27,45(8,81)	19,59(8,87)	14,18(10,30)	20,28(10,36)
	<i>n</i> (%)	11 (1,09 %)	17 (1,69 %)	11 (1,09 %)	39 (3,88 %)
Total	<i>M</i> (<i>ET</i>)	14,10(9,10)	14,55(8,49)	15,04(9,13)	14,40(8,97)
	N (%)	564 (56,12 %)	236 (23,48 %)	205 (20,40 %)	1005 (100 %)

Anxiété. Cette sous-section porte sur la variabilité de l'anxiété en fonction de l'âge, du niveau d'éducation, de la parité, de l'état civil et du type de famille. La Figure 19 montre qu'environ 29 % des participantes présentent une anxiété d'un niveau modéré à sévère. Des analyses de variance indiquent qu'il n'y a pas de variation significative de l'anxiété en fonction du niveau de revenu [$F(3, 1000) = 1,67 ; p = 0,17$] ou du nombre d'appartenances à des associations [$F(3, 1000) = 1,96 ; p = 0,12$].

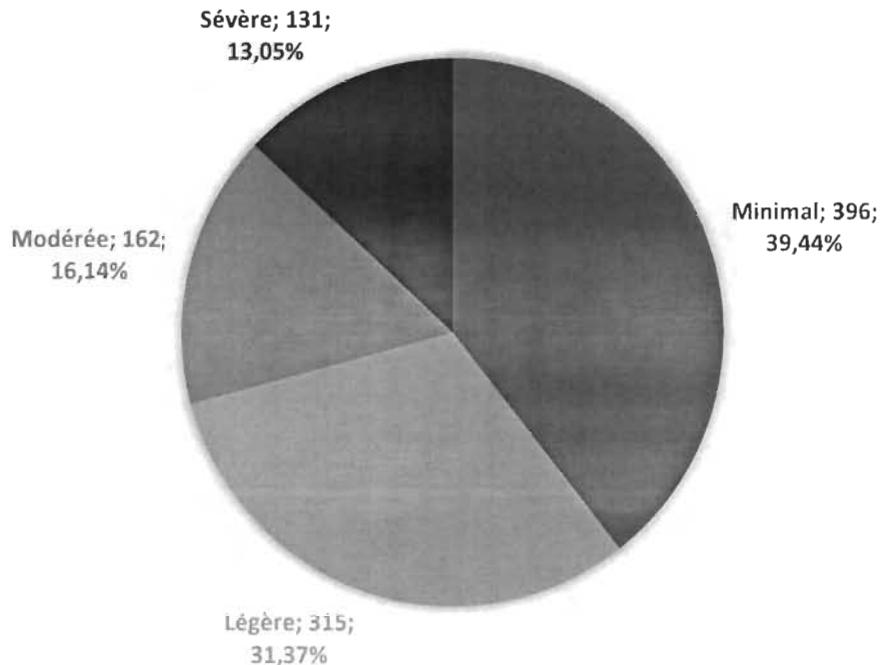


Figure 19. Distribution des participantes selon le niveau d'anxiété.

Anxiété et âge. La Figure 20 illustre la relation entre ces deux variables. L'analyse de variance indique une variation significative de l'anxiété en fonction de l'âge [$F(2, 1001) = 6,60 ; p = 0,001$]. Le test de Levene révèle une absence d'homogénéité des variances [$F(2, 1001) = 8,44 ; p < 0,001 ; d = 0,11$]. Les comparaisons pairées *a posteriori* montrent que les participantes de 40 ans et plus vivent plus d'anxiété que celles de moins de 30 ans. Elles indiquent qu'il n'y a pas de différence entre celles de moins de 30 ans avec celles de 30 à 39 ans ; ainsi qu'entre les participantes de 30 à 39 ans et celles de 40 ans et plus.

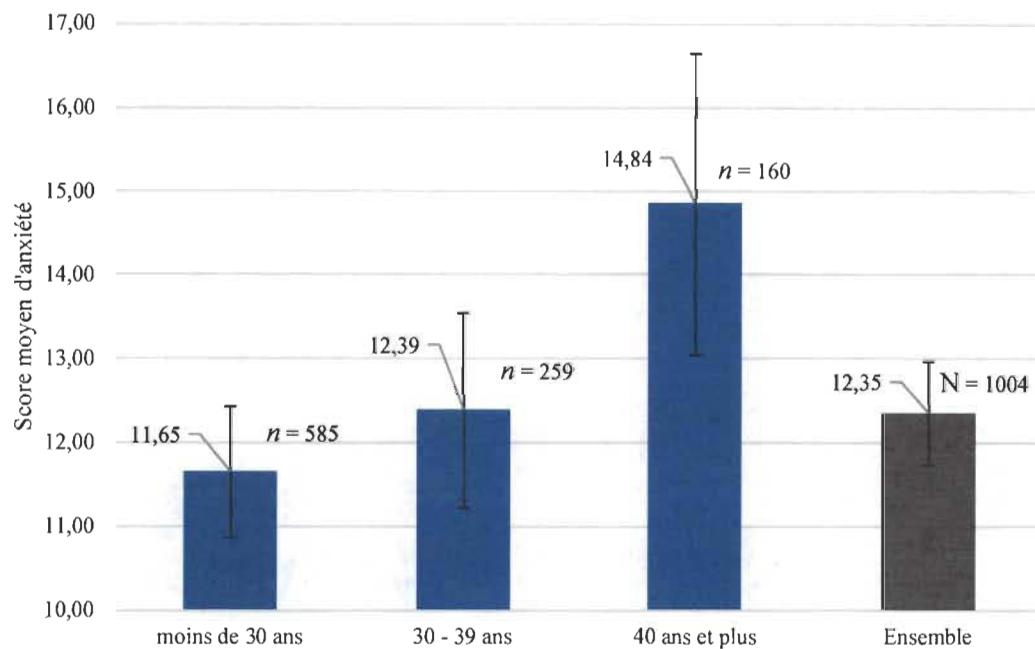


Figure 20. Variabilité de l'anxiété en fonction de l'âge.

Anxiété et Niveau d'éducation. L'analyse de variance indique une variation significative de l'anxiété en fonction du niveau d'éducation [$F(2, 1001) = 11,40$; $p < 0,001$; $d = 0,15$], avec toutefois une absence d'homogénéité des variances selon les résultats du test de Levene [$F(2, 1001) = 7,68$; $p < 0,001$]. La Figure 21 illustre les variations de l'anxiété en fonction du niveau d'éducation. Les comparaisons pairées *a posteriori* indiquent que les participantes qui ont un niveau d'éducation du primaire vivent plus d'anxiété que celles qui ont un niveau secondaire ou universitaire. Par contre, ces comparaisons ne montrent pas de différence entre celles de niveau du secondaire et universitaire.

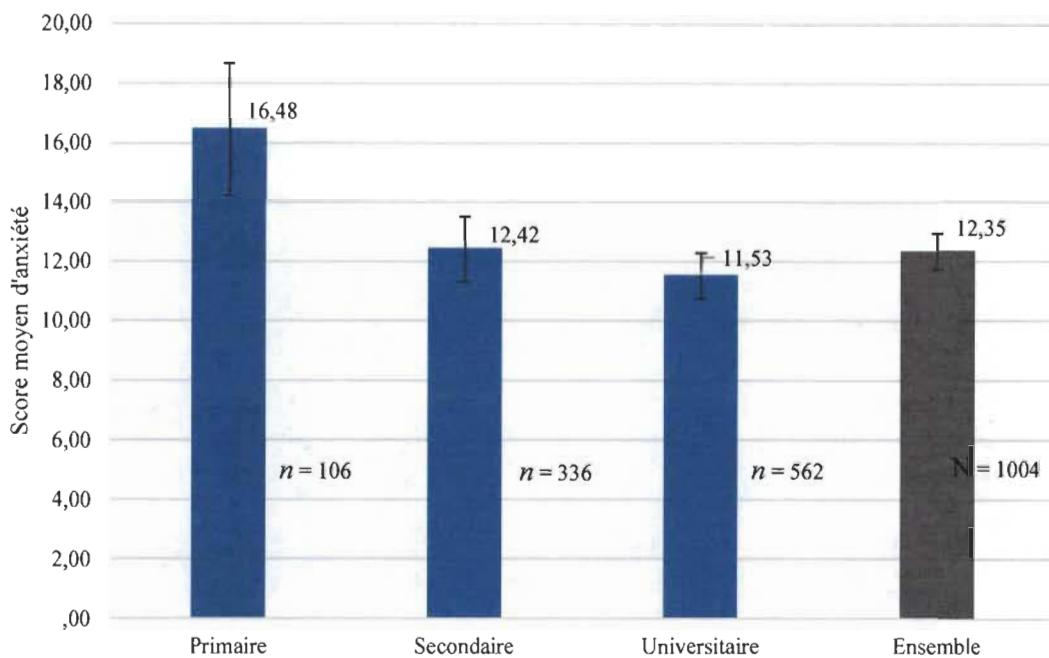


Figure 21. Variabilité de l'anxiété en fonction du niveau d'éducation.

Anxiété et Parité. L'analyse de variance montre une variation significative de l'anxiété en fonction de la Parité [$F(3, 1001) = 5,05 ; p = 0,002$]. Les comparaisons pairées, assumant l'absence d'homogénéité des variances [$F(3, 1000) = 6,17 ; p < 0,001$; $d = 0,12$], indiquent que les participantes qui ont cinq enfants et plus vivent plus d'anxiété que celles qui ont 1 à 2 enfants ou pas d'enfant du tout ; elles n'ont pas de différence avec celles qui ont 3 à 4 enfants. Il n'y a également pas de différence entre celles qui ont 1 à 2 enfants et celles qui n'ont pas d'enfant. La Figure 22 illustre les niveaux moyens d'anxiété pour chaque catégorie de parité.

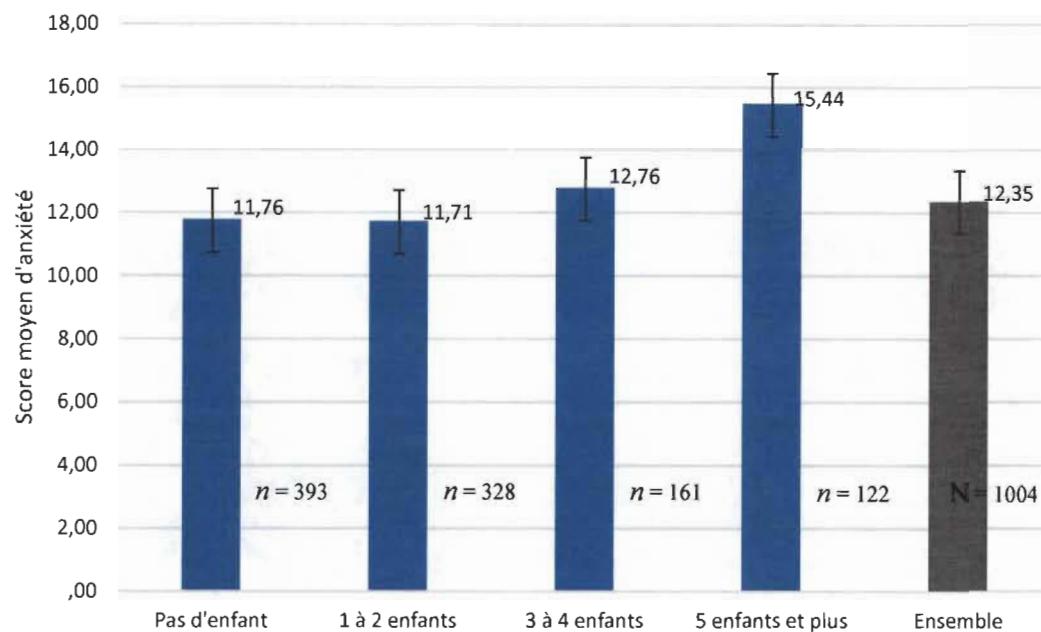


Figure 22. Variabilité de l'anxiété en fonction de la parité.

Anxiété en fonction de l'état civil et du type de famille. L'analyse de variance montre un effet d'interaction significatif de l'état civil et du type de famille dans la variation de l'anxiété [$F(4, 995) = 3,27 ; p = 0,01 ; d = 0,11$]. La précision de ces résultats est assumée par la significativité du test de Levene [$F(8, 995) = 1,87 ; p = 0,06$]. Les comparaisons pairées *a posteriori* indiquent que lorsqu'elles sont veuves ou divorcées, les participantes qui ont eu des unions monogamiques rapportent plus d'anxiété que celles qui étaient dans des unions polygamiques ($p = 0,002$). Les autres comparaisons ne sont pas significatives. La Figure 23 illustre la variabilité de l'anxiété en fonction de l'état civil et du type de famille.

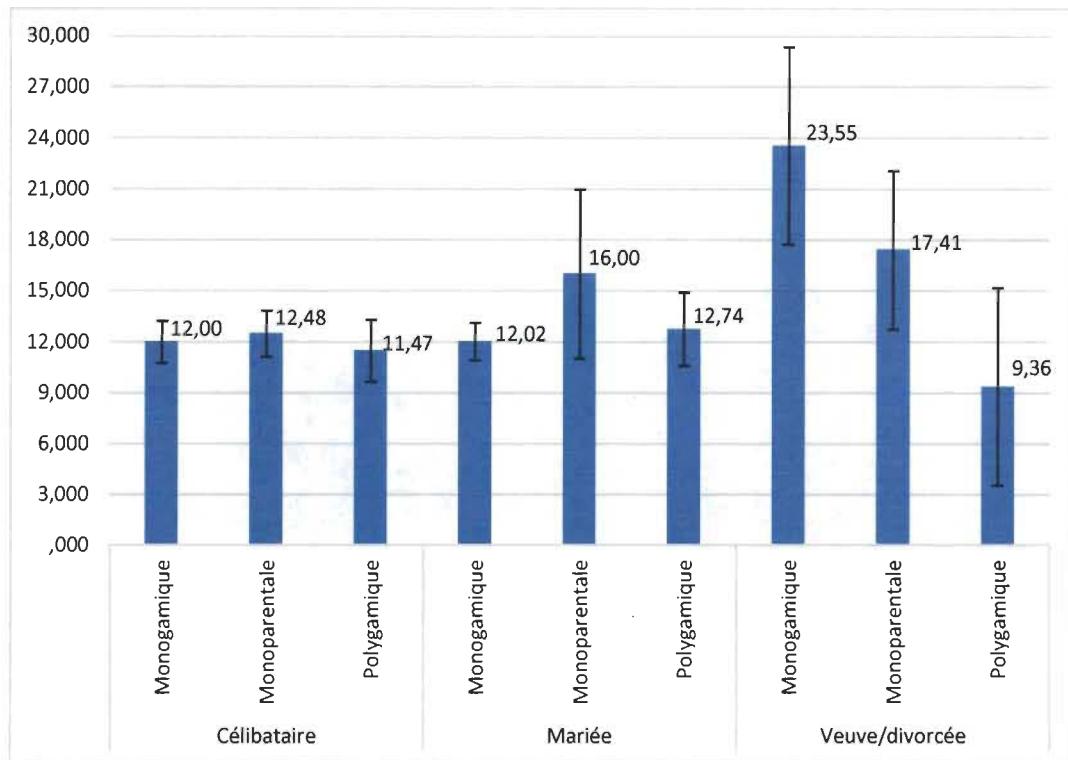


Figure 23. Variabilité de l'anxiété en fonction de l'état civil et du type de famille.

Relation entre Résilience et les autres variables à l'étude

Cette sous-section rapporte les résultats en lien avec les troisième et quatrième objectifs spécifiques du premier axe de recherche. La première sous-section teste, avec un modèle de régression, la présence d'un effet d'interaction entre adversité psychosociale et facteurs de protection dans l'expérience de résilience. La deuxième sous-section dresse un portrait psychologique des différents profils des femmes camerounaises en fonction des variables d'intérêt de cette étude.

Résilience vs Adversité psychosociale et facteurs de protection. Une analyse de régression linéaire multiple hiérarchique a été conduite pour étudier la résilience en fonction des variables sociodémographiques significatives (Association et Niveau d'éducation), de l'Adversité psychosociale et des facteurs de protection. Le premier bloc est constitué des variables Association et Niveau d'éducation (variables contrôles), le deuxième bloc comprend les variables Adversité psychosociale et Facteurs de protection. Le troisième bloc comprend le terme d'interaction entre les deux variables du deuxième bloc. La statistique de colinéarité du *facteur d'inflation de la valence* qui est inférieur à 10 ($VIF = 1,2$), le Durbin-Watson compris entre 1 et 3 (valeur = 2,02) et le diagnostic des observations du critère (seulement 0,01 % des résidus standardisés sont supérieur à 3 en valeur absolue) montrent les données sont appropriées pour une analyse de régression multiple. Le Tableau 32 montre une variation non significative du R^2 à la 3^e étape, suggérant ainsi une absence d'effet d'interaction entre l'Adversité psychosociale et les facteurs de protection dans le résultat de la résilience. La non-significativité de l'adversité psychosociale dans ce modèle peut s'interpréter par la faible corrélation ($r(1004) = 0,11$) que cette variable a avec la résilience (voir Tableau 24).

Tableau 32

Analyse de l'interaction entre Adversité psychosociale et facteurs de protection dans un modèle prédictif de la résilience

Variables prédictives	ΔR^2	Coefficients non standardisés
Étape 1	0,04***	
Association		3,25***
Niveau d'éducation		4,66***
Étape 2	0,06***	
Facteurs de protection		1,65***
Adversité psychosociale		0,01(ns)
Étape 3	0(ns)	
Interaction		-0,01(ns)
R2 total	0,1***	

*** $p < 0,001$. ns = non significatif.

Analyse des profils psychologiques des participantes. Une analyse de classification Twostep a été effectuée afin de déterminer les différents profils de femmes résilientes parmi les participantes à cette étude. Cette technique a été choisie à cause de la grande taille de l'échantillon. La mesure du Log-vraisemblance et le critère de détermination automatique du nombre de classes ont été appliqués. Toutes les variables de classification ont été standardisées. Pour réduire l'influence des valeurs éloignées dans le processus de classification, la fonction de gestion des bruits a été utilisée ; la valeur par défaut de 25 % a été utilisée. L'indice de mesure par silhouette de la cohésion et de la séparation est acceptable ($> 0,25$) (voir Figure 24).

Récapitulatif du modèle

Algorithme	TwoStep
Entrées	5
Classes	3

Qualité de classe

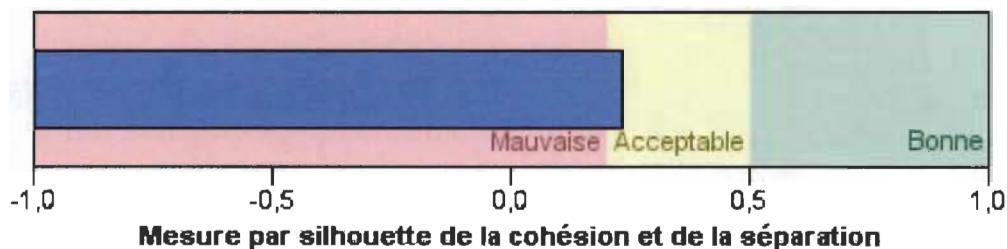


Figure 24. Indices du modèle de l'analyse de classification.

Cette valeur d'indice de cohésion et de séparation des classes, ainsi que l'absence d'homogénéité des variances des différents groupes de chaque variable de classement, permettent d'assumer partiellement la précision des résultats. Ils se dégagent trois principaux profils de résilience dans la population d'étude, en plus d'une quatrième classe constituée des participantes ayant des scores extrêmes (voir Tableau 33). Il ressort de ce tableau que le groupe des femmes confrontées à une forte adversité ($M = 31,24$), à l'exclusion de celles aux valeurs extrêmes, présente une résilience modérée ($M = 137,88$) ; tandis que le groupe des femmes qui ont une résilience élevée ($M = 146,54$) présente le plus faible niveau d'adversité ($M = 7,95$).

Tableau 33

Profils psychologiques de résilience dans la population des femmes camerounaises.

Variables	Profils de résilience				F
	Profil P0 (n = 17) : valeurs extrêmes	Profil P1 (n = 463) : résilience faible	Profil P2 (n = 350) : résilience modérée	Profil P3 (n = 174) : résilience élevée	
Résilience	101,76	120,80	137,88	146,54	97,80***
Facteurs de protection	8,52	13,37	16,20	18,55	187,24***
Adversité	48,18	18,40	31,24	7,95	193,28***
Dépression	33,82	15,30	16,49	5,90	116,45***
Anxiété	28,53	10,98	17,02	5,03	97,68***

*** $p < 0,001$

Ces résultats montrent aussi que pour les différents profils, les facteurs de protection varient dans le même sens que la résilience. C'est-à-dire que plus elles ont des facteurs de protection, plus elles sont résilientes, ou inversement.

Présentation des résultats qualitatifs

Cette section comprend deux principales parties. La première sous-section présente des épisodes de résilience vécues par les participantes. L'approche complexe à laquelle se réfère cette étude suggère de considérer chaque participante comme une unité, un tout interagissant avec un environnement changeant. Cette première sous-section met en

évidence l'expérience singulière des participantes. La deuxième sous-section, dans un objectif de modélisation phénoménologique, dégage dans un premier temps les invariants ou facteurs d'adversité et de résilience sous-jacents à ces expériences, et dans un second temps les phases du processus de résilience. Elle opère un mouvement de la singularité des expériences de résilience vers une modélisation du phénomène de résilience chez les femmes camerounaises qui vivent une forte adversité.

Expériences de résilience des participantes

Une logique sous-tend cette sous-section qui porte sur l'étude de huit expériences de résilience chez trois participantes résilientes sélectionnées dans des zones culturelles différentes. Pour chaque participante donnée, dans un premier temps, un récit phénoménologique de l'expérience est constitué. Ces récits représentent une brève reconstitution de l'expérience des participantes, à partir des verbatim et des outils Ligne de vie/événements de vie. Ces récits se retrouvent en Appendice M de ce travail afin d'alléger la présentation. Par la suite, dans un second temps, une synthèse et interprétation de l'expérience est faite pour dégager les caractéristiques de résilience et mettre en évidence les principales phases du processus de résilience. Ces expériences sont situées dans l'une ou l'autre saison de la vie selon le découpage de Levinson présenté par Houde (1999). Compte tenu de l'étendue d'âge des participantes (20 à 55 ans), elle se limite aux trois premières saisons (Enfance, jeune adulte et mitan) et n'aborde pas la quatrième saison, la vieillesse. L'enfance est abordée pour comprendre sur quelle histoire se construit la résilience des participantes. Un titre est donné à chaque expérience. Celui-

ci correspond soit à la description que la participante a faite d'elle-même ou à celle de l'objectif de vie autour duquel s'est construite cette expérience de résilience.

Expériences de résilience de Marthe : «femme de charité». Marthe, âgée de 50 ans, est une mère de quatre enfants. Elle est de la région soudano-sahélienne, précisément de la région de l'Extrême-Nord du Cameroun, de l'ethnie Moundang. Le taux de scolarisation des jeunes filles reste très faible et le taux de mariage précoce très élevé dans cette région par rapport à la moyenne nationale. Cette sous-scolarisation et les mariages précoces étaient encore plus accentués au cours de l'enfance de Marthe. À l'âge de 8 ans, alors qu'elle était scolarisée au Cours Élémentaire 1 (CE1)¹, ses parents décident de l'envoyer chez son oncle paternel, à la capitale, à environ 1000 km, à plusieurs jours de voyage (du fait de la précarité des moyens de transport à ce moment), afin de lui donner plus d'opportunités de réussite dans la vie.

Résilience face à la maltraitance au cours de l'enfance. De l'âge de 8 à 18 ans, Marthe a connu des conditions de vie très difficiles qui auraient pu entraver significativement son développement psychosocial.

Elle a quitté ses parents avec enthousiasme, car elle pensait aller chez son oncle pour recevoir une meilleure éducation. Sa première déception par rapport à son rêve de devenir

¹ Correspond à la 3^e année de l'école primaire.

une femme instruite se produit lorsque ses tuteurs ne se montrent pas disposés à l'inscrire à l'école, mais à l'utiliser comme domestique. Elle déclare que :

« Arrivé à Yaoundé en 1973, à ma grande surprise quand la rentrée scolaire est arrivée, mon oncle ne m'inscrit pas à l'école. Le premier trimestre passe... J'apprendrais plus tard que pour ma marâtre, j'étais une domestique dans la maison... pendant que ses enfants allaient à l'école, je devais m'occuper des travaux ménagers et aller vendre des beignets pour son compte ».

Grâce à ses qualités personnelles (ouverture, intelligence, serviabilité, bonne santé, détermination à aller et réussir à l'école) et surtout à sa capacité à susciter la compassion et le soutien social de son environnement, elle est parvenue à se faire inscrire à l'école à la grande surprise de ses tuteurs. Elle rapporte que « *vu mon insistante pour aller à l'école et grâce au soutien des voisins qui me trouvaient serviable et intelligente, et à l'intervention du directeur de l'école où j'allais vendre les beignets, j'ai été inscrite à l'école au deuxième trimestre* ». Le soutien environnemental et ses qualités personnelles lui ont permis de surmonter les difficultés qui se sont présentées durant sa scolarisation. Elle déclare que « *j'ai évolué à l'école sans véritablement reprendre de classe jusqu'en classe de Première¹. Pendant toutes ces années, les voisins et mon frère ainé, qui vivait aussi à Yaoundé, me soutenaient beaucoup face aux maltraitances dont je faisais l'objet* ».

Sa relation forte avec ses parents et son désir de faire leur fierté ont été une source de motivation pour surmonter l'adversité à laquelle elle était confrontée. Elle rapporte en ces termes une conversation faite avec eux :

¹ Correspond à la 6^e année du secondaire ou 1^{re} année du CEGEP.

« Mais avec papa, il m'a dit à la fin, tu ne repars plus là-bas ... je lui ai dit, je repars ... ma réussite est là-bas... Et quand je venais au village, on me considérait comme une yaoundéenne¹, car je m'exprimais plus en français, je m'habillais différemment. Dans le temps, les parents faisaient encore les coutumes (ils envoyait les filles en mariage très jeunes), mais ils m'ont vu très engagé à l'école, et n'ont pas accepté les demandes des multiples prétendants qui voulaient me prendre en mariage. La maman voulant s'opposer à mon retour, devant ma détermination, le papa lui a dit que : la souffrance ne tue pas, mais elle ne fait qu'endurcir l'homme ; je crois que demain, si tu réussis, tu seras peut-être la seule qui a commencé à réussir dans cette maison ».

L'inscription à la chorale et à la catéchèse à l'âge de 10 ans ont permis à Marthe d'accéder à un système de valeur qui l'a aidée à faire sens, à maintenir l'espoir et à transcender sa souffrance dans un contexte où ses tuteurs assumaient partiellement leur fonction d'éducateur. La maltraitance vécue a également permis à Marthe de construire un objectif de vie ouvert à l'autre, faisant sens avec ses croyances et son expérience de l'adversité. Elle rapporte qu'à la sortie de l'enfance, c'est-à-dire à la transition du jeune adulte « *mon rêve était que si un jour le Seigneur me donnait le travail, je ne devais pas voir un enfant mourir de famine et rester insensible devant sa souffrance, parce que j'en ai connu* ». Ses qualités personnelles lui ont permis d'accéder contre toute attente à un emploi stable et lui ont ouvert la voie à la concrétisation de son rêve en dépit des adversités vécues. Marthe rapporte que vers l'âge de 19 ans, alors qu'elle faisait la classe de première, « *à la suite d'un stage de vacances au cours duquel ma serviabilité a été remarquée, j'ai été intégrée, à mon insu, à la fonction publique par une autorité sans passer par un concours. J'ai ainsi accédé à l'autonomie financière* ».

¹ Personne habitant Yaoundé, capitale politique du Cameroun

Cette expérience dans laquelle Marthe parvient à se développer de manière satisfaisante, et contre toutes attentes, met en évidence une interaction entre l'adversité, les qualités personnelles et les facteurs environnementaux dans le processus de construction de sa résilience. L'adversité vécue par Marthe a un caractère chronique dans la mesure où elle s'étend sur plusieurs années et fait référence aux conditions de vie stressantes. Son ouverture, sa servabilité et sa capacité à susciter la compassion des autres lui ont permis d'accéder à un soutien émotionnel afin de verbaliser sa souffrance, d'en limiter les effets désorganisateurs et accéder à un soutien environnemental qui a été nécessaire pour l'atteinte de ses objectifs et sa résilience. L'accès à l'emploi a été un point tournant dans son expérience, car cela l'a transformée en la faisant passer du statut de dépendance à celui d'autonomie, du statut de personne assistée à celui de personne qui assiste les autres, cela a permis une transition réussie de la saison de l'enfance à celle du jeune adulte.

Il peut donc se dégager cinq moments dans cette expérience : (1) une phase de risque élevé de perturbation développementale sous l'effet des conditions de vie stressantes; (2) une phase d'adaptation au cours de laquelle Marthe mobilise ses qualités personnelles et des stratégies d'adaptation (chant à la chorale, verbalisation, recherche de soutien) pour éviter la désorganisation et maintenir son équilibre psychologique; (3) un point tournant, qui est ici l'accès de manière fortuite à un emploi; (4) une phase de réorganisation au cours de laquelle Marthe change de statut, fait une transition vers la saison du jeune adulte, entre

dans de nouveaux rôles sociaux; (5) une phase de transformation dans laquelle, elle vit son rêve, celui de porter assistance aux autres qui connaissent, comme elle l'a vécue, la souffrance, où elle réalise des projets pour ses parents (construction d'une maison à ses parents).

Résilience face à l'adversité cumulée au cours de la saison du jeune adulte. Cette période est caractérisée par la pression socioculturelle pour le mariage, une déception sentimentale et de multiples problèmes de santé.

Parvenue à la vingtaine, Marthe commence à subir des pressions pour le mariage, car, de par sa culture, les filles devaient se marier très jeune. Ce statut de célibataire était source de tensions relationnelle avec ses parents pour qui le mariage était un symbole de réussite pour leurs filles. Elle déclare qu'*« avec papa, ça ne passait plus. J'étais l'enfant que papa a beaucoup aimé et j'étais celle-là qui était encore célibataire. Papa dit que non ... toutes les autres se sont mariées très tôt, à 15 ans, 18 ans, etc. »*. Le premier projet de mariage de Marthe a été une profonde déception. Elle rapporte que :

« J'avais rencontré un homme qui était encore aux études alors que moi je travaillais déjà ; je l'aimais beaucoup. Nous partagions les mêmes valeurs culturelles et religieuses. Nous vivions dans deux villes différentes. Notre projet de mariage était en voie de se concrétiser. Alors que nous avions déjà publié les bans, je découvre qu'il me trompait. Ce fut une profonde déception pour moi, une très grande honte, un déshonneur pour ma famille, une dépression pour moi ».

Pour guérir de sa blessure d'amour consécutive à la déception sentimentale vécue, elle choisit la solution de se laisser aimer une fois de plus, quand bien même elle ne

parvenait pas à renvoyer à son partenaire le même amour. Elle rapporte que « *je me sentais déjà trop grande à 24 – 25 ans sans mari. Je ne voulais pas d'une vie où je fais des enfants en dehors du mariage à cause de mes valeurs chrétiennes et culturelles* ». Cette solution est un compromis entre la pression socioculturelle pour le mariage, la volonté de correspondre aux critères de réussite sociale pour une femme dans sa culture à cette période (mariage et maternité), la volonté de ne pas sombrer dans la dépression, le désir de maternité et la cohérence avec ses valeurs. Afin de poursuivre son projet de vie, Marthe fait preuve de réactivité face à cette déception, ainsi que d'ouverture à l'amour. L'extrait de récit ci-après montre les stratégies utilisées et le soutien reçu pour surmonter sa dépression consécutive à la déception sentimentale subie.

« *Et puis, au cours de cette première année de mariage, la déception était toujours là, mais je ne manifestais pas. Donc c'est pourquoi j'ai renvoyé tout mon amour sur mon enfant. Et puis heureusement, j'avais eu un époux qui savait la déception que j'avais eue et qui était patient envers moi ... Le soutien spirituel, le soutien social, la maternité et son amour à mon égard m'ont permis de guérir progressivement de ma blessure d'amour suite à la déception que j'avais eue. Il me disait, avec le temps, tu vas t'adapter à moi. Il me soutenait et m'accompagnait* ».

Alors qu'elle avait de la difficulté à renvoyer à son conjoint l'amour qu'il éprouvait et lui manifestait, la naissance de son enfant lui a offert « un objet » de réinvestissement affectif, un moyen de revivre des émotions positives « d'amour donné ». Ainsi d'un côté, elle reçoit de l'amour de son conjoint, maintient le sentiment d'être aimé et avoir de la valeur aux yeux d'une personne significative ; d'un autre côté, elle peut aimer ou donner de l'amour à une personne, à son premier enfant. Cet accouchement est aussi une croissance à l'échelle sociale dans sa culture.

La première année de son mariage, vers l'âge de 27 ans, été très éprouvante. Quelques mois avant, Marthe a fait un accident de circulation au cours duquel « *le véhicule a fait tonneau trois fois* ». Elle en est sortie avec un léger traumatisme crânien. Quelques mois après le mariage, son époux a aussi fait un accident de circulation avec homicide. Puis, quelques mois après encore, alors qu'elle était enceinte de sept mois, elle a fait un autre accident avec polytraumatisme. Elle rapporte que :

« *C'est cet accident qui m'a vraiment travaillé (traumatisé)... parce que je suis allée accoucher je ne marchais pas, j'étais alité à cause de multiples fractures que j'avais eues. Il y avait une plaie au pied que l'hôpital n'arrivait pas à guérir... pour eux, il fallait m'amputer la jambe. Et comme j'étais enceinte, ils ont dit qu'il fallait attendre l'accouchement* ».

Pendant cette épreuve, Marthe rapporte que les soins médicaux, l'intervention d'un tradi-thérapeute pour le diagnostic d'une fracture ayant échappé à la vigilance des médecins, le soutien de son époux, de son environnement et les prières l'ont aidé tenir et à s'en sortir. Elle avait accès à un soutien émotionnel et spirituel. Elle déclare que « *j'ai vu toujours le soutien de ma famille, des associations et des voisins là-bas, il y avait toujours les musulmans, les chrétiens qui venaient chaque jour faire des groupes de prière... pour me soutenir et me réconforter* ». Lors de cette expérience de maladie, Marthe fait preuve d'un grand courage et d'une force intérieure pour surmonter cette adversité et donner la vie, qui pour elle était un objectif de vie très important. Le soutien environnemental et spirituel, dont elle a bénéficié, a alimenté et nourri cette force intérieure.

L'analyse de cette expérience permet de mettre en exergue cinq mouvements dans le processus de résilience vécu par Marthe : (1) tout d'abord la phase de perturbation consécutive à la profonde déception sentimentale et aux accidents subis. (2) ensuite la réaction d'adaptation de Marthe pour en limiter l'effet désorganisateur ; elle prend la décision de se remettre en relation avec un autre homme alors que les blessures intérieures sont encore béantes afin de ne pas sombrer et maintenir son projet de fonder une famille. Elle puise dans ses ressources intérieures et dans le soutien spirituel que lui apportent ses proches pour continuer de croire en la guérison ; (3) l'épreuve de maladie vécue avec le soutien de son époux, au-delà de la souffrance causée, a été l'occasion de renforcer les liens d'amour du couple et de se désinvestir de la précédente relation. Par ailleurs, l'opportunité de réorientation et réinvestissement de l'énergie affective sur son enfant a permis de surmonter cette déception. Ces deux événements ont donc agi à titre de point tournant dans son expérience ; (4) une phase de réorganisation ou restructuration peut être mise en évidence ici avec l'émergence d'un nouveau rôle, celui de mère et le renforcement du rôle d'épouse. Ces différents rôles concrétisent son projet de fondation d'une famille selon ses projections ; (5) enfin une phase de transformation au cours de laquelle Marthe rapporte avoir vécu un bien-être dans sa vie familiale après ces événements difficiles. Elle rapporte à ce sujet que « *nos premières années de mariage, malgré ces épreuves, ont été des moments de véritable bonheur* ».

Résilience face à la déchirure conjugale à la saison du mitan. Cette expérience commence vers la fin de la première décade de vie de couple et le début de la transition du mitan de la vie de Marthe, il y a une quinzaine d'années.

La période de la transition de la quarantaine est caractérisée par une dégradation graduelle des relations conjugales. Cette situation conflictuelle a duré près d'une dizaine d'années pour aboutir à la séparation du couple. Marthe a été confrontée à des infidélités et à des violences physiques et morales de son époux, à sa décision unilatérale de prendre une seconde épouse, à des problèmes d'insécurité. Ces différents événements ont créé un état de stress chez Marthe. Elle rapporte « *j'ai été envahie d'une très grande peur* ». Face à ces flots d'événements déstabilisateurs, Marthe mobilise diverses stratégies d'adaptation pour maintenir la stabilité et l'intégrité de son couple.

« Pour ramener l'harmonie dans notre couple, j'ai essayé la voie du dialogue, parfois comme on dit dans notre coutume, je le réveillais à des heures tardives [moment d'intimité et de discréction], pour qu'on dialogue sur ce qui ne va pas. Comme je ne parvenais pas, j'utilisais l'humour quand nous étions à table en famille pour susciter le dialogue ».

Devant l'échec de ces approches pour créer le dialogue, elle recherche aussi un soutien émotionnel des personnes auprès de qui elle peut verbaliser ses souffrances. Elle rapporte que « *je suis allée me confier chez un religieux pour chercher du soutien* ». La persistance du conflit conjugal, l'accentuation de son intensité et l'échec des stratégies mobilisées ont entraîné une rupture, une désorganisation chez Marthe qui relate que :

« Il y a eu un temps c'était pratiquement comme une dépression pour moi hein ! La folie n'est pas seulement venue. J'ai coupé avec le lieu de service ; parce que pour moi le regard, je croyais que tout le monde connaissait ma

situation. Mais j'étais là, les pleurs, les pleurs, les pleurs à longueur de journée. Je me consolais en lisant la bible, en cherchant à faire sens dans les récits de la bible ».

À cette période de grande fragilité, Marthe a connu un cambriolage orchestré par un jeune à qui elle avait offert l'hospitalité. Cela a été la goutte d'eau de trop rapporte-t-elle : « *C'était le coup de trop. Les pleurs mêmes ne me suffisaient plus !!! J'étais là seulement... impuissante. J'avais des idées de suicide* ». Face à ce chaos, sa parentalité a été déterminante pour amorcer une remontée en surface et transcender les symptômes suicidaires. « *Je me demandais, qui prendrait alors soin de mes enfants* [si je me laissais mourir, maintenant que même leur père les avait reniés] ». Ce sursaut de conscience de ses responsabilités a conduit Marthe à prendre des décisions pour émerger de ses souffrances. Elle rapporte qu'à ce moment :

« Je décide donc, en fin de compte d'appeler mon ancien ami de Yaoundé (celui de ma première déception sentimentale) parce que j'avais appris qu'il me cherchait partout et parce que je ne savais plus vers qui me tourner. Sa prompte réaction et son soutien financier m'ont réconfortée. Cela a permis de faire face au choc à l'immédiat [celui du cambriolage où elle avait tout perdu]. Par la suite, j'ai une fois de plus vu la solidarité se manifester. Les associations auxquelles j'appartenais, les religieux, les voisins, les amis ; quand ils ont appris mon problème, chacun s'est mobilisé en m'apportant l'une ou l'autre chose ».

L'évaluation de Marthe aux différents instruments de mesure montre une anxiété et une dépression élevée qui se justifie par l'état de stress dans lequel elle se trouvait encore au moment de la passation des questionnaires. Elle reconnaît que l'exposition à l'adversité cumulée a altéré sa santé. Elle rapporte que :

« Mais avec toutes ces épreuves vécues (mon époux est parti de la maison depuis environ cinq ans, même s'il continue de nous menacer, les enfants et moi), associé au harcèlement que je vis en milieu professionnel depuis quelques années, ma santé a pris un coup. Je souffre depuis environ trois ans d'une insuffisance cardiaque ».

Son score élevé de résilience traduit son potentiel de résilience ou encore sa résilience en devenir. L'outil utilisé pour mesurer la résilience, évalue les capacités de résilience et non le processus ou encore moins les résultats. Marthe rapporte qu'elle apprend à vivre avec ce stress permanent. « *Nous avons appris à vivre dans ce stress constant en resserrant l'unité entre nous (les enfants et moi). J'ai appris à vivre avec mon insuffisance cardiaque* ». Elle fait par ailleurs une évaluation positive de son projet de vie pouvant permettre de dire qu'elle se réinscrit dans une trajectoire de croissance.

« Euh, ce n'est pas facile de passer des étapes, mais si tu arrives à les traverser, tu t'enrichis quelque part. Parce que malgré ces souffrances, moi je pense que mon rêve d'enfant a réussi. Je suis aujourd'hui Femme de charité, j'arrive à aider les démunis autant que je peux, malgré ma souffrance. Et les orphelins que j'ai aidés aujourd'hui peuvent aussi aider d'autres. J'ai des amis et des frères/sœurs de l'église sur qui je peux compter. Aujourd'hui, le succès scolaire des enfants m'apporte beaucoup de consolation et de bonheur ».

Plusieurs facteurs de résilience émergent de cette expérience de Marthe : les interactions positives avec l'environnement ; le recours à la spiritualité ; une force transformative alimentée par sa responsabilité parentale, l'instinct maternel, le sens donné à l'expérience, l'humour et la détermination. Face aux flots d'émotions négatives générées par la situation d'adversité, Marthe utilise plusieurs stratégies d'adaptation. Elle exprime ses émotions, très souvent par des pleurs pour se libérer de la douleur ressentie. Elle recherche du soutien émotionnel en allant se confier à des personnes ou dans des

associations qui peuvent lui permettre de verbaliser son expérience pour s'en libérer, obtenir un regard extérieur sur son problème pour en modifier la perception, et parfois un soutien matériel. Elle cherche donc activement des voies et moyens pour surmonter l'adversité. La sociabilité qu'elle a vis-à-vis des autres et son engagement associatif favorisent la mobilisation de ces ressources.

Il apparaît dans cette expérience cinq principaux mouvements dont les trois premiers sont analogues au syndrome général d'adaptation définie par Selye (1950) : (1) une phase de perturbation pouvant correspondre à la phase d'alarme. Marthe rapporte une grande peur, un état de stress ; (2) une phase d'adaptation au cours de laquelle elle mobilise diverses stratégies pour résister à la déstabilisation de sa santé mentale et de sa famille. Cette phase est analogue à la phase de résistance; (3) Une phase de désorganisation ou de rupture au cours de laquelle Marthe fait une dépression et développe une insuffisance cardiaque; (4) un point tournant au cours duquel elle décide de prendre des moyens pour remonter en surface, à partir d'une rétroaction et d'une prise de conscience où elle se rend compte qu'elle est la seule à pouvoir assurer l'avenir de ses enfants; (5) une phase de réorganisation où elle affirme apprendre à vivre avec un stress permanent et où la famille se restructure avec le départ du père.

Ces trois expériences de résilience présentées ont paru les plus marquantes dans la vie de Marthe. Elle a vécu d'autres expériences d'adversité (décès de ses parents à intervalle rapproché, accident de circulation impliquant tous ses enfants dans une même

voiture) qui n'ont pas été rapportées dans ces récits. La Figure 25 suivante présente une synthèse des principales expériences de résilience de Marthe au cours de son cycle de vie.

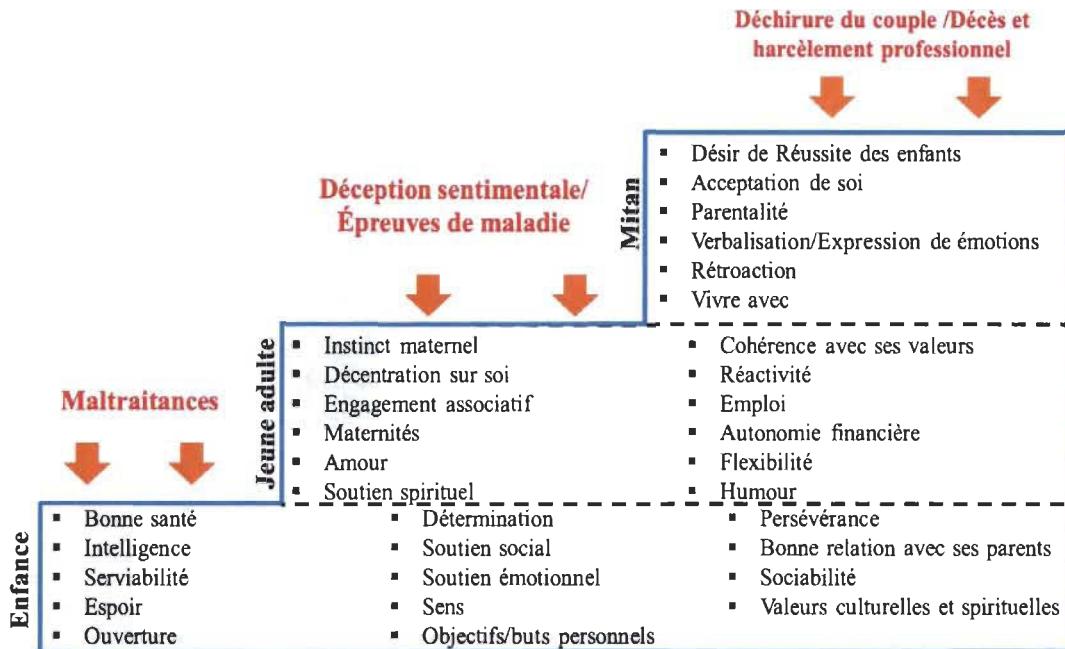


Figure 25. Caractéristiques de résilience de Marthe aux différentes saisons de la vie.

Expériences de résilience de Denise : femme de défis. Denise est âgée de 38 ans au moment du recueil de son expérience. Elle s'est mariée sous régime monogamique à l'âge de 25 ans et est mère de cinq enfants. Elle est de culture bamiléké, de la zone Grassfield, dans l'Ouest du Cameroun. Elle est issue d'une famille polygamique. Denise est la sixième des dix enfants de sa mère. Les récits de ses expériences de résilience portent sur la résilience face aux éléments suivants : la parentalité précoce en contexte de misère vers la fin de la saison de l'enfance ; l'adversité entrepreneuriale au cours de la saison du jeune adulte ; la séropositivité au VIH/Sida au cours de la saison du jeune adulte ; la crise

conjugale à la saison du mitan. Les récits des saisons du jeune adulte et du mitan sont interreliés, car les expériences se chevauchent. Ils sont présentés séparément à des fins d'analyse. Elle-même affirme que les choses sont allées très vite dans sa vie.

Résilience face à la parentalité précoce en contexte de misère vers la fin de la saison de l'enfance. Denise a connu une enfance difficile marquée par des difficultés de scolarisation et le travail précoce pour contribuer aux charges familiales. Sa scolarité a été marquée par des périodes d'interruption à cause des difficultés que ses parents avaient pour payer ses frais de scolarité. En plus des conséquences sur ses résultats académiques, cela entraînait chez elle un sentiment de honte. Elle rapporte que :

« *Ces interruptions me faisaient très honte et me gênaient beaucoup, car à chaque reprise, il fallait recopier les cours pour se mettre à la page. Mais par moment, les samedis et les dimanches, il fallait aller vendre les aubergines, faire le tour de Douala pour vendre les aubergines, les cannes à sucre que ma maman découpait ; quand on rentre des classes, on porte les cannes à sucre. qu'elle a déjà apprêtées ».*

La survenue d'une grossesse à l'âge de 19 ans, dans un contexte familial de précarité, a été une véritable épreuve pour Denise. Son père souffrait d'une gangrène à la jambe. Celle-ci a entraîné trois interventions chirurgicales d'amputation et environ deux ans d'hospitalisation. « *Toutes les ressources de la famille allaient pour ses soins, au point où nous vendions même les meubles pour couvrir les dépenses* ». L'un des frères ainés de Denise souffrait aussi de maladie mentale, suite à une méningite qui l'avait plongé dans le coma pendant six mois. Elle ne pouvait non plus compter sur l'auteur de sa grossesse. Denise rapporte que « *j'ai par la suite été abandonnée par l'auteur de ma grossesse qui*

est allé en aventure en occident pour rechercher une vie meilleure ». Pour s'en sortir, elle a essayé sans succès des tentatives d'interruption clandestine de sa grossesse, n'ayant pas accès à l'avortement médicalisé.

Pour survivre, Denise décide de s'ouvrir et de se rapprocher de sa voisine qui tenait un restaurant, car elle ne parvenait même plus à avoir de quoi manger. Après l'accouchement, face à sa nouvelle responsabilité parentale, à l'absence de nouvelles du père de son enfant, à l'invalidité de son père, elle décide de chercher du travail pour se prendre en main. Elle rapporte qu'*« au fil des ans, je dis même des ans, environ un an, voyant qu'il ne se manifestait pas, je suis allée chercher déjà le travail »*. Elle était, par ailleurs, animée d'une très forte détermination à vaincre sa misère et offrir à son enfant des meilleures conditions de vie. Elle rapporte avec beaucoup d'émotions que :

« J'avais une rage de ... de ... dominer ce passé qui est ... donc ... cette difficulté-là ... je voyais ... je disais que je vais faire comment ? Je disais, donc je suis née misérable, je vais m'enfoncer comme ça, toute la vie ! Non, non, non !!! Je marchais comme ça là, je parlais même souvent seule. Je dis jamais, jamais, je ne vais pas vieillir comme ça, ... jamais ... je ne peux pas demeurer pauvre. Je ne peux pas demeurer pauvre ! On va voir ! Pour ceux qui pense que ... même comme j'ai accouché là, que c'est c'est ... c'est ... que je suis déjà finie, on va voir ! C'est comme ça que je faisais ».

Denise est habitée d'une très grande force transformative alimentée par sa nouvelle responsabilité parentale, son instinct maternel, une très forte détermination à sortir de sa misère et assurer les soins de son enfant et de son père dont elle se sent désormais responsable du fait de son invalidité.

En prenant la décision de se rapprocher de sa voisine qui tenait un restaurant, poussée par l'instinct de survie, elle fait preuve de réactivité pour ne pas sombrer à cause de la famine. Son ouverture lui permet de recevoir du soutien social de sa voisine pour survivre, de son amie pour obtenir un emploi et plus tard de son patron, pour maintenir cet emploi et améliorer ses revenus. Ce soutien est rendu possible par ses qualités individuelles qui favorisent sa relation à l'autre, notamment la servabilité, l'honnêteté, l'ouverture, le dévouement dans son travail. Denise se montre très travailleuse. Elle déclare que « *j'étais... très appréciée de mon patron qui me confiait de plus en plus de responsabilités et des avantages, de par mon honnêteté, mon ouverture et mon travail* ». Il faudrait également souligner le soutien familial des parents qui ne la culpabilisent pas quand ils apprennent sa grossesse, du soutien émotionnel et matériel, et des conseils qu'ils lui apportent ; à un moment où elle essaie plusieurs tentatives clandestines d'avortement à cause de la misère, l'abandon par son partenaire, la peur de la réaction des parents, l'inaccessibilité à l'avortement médicalisé. Ce soutien se manifeste aussi par la garde de l'enfant par le père de Denise qui, entre-temps, est sorti de l'hôpital et est invalide. Ceci lui permet de dégager du temps pour un emploi. « *Mon père assurait la garde de l'enfant pendant que j'allais travailler* ». Il faudrait aussi souligner le soutien de ses tantes qui l'assistent pendant la période de l'accouchement.

Cette expérience montre une réussite inattendue, un maintien de la trajectoire développementale malgré l'adversité, un empowerment caractérisé par le passage de la dépendance à l'autonomie. Au terme de cette expérience, elle montre une transformation

de sa personnalité par cet empowerment, ainsi qu'un mieux-être avec l'expression d'émotions positives de joie. Elle rapporte que « *grâce à cet emploi, nous avions retrouvé l'espoir et la joie de vivre à la maison. J'étais très contente de subvenir moi-même à mes besoins, à ceux de mon enfant et de mes parents. J'étais contente d'être devenue autonome* ».

Il se dégage de cette expérience cinq principaux mouvements dans le processus de résilience : (1) une phase de perturbation consécutive à la précarité des conditions de vie familiale, aux maladies chroniques du père et du frère de Denise, à sa grossesse précoce et l'abandon de l'auteur, aux contraintes de rôles de mère et de proche aidante de son père devenu handicapé moteur. Pendant cette phase, elle expérimente des émotions négatives ; (2) une phase d'adaptation au cours de laquelle Denise recourt au soutien familial et environnemental et tente d'interrompre sa grossesse pour maintenir son équilibre ; (3) une phase de rétroaction au cours de laquelle se produit un point tournant dans la trajectoire développementale de Denise. La naissance de son enfant entraîne l'apparition du rôle de parent. Il s'y ajoute une prise de conscience de l'abandon de son conjoint devant l'absence de toute nouvelle de sa part. Ce point tournant se caractérise aussi par sa décision de se prendre en charge et sa détermination à prouver qu'elle peut encore réussir sa vie malgré la parentalité précoce; (4) une phase de réorganisation de sa vie autour de ses nouveaux rôles (mère, employée, proche aidante de son père devenu invalide) et de son nouveau statut (de personne dépendante à une personne autonome); (5) une phase de transformation

au cours de laquelle elle rapporte un mieux-être individuel et familial, ainsi que des émotions positives.

Résilience face à l'adversité entrepreneuriale au cours de la saison du jeune adulte.

Denise a connu plusieurs déboires professionnels avant de prendre la décision de se lancer dans les affaires. « *Je démissionnerai de l'hôtel pour harcèlement sexuel [...] Après ma démission de l'hôtel, j'ai décidé de me lancer dans les affaires* ». Cette expérience a aussi été jonchée de plusieurs étapes difficiles à traverser avant de parvenir à la maitrise de son secteur d'activité. Elle rapporte que « *J'ai commencé mon entrepreneuriat par le commerce ambulant des babouches. J'ai par la suite rencontré une dame qui faisait du commerce international avec le Nigéria... Elle y achetait des marchandises pour revendre au Cameroun. Elle a accepté de m'initier* ». Cette initiation a viré à l'arnaque et à la faillite. Elle a ouvert par la suite un restaurant qui a bien fonctionné. Celui-ci a été fermé par son époux après plusieurs mois, quand elle était au terme de sa deuxième grossesse, car il trouvait qu'elle se reposait peu et s'épuisait aussi beaucoup avec le travail.

Mue par ses responsabilités parentales et de proche aidante de son père, elle décide de se relancer en affaire après son accouchement. Elle déclare que :

« Bon, je trouvais que j'étais une personne qui était appelée à faire quelque chose. Je me suis encore battue, juste quand j'ai accouché, je suis encore allée ici au marché, j'ai trouvé un petit emplacement. Je me suis lancée. J'ai ouvert une petite parfumerie. Par manque d'expérience, j'ai ouvert cette parfumerie du côté du secteur alimentaire du marché. Cette boutique ne tournait donc pas. À cette période on a aussi licencié mon époux sans préavis ».

Constatant qu'elle ne faisait pas le poids avec la concurrence dans son segment d'activité, elle décide de diversifier son portefeuille pour résister à l'environnement concurrentiel et se maintenir en affaires. Denise rapporte que :

« Mais aussi il y a des grandes parfumeries au marché. Je n'étais pas de taille. C'est comme ça que je suis maintenant allée acheter un porcelet (rires!!!) pour faire l'élevage à la maison [...] Plus tard, j'ai croisé cette femelle qui a donné naissance à 12 porcelets. J'étais déjà riche (rires!!!). C'était déjà une richesse pour moi ».

Après plusieurs années, cette activité s'est aussi arrêtée suite à une épidémie porcine qui a ravagé sa ferme. Denise fait preuve de persévérance et de ténacité en changeant de secteur d'activité. Elle rapporte que :

« Avec mes économies et le soutien de certaines personnes à la suite d'une longue bataille en négociation, j'ai obtenu une boutique de vêtements dans un secteur plus achalandé du marché. L'obtention de cette boutique était une victoire et un véritable nouveau départ. Mes affaires ont commencé à bien marcher au point où j'emploie aujourd'hui d'autres personnes ».

Denise est toutefois freinée dans ce nouvel élan par un accident qui entraîne la fermeture de sa boutique. Alors qu'elle est encore convalescente, sous la pression de la banque qui réclame le paiement des mensualités du crédit contacté, du loyer de la boutique

qu'il faut continuer à payer, du coût des soins médicaux qu'il faut continuer à assurer et de ses diverses responsabilités familiales, elle décide d'ouvrir à nouveau sa boutique contre l'avis médical. L'extrait ci-après cette de son récit illustre sa ténacité.

« On vient on me porte, on vient me déposer à la boutique parce que je ne marchais pas. J'avais aussi eu des fractures à la cage thoracique. Je reste là, mais après je ne pouvais pas toujours supporter avec ça là comme ça. Le médecin m'a dit de rester sur place, si je ne reste pas je ne vais jamais guérir. Lorsque j'ai pu marcher avec deux béquilles, je regarde dans mes poches, je vois qu'après tout, j'ai encore deux millions de FCFA¹ (environ 2000 \$ CAN). [...] Je pense encore au Nigéria avec mes deux béquilles. [...] je décide de retenter l'aventure. Je me ferai arnaquer une deuxième fois par un monsieur qui m'a en plus maltraité malgré mon invalidité. Une fois de plus j'étais effondrée ».

Malgré cet autre échec, Denise ne se décourage pas, elle recourt à la justice pour une réparation du préjudice et continue avec ses voyages d'affaires, mais avec plus de maitrise.

« J'ai fait recours à l'intervention de la justice pour qu'il me restitue ce qu'il m'avait volé. Cela fait un mois que j'ai laissé les béquilles. Actuellement je fais régulièrement la ligne du Nigéria et mes affaires se portent bien ».

Cette expérience de résilience face à l'adversité entrepreneuriale s'inscrit dans la continuité de la trajectoire développementale de Denise. Elle montre sa capacité à persister dans un environnement des affaires où 80 % d'entreprises disparaissent au cours des deux premières années. Seuls les entrepreneurs résilients parviennent à se maintenir, à persister ou à croître dans leurs secteurs d'activité. Dans son expérience d'entrepreneuriat, les qualités individuelles semblent prépondérantes. Elle se révèle comme une personne que

¹ Franc de la Communauté Financière d'Afrique.

rien n'arrête pour atteindre ses objectifs. Elle fait preuve d'opportunisme avec l'acquisition d'une boutique dans une zone plus achalandée. La pression des responsabilités sociales et la parentalité, l'ambition de réussir, la détermination sont des forces qui la meuvent. De cette expérience, il se dégage la ténacité ; elle n'abandonne pas ; elle n'hésite pas à recommencer. Lorsqu'on veut la dissuader d'aller au Nigéria en état de convalescence avec ses deux béquilles, elle répond que « *ça ce n'est pas une maladie, c'est plutôt une force pour moi* ». C'est après plusieurs tentatives, plusieurs échecs, plusieurs arnaques qu'elle a acquis l'autonomie et la maîtrise du commerce (empowerment) sur la ligne du Nigéria, où actuellement elle n'a plus besoin de se faire aider par un tiers pour faire ses voyages d'affaires. Pour chacun de ses échecs, elle fait une rétroaction et tire des leçons. Pour le cas de sa parfumerie, elle est consciente de ses limites. Elle reconnaît son emplacement défavorable et surtout qu'elle n'est pas de taille par rapport à la concurrence dans le marché ; et cherche une reconversion dans un segment où elle aurait plus de chance. Elle montre ainsi une capacité d'apprentissage. Elle fait également preuve de flexibilité et d'ingéniosité en diversifiant ses activités. Denise part d'un porcelet pour créer toute une activité d'élevage de porc rentable. Elle n'a pas de difficulté à passer d'un type d'activité à un autre (commerce ambulant, restauration, cosmétiques, agriculture, boutique de vêtements). Dans cette expérience, elle rapporte que lors des arnaques dont elle a été l'objet, elle a bénéficié de la solidarité de ses collègues d'affaires qui ont pris son parti face à ses arnaqueurs et qui l'ont aidée pour ses voyages de retour. Elle montre sa capacité à mobiliser les ressources judiciaires pour faire reconnaître ses droits. Elle affirme aussi que sa mère est son principal soutien dans toutes

les activités qu'elle entreprend ou en période de détresse. À travers cette expérience de succès professionnel, Denise a pu s'élever à un niveau plus grand dans l'échelle sociale, comme créatrice d'emploi et d'opportunité financière pour elle et ses employés.

Il ressort de cette expérience cinq mouvements dans le processus de résilience : (1) des moments de perturbation de ses activités du fait des arnaques, de la deuxième grossesse qui entraîne la fermeture de son restaurant, de l'accident qui cause la fermeture de sa boutique pendant plus d'une année ; (2) une phase d'adaptation au cours de laquelle elle cherche des moyens pour maintenir son activité. Elle procède par une diversification de son portefeuille, la constitution de réserve (faits des économies) et la ténacité ; (3) une phase de rétroaction au cours de laquelle elle évalue son activité et les opportunités à saisir, où elle constate qu'elle ne fait pas le poids avec ses concurrents dans le secteur de la parfumerie ; (4) une phase de réorganisation ou de redéploiement au cours de laquelle, suite à la rétroaction, elle réoriente ses investissements vers un nouveau segment d'activité, accepte les échecs comme des apprentissages nécessaires à la maîtrise du secteur d'activité ; (5) une phase de transformation dans laquelle elle montre une maîtrise de l'activité, une autonomie, une satisfaction, un sentiment d'avoir atteint son objectif.

Résilience face à la séropositivité au VIH/Sida au cours de la saison du jeune adulte. L'annonce de la séropositivité au VIH/Sida a eu l'effet d'une onde de choc chez Denise. Elle sortait à peine du traumatisme du décès de son père quelques mois auparavant

et elle avait un bébé de six mois. Cette séropositivité est intervenue il y a cinq ans (2009).

Elle rapporte que :

« Il y a avait une campagne de dépistage du VIH. J'ai convaincu mon époux que nous allions le faire. On arrive maintenant, on fait le test. C'est pour moi qui est positif, pour lui est négatif. [Il s'agit d'un couple discordant¹ en matière d'infection à VIH]. [...] C'était un traumatisme très fort. [...] Je pleurais à longueur de journée. J'étais inconsolable ».

Cette période est davantage difficile, car il fallait attendre que l'enfant ait 18 mois pour le soumettre au test de dépistage. Les moyens diagnostiques accessibles ne permettaient pas encore de faire un test du VIH à un enfant de six mois. Elle éprouvait donc des sentiments de culpabilité vis-à-vis de son enfant. Pour réduire l'impact dévastateur des représentations sociales du VIH/SIDA, elle éprouve le besoin d'en parler.

Denise rapporte que :

« C'est comme ça qu'un jour, j'ai dit quel sujet de honte : qui ?! Qui va marcher avec cette honte. Je prends mon téléphone, j'appelle les principaux membres de ma famille. Je leur dis que je suis séropositive. J'appelle tel, je dis, je suis séropositive ».

Cette démarche est un ensemble de stratégies pour maintenir ou marchander son équilibre. Elle veut se convaincre que ce virus ne le tuera pas ou encore que rien ne changera dans sa vie. Elle voudrait en faire un défi à révéler, car elle sait qu'elle est une personne qui aime relever les défis. L'extrait ci-après de son récit illustre ce comportement.

« Ils sont venus nombreux chez moi. Certains pleuraient au lieu de me réconforter. Je me suis mis à les traiter de lâches. Je leur disais, je ne vais pas mourir, moi je ne mourais pas. Vous allez voir, moi je ne vais pas

¹ Vingt-cinq pourcent de couples sont discordant en matière d'infection à VIH.

mourir. Si cette affaire a souvent tué les gens, sachez que ça va tuer tous les gens sauf moi. C'est comme ça que je leur ai dit. J'ai commencé à me lancer des défis ».

N'étant totalement convaincu de ce diagnostic, Denise est allée faire un contre test de confirmation dans un laboratoire de référence. La confirmation de la séropositivité a tué toute lueur d'espoir que la séronégativité était encore possible, entraînant Denise dans une profonde dépression avec tentative de suicide. Elle rapporte que :

« Comme j'étais devenue un peu forte, ce nouveau test m'a encore affaiblie de nouveau. De retour de l'hôpital, voyant un train qui arrivait, je me suis mis à courir pour me jeter sur les rails ; comme ça le train en passant m'écrase ».

Elle a eu la vie sauve grâce à une personne qui a anticipé son geste à la dernière minute et l'a bousculée hors des rails avant le passage du train. Le sauvetage dont elle a été l'objet, le vide créé par le retrait des enfants adoptifs qui vivaient chez elle et le rejet de son enfant par l'une de ses sœurs ont permis de prendre conscience qu'elle est la seule à pouvoir assurer l'avenir de ses enfants. Cela a été un point tournant.

« Moi aussi j'avais peur que mon enfant que j'avais en main, je pouvais faire une erreur [...] Je l'ai prise, je l'ai envoyée chez l'une de mes sœurs, celle-ci a renvoyé le bébé. Elle a dit non. Personne [...] j'ai vu qu'il n'y avait que moi pour garder les miens. Personne ne veut accepter mon enfant parce que chacun a peur de mes enfants ».

Par ailleurs, son époux, à cette période, s'est montré très présent et soutenant, ne lui laissant pas la possibilité d'être seule. Elle rapporte que :

« Mais à cette période, mon mari a joué un rôle très très favorable pour moi. Parce qu'il ne me laissait même plus le temps d'être seule. Partout où il allait, tout ce qu'il faisait... il faisait tout pour être présent. S'il veut aller

n'importe où, il dit, viens on part. Viens m'accompagner. On va ensemble, on va faire tout ensemble ».

La prise de conscience de cette responsabilité parentale a contribué à l'acceptation de la maladie. Cette acceptation se traduit par : une perception différente de sa maladie (elle comprend qu'on peut vivre et être avec) ; un sens différent donné à la maladie (elle pense que pendant que le virus fait son travail, elle doit faire le sien en observant les règles de cohabitation avec lui) ; une réorganisation de sa vie ou un réajustement de ses objectifs de vie ou des buts personnels (« recentration » sur l'éducation de ses enfants). Cette acceptation marque aussi la reprise d'une trajectoire développementale. Denise rapporte que :

« Comme ce virus est déjà là, c'est confirmé, j'ai déjà fait le test et refait c'est confirmé. Comment faire ? Pendant qu'il fait son travail, je fais ma part. Il faut juste regarder comment lui et moi on va aller ensemble. Il a son devoir, j'ai le mien. Il faut laisser les marques dont mes enfants vont comprendre demain que j'étais une femme travailleuse ».

Cette séropositivité, au lieu de l'inhiber, a en fin de compte renforcé sa détermination à réussir. Elle a donc pu convertir ce traumatisme en opportunité de croissance. Son travail de deuil va au-delà de l'acceptation et se poursuit par une résilience, une transformation de sa personne. Elle augmente sa productivité avec plus d'implication dans l'éducation de ses enfants, la réalisation de plusieurs investissements fonciers. Elle apprend à « Être avec » sa séropositivité. L'un des moteurs de cette résilience est aussi le comportement de générativité qu'elle manifeste et qui la pousse à travailler plus pour laisser des traces à la postérité, à ses enfants. Elle est soucieuse de l'image qu'elle voudrait laisser d'elle, celle

d'une femme travailleuse. Cette générativité contribue donc à renforcer sa productivité et par là sa résilience. Denise rapporte que :

« Et vraiment je me suis mise au travail. Je peux dire que j'ai réussi. Parce que déjà ma fille est à l'université et je suis en train de faire des démarches pour l'envoyer continuer les études aux USA. Les autres enfants évoluent aussi très bien à l'école. Donc côté école je suis comblée, je n'ai pas de manque à ce niveau. J'ai fait plusieurs investissements fonciers pour leur avenir ».

Dans cette expérience, le sauvetage providentiel, les interactions positives, le sens donné à la séropositivité et la force transformative semblent avoir fortement contribué à cette résilience. Cette expérience de résilience montre un processus qui va au-delà du travail de deuil de la séronégativité pour aboutir à une résilience. Il se dégage cinq mouvements importants dans cette expérience de résilience : (1) une phase de déstabilisation suite à l'annonce du diagnostic de séropositivité. Il apparaît une sorte de déni, car elle ne semble pas totalement convaincue de ce diagnostic. Elle correspond aussi à la phase d'alarme du syndrome général d'adaptation ; (2) par la suite, il apparaît une phase d'adaptation, analogue à la phase de résistance du syndrome général d'adaptation, au cours de laquelle Denise tente de mobiliser diverses stratégies pour maintenir ou marchander un état d'équilibre. Il peut donc également s'agir d'une période de marchandage en référence au travail de deuil ; (3) ensuite, elle entre dans une phase d'effondrement, de rupture, de dépression, de désorganisation. Cette étape est analogue à celle de l'épuisement dans le syndrome général d'adaptation ou de la dépression dans le travail de deuil ; (4) la suite est caractérisée par une prise de conscience, une acceptation de la séropositivité, une réorganisation de sa vie par une observance thérapeutique en vue

d'un nouvel équilibre, par la décision d'une plus grande implication dans l'éducation de ses enfants. Elle correspond à la dernière étape du travail de deuil. Il s'agit d'une phase de point tournant ; (5) enfin, une phase de transformation de soi au cours de laquelle le traumatisme vécu a été transformé en opportunité de croissance. Elle affiche un meilleur fonctionnement qu'avant le traumatisme de l'annonce de la séropositivité.

Résilience face à la crise conjugale à la transition du mitan. Cette expérience survient autour de la première décade de mariage et la transition du mitan. La période d'invalidité de Denise a été une période difficile pour son couple. Son époux qui l'a souvent beaucoup soutenue pendant les moments difficiles a commencé à s'éloigner d'elle, créant ainsi une solitude qui majorait ses souffrances. Sur ces faits, Denise anticipe les éventuelles conséquences d'un tel comportement et décide d'être proactive. Elle rapporte que :

« Peu après, j'ai commencé à me dire, comme il est en train de vouloir me quitter, si je ne me construis pas un abri, je risque de me retrouver dehors. Je ne lui avais pas encore dit que j'avais fait des investissements fonciers. Sur l'un des terrains, j'ai donc entrepris une construction ».

Lorsque son époux en vient donc à lui à brandir l'éventualité de la mise à terme de leur relation, elle lui montre sa capacité à s'assumer toute seule. Cette démonstration de sa capacité d'autonomie, de sa capacité à se loger et s'assumer sans le concours de son époux ont changé la perception que celui-ci avait d'elle et l'ont amené à réajuster son comportement. Cela a permis de rééquilibrer la transaction dans la relation conjugale. Denise fait donc preuve de proactivité face au risque perçu lorsqu'elle anticipe les

réactions de son époux qui pourrait mettre fin à la relation ou lui en faire le chantage. Elle a commencé une construction de logement pour prévenir un tel chantage et l'utilise pour affirmer son autonomie. Elle rapporte que :

« Un jour quand il m'a avancé des paroles qui ne tenaient pas. Un peu comme, il s'en fout de moi, il peut refaire sa vie (Rires). Je lui ai dit que j'ai vu ça avant lui. Je lui ai dit que tu es en retard. J'ai toujours l'avance sur toi. Je lui ai montré mes investissements fonciers et la construction que j'avais commencée. Il a réalisé ma capacité d'autonomie. Il était honteux et a même pleuré. Cela l'a un peu calmé et ravisé ».

La crise au sein du couple a resurgi quelques mois après, lorsque sous l'influence de sa mère, son époux affiche un mépris et un comportement violent vis-à-vis de sa belle-mère et tente ainsi d'éloigner Denise de sa mère à elle. Denise rapporte que :

« Ma mère est ma force. Parce qu'elle m'accompagne et me soutient dans ce que je fais, dans toutes mes épreuves. Mon mari a trouvé qu'il fallait me séparer d'elle, sous l'incitation de ma belle-mère. Il a dit, tu choisis entre ta mère et moi. Ça été un coup très dur pour moi. Très dur, très dur. Je suis encore là même parce que (fiasque) (rires), parce que ... ça été très très dur ».

Face aux flots d'émotions négatives créées par la crise conjugale ou l'interdiction de séjour de sa mère chez elle, elle utilise la verbalisation pour éviter le naufrage, évacuer les émotions négatives, s'adapter et maintenir ainsi son équilibre psychologique. Elle fait également preuve de réactivité pour préserver le droit de séjour de sa mère chez elle en menaçant du même traitement sa belle-mère, que celui dont est victime sa mère. L'extrait ci-après de son récit montre la stratégie de gestion de ce conflit conjugal.

« Cela a aussi commencé à m'affecter. Tellement ça m'affectait, j'ai dit, il faut que je trouve une solution à ça. Que faire ? Il fallait maintenant que si je vois n'importe qui, je lui raconte pour me libérer. J'ai ma façon de me libérer. Je trouve n'importe qui, je dis. C'est chacun qui allait vers lui, lui

demander, c'est ce que tu as dit à ta femme ? C'est quelque chose qu'il ne voulait pas qu'on sache, mais moi j'ai divulgué [...] Et je lui ai dit [...] à partir d'aujourd'hui ça ne vaut plus la peine que la tienne passe aussi ici. Parce que si ta mère me trouve ici, elle va te rendre des comptes que tu ne vas pas aimer. [...] depuis un certain temps, il est en train de dire qu'il faut que cela finisse ».

La rupture du couple et la désorganisation de Denise semblent avoir été évitées du fait de l'apaisement des relations, des tentatives de son époux pour renouer un dialogue et négocier la fin des tensions relationnelles. Cette reconversion de l'époux rencontre une disposition favorable, chez Denise, maintenue ou rendue possible par l'amour qu'elle lui porte encore. Elle rapporte que :

« Le seul moment où j'ai pensé à la séparation, c'est quand mon mari a traité ma mère de façon désobligeante. [...] Mais si je ne suis pas arrivée au bout de l'intention de séparation, c'est parce que j'ai épousé un homme que j'aime. Un amour qui est plus fort que tous les traumatismes. C'est un mariage où nous nous sommes choisis, nous nous sommes aimés. Et jusqu-là, je me dis toujours qu'il s'est trompé et qu'il va retrouver la raison ».

Cette expérience montre une résilience en construction, en processus, en devenir. Les scores élevés d'anxiété (27) et de dépression (24), avec un score élevé de résilience (163) montrent que le processus de résilience est encore en cours. Ces signes d'anxiété et de dépression traduisent de faibles émotions positives, mais surtout l'état psychologique dans lequel Denise se trouvait deux mois avant l'entretien. Cette période correspond à l'intervalle de temps qui a séparé la passation des questionnaires et les entretiens. Ce processus de résilience se trouve donc encore, après la période de crise aiguë conjugale, à la phase de réorganisation en vue d'un nouvel équilibre. L'amour pour son époux et sa

famille, la patience vis-à-vis de celui-ci, semblent avoir permis la survie du couple, et préservé sa famille de la déchirure.

Il apparaît trois moments dans cette expérience de résilience en devenir : (1) tout d'abord une perturbation qui menace l'équilibre psychologique de Denise, l'intégrité de son couple et de sa famille : la crise conjugale; (2) ensuite une phase d'adaptation au cours laquelle Denise, à travers la verbalisation, la réactivité, la patience et l'amour, elle tente de maintenir son équilibre psychologique, l'intégrité de son couple et de sa famille; (3) enfin, dans le troisième mouvement, il se dégage une phase de réorganisation au cours de laquelle à partir de sa proactivité, elle créée un rééquilibrage de la transaction dans le couple en vue d'un nouveau fonctionnement du couple. Elle mobilise ainsi autant ses qualités individuelles, sa force transformative (l'amour et l'objectif d'intégrité du couple et de la famille) pour construire cette résilience. Les interactions positives à travers la verbalisation et le dialogue qui se renoue au sein du couple créent un environnement favorable à cette résilience en processus. La Figure 26 suivante présente une synthèse des expériences de résilience de Denise.

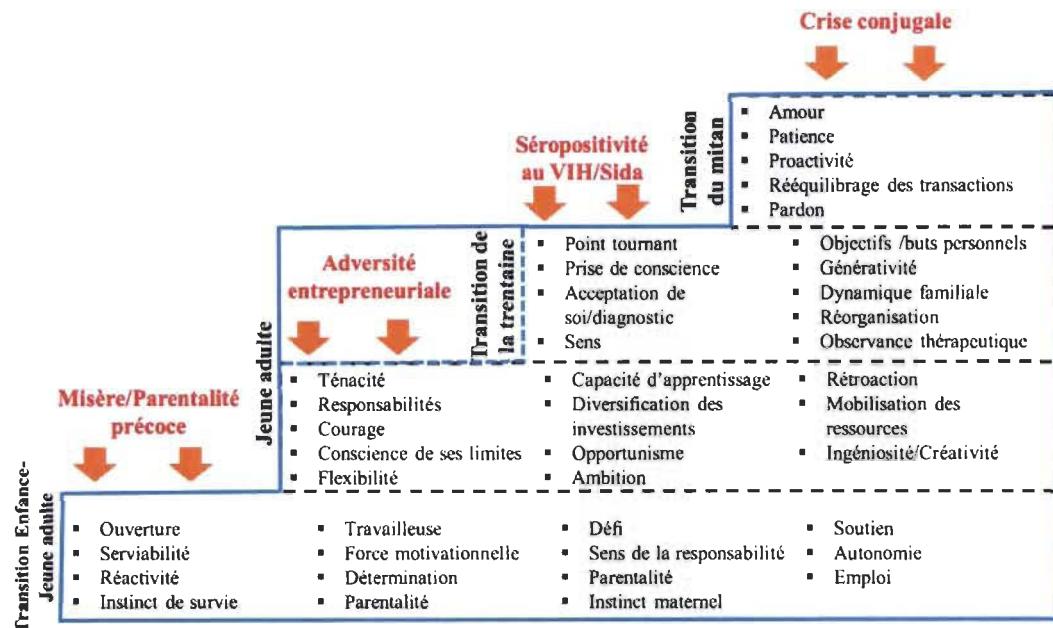


Figure 26. Caractéristiques de résilience de Denise aux différentes saisons de sa vie.

Expériences de résilience d'Angèle : femme persévérante. Angèle, âgée de 40 ans au moment de l'enquête est mère d'un enfant. Elle est la deuxième d'une fratrie de cinq personnes qui compte un seul garçon, le troisième. Lors de la passation des instruments de recherche, elle s'est décrite comme étant célibataire. Pendant l'entretien, elle révélera qu'elle a été mariée officiellement pendant cinq ans et qu'elle a divorcé il y a un an. Pour elle sur le plan culturel, elle se considère encore célibataire, car il n'y avait jamais eu mariage traditionnel. Angèle est de culture mbamboise de la Zone culturelle Fan Beti du Cameroun. Elle est issue d'une famille monogamique et occupe le deuxième rang dans la fratrie. Ses expériences de résilience portent sur la résilience face au « sexism sélectif familial », à la maltraitance et aux échecs scolaires multiples à l'enfance, la résilience face à l'échec du projet de fondation d'une famille. Le « sexism sélectif

familial » se définit ici comme une attitude discriminatoire vis-à-vis d'une personne, du fait de son genre, de son rang et des attentes non comblées des parents ; les autres enfants ayant alors un traitement différent du sujet. Le cas d'Angèle permettra d'illustrer ce fait.

Résilience face au « sexism sélectif familial », à la maltraitance et aux échecs scolaires multiples à la saison de l'enfance. Angèle avant sa naissance est déjà porteuse d'une histoire particulière car sa famille paternelle souhaitait que sa mère donne naissance à un garçon. Celle-ci subissait alors des pressions et des mauvais traitements de la part de sa belle-famille qui voulait des garçons. Sa naissance sera donc une déception pour sa mère et sa belle-famille. Pour satisfaire à ces attentes, elle a contracté une autre grossesse, alors qu'Angèle n'avait que quelques mois. Angèle et son frère cadet ont donc un an d'écart d'âge. Elle rapporte que « *parce que je n'étais pas l'enfant attendu en ce moment-là, ... parce que les autres qui viennent après le garçon là, les deux autres filles, [ainsi que ma sœur ainée], elles sont bien... hein ! Maman les a aimées, les a même vraiment aimées* ». Ceci montre que certaines représentations culturelles peuvent être des facteurs de risque pour la résilience des jeunes filles. Le sexism sélectif familial dont elle va être victime a réduit, dans sa petite enfance, les interactions avec sa mère contribuant ainsi à construire une personnalité introvertie. C'est donc dans cet environnement peu stimulant que l'enfance d'Angèle va se dérouler. Cette enfance a été particulièrement marquée par le viol dont elle a été victime. Angèle rapporte que

« À l'âge de 8 ans, alors que je faisais le cours élémentaire un, j'ai été violée par mon oncle en l'absence de mes parents. Il m'a par la suite dit que ce qui vient de se passer là, si j'en parle à quelqu'un, il va m'arriver des choses très désagréables ... Non seulement déjà je pleurais parce que

j'avais mal, mais parce qu'il fallait déjà que je ne dise à personne et que je garde tout ça sur moi ».

Ce traumatisme de viol dont elle a été l'objet a renforcé cette introversion et affecté la capacité à construire des relations affectueuses stables et sûres avec des hommes. Pour ne pas sombrer dans un contexte où elle ne pouvait verbaliser la douleur du viol subi, elle **donne sens** à son traumatisme. Elle décide de le ranger dans le registre des fautes qu'elle aurait commises et pour lesquels elle aurait été punie. Elle rapporte que :

« C'est pour ça que je dis que j'ai mis ça dans un cadre où j'avais mal fait quelque chose et puis on m'a battue et puis j'ai pleuré et puis ça va passer de toute façon. Donc pour que je sois à l'aise, il fallait que je me dise que ça va passer ».

La discrimination dont elle est l'objet se traduit par un traitement différent de celui des sœurs et de son frère. Angèle rapporte que « *mes frères et sœurs pouvaient jouer et moi, il fallait que je fasse la plupart des travaux. Cela impactait sur mes performances scolaires, car j'avais des résultats moyens. J'étais battue par mon père pour ces résultats moyens* ». À la place de la révolte ou de la déstabilisation, Angèle décide de s'adapter aux conditions difficiles de son environnement en intégrant l'adversité comme une dimension de sa vie avec laquelle il faut composer. Elle cherche à s'y adapter en prenant exemple sur sa sœur ainée (modèle de pairs), qui elle, avait de bons résultats scolaires, afin de satisfaire aux attentes scolaires élevées de son père et éviter des punitions. « *Pour y remédier, j'ai décidé de prendre exemple sur l'organisation et la manière d'étudier de ma grande sœur. Cela a porté ses fruits, car j'avais relevé considérablement mes notes* ».

Alors qu'elle commence à émerger de ses traumatismes, il s'ajoute une grossesse et une parentalité précoces. La réaction de compréhension du père et de non-culpabilisation a agi comme des facteurs de protection. Il a aidé sa fille à comprendre que même en devenant précocement parent, la réussite est encore possible et lui a apporté son soutien dans ce sens. Elle rapporte que :

« En classe de troisième¹, je vais contracter accidentellement une grossesse. Je n'avais pas eu le BEPC² cette année-là, parce qu'il fallait que je garde mon bébé ; je n'ai pas présenté l'examen, j'ai donc repris la classe de 3^e. Mais ce qui m'a plu, c'est que quand j'ai conçu, mon papa n'a pas... ne s'est pas arrêté pour dire que comme tu as conçu, tu ne vas plus à l'école, tu vas rester à la maison, au contraire même, il a pris sur lui et il a gardé le bébé parce que maman travaillait en ce moment-là, il avait perdu son travail, il a même arrêté carrément de se débrouiller ».

La conjugaison entre parentalité et scolarité a été une épreuve parsemée d'échecs scolaires multiples aux examens. « *Entre la seconde et la terminale j'ai pratiquement fait sept ans, donc j'ai fait deux ans en seconde, deux ans en première, trois ans en terminale. [...] J'étais découragée, car je voyais que ma fille allait me rejoindre au lycée* ». Pendant cette expérience, plusieurs tuteurs de résilience vont soutenir son processus de résilience : son père a assuré la garde de son enfant pendant les premières années ; sa sœur ainée, qui est un modèle de réussite, a accepté d'assurer l'éducation de sa fille après le décès du père et a contribué financièrement à ses études ; son oncle l'a aidée à ne pas se décourager et à persévérer. Par ailleurs « *les récits bibliques qui s'achèvent de façon positive* » et la croyance que si elle mène une vie conforme à l'enseignement de la bible, cela va renforcer

¹ Correspond à la quatrième année du secondaire.

² Brevet d'Études du Premier Cycle.

sa persévérance et sa détermination à réussir, la transformer en une personne plus avertie, selon elle, mais surtout maintenir l'espoir de la réussite. Cette expérience aboutit à la **réussite** du baccalauréat et à deux concours d'entrée dans des écoles de formation : institutrice et infirmière ; à la possibilité de réaliser son rêve de devenir infirmière.

Il se dégage de cette expérience de résilience cinq dimensions importantes : (1) il apparaît chez Angèle un ensemble de compétences, notamment la persévérance, l'optimisme, la qualité de travailleuse, l'autodiscipline, le recours à l'aide des autres pour atteindre ses objectifs, la conscience de ses limites, l'identification de modèle de pairs sur qui prendre exemple pour sa réussite; (2) il apparaît également des interactions positives caractérisées par le soutien familial (du père et de la sœur ainée), le tutorat de résilience de son oncle qui a permis de maintenir les efforts pour atteindre son but; (3) il ressort aussi une dimension d'intérieurité à travers le sens donné au traumatisme de viol et à ses conditions de vie. un système de croyances permettant de maintenir l'espoir; (4) il apparaît aussi que la formation d'un rêve ou d'un objectif de vie et la détermination pour l'atteindre ont été des composantes de la force transformative qui ont permis la transformation de soi; (5) les résultats de cette expérience sont l'intégration de ses adversités comme dimension de sa vie (vivre avec) et au final la réussite scolaire et la réalisation de son rêve. Cette expérience de résilience face à l'adversité cumulée au cours de l'enfance d'Angèle montre une articulation entre adaptation, réorganisation et transformation pour éviter la désorganisation et émerger de ses adversités. Elle montre une non-linéarité du processus

de résilience, car la survenue de nouvelles adversités alors que le processus est en cours induit des réajustements.

Résilience face à l'échec du projet de fondation familiale à la transition du mitan.

La saison du jeune adulte d'Angèle a été marquée par la recherche d'une stabilité professionnelle après sa formation d'infirmière et par le désir de rencontrer un homme avec qui fonder une famille. Au terme de sa formation, elle a réussi le concours d'entrée à la fonction publique dans un contexte très difficile d'accès des jeunes à l'emploi. Cela lui a conféré une stabilité de l'emploi et une autonomie financière.

La présente expérience de résilience d'Angèle se situe à la transition du mitan, période au cours de laquelle les personnes ont tendance à évaluer la réalisation des rêves ou objectifs de vie qu'elles s'étaient données au début de la saison du jeune adulte. Elle désirait se marier afin de trouver l'affection et l'amour qu'elle n'avait pas connu dans sa famille. Elle désirait aussi rompre avec la solitude qui devenait ennuyeuse pour elle à l'âge de 32 ans. Consciente de ses limites sur le plan relationnel, elle cherche un moyen correspondant à sa personnalité pour entrer en relation avec un homme avec qui vivre son projet de fondation d'une famille. Elle rapporte que :

« Je suis allée sur le net, sur les sites de rencontre, comme moi, j'étais solitaire, je... euh... je m'exprimais beaucoup plus si seulement j'écris... comme ça j'ai rencontré un monsieur sur le net. Il m'a dit qu'il était divorcé et qu'il voudrait se remarier ».

Leur mariage a été une succession de problème. Tous les projets qu'ils ont initiés se sont soldés par un échec, malgré des tentatives d'Angèle pour préserver cette relation. Elle raconte que :

« Nous avons essayé d'avoir un enfant sans succès. La grossesse a été interrompue médicalement au bout de trois mois, car le fœtus n'évoluait pas. Comme je n'arrivais plus à faire d'autres enfants, je lui ai dit que s'il voulait, il pouvait prendre une deuxième femme. Mais il ne l'a pas fait. Tous les projets que nous réalisions se concluaient en échecs à cause de son comportement volage et de gaspillage. Il fumait et buvait beaucoup d'alcool ».

L'évaluation ou la rétroaction faite de son mariage a conduit Angèle à prendre des décisions (réactivité), notamment à planifier (proactivité) la fin de la relation avec son époux qui était devenue non seulement une charge pour elle, mais un facteur de risque pour sa santé mentale. Elle rapporte que :

« Quand j'ai commencé à voir ça, que ça n'allait pas marcher, je suis d'abord revenue sur Yaoundé, je suis allée au parquet, j'ai fait déchirer l'acte de mariage... à son insu pour qu'il ne vienne pas faire opposition. J'ai aussi commencé à épargner pour financer le projet de retour en école de formation ».

Cette évaluation a été un point tournant, car elle a permis de se préserver de la déstabilisation, de redéfinir son projet de vie, de réorienter et investir son énergie dans un projet qui contribue à son bien-être. Elle rapporte avoir pris la décision de renoncer à l'un de ses projets de vie : « *j'ai donc décidé que si je ne peux être heureuse en ménage, autant mieux rester seule. Maintenant comme je suis seule, je me dis que je vais faire des études, je vais rester seule* ». Et dans cette même logique, elle a initié des démarches pour une réorientation de son projet. « *J'ai obtenu, du ministère de la Fonction publique, une mise*

en disponibilité pour retourner en formation. Et je l'ai quitté ». Au moment de l'entretien, Angèle rapportait des émotions positives.

« Ce qui me rend joyeuse aujourd'hui c'est que ... ça a un peu marché comme papa disait. Avoir un enfant précocement, ça ne veut pas dire qu'il ne faut pas aller à l'école, j'ai ma fille et quand je la vois, je sais qu'elle a tout ce que moi je n'ai pas eu ».

Par ailleurs, la parentalité et la réussite scolaire de son enfant semblent contribuer à donner sens à sa vie et à soutenir son processus de résilience. Elle rapporte que « *Ce qui me plait, c'est qu'elle m'appelle maman [...] je me dis qu'elle a réussi là où je ne l'ai pas fait ... elle a 22 ans, déjà elle est en quatrième année d'études médicales* ». Selon l'évaluation qu'Angèle fait de sa vie, elle pense avoir réalisé son rêve et elle aspire encore à plus grand. « *J'ai réalisé mon rêve. Je voulais être infirmière. Aujourd'hui, je le suis ; et même plus parce que j'ai obtenu ma licence et j'envisage faire un master, car il y a des ouvertures* ». Elle rapporte également comme facteurs déterminants de son expérience, la persévérance et sa relation à Dieu. « *Ma force c'est que... euh, je ne baisse jamais les bras ... Ce qui m'aide par-delà tout dans ma vie, face aux difficultés, c'est ma relation à Dieu. Quand je me lève le matin, je prie [je confie ma journée à Dieu et j'accepte ce qui s'y produit comme étant sa volonté et je continue d'avancer]* ». Cette philosophie de vie lui permet de faire sens, de minimiser l'impact des événements stressants sur sa santé, de les intégrer comme une composante de son expérience de vie. Elle fait surtout ressortir le rôle déterminant du niveau d'intériorité d'une personne dans une expérience de résilience. Celle-ci semble pouvoir moduler des compétences ou des interactions sociales réduites.

Les résultats de l'évaluation d'Angèle aux instruments de mesure ont montré, malgré une adversité très forte, un niveau faible de dépression et d'anxiété justifiant ainsi les émotions positives qu'elle rapporte et sa capacité de résilience. La rencontre avec Angèle, deux ans après l'entretien, a permis d'observer le bon déroulement de son projet de formation. Elle était en train d'achever ses études de niveau Master.

Cette expérience de résilience d'Angèle permet aussi de mettre en évidence une structure essentielle de l'expérience de résilience. Celle-ci comprend des compétences, des interactions positives, l'intériorité, la force motivationnelle et une croissance post-adversité ou une transformation de soi. Il se dégage aussi cinq phases dans ce processus de résilience ; (1) une phase de perturbation au cours de laquelle Angèle accumule des échecs ou des expériences négatives dans sa vie de couple ; (2) une phase d'adaptation au cours de laquelle, elle prend des initiatives pour maintenir son couple malgré les difficultés. Elle montre qu'elle est prête à accepter la polygamie qui est un régime matrimonial situé aux antipodes de ses valeurs chrétiennes. Elle démontre ainsi des aptitudes de flexibilité pour préserver sa relation conjugale ; (3) une phase de rétroaction au cours de laquelle elle prend conscience de l'échec de son projet de mariage. Cette phase a agi comme un point tournant dans son expérience de résilience ; (4) une phase de réorganisation au cours de laquelle Angèle redéfinit son projet de vie, et réoriente son énergie ; (5) une phase de transformation de soi au cours de laquelle, elle renoue avec les émotions positives. Cette phase se caractérise aussi par la réussite universitaire et

l'acceptation d'une vie pleine de sens en dehors du mariage. La Figure 27 suivante présente une synthèse des caractéristiques des expériences de résilience d'Angèle.



Figure 27. Caractéristiques de résilience d'Angèle aux différentes saisons de sa vie.

Cette approche par étude de cas d'expérience de résilience chez des participantes met en évidence certaines caractéristiques. Celles-ci pourraient permettre de dégager, dans une perspective d'approfondissement de l'analyse, des invariants ou structure essentielle du phénomène de résilience. Par ailleurs, dans ces différentes expériences, il apparaît certaines récurrences dans le processus de construction de la résilience, notamment une phase d'adaptation, une phase de rétroaction, une phase de réorganisation et une phase de transformation. C'est un processus qui se construit dans le temps et se poursuit au-delà du syndrome général d'adaptation ou du travail de deuil. De ces analyses de cas, il apparaît que comprendre la résilience reviendrait aussi à mettre en évidence ces facteurs ou caractéristiques fondamentales et à décrire son processus.

Modélisation de la résilience des femmes camerounaises vivant une forte adversité

La présente sous-section est un essai de théorisation de l'expérience de résilience. Elle vise, d'une part, à mettre en évidence les caractéristiques fondamentales d'une expérience de résilience, et d'autre part, à conceptualiser les étapes du processus de résilience. Elle propose à la fin une schématisation du Modèle Théorique de l'Expérience de Résilience (MoThE.R) chez les femmes camerounaises confrontées à une forte adversité. Ce modèle intègre les caractéristiques fondamentales et le processus de résilience. Les résultats présentés dans cette sous-section prennent en compte l'ensemble des expériences de résilience des onze participantes.

Caractéristiques fondamentales de l'expérience de résilience. Elles se réfèrent à l'adversité psychosociale autour de laquelle se construit la résilience et aux facteurs communs sous-jacents à cette expérience.

Adversité biopsychosociale. Les résultats présentés ici sont une catégorisation des différentes formes d'adversité vécue par les femmes camerounaises. Le Tableau 34 reprend la liste des thèmes d'adversité qui ont émergé et le nombre de participantes chez qui ces thèmes sont retrouvés.

Le travail de catégorisation fait ici s'est appuyé sur les dimensions du construct d'adversité obtenu de la validation factorielle de l'échelle d'adversité dans la population des femmes camerounaises. Ces résultats qualitatifs mettent en évidence une dimension

d'insécurité et une dimension d'adversité culturelle qui apparaissait déjà à l'analyse factorielle, mais dont le nombre d'items et la variance expliquée étaient trop faibles pour les maintenir dans la solution factorielle finale. Les fréquences du Tableau 34 doivent toutefois être prises à titre indicatif, car le fait qu'une participante n'ait pas abordé explicitement une thématique ne signifie pas qu'elle n'en a pas souffert. La catégorisation faite permet, cependant, de mettre en évidence les différentes formes d'adversités auxquelles sont confrontées les femmes camerounaises. Il s'agit de la pauvreté, des problèmes familiaux, des épreuves de santé autant individuelles que familiales (Maladies, accidents et décès), des problèmes de maternité, de l'adversité relationnelle et les violences, de l'adversité culturelle et des problèmes d'insécurité.

Tableau 34

Thèmes d'adversité émergeant du discours des onze participantes

No	Thèmes	Nombre de participantes	Catégories
1.	Pauvreté	8	Facteurs de pauvreté
2.	Échecs scolaires	7	
3.	Perte d'emploi du conjoint ou du parent	5	
4.	Décrochage scolaire	4	
5.	Difficultés scolaires	4	
6.	Endettement	1	
7.	Manque d'affection parentale	8	Problèmes familiaux
8.	Maltraitance	7	
9.	Faible implication du père/conjoint dans l'éducation des enfants	6	
10.	Polygamie	3	
11.	Problèmes de couples	7	Adversité relationnelle
12.	Dépression	6	
13.	Abus sexuel	5	
14.	Conflits avec la belle famille	5	
15.	Harcèlement	2	
16.	Problèmes d'image corporelle	2	
17.	Solitude	2	
18.	Grossesses-Accouchements difficiles	7	Problèmes liés à la grossesse et à la maternité
19.	Interruption de grossesse	4	
20.	Infertilité	2	
21.	Épreuves de maladie	8	Épreuves de santé
22.	Décès des proches	7	
23.	Accidents	2	

Tableau 34

Thèmes d'adversité émergeant du discours des onze participantes (suite)

No	Thèmes	Nombre de participantes	Catégories
24.	Insécurité	6	Insécurité
25.	Problèmes fonciers	3	
26.	Cambriolage/incendie	2	
27.	Arnaques	1	
28.	Adversité culturelle	3	Adversité culturelle
29.	Sexisme	3	
30.	Pratiques mystiques	3	
31.	Tribalisme	2	

Facteurs de pauvreté. Elles regroupent les adversités liées au chômage, à une accessibilité très limitée à des écoles de formation donnant accès à l'emploi. Pascaline, tout comme Rosine, rapporte plusieurs tentatives, des années de suite, à des concours sans succès. « *J'ai fait le concours de l'École normale, de l'ENAM¹, j'ai raté ; pour celui de l'INJS², j'ai été admissible et j'ai ensuite échoué à l'oral. J'ai été déçue au point où je pouvais me suicider* ». Elles mettent en avant la corruption ambiante dans le pays et l'incapacité pour leur famille de disposer d'argent pour corrompre. Marthe, en parlant de l'un de ses échecs au concours de l'ENAM, il y a plus d'une trentaine d'années, pense que « *la corruption là a commencé depuis* ». Pour Denise, Angèle, Marthe, Chantal,

¹ École Nationale d'Administration et de Magistrature.

² Institut National de la Jeunesse et des Sports.

Madeleine, cette pauvreté est en partie responsable des échecs et/ou du décrochage scolaire qu'elles ont vécus. Madeleine rapporte que

« Je n'étais pas idiote à l'école. Mais les travaux m'empêchaient aussi. Il fallait que je me lève très tôt le matin, j'apprete les choses que maman va utiliser pour le commerce des beignets. Nous habitions Tsinga, et moi je partais de là à pied pour Nkolndongo, où je fréquentais (distance d'environ 5 km). Quand on sonne la sortie de classe, il fallait que je rentre vite pour venir aider maman dans son commerce ».

Cette situation de pauvreté se caractérise aussi par les conditions de vie difficiles liées à de faibles revenus familiaux dus au chômage, à la perte d'emploi et/ou à l'endettement d'un parent ou du conjoint. Madeleine rapporte aussi que :

« En 1987, mon mari a perdu son emploi. Il était gérant de station-service d'essence. Ce sont les premières personnes que la crise avait frappées. Il ne s'est jamais remis de cette perte d'emploi. J'étais obligé de le ramener chez mes parents. Nous avons vécu là-bas pendant 20 ans, avant que je construise cette maison ».

Problèmes familiaux. Ils proviennent, pour certains cas, des situations de recomposition familiale ou de polygamie, de démission d'un des parents de ses responsabilités. Chantal qui est issue d'une famille polygamique rapporte que « *j'ai beaucoup souffert de l'abandon par mère [...] Ce qui fait que quand il arrivait un problème, nous les enfants de la première femme, on était plus matés* ». Rosine, pour sa part, rapporte que « *l'année où je vais à l'internat [...] c'est le noir total par rapport à ce que j'ai vécu là-bas. Le père nous avait abandonnés, lui, il avait pris une autre femme avec qui, lui, il était parti* ». Le cas de Louise est tout aussi révélateur de l'adversité vécue au cours de l'enfance. Elle n'a pas connu son père. Sa mère ayant refusé de le lui montrer

pour préserver son actuelle union dans laquelle Louise ne se sentait pas acceptée. Elle rapporte que :

« L'enfance n'a pas été facile [...] Enfant bâtard ça c'est mon nom qui m'a collé sur la peau [...] Je ne connais pas l'affection d'un père et d'un enfant, en ce sens que je ne pouvais pleurer et me poser sur ses épaules parce que je savais que ce n'est pas mon père et je restais recroquevillée sur moi-même [...] ça m'a créé des comportements tels que voler [...] Je ne jouais pas à l'école, je restais toujours dans un coin, je me posais tout genre de question, pourquoi moi ? [...] personne ne s'occupait de moi, mais maintenant quand il fallait faire des tâches, c'est moi qu'on envoyait ».

Ces problèmes familiaux sont donc responsables de certaines maltraitances ou de manque d'affections ressenties, pouvant compromettre le développement de la jeune fille.

Dans cette catégorie d'adversité familiale, plusieurs participantes ont rapporté la difficulté d'une absence ou faible implication de leur conjoint dans l'éducation de leurs enfants.

Pour certaines, elles se retrouvent ainsi à assumer seules l'éducation des enfants. Chantal rapporte que « *quand il a fini sa formation, on l'a affecté. Le monsieur, il est parti, il nous a abandonnés au village* ». Ces problèmes familiaux peuvent également être en lien avec des problèmes relationnels ou de couple.

Adversité relationnelle. Cette catégorie regroupe les problèmes de couples, à la relation aux autres y compris la belle-famille, et la relation à soi.

Dans le registre des problèmes de couples, les participantes rapportent l'infidélité du conjoint pouvant, dans certains cas, s'associer à l'abandon du foyer conjugal ou de la famille. Chantal, tout comme Marthe, rapporte que « *j'ai eu beaucoup de souffrance dans*

mon couple. [...] pendant ce temps, mon mari continuait avec ses maitresses dehors, de façon qu'il ne prenait même pas soin de nous ». Germaine et Hélène rapportent aussi des promesses de mariage auxquelles les conjoints renoncent, après la naissance d'un ou plusieurs enfants, pour se mettre en union avec d'autres femmes jouissant d'une meilleure position sociale. Germaine rapporte que « le motif de notre rupture est qu'il a trop souffert dans sa vie et pour cela, il ne peut pas épouser une femme qui est en catégorie D de la fonction publique [...] C'est arrivée à un moment où je voulais déjà un peu m'épanouir comme les autres. Donc je me suis encore renfermée sur moi-même avec ma grossesse ».

Il convient de relever que cela survient à un moment où Germaine se remettait déjà du traumatisme de viol subi dans son adolescence et à la suite duquel elle en était tombée enceinte (premier rapport sexuel et première grossesse).

Dans le registre des conflits avec la belle-famille, Marthe, Denise, Louise, Angèle et Rosine ont rapporté une influence négative des belles-mères sur la stabilité de leurs couples ou de ceux de leurs parents. Dans les trois premiers cas, elles ont encouragé leurs fils à faire un second mariage, cette fois intra ethnique, car ils étaient dans des unions interethniques. Denise rapporte que pour sa belle-famille, « *On trouvait déjà qu'il ne peut pas fonder une famille avec une fille étrangère et signer le régime monogamie* ». Marthe quant à elle rapporte que, après un conseil de famille, « [son époux] dévoile que c'est sa maman qui a insisté qu'il épouse une autre femme, et les a mis dans la religion musulmane ».

Cette adversité relationnelle se caractérise aussi, pour certaines femmes, par les abus sexuels, les violences conjugales, le harcèlement. Cinq participantes déclarent explicitement des cas d'abus sexuel, dont trois parmi elles, à l'âge de 8 ou 9 ans, une à l'adolescence et l'autre au début de la saison du jeune adulte. Pascaline, qui auparavant, avait déjà vécu une relation incestueuse, traumatisante par la suite, rapporte son état de détresse après cet acte : « *quand je suis arrivée à la maison, j'étais déséquilibrée, j'étais pâle, ce n'était pas facile de surmonter cela [le viol]. C'était après l'inceste. J'étais déjà à l'université. C'est aussi un événement qui m'a beaucoup touché* ». Dans ce registre, Clarisse met en exergue le harcèlement dont souffrent certaines élèves en milieu scolaire. « *Au Sud, quand un professeur est intéressé par une fille, c'est automatique, s'il ne l'a pas dans son lit, elle aura les problèmes avec tout le monde ... donc ce qui fait que moi aussi là-bas, j'ai décidé de ne plus aller à l'école ... j'étais harcelée* ». En ce qui concerne les violences conjugales, Rosine évoque les comportements violents de son père vis-à-vis de sa mère. « *Mon père tapait ma mère. C'était grave ! Le genre qu'il tape, il monte même sur elle, la piétine. Même si elle était enceinte, il boxe* ».

S'agissant de la relation à soi, Louise met en exergue l'adversité que peut vivre une femme du fait de son surpoids. « *Parce que je suis grosse, on m'appelle 'double pont', 'carte multisynthèse', 'synchroniser', 'marche arrière', 'bulldozer'* ».

Ces différentes formes d'adversité relationnelle entraînent chez certaines femmes des problèmes d'anxiété, de dépression, de manque de confiance en soi, de solitude, d'introversion, de maternité ou parentalité précoce.

Adversités liées à la grossesse et l'accouchement. Cette catégorie regroupe les grossesses et la parentalité précoce, les accouchements dystociques, la multiparité, l'incompatibilité rhésus et d'électrophorèse d'hémoglobine, l'interruption de grossesse. Pour mieux comprendre le contexte adverse des femmes camerounaises, il convient de rappeler que les cultures camerounaises sont natalistes et ont une représentation marginale de la femme qui n'a pas d'enfants. Certaines cultures jugent ou traitent sévèrement la femme qui décède sans progéniture. Elles valorisent les jeunes femmes qui conçoivent des enfants dans le mariage. Dans cette même logique, pour le Code pénal camerounais, l'interruption volontaire de grossesse est un délit sanctionné par l'article 337 -1 du Code pénal. Par ailleurs, le christianisme et l'islam, religions très présentes au Cameroun, proscripent l'interruption de grossesse. Dans ce contexte, une grossesse non désirée, qui de plus survient hors union, est une adversité pour la jeune fille, qui doit affronter ses parents, le regard social, les conséquences sur ses études et sa vie ou alors recourir à l'avortement clandestin soit par un professionnel de la santé ou alors par des moyens peu conventionnels. Pascaline rapporte que « *à l'âge de 26 ans, j'ai fait deux IVG. C'était des événements difficiles à vivre, car je ne voulais pas que mon père sache que j'étais enceinte parce qu'il ne voulait pas les enfants hors mariage chez lui. Et moi-même je ne voulais pas, je voulais faire mes enfants dans un foyer. Je n'étais pas prête. Pendant le retard,*

*j'étais troublé parce qu'il fallait à tout prix enlever ces grossesses. Mais après l'acte j'étais soulagée ». Pour Madeleine, bien qu'elle ait eu recours à un médecin, elle rapporte qu'elle a failli y laisser sa vie. « *À l'âge de 18 ans, j'ai conçu. Je ne savais même pas quoi faire. Je pouvais même accoucher ; mais vers 2 à 3 mois de grossesse, une amie est venue, elle me dit ... tu es enceinte ... et tu laisses. Je lui dis je ne connais pas comment on fait pour avorter. Elle m'a conseillé un médecin. Ce médecin m'a demandé 50000 FCFA (environ 100 \$ CAN). Je me suis débrouillée à lui donner ça et il m'a aidé à avorter. Mais cela a failli me tuer* ». S'agissant de Denise, n'ayant pas des moyens financiers pour recourir clandestinement à un professionnel, elle se fiait à l'expérience de ses amies qui lui avaient conseillé diverses pratiques, qui se sont révélées sans succès. Elle rapporte que « *j'avais essayé par tous les moyens pour évacuer cette grossesse. On dit boit ceci, je bois. Bois cela, je bois. Je n'ai pas pu* ».*

Pour le cas des jeunes filles qui ont gardé leurs grossesses, la parentalité précoce a eu pour impact soit le décrochage scolaire, soit le ralentissement dans leurs études. Germaine rapporte que « *j'ai commencé à avoir des difficultés à l'école quand j'ai conçu. Papa avait décidé qu'il ne peut s'occuper de moi et s'occuper de mon enfant. C'est pourquoi j'ai arrêté les études. J'avais 18 ans. Je faisais la classe de seconde* ». Il faudrait également souligner que la pratique dans les établissements d'enseignement secondaire est d'exclure les jeunes filles enceintes avec pour raison d'éviter un impact négatif sur les autres.

Dans cette catégorie, il faudrait également ajouter les grossesses à risque lorsque la mère est très jeune comme cela a été le cas pour Angèle et Chantal qui ont eu leurs grossesses à 16 ans. Ou encore, lorsque la grossesse se développe chez une grande multipare comme Chantal ou sur un terrain fragilisé par une maladie chronique comme cela a été le cas pour Hélène qui souffrait d'une hyperthyroïdie, ou de Louise qui avait une infertilité secondaire à une hyperprolactinémie, ou de Rosine qui avait une incompatibilité rhésus doublée d'une « incompatibilité d'électrophorèse d'hémoglobine¹ ». Cette dernière rapporte que lors d'une première grossesse qu'elle avait interrompue, « *je fais mon groupe sanguin et l'électrophorèse d'hémoglobine, je suis B⁺ et mon électrophorèse AA ... quand je me marie, mon époux fait des examens prénuptiaux qui montrent que lui il est AS et O⁺. On se dit donc qu'il n'y a pas de problème, on peut se marier. Mais quand je refais mon bilan d'examen de grossesse à six mois, les résultats montrent que je suis AS, B⁻. je commence à paniquer. J'étais très angoissée à l'idée que je pouvais accoucher un enfant drépanocytaire* ». Ces faits mettent en exergue les adversités vécues par les femmes dans le cadre de la santé de la reproduction.

Adversités liées aux épreuves de santé. Cette catégorie regroupe les cas de maladies et d'accidents personnels ou d'un proche, les cas de décès des proches.

Dans le registre des maladies et accidents, les cas rapportés sont, pour la plupart en rapport avec des maladies chroniques ou des accidents qui entraînent une invalidité

¹ Son époux et elle étaient AS, avec donc 25% de risque de concevoir des enfants drépanocytaires.

temporaire ou permanente. Le facteur commun ici est une autonomie dysfonctionnelle nécessitant des soins continus dans un contexte d'absence d'assurance santé. Lorsque le problème touche un membre de la famille, la femme abandonne ses activités pour se consacrer aux soins de la personne. C'est par exemple le cas de Chantal dont l'époux a fait trois mois d'hospitalisation suite à un accident. « *Pendant tout ce temps, c'est moi qui prenais soin de lui à l'hôpital. Et je continuais à m'occuper des enfants à la maison. C'était aussi une période très difficile* ». C'est aussi le cas de la mère de Denise qui agit à titre de proche aidante de son époux pendant les deux ans d'hospitalisation pour gangrène de la jambe et au cours desquels il a subi trois amputations de sa jambe. Lorsque la maladie touche directement les participantes elles-mêmes, en plus de la limitation de l'autonomie fonctionnelle, elles rapportent des problèmes de non-observance thérapeutique. Pour certaines participantes, il leur est difficile d'assumer les coûts des soins ou d'observer le repos prescrit, car elles doivent être en activité pour s'assumer. Madeleine, dans un contexte où son époux n'était plus productif, a fait trois ans d'invalidité due à une arthrose des genoux et une lombalgie étalée avec déplacement de quatre vertèbres. Elle rapporte que « *je sortais seulement juste pour aller à l'hôpital, et ici aussi dans la cour, comme je suis aussi têtue. On m'avait dit de ne rien faire, mais pour balayer la cour, je pose même le banc là, et je balaie. Même la maison je balayais même, la cuisine aussi je faisais même étant souffrante, avec les béquilles en main* ». Pour Denise, sous la pression de ses charges et de la banque qui réclamait les remboursements du crédit contracté, bien qu'en état de convalescence, elle a dû se remettre au travail.

Dans le registre des décès, la douleur ressentie est fonction du degré d'attachement avec la personne décédée. La réaction est alors la dépression. À titre d'exemple, pour Germaine, « *C'est beaucoup le deuil de mon fils. Cela m'a beaucoup affecté, j'ai même fait une dépression (2004), j'avais 40 ans* ». Pour le cas de Louise, en plus du décès tragique de son époux par assassinat devant sa boutique, son fils a fait une tentative de suicide. Elle rapporte que « *Au-delà de tout, parce que ... la mort qui m'a vraiment touchée, qui a failli me faire renier la foi, c'était celle de mon mari. Bon j'ai même déprimé pour tout dire parce que mon fils ainé là, lui il a fait une tentative de suicide, il a pris la corde, il a cherché à se pendre* ».

Insécurité. Cette forme d'adversité comprend trois principales modalités : (1) l'environnement conflictuel ou concurrentiel de certaines familles polygamiques ; (2) les menaces ou l'atteinte à l'intégrité du patrimoine, de sa personne ou celle de sa famille ; (3) les menaces d'expropriation en cas de décès du père ou de l'époux.

Pascaline rapporte l'environnement conflictuel qui existe parfois dans certaines familles polygamiques entre sous-groupes constitués de chaque mère et de ses enfants. « *Le climat familial était très stressant, car chaque épouse fréquentait les marabouts. Donc quand tu rentres des classes, on t'accueille seulement avec des nouvelles comme, on veut te tuer, il faut aller chez les marabouts pour te protéger. Tout le temps on avait souvent des cordes au cou, des fétiches pour se protéger*

 ».

La deuxième modalité d'insécurité renvoie à la destruction du domicile, dans le cas de Chantal, par un incendie, dans un contexte d'inaccessibilité aux polices d'assurance. Elle rapporte que « *j'ai eu à recommencer la vie à zéro après cet incendie, cela m'a beaucoup touchée. Ce n'était pas facile* ». Cette modalité renvoie aussi à une atteinte à l'intégrité du patrimoine à travers soit une arnaque, un braquage ou soit un cambriolage. C'est par exemple le cas de Clarisse qui a vécu un braquage traumatisant à main armée au cours duquel des agresseurs voulaient de l'argent. « *Papa leur a dit : je n'ai pas ce montant, ils ont dit qu'ok ! Comme tu n'as pas ce montant soit on te rend handicapé ou soit on tue ta femme, vous choisissez !* ».

La troisième modalité d'insécurité renvoie à des menaces ou à l'expropriation proprement dite. Lorsqu'il y a rupture d'union, dans certains cas, la femme peut être chassée du domicile par son conjoint. Cela a été illustré dans l'étude de cas de Denise. Louise a rapporté que depuis le décès de son époux, sa belle-famille voudrait l'expulser de son domicile. « *Moi j'ai accusé mes beaux-frères, la manière à laquelle, ils m'ont chassée, ils m'ont dérangée dans la maison que j'habite* ». Cette forme d'adversité prend ses racines dans des us et coutumes qui ne favorisent pas le droit à la succession par la femme ou à la jouissance des biens de son conjoint en cas de décès.

Adversité culturelle. Cette adversité découle de certaines représentations culturelles sexistes de la femme, de certaines pratiques culturelles déshumanisantes pour la veuve

(rites de veuvage et lévirat) ou de la peur générée par le maraboutisme chez certaines femmes christianisées.

Le sexismé découle de certaines représentations culturelles qui considèrent l'homme supérieur à la femme. Cela s'observe chez Angèle dans la préférence de sa grand-mère paternelle pour des enfants de sexe masculin. Les propos rapportés par Marthe sur sa relation professionnelle avec un collaborateur dont l'exclamation illustre aussi cette adversité : « *ah, la femme qui veut être au-dessus de l'homme-là, qui amène les problèmes de l'homme quelque part !* ».

Dans le registre des pratiques culturelles déshumanisantes chez les veuves, Louise a rapporté les conditions difficiles dans lequel se déroulent les rites de veuvage, les pressions de son beau-frère pour le lévirat. C'est une pratique encore rencontrée dans certaines cultures camerounaises, notamment de la zone culturelle Grassfiels, où après le décès d'un homme, son frère peut prendre la veuve pour épouse. Dans d'autres cas, si un homme décède, son fils qui lui succède peut prendre pour épouses les jeunes femmes de son père, distinctes de sa mère. Ce fait a été rapporté par Louise après arrêt du dictaphone, raison pour laquelle, il n'y a pas d'extrait de verbatim pour cette modalité. Le décès d'un homme est donc un double traumatisme pour une femme qui doit surmonter non seulement la perte d'un être cher, mais aussi les différents rites de veuvage.

Des participantes, pour la plupart christianisées, ont rapporté une angoisse face au recours d'un membre de leur famille à des marabouts pour des interventions de protection ou alors pour des objectifs inconnus d'elles. C'est le cas de Pascaline, Marthe et Denise. Dans ce registre, Rosine rapporte que « *au village, quand il y avait un deuil comme ça, on disait que d'autres allaient suivre. Ce qui fait qu'on allait toujours de marabouts en marabouts et cela était très gênant. On faisait les sacrifices, on égorgéait même les chèvres. Donc quand mon petit frère est mort a fait la même chose. Donc j'étais déséquilibré. J'en avais marre d'y retourner. Je trouvais cela ridicule*

 ».

Ces résultats montrent une diversité d'adversités auxquelles les femmes camerounaises sont confrontées. Ils permettent de structurer ce phénomène dans ce contexte et de mieux saisir les formes d'adversité autour desquelles se construit leur résilience.

Facteurs de résilience. Les résultats de cette sous-section décrivent la structure ou les caractéristiques essentielles des expériences de résilience. Bien que chacune de ces expériences soit unique chez une même personne ou chez deux personnes différentes, ce travail de théorisation vise à dégager des invariants ou des facteurs communs qui permettent de comprendre ce phénomène. Ainsi, comme tout modèle, celui qui s'en suit est réducteur de la singularité de chaque expérience. Les différents facteurs de résilience sont obtenus à la suite d'un travail de catégorisation des caractéristiques des différentes expériences. La logique qui a prévalu est celle d'élaborer un modèle qui prend en compte

les trois premières conceptions de la résilience. Ainsi les différents thèmes qui ont émergé de l'analyse des verbatim ont été regroupés selon les capacités en référence aux traits de personnalité, selon les interactions qui renvoient ici au processus, et selon la transformation de soi qui se réfère ici aux résultats. Du fait du rôle essentiel et de la forte récurrence de certains thèmes comme le sens ou la détermination dans l'expérience de résilience, comme le montre le Tableau 35, il a été défini une catégorie pour chacun d'eux. Les fréquences de ce tableau sont également à titre indicatif, car à partir du septième verbatim, le travail d'analyse était plus porté vers l'identification de nouveaux thèmes ; la saturation semblant avoir été atteinte.

Ce travail permet donc de dégager quatre principaux facteurs dans le processus de résilience : les compétences, les interactions positives, l'intériorité et la force transformative. Ceux-ci permettent de parvenir à la transformation de soi. Cette dernière correspond aussi à la dernière étape du processus de résilience décrit dans ce travail ; elle est traitée à la sous-section afférente.

Compétences. Un second travail de catégorisation a permis de regrouper ce facteur en trois composantes : la capacité relationnelle, la capacité de travail sur soi et la capacité d'autodétermination.

Tableau 35

Caractéristiques de résilience émergeant du discours des 11 participantes

No	Thèmes	Nombre de participantes	Facteurs de résilience
1.	Ouverte	9	Compétences
2.	Travailleuse	9	
3.	Entreprenante	6	
4.	Flexible	6	
5.	A une bonne estime de soi	5	
6.	Courageuse	5	
7.	Autonome financièrement	5	
8.	Intelligente	5	
9.	En santé	4	
10.	Fait preuve d'humour	3	
11.	Optimiste	3	
12.	Consciente de ses limites	2	
13.	Autodisciplinée	2	
14.	Soutien	11	Interactions positives
15.	Associativité	11	
16.	Pardon	9	
17.	Sociabilité	8	
18.	Mobilisation des ressources	7	
19.	Se confier	7	
20.	Bonne dynamique familiale	7	
21.	Accès à un tutorat de résilience	6	
22.	Empathie	5	
23.	Amitié durable	4	
24.	Expression des émotions	3	

Tableau 35

Caractéristiques de résilience émergeant du discours des 11 participantes (suite)

No	Thèmes	Nombre de participantes	Facteurs de résilience
25.	Faire sens	11	Intériorité
26.	Avoir la foi	11	
27.	Recours à la prière	6	
28.	Avoir des valeurs culturelles	5	
29.	Dépassement de soi	5	
30.	Recours à la sublimation	3	
31.	Recours à la méditation	2	
32.	Créative	1	
33.	Parentalité	9	Force transformative
34.	Amour	8	
35.	Détermination	7	
36.	Responsabilités	7	
37.	Objectifs de vie	7	
38.	Point-tournant	7	
39.	Défis	4	
40.	Générativité	3	
41.	Réalisation de projet	3	
42.	Ambition	1	
43.	Réussites	8	Transformation de soi
44.	Sagesse	6	
45.	Croissance/Empowerment	3	
46.	Acceptation de soi	3	
47.	Mieux-être	3	
48.	Vivre/Être avec	2	
49.	Guérison	1	

La capacité relationnelle ou *compétence sociale* renvoie à des qualités individuelles qui prédisposent à la relation à l'autre. Il s'agit ici de l'ouverture, l'estime de soi et l'humour. Pour Germaine, cette ouverture constitue l'un de ses principaux atouts. Elle rapporte que « *ma force aussi c'est que je considère tout le monde... je n'exclus personne, même si on dit que tu es sorcier. Je rassemble beaucoup, pour cela bien que je ne sois pas la chef de famille désignée ... je le suis devenue tacitement par cette qualité d'ouverture, de rassembleuse, et de considération de toute personne. Ma maison est ouverte à tout le monde* ». Cette qualité permet à ces participantes de recevoir beaucoup de soutien en cas d'adversité. La relation à l'autre est également influencée par la perception, l'estime ou la confiance que la femme a en elle. À titre d'exemple, Clarisse rapporte que « *je dis souvent que je suis très contente parce que Dieu m'a créé comme ça. Donc ... je dis souvent aux hommes, tu n'as pas besoin de me dire que je suis belle parce que je sais que je suis belle* ». L'humour est utilisé par certaines participantes pour créer le dialogue ou décrisper l'ambiance comme cela a été rapporté par Marthe. Quant à Madeleine, elle déclare « *j'aime beaucoup blaguer. Et si je blague, je vois que ça t'a énervé, je m'excuse et c'est fini hein !* ».

La capacité de travail sur soi est une qualité qui favorise le développement personnel. Elle nécessite la conscience de ses limites, le courage et la flexibilité pour mobiliser les ressources internes et externes nécessaires au maintien de son équilibre ou à l'atteinte de ses objectifs, ou alors l'ajustement de ses objectifs en fonction du contexte. Clarisse rapporte que « *parce que je suis très fragile, on peut dire, j'aime bien rester où il y a des*

gens quand quelque chose me trouble pour ne pas me replier sur moi-même ». Dans ce registre, Rosine montre comment elle a ajusté son projet de vie face aux difficultés rencontrées. « *J'ai eu des rêves de vie, comme faire la médecine. Face aux échecs, j'ai réorienté mes objectifs, j'ai été flexible* ». Après avoir fait un master en psychologie, face aux difficultés d'accès à des concours débouchant sur un emploi à la fonction publique, elle s'est une fois de plus réorientée ; cette fois vers des études de sage-femme. Cette flexibilité requiert également du courage, qualité également essentielle pour l'autodétermination.

La capacité d'autodétermination est l'aptitude à prendre soi-même les décisions qui engagent son devenir. Cela requiert la capacité à s'assumer, à être autonome. Denise illustre cette qualité par sa décision de se lancer dans l'entrepreneuriat. « *On a jonglé comme ça la jusqu'au jour où moi-même j'ai décidé que je suis personnel. J'ai décidé qu'il fallait que je suis personnel* ». Quant à Louise qui s'auto-emploie aussi, elle affirme que « *je me donne les moyens d'arriver avec les forces que j'ai* ». Pour Hélène, « *j'ai un emploi qui fait mon autonomie* ». Cette autodétermination peut aussi requérir d'être optimiste, intelligente, travailleuse et d'avoir le sens de la responsabilité. Clarisse, adolescente au moment des faits, rapporte que « *quand papa fait son accident, j'étais le père, j'étais la mère, j'étais tout ..., maman est restée de l'autre côté [pour prendre soin de papa pendant son hospitalisation dans un hôpital de l'Ouest du Cameroun]. Comme il était à l'Ouest on ne pouvait pas le déplacer de l'Ouest pour ici ... À la maison, il fallait que je paye les factures du courant, du téléphone ; tout ça bon, il fallait que les gens*

mangent à la maison, bon puisque maman faisait le commerce, non ! Il fallait que je prenne la relève ».

Interactions positives. Les expériences de résilience des participantes montrent que la résilience se construit dans des interactions au sein d'un réseau relationnel. Les thèmes qui ont émergé du discours des participantes et qui sont regroupés dans ce facteur commun peuvent être subdivisés en trois composantes : les stratégies d'adaptation interactives, la réactivité du réseau de soutien et le tutorat de résilience.

Les stratégies d'adaptation interactives permettent de moduler le pouvoir désorganisateur des chocs émotionnels, des traumatismes, des événements stressants que vivent ces femmes. Il peut s'agir de la mobilisation des ressources judiciaires, du système de santé ou des autres services sociaux, ou encore de la verbalisation. Chantal, confrontée à la démission par son époux de ses responsabilités familiales, rapporte que « *parfois il fait un ou deux mois dehors, alors qu'il est dans la ville. C'est quand je suis allée voir le commissaire, [son supérieur hiérarchique], qu'il a commencé à [nous] donner à manger* ». Elle recherche donc activement une aide, un soutien, pour faire respecter ses droits ou se confier afin d'obtenir un soutien émotionnel et instrumental. Madeleine rapporte que « *quand je cause avec quelqu'un [...], quand je te raconte mes problèmes [...], ça permet que ça ne cale pas dans le ventre. Ça me dégage* ». Elle met ainsi en évidence l'importance de la verbalisation dans son expérience de résilience. Pour Marthe, Angèle, Louise, par exemple, le contact empathique avec les récits de vie des personnes qui ont été ou qui sont

aussi confrontées à l'adversité leur permet de relativiser leur propre souffrance. Louise rapporte que « *ça m'aide parce qu'à un moment donné, je comprends que je ne suis pas seule dans cette situation [...]. Quand tu écoutes l'autre, le témoignage de l'autre fait que... tu dis que tient, si en dépit de tout ça, la personne là est à ce niveau, pourquoi je devrais craquer* ». Ces stratégies d'adaptation comprennent aussi le pardon comme moyen de se libérer de ses remords ou culpabilité, de préserver ou reconstruire la relation. Il s'agit autant du pardon accordé que du pardon reçu. Pascaline, suite à la relation incestueuse commise de manière inconsciente, rapporte que « *l'événement là m'avait traumatisé, bien franchement. Parce que ça avait soulevé la famille. Toute la famille s'était rassemblée. J'avais demandé pardon à ma mère, à mon père [car c'était une situation scandaleuse et de honte pour toute la famille au plan traditionnel]* ». L'étude de cas de la résilience de Denise face au risque de rupture de son couple montre aussi que le pardon accordé à son époux a permis de maintenir leur relation et apaiser les tensions. La mobilisation des stratégies d'adaptation est aussi favorisée par une bonne connectivité avec son réseau de soutien.

Le réseau de soutien comprend la famille, les amis, les associations, les religieux, les tontines, « les réunions familiales », les services sociaux. Il permet d'apporter un soutien émotionnel et instrumental. Leur niveau de réactivité est important dans le processus d'adaptation ou de résilience. Marthe, au sujet de son expérience des associations dans l'Extrême-Nord du Cameroun, rapporte que :

« *D'autres cherchent un peu la promenade, comme un lieu de loisir ; parce qu'elles ne sortent pas ; pour d'autres, elles se libèrent là-bas ; pour*

d'autres, elles peuvent trouver des emprunts, un peu d'aide. Quand quelque chose t'arrive, si tu ne fais pas le groupe on va te délaisser. Peut-être pour l'église, c'est différent, on vient du Nord, du Sud, l'Est, l'Ouest ; tu as un problème, c'est tout le monde qui va te soutenir. Mais en famille, ce n'est pas ça. On dit ah, est-ce qu'il me visite ? On te laisse ».

En ce qui concerne la famille, l'esprit de solidarité ou la dynamique en son sein soutient le processus de résilience. Clarisse rapporte que ses frères jumeaux, compte tenu de toutes les difficultés que traversait leur famille du fait de l'invalidité du père consécutive à un accident, et des sacrifices qu'elle avait consentis pour subvenir aux besoins de la famille, ont accepté d'interrompre leur scolarité afin qu'elle achève sa formation. Elle déclare que « *les jumeaux on dit que bon... comme moi je suis déjà à la sortie, c'est mieux que papa paie [mes études] et eux qu'ils restent d'abord à la maison cette année parce qu'ils font première. Eux ils préfèrent d'abord rester à la maison* ». Cette décision permet de préserver la cohésion familiale et elle est source de motivation pour Clarisse pour rester concentrée dans sa formation et l'achever. Elle rapporte que « *si mes petits frères ont choisi de ne pas aller à l'école parce qu'il fallait que j'aille, il ne faudrait pas que je me laisse affecter par les problèmes au point où je leur rapporte un résultat négatif alors qu'on attendait un résultat positif* ».

Le réseau de soutien comprend aussi les tuteurs de résilience. Il se distingue toutefois des autres acteurs du réseau de soutien par leur présence à différentes phases du processus de résilience, leurs interventions dans le temps.

Le tutorat de résilience est ici une relation de soutien et d'accompagnement d'une personne tout au long de son expérience de résilience en vue de lui permettre de résister à la perturbation, maintenir ou restaurer son équilibre, se réorganiser ou reprendre une trajectoire de croissance. Le tuteur de résilience est donc présent pendant presque toutes les étapes du processus de résilience, à la différence des autres acteurs du réseau de soutien dont les interventions sont ponctuelles ou circonscrites à l'une ou l'autre phase du processus de résilience. Chantal rapporte que « *les prêtres, les sœurs religieuses ... C'est eux qui m'ont secouru en me donnant un peu un peu, jusqu'à je me suis en sortie [...] ils me donnaient des conseils aussi, sinon je devais perdre conscience* ». Les conseils auxquels il est fait allusion ici renvoient au soutien émotionnel, à une réévaluation cognitive du problème, à un accompagnement dans la construction de sens, la recherche de solutions et un soutien dans la mise en œuvre desdites solutions. Denise, après sa tentative de suicide montre le rôle de tuteur de résilience joué par son époux. Elle rapporte que :

« *Mais en cette période, mon mari a joué un rôle très très favorable pour moi. Parce qu'il ne me laissait même plus le temps d'être seule. Partout où il allait, tout ce qu'il faisait ... il faisait tout pour être présent. S'il veut aller n'importe où, il dit viens on part. Viens m'accompagner. On va ensemble, on va faire tout ensemble* ».

Ce soutien et accompagnement ont permis qu'elle surmonte la représentation négative qu'elle avait de la séropositivité au VIH/SIDA et qu'elle se remette sur une trajectoire de croissance. Angèle a rapporté le rôle de tuteur de résilience joué par sa sœur ainée et Rosine, celui de son époux lors de ses multiples échecs.

Intériorité. Ce concept a été préféré à celui de spiritualité pour éviter la confusion généralement faite dans le jargon courant avec la religiosité. Une personne pouvant avoir une vie intérieure profonde sans appartenir à une religion quelconque. Dans le contexte camerounais, cette confusion peut se faire, car neuf des onze participantes ont rapporté un engagement dans les activités religieuses. Les deux autres participantes, bien que peu engagées dans les activités et mouvements religieux, montrent aussi un recours au registre des croyances dans leurs expériences de résilience. Le niveau d'intériorité ou la profondeur intérieure semble influencer le processus de résilience de ces participantes confrontées à une forte adversité. L'intériorité comprend deux composantes : la spiritualité et les croyances culturelles (y compris religieuses).

La spiritualité renvoie ici au processus émanant de l'activité de l'esprit. Elle est présente dans l'expérience de résilience de quatre manières : (1) la compréhension de l'adversité ou de l'événement stressant pour faire sens ; (2) la réinterprétation de l'adversité pour modifier la perception et moduler son impact ; (3) la sublimation ou la création pour transcender l'adversité ; (4) le détachement pour lâcher prise, se désinvestir des émotions négatives ou prendre du recul par rapport à la situation adverse. Denise dans son expérience de résilience face à la séropositivité au VIH/Sida rapporte que « *le dernier enfant, je l'ai fait volontairement quand j'ai compris qu'on pouvait faire tout avec ça (allusion à la maladie). J'ai encore fait un enfant qui est là, il est bien portant* ». La compréhension paraît ici augmenter le sentiment de contrôle et favoriser la reprise d'une trajectoire de croissance. Clarisse, pour sa part, en situation d'adversité, recours parfois

au détachement pour éviter la submersion. Elle rapporte que « *j'ai une petite philosophie. Quand j'ai un problème et que je ne trouve pas de solution, je ne m'attarde pas là-dessus, je ne m'attache pas. Je mets ça d'abord de côté. C'est comme ça parce que quand tu restes à réfléchir là ça ne t'aide pas à avancer*

En ce qui concerne la sublimation, à travers l'expérience de résilience de Denise face à la séropositivité au VIH, il apparaît le rôle protecteur de la sublimation pour moduler son impact : « *quand je me suis mise au travail, je ne pensais plus à lui* [allusion faite au VIH] ». Angèle, quant à elle, pour faire face à l'adversité de sa rupture conjugale décide de s'investir dans les études. Elle rapporte que « *Maintenant comme je suis seule, je me dis que je vais faire des études* ». Il est question pour elle de s'occuper l'esprit avec une activité socialement valorisante en y orientant son énergie et se détournant des pensées négatives d'échec d'un projet de fondation d'une famille qu'elle avait toujours désirée. Le travail de construction de sens se fait aussi grâce à une réinterprétation de l'adversité. Louise, dans son expérience de résilience face au décès tragique de son époux et plus tard à la crise d'insuffisance rénale aiguë qui l'a plongée dans un coma de sept jours rapporte que « *j'ai donc compris que les malheurs dans nos vies ne sont pas forcément des mauvaises choses, donc ça nous permet de comprendre, de durcir le cœur, c'est comme ça que j'ai compris ma peine [...], j'ai donc compris que si mon mari meurt en fait c'est parce que c'était son jour. Parce que moi qu'est-ce que j'ai fait de grand pour vivre ?* ». Le détachement est aussi associé aux croyances culturelles.

Les croyances culturelles renvoient ici à l'adhésion à un système de valeurs et de principes qui promeut des qualités sociales et spirituelles que doivent avoir des personnes pour être heureuse, faire sens ou surmonter les épreuves auxquelles elles sont confrontées.

Les cultures camerounaises conçoivent par exemple le suicide comme un acte qui apporte le malheur, non seulement sur la victime elle-même, car elle ne peut être inhumée aux cotés des siens, mais également sur sa famille élargie qui doit faire des rites complexes pour empêcher sur elle les conséquences liées à cet acte. Cette croyance est renforcée par les différentes religions présentes au Cameroun qui les condamne. Ce système de valeur est donc un facteur de protection, car il limite le passage à l'acte suicidaire dans les cas de dépression. Marthe, face à l'adversité cumulée à laquelle elle était confrontée, rapporte que « *un temps je dis, je dois me tuer avec tous ces enfants ? Parce que je vais les laisser dans la souffrance là à qui ? [Et après] je dis, mais pourquoi ! Chrétienne ! Seigneur pardonne-moi* ». Son système de valeurs lui permet donc d'évacuer de son esprit les idées suicidaires. Les croyances culturelles comprennent aussi la foi que les participantes ont vis-à-vis d'un Être suprême (Dieu) auquel elles croient et envers qui elles peuvent se décharger de leur fardeau d'épreuves pour s'en détacher. Germaine, rapporte que :

« *Je trouve ma vie plus satisfaisante ... parce que quand j'ai même un problème, je ne me lamente même plus ... quand il m'arrive un problème, je le prends tel qu'il est ... je mets ma confiance en Dieu et j'accepte l'issu de tout problème, au-delà de tous les efforts que je fais pour le solutionné, comme étant sa volonté* ».

Pour sa part, Pascaline rapporte que « *parce que quand tu as beaucoup de déceptions ... des choses viennent dans ta tête, ça t'affaiblit ... Je ne peux pas dire qu'à présent mes problèmes sont résolus, mais j'ai l'espoir d'un lendemain meilleur grâce à ma*

confiance en Dieu et à tout ce qu'il fait dans ma vie ». Ainsi ces croyances permettent aussi de maintenir l'espoir, de rester dans une disposition positive. Elles peuvent aussi alimenter la force transformative nécessaire pour construire la résilience.

Force transformative. Cette dimension regroupe des facteurs qui peuvent soutenir, provoquer des changements dans la personnalité, ou alors induire un tournant positif dans la trajectoire d'une personne en situation d'adversité. Les caractéristiques qui la constituent peuvent être regroupées autour de trois composantes : la détermination, l'amour et la survenue d'un événement significatif.

Dans l'expérience des participantes, la détermination est une puissante force motrice qui les pousse à se battre pour restaurer, maintenir ou accéder à un mieux-être. Elle se retrouve aussi dans le désir exprimé de réaliser ses ambitions ou ses objectifs de vie, relever les multiples défis de la vie auxquels elles sont confrontées, ou assumer les diverses responsabilités qui sont les leurs. Denise, face à la situation de pauvreté à laquelle elle était confrontée rapporte que « *j'avais la rage de ... mais (fiasco), je ne sais pas ! J'avais la rage de réussir ! J'avais ... je ... je me faisais trop de défis* ». Elle exprime ainsi cette forte détermination qui l'habitait ; ne semblant même pas trouver des mots plus forts pour décrire cela. Dans son expérience face à la misère et aux multiples échecs à des concours d'entrée dans des écoles de formation, Pascaline montre comment sa détermination à réussir s'imbrique avec ses objectifs de vie et ses convictions. Elle rapporte que « *Je suis animé par le désir de faire de ma maison, de mon foyer, un exemple* ».

Pour que ce que je prêche corresponde à ce que moi-même je vis. Je veux être responsable. C'est un objectif très fort pour moi ». Cette détermination apparaît donc comme un facteur de transformation. Elle s'exprime également dans des comportements de persévérance ou de ténacité retrouvés par exemple dans les expériences de Denise et Angèle.

Des caractéristiques telles la parentalité et la générativité peuvent s'associer à l'amour qui est un facteur de protection en situation d'adversité. Rosine, parlant de son époux, rapporte que « *ce qui me rend heureuse aujourd'hui, c'est que j'ai rencontré quelqu'un avec qui je suis épanouie. Il veille sur mon bien-être et celui des enfants. Il m'aime et je l'aime. Son amour est un bouclier pour moi* [en situation d'adversité] ». Cet amour, qui s'exprime aussi dans la parentalité, agit comme facteur de protection face aux idées suicidaires. Cela s'est observé par exemple dans l'expérience de Denise, Germaine, Marthe et Louise qui, pensant au devenir de leurs enfants, ont évacué de leurs esprits les idées suicidaires et décidé de faire face à leurs problèmes pour être toujours présentes pour leurs enfants. L'amour, exprimé dans la parentalité, la générativité ou la relation conjugale apparaît aussi comme un facteur de reconstruction. Madeleine rapporte à ce sujet que :

« Je réfléchissais beaucoup. Il y avait même parfois comme si mon cerveau pouvait s'éclater. Ça tournait même dans la tête comme ça : jusqu'à je disais même que j'allais devenir folle. C'est à la dernière minute que j'ai même dit que je peux rester comme ça, je meurs et mes enfants vont faire comment ? [...] Donc j'ai réalisé que si je ne suis plus là, ce sera encore plus dur pour mes enfants. J'ai préféré prendre mes forces, oublier même la maladie, combattre la maladie ».

Cet extrait, en plus du rôle joué par la parentalité dans l'expérience de Madeleine, montre aussi à quel moment il s'est produit, un point-tournant, un changement significatif dans sa trajectoire de résilience.

La survenu d'un événement significatif est aussi un puissant facteur de reconstruction ou de transformation. Elle apporte un nouveau souffle, une nouvelle énergie, une raison de vivre, une cohérence dans la vie qui semblait désorganisée. Il peut s'agir d'une marque d'amour, d'une prise de conscience, d'une conversion ou adhésion à une religion ou philosophie de vie, d'un échec ou d'un accident. Dans le cas de Pascaline, il s'est agi d'une conversion. Elle rapporte que :

« Si j'ai pu surmonter mes épreuves, c'est parce que j'ai cru, si vous m'aviez connu avant, ce que je n'aurais jamais été sélectionné pour votre étude. Le soutien du Seigneur ... Dieu m'a beaucoup ... Quand je vois hier ... j'étais soucieuse, j'avais tous les soucis parce que j'avais tous les défis à relever [...] Le début de ma foi a beaucoup changé de choses dans ma façon de penser [...] J'insiste que ce que je suis aujourd'hui, je ne l'étais pas avant. C'est une transformation ... je suis transformée ».

Pour Germaine le décès de son fils, puis une adhésion plus profonde à ses croyances religieuses, ont transformé sa vie. Elle rapporte que :

« Ma vie a radicalement changé en 2011, quand j'ai décidé de servir Dieu, même les hommes j'ai arrêté ... parce que je ne suis pas mariée ... car les hommes m'ont trop exploité ... ce sont les déceptions et les coups que j'ai eus qui m'ont fait changé. Après le décès de mon fils, j'ai décidé comme ça de ne plus boire d'alcool ».

Elle ajoute que « *Je trouve ma vie plus satisfaisante* ». Pour Denise, c'est le refus de l'une de ses sœurs d'accueillir son enfant après la découverte de sa séropositivité au VIH

qui l'a, entre autres, poussé à se ressaisir après l'échec de sa tentative de suicide. Elle rapporte que « *j'avais envie de garder mon enfant sain. Je l'ai prise, je l'ai envoyé chez l'une de mes sœurs, celle-ci a renvoyé le bébé. Elle a dit non. Personne ... on m'a sevré un peu ... ce vide-là qu'on a créé, j'ai vu qu'il n'y avait que moi pour garder les miens* ». Pour Clarisse le changement s'est produit après l'accident de son père. Elle rapporte que « *j'ai changé d'un coup quand papa a fait son accident, quand j'ai pensé que papa pouvait mourir* ». Ces événements ont un caractère inattendu. Leur effet dépend du sens que leur donne la participante comme cela s'observe dans le cas de Clarisse ou Denise. Il pourrait donc être important au cours de l'accompagnement d'une personne dans son processus de résilience de l'aider à donner un sens constructif à toute nouvelle adversité. En vue de favoriser ce travail d'accompagnement, les différentes phases d'un processus de résilience, qui ont émergé des études de cas, sont présentées ci-dessous de manière plus structurée. La Figure 28 illustre la structure essentielle du phénomène de résilience.

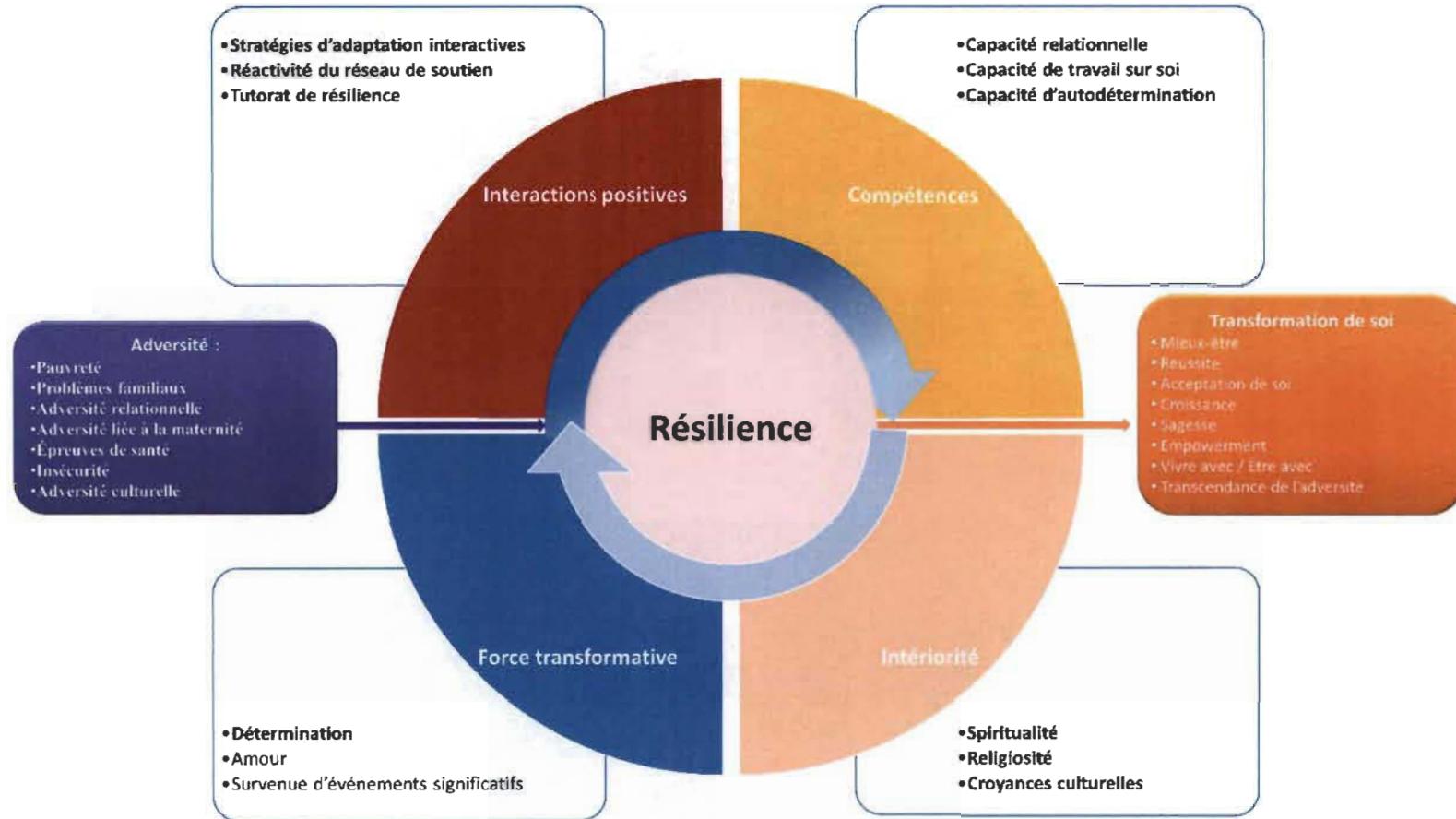


Figure 28. Structure essentielle de la résilience (Kimessoukié & Jourdan-Ionescu, Mai 2016).

Synthèse des phases du processus de résilience. L'étude de cas multiples de huit expériences de résilience au cours du cycle de vie de trois participantes a permis de mettre en évidence cinq principales phases dans l'expérience de résilience. Celles-ci ne sont pas linéaires, s'inscrivent dans le temps et articulent les quatre facteurs de résilience décrits à la sous-section précédente. Il s'agit de : (1) la phase de perturbation ou de désorganisation ; (2) la phase d'adaptation ; (3) la phase de rétroaction ou d'inversion de la trajectoire développementale ; (4) la phase de réorganisation et (5) la phase de transformation.

Phase de perturbation ou de désorganisation. La perturbation correspond à l'adversité qui survient ou est présente dans la vie d'une femme camerounaise. Cette étude a permis d'en relever sept formes : la pauvreté ; les problèmes familiaux ; l'adversité relationnelle ; l'adversité liée à la grossesse et la maternité ; les épreuves de santé individuels et familiales ; l'insécurité ; l'adversité culturelle. La perturbation, selon son intensité et/ou sa chronicité, déclenche des réactions de stress à type d'alarme ou de déni et colère en cas de perte majeure. Cette phase correspond aussi à l'apparition d'émotions négatives. La tension ou le risque élevé de déstabilisation créée par la perturbation entraîne des réactions d'adaptation chez la personne en vue de maintenir ou de rétablir son intégrité ou son équilibre. Sous la pression permanente, croissante et/ou cumulée de la perturbation et face à l'insuffisance des stratégies d'adaptation à préserver l'équilibre, il peut se produire, comme cela a été le cas pour plusieurs participantes, une désorganisation, une rupture, un naufrage. Les participantes ont rapporté ici un sentiment

d'impuissance, une dépression, des idées suicidaires, un chaos, un déséquilibre psychologique, et la permanence des émotions négatives. Il s'agit ici de la phase de rupture du syndrome général d'adaptation ou de la phase de dépression du travail de deuil. Toutes les participantes qui ont vécu une expérience de résilience n'ont pas forcément vécu une désorganisation.

Phase d'adaptation. Elle s'enclenche lorsque la perturbation présente un risque de déstabilisation pour la personne. Elle intègre la phase de résistance du syndrome général d'adaptation ou celle du marchandage du travail de deuil. Elle vise à maintenir ou rétablir l'homéostasie biopsychosociale. Pour ce faire, la femme mobilise prioritairement les facteurs de résilience de premier niveau ou facteurs de protection. Il s'agit des compétences (capacité relationnelle, capacité de travail sur soi et capacité d'autodétermination) et des interactions positives (mobilisation des stratégies d'adaptation, réactivité du réseau de soutien et tutorat de résilience). Ils sont appelés facteurs de résilience de premier niveau, car ils ne sont pas orientés prioritairement vers l'émergence d'un nouvel équilibre, mais vers le retour ou la persistance de celui qui prévalait avant la perturbation. La tension provoquée par les exigences développementales et les contraintes de l'adversité (chronicité et/ou désorganisation) peuvent nécessiter une bifurcation dans l'expérience de résilience.

Phase de rétroaction ou d'inversion de la trajectoire développementale. Il s'agit d'un point-tournant ou de l'amorce d'un changement profond ou significatif dans

l'expérience de résilience. Elle permet l'émergence d'un nouvel équilibre ou la reprise d'un développement. Différents facteurs peuvent induire cette bifurcation : l'instinct de survie ou l'instinct maternel; une prise de conscience à la suite d'une rétroaction; un changement dans la perception du problème entraînant une augmentation du sentiment de contrôle; une acceptation de soi; une marque d'attention; la conversion ou l'adhésion à une religion ou une philosophie de vie; la survenue d'un événement significatif (naissance, émergence de nouveaux rôles, accidents, décès, échec, rencontre amoureuse). Ces événements sont, pour la plupart, inattendus et leur effet est imprévisible. Parmi ces événements, certains peuvent représenter un risque d'aggravation de l'état de la personne, notamment les accidents, les décès et les échecs. Leur impact sur l'expérience des personnes est donc imprévisible, dépendamment du sens que celles-ci lui donnent. Ces facteurs ont en commun le fait qu'ils s'accompagnent d'une grande charge émotionnelle qui bouscule la personne de l'intérieur ou le fait qu'ils entraînent une profonde remise en question invitant au changement. Dans le cas des personnes en naufrage, elle agit comme un souffle ou une énergie qui permet une remontée en surface, un nouveau départ. Cette phase, tout comme la phase de réorganisation, mobilise un peu plus les facteurs de résilience de deuxième niveau (facteurs de rétroaction et facteurs de reconstruction). Il s'agit de l'intériorité (spiritualité et croyances culturelles) et la force transformative (détermination, amour et survenu d'événements significatifs). Ces facteurs sont en mesure de produire des changements durables, structurels ; contrairement aux facteurs de premier niveau dont les changements sont conjoncturels.

Phase de réorganisation. Elle représente la transition d'un état d'équilibre vers un nouvel équilibre sous la pression de la perturbation ou encore la reprise d'une trajectoire de croissance. Dans l'expérience des participantes, elle s'est traduite par de profonds changements dans leur personnalité, la structure familiale, et pour Denise dans une réorientation de ses affaires. Elle se caractérise aussi par une appropriation des nouveaux rôles, une réorganisation de leur vie en vue d'une continuité des soins ou d'une observance thérapeutique (dans le cas des problèmes de santé chronique), d'une intégration de l'adversité comme dimension de leur vie avec laquelle il faut vivre. À cette phase, les participantes qui avaient vécu des désorganisations recommençaient à expérimenter des émotions positives.

Phase de transformation. Elle correspond à la résilience en acte ou à l'ultime étape du processus. La personne apparaît renouvelée, métamorphosée, transformée. Cette phase se caractérise par la réussite, la croissance, le mieux-être, l'empowerment, « *l'Être avec son adversité* », un changement dans le style de vie, un changement dans la personnalité où l'on observe plus d'autonomie, d'ouverture, de maturité, de sagesse, de détachement (lâcher prise), d'autodiscipline et de responsabilité. Elle correspond à la conception de la résilience comme résultat. À titre d'exemple, dans le cadre de l'expérience de résilience de Denise face à la misère et la parentalité précoce, cette phase correspond à la transcendance de l'adversité ou au passage du statut de personne indigente, à celui d'une femme autonome capable de subvenir à ses besoins, ainsi qu'à ceux de sa famille. Dans son expérience de résilience face l'adversité de la séropositivité au VIH/SIDA, cette phase

correspond à une transformation de l'adversité en facteur de croissance sur le plan individuel, familial et professionnel. Chez Pascaline, bien que la situation d'adversité chronique demeure, cette phase correspond à une réinterprétation de la perception de l'adversité du fait de sa conversion religieuse et à un profond changement dans son style de vie et sa personnalité. Elle rapporte d'ailleurs que « *j'insiste que ce que je suis aujourd'hui, je ne l'étais pas avant. C'est une transformation ... je suis transformée* ». C'est aussi le cas pour Germaine dont l'expérience d'adversité, suite au décès son fils, a totalement changé après sa conversion religieuse. Elle rapporte que « *ma vie a radicalement changé quand j'ai décidé de servir Dieu après la mort de mon fils* ». Clarisse, pour sa part, rapporte que sa transformation s'est produite lorsque son père a eu un accident de la voie publique avec plusieurs traumatismes et qu'elle a réalisé que celui-ci aurait pu mourir. La transformation qui s'est produite dans sa vie se traduit par une plus grande responsabilité et discipline personnelle. Cette phase permet donc de distinguer un avant et un après dans l'expérience vie des participantes, le passage à un autre état ou niveau de stabilité.

La Figure 29 suivante présente une modélisation de l'expérience de résilience qui intègre les dimensions structurelles et le processus.

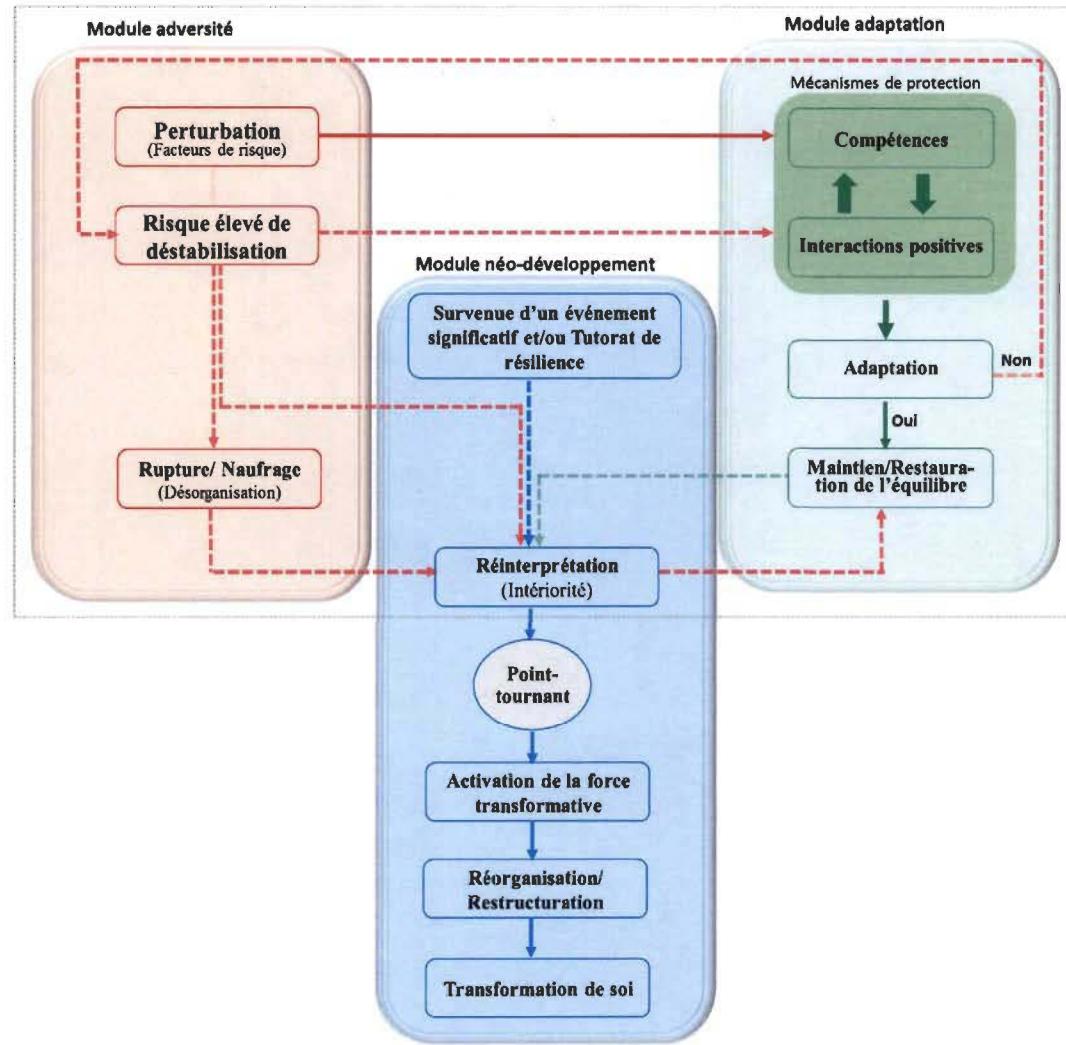


Figure 29. Modèle Théorique de l'Expérience de Résilience (MoThER) (Kimessoukié & Jourdan-Ionescu, Mai 2016).

Discussion

L'objectif de ce travail vise à comprendre la résilience à partir de l'expérience des femmes camerounaises qui sont confrontées à une forte adversité. La démarche de compréhension utilisée a fait recours à une méthode de recherche mixte séquentielle pour, tout d'abord, décrire quelques caractéristiques démographiques et psychologiques des participantes afin de disposer de données pour les femmes camerounaises et de soutenir la transférabilité des résultats; ensuite, identifier les femmes résilientes qui sont confrontées à une forte adversité à partir d'une évaluation psychologique avec des instruments de mesure valides; et enfin, dégager à partir de l'expérience des participantes, les structures essentielles des phénomènes d'adversité et de résilience, et un modèle théorique de l'expérience de résilience.

Cette discussion s'organise autour de quatre principales articulations. La première section confronte les résultats obtenus dans cette étude avec les données de la population nationale camerounaise, ainsi qu'avec celles d'autres études dans le monde qui se sont intéressées à l'adversité psychosociale et à la résilience. La deuxième section discute des points communs et spécificités du MoThER par rapport au Modèle théorique de la croissance post-traumatique (Tedeschi & Calhoun, 2004), au Modèle du développement lié au stress (Park et al., 1996), au Modèle métathéorique de la résilience (Richardson, 2002, 2011) et à la Théorie du Bien-être (Seligman, 2012). La troisième section aborde

les retombées de cette étude aux plans théorique et pratique, et enfin la dernière articulation se consacre aux forces et limites de cette recherche.

Caractéristiques populationnelles, validité des construits et variabilité des phénomènes

Cette sous-section discute les résultats des phases quantitatives et qualitatives en vue de mieux faire ressortir les spécificités de l'expérience de résilience dans une population de femmes camerounaises. Bien que le devis de recherche utilisé soit mixte séquentiel, la discussion de cette sous-section intègre dans un tout les résultats quantitatifs et qualitatifs en vue de développer une compréhension plus approfondie du même et unique phénomène qu'est la résilience.

Caractéristiques populationnelles

Plusieurs indices de l'échantillon se rapprochent de ceux de la population générale des femmes camerounaises dans laquelle les tranches d'âge ont l'allure d'une pyramide. Les participantes âgées de 20 à 29 ans sont majoritaires dans l'échantillon (58,21 %), tout comme elles le sont dans la population générale des femmes camerounaises en âge de procréer (15 à 49 ans) où elles représentent 37,7 % (INS Cameroun & ICF International, 2011). Le nombre moyen d'enfants par femmes âgées de 40 ans et plus (5,02 enfants) se rapproche également de l'indice synthétique de fécondité (5,2 enfants) dans la population générale (Ministère de la promotion de la femme et de la famille, 2012). En considérant le statut civil, 40 % des participantes déclarent être mariées, alors qu'elles sont 49 % à l'être dans la population générale des femmes en âge de procréer. En ce qui concerne le

type de famille, 20,40 % de participantes rapportent vivre dans des familles polygamiques, alors que dans la population générale, 25 % des femmes en âge de procréer sont en couple dans des unions polygamiques (INS Cameroun & ICF International, 2011). Par contre, d'autres indices s'écartent de ceux de la population générale, notamment le niveau d'éducation où les femmes en âge de procréer sont majoritairement non scolarisées ou de niveau primaire, contrairement à cet échantillon où elles sont minoritaires. L'enquête démographique et de santé à indicateurs multiples indique qu'environ une femme sur deux a achevé les études primaires (INS Cameroun & ICF International, 2011). Cette divergence est liée à la méthode de sélection par échantillon de convenance et aux lieux de recrutement des participantes, principalement dans les écoles de formation. Cette méthode a toutefois été utilisée, car elle a permis d'obtenir, à moindre coût (temps, ressources humaines, énergie et finances), une taille d'échantillon nécessaire pour l'étude des propriétés psychométriques des échelles. Les résultats montrent aussi que le nombre d'enfants par femme camerounaise est de manière générale supérieur au nombre de personnes à charge et que celui-ci augmente avec l'âge. Les femmes de 40 ans et plus ont en moyenne huit personnes à charge. À cette période, certaines sont devenues grand-mères ; d'autres ont à charge, en plus de leurs enfants, leurs neveux ou nièces, petits-enfants ou encore les parents ou beaux-parents parvenus au troisième âge. La prise en compte de l'ensemble de ces indices et la technique d'échantillonnage de convenance utilisée permettent d'assumer partiellement la validité externe des résultats.

Validité des construits

Plusieurs construits ont fait l'objet d'une attention particulière dans cette étude. Il s'agit des facteurs de protection, de l'adversité psychosociale et de la résilience. Les deux premiers ont fait l'objet d'une adaptation et d'une validation statistiques, alors que les deux derniers ont fait l'objet d'une description de leurs structures essentielles dans la population des femmes camerounaises. Les résultats qualitatifs ont généré des contenus qui permettent d'enrichir l'opérationnalisation de ces différents construits.

Validité du construit d'adversité psychosociale. La structure factorielle de l'échelle d'adversité psychosociale explique 41,77 % de la variance de l'adversité vécue par les participantes. Elle comprend quatre facteurs contribuant à mesurer l'adversité vécue par les femmes camerounaises. Le facteur 1, nommé *Épreuves de santé (personnelle et familiale)*, traduit les problèmes de morbidité biopsychosociale auxquels sont confrontées les femmes camerounaises. L'organisation communautaire de la société, les taux élevés de morbidité (Institut national de la statistique du Cameroun, 2010), l'indice synthétique de fécondité de cinq enfants en moyenne, le nombre moyen de personnes à charge par femme supérieur à huit pour les femmes de 40 ans et plus, et supérieur à quatre pour les femmes de 30 à 39 ans (voir Tableau 9), placent les femmes camerounaises au cœur des soins dispensés à la famille. Ainsi chaque situation de handicap ou de maladie dans la famille est une adversité vécue particulièrement par la femme, car elle y agit à titre de proche aidante. Le facteur 2, désignée *Pauvreté*, met en évidence que les femmes camerounaises subissent la pauvreté et la précarité de l'emploi qui sévissent de manière

endémique dans le pays. Le taux d'alphanumerisation des femmes camerounaises, en général, reste encore faible dans certaines régions, notamment soudano-sahéliennes, où il est inférieur à 40 % (Ministère de la promotion de la femme et de la famille, 2012). Ce facteur met en avant le vécu pénible et les conséquences de l'arrêt des études, notamment la difficulté d'accéder et de maintenir un emploi satisfaisant. Le facteur 3 a été nommé *Adversité relationnelle* (relation à soi et aux autres). Il met en exergue les problèmes psychoaffectifs vécus par des femmes camerounaises ; tout d'abord, ceux en rapport avec soi-même comme le manque de confiance en soi ou la gêne par rapport à son image corporelle. Il s'agit de problèmes qui affectent aussi la manière d'être en relation avec l'autre. Cette adversité relationnelle se traduit également par la souffrance découlant des relations de couple, où la plupart du temps, le pouvoir de négociation de la femme camerounaise est faible, du fait de l'influence de la culture, des limitations de l'autonomie financière, de la défaillance du système de protection sociale ou du comportement du partenaire. Le facteur 4, nommé *Adversité familiale*, renvoie à des problèmes familiaux ayant marqué négativement la femme camerounaise dans son développement, notamment au niveau des interactions dans le sous-système parent et dans le sous-système parents-enfants. La séparation des familles ou la reconstitution familiale et le mariage polygamique sont vécus par certaines femmes comme des expériences adverses.

La structure factorielle de l'échelle d'Adversité psychosociale rejoint en plusieurs points celle de l'échelle originale des facteurs de risque de laquelle elle a été adaptée. Elle révèle une *Adversité environnementale liée à la pauvreté* et découlant des facteurs de

risque environnementaux, une *Adversité relationnelle* émanant des facteurs de risque individuels et interactionnels, une *Adversité familiale* résultant des facteurs de risque intrafamiliaux. Cette structure factorielle ressort en plus un facteur constitué d'*Épreuves de santé*. Cela pourrait s'expliquer par la spécificité des problèmes rencontrés par les femmes camerounaises du fait de la tranche d'âge retenue (20 à 55 ans) comparativement à l'échantillon de Jourdan-Ionescu et al. (2015) composé d'étudiants âgés de 19 à 29 ans. En outre, il s'agit de deux populations évoluant dans des contextes différents d'un point de vue socioéconomique et culturel. Les femmes camerounaises vivent en contexte de pauvreté, de prévalence élevée de mortalité et de morbidité rendant prégnant leur rôle d'aidante naturelle auprès des personnes malades et de leurs familles. La validité factorielle de l'*Échelle d'adversité psychosociale* a été déterminée par une méthode plus robuste (matrice de corrélation polychorique et extraction en facteurs communs) que celle utilisée pour déterminer la validité du *Cumulative Adversity Scale* (Idemudia & Mabunda, 2012; Lambrenos et al., 1996); cette dernière ayant utilisé une analyse en composante principale et une matrice de corrélation de Pearson, alors que les items sont mesurés sur une échelle ordinaire (Bourque et al., 2006; Laveault & Grégoire, 2014; Urbano Lorenzo-Seva & Ferrando, 2012; Urbano Lorenzo-Seva & Ferrando, 2014). Par ailleurs cette structure factorielle explique 41,77 % de la variance contre 40 % pour le *Cumulative Adversity Scale*. La recherche documentaire dans les bases de données *PsycTEST*, *PsycINFO*, *Mental Measurement Yaerbook* et *Health et Psychosocial Instruments* n'a pas montré d'autres outils ayant procédé à une validation factorielle.

Bien que la validité du construit d'adversité psychosociale soit soutenue par l'analyse factorielle exploratoire, sa précision reste limitée, car cette méthode est exploratoire. Toutefois, l'analyse factorielle confirmatoire recommandée pour déterminer la validité de construit est indiquée lorsque plusieurs études ont documenté l'univers d'un construit dans une population (Laveault & Grégoire, 2014). Puisqu'il s'agit de la première étude qui s'intéresse à la structure du construit d'adversité psychosociale dans la population des femmes camerounaises, la méthode de validation s'est limitée aux analyses factorielles exploratoires. Par ailleurs, cette structure ne prend pas en compte la plupart d'items qui ont un niveau de pénibilité élevé (voir Tableau 13), alors qu'ils sont en rapport avec les dimensions mises en évidence. Cela pourrait provenir d'une ambiguïté dans la formulation de ces items ou de l'hétérogénéité de la population de référence. Les résultats qualitatifs ont aussi permis de mettre en évidence des contenus et dimensions d'adversité qui n'ont pas été pris en compte dans l'opérationnalisation du construit avant l'analyse factorielle. Il s'agit des conflits avec la belle-famille, du sexism, de l'endettement, de la faible implication ou de la démission de certains conjoints de leurs responsabilités parentales, du harcèlement, de la solitude, des problèmes d'infertilité (voir Tableau 34). Ces contenus et dimensions, à ce stade de la recherche, restent des hypothèses qui devraient être opérationnalisées et validées lors de l'étude des propriétés psychométriques d'une version mise à jour de l'échelle d'adversité psychosociale.

Validité du construit des Facteurs de protection. Bien que les facteurs de protection aient été définis dans cette étude comme une dimension des facteurs de

résilience, une adaptation et une validation du construit ont été faites pour en étudier la relation avec la résilience. Les résultats de l'analyse factorielle exploratoire ont montré trois facteurs expliquant 40 % de variance. La dénomination originelle des facteurs a été maintenue. Le facteur 1 est en rapport avec le rôle protecteur du système familial, le facteur 2 est en lien avec les qualités individuelles et le facteur 3 concerne le soutien social et l'habileté à résoudre les problèmes. Cette dimensionnalité est en accord avec le modèle écosystémique (Jourdan-Ionescu et al., 1998; Jourdan-Ionescu et al., 2015a; O'Dougherty Wright & Masten, 2005), ainsi qu'avec le nombre et la typologie des facteurs à l'issue de la validation de l'*Inventaire de Facteurs de résilience* (Bekaert et al., 2012; Békaert, Masclet, & Caron, 2012). Cette dernière explique 43 % de la variance des facteurs de protection dans une population d'adolescents et jeunes adultes, avec une méthode d'extraction en composante principale. Cette méthode est recommandée essentiellement pour la réduction du nombre de variable et non pour la mise en évidence de la structure latente d'un construit (Laveault & Grégoire, 2014; Tabachnick & Fidell, 2013). Ainsi l'utilisation d'une méthode plus rigoureuse pour valider l'*Échelle de facteurs de protection*, notamment une matrice de corrélation tétrachorique et une extraction en facteurs communs, assure en partie la précision des résultats ; la limite étant le caractère exploratoire de ce type d'analyse factorielle (Kimessoukié 2015; Laveault & Grégoire, 2014; Lorenzo-Seva & Ferrando, 2012; Tabachnick & Fidell, 2013). Par ailleurs, les résultats des analyses de variance ont montré que certaines caractéristiques sociales agissent comme des facteurs de protection. Il s'agit de l'adhésion à des associations, du niveau d'éducation et du niveau de revenu. Ces résultats, associés à ceux de l'analyse de

contenu des motivations d'adhésion à des associations, vecteur de soutien social et de développement personnel, rejoignent ceux de Ionescu et al. (2010) au Rwanda et de Coumé et al. (2014) au Sénégal. Ces associations sont aussi une alternative mise en place par les populations pour pallier aux défaillances du système de protection sociale (assurance maladie, éducation, accès à l'emploi, accès au crédit bancaire, accès à des professionnels de santé mentale). Des chercheurs qui se sont intéressés à la résilience sociale à la suite d'une crise économique ou financière, comme ce fut le cas à Détroit (Paddeu, 2012), ou encore à la suite d'une catastrophe naturelle comme celle de l'ouragan Katrina en Nouvelle-Orléans (Maret, 2008), rapportent des pratiques alternatives basées sur la mutualisation des efforts à travers la vie associative pour faire face à l'adversité.

Le niveau d'éducation est également un facteur de protection ou une caractéristique de résilience rapporté par les auteurs (Masten & O'Dougherty Wright, 2010; Seligman, 2012). Bien que ceux-ci parlent de la variable *Intelligence* et non de la variable *Niveau d'éducation* comme dans cette étude, cette dernière peut être considérée comme un moyen d'observation indirecte de l'intelligence ou de l'habileté à résoudre les problèmes. Une limite de la variable niveau d'éducation est que des personnes qui n'ont pas eu l'opportunité de faire des études peuvent présenter de bonnes habiletés à résoudre les problèmes auxquels elles sont confrontées ; ce qui est une manifestation de l'intelligence. Ces résultats ont aussi montré que les personnes qui ont un niveau de revenu assez élevé sont plus résilientes. Cela traduit la possibilité qu'elles ont de mobiliser les ressources dans un contexte de déficit d'assurance maladie ou de sécurité sociale.

Validité du construit de résilience. Cette étude ne s'est pas penchée sur la validité de l'*Échelle de résilience de Wagnild et Young (1993)* dans la population des femmes camerounaises, mais sur la mise en évidence d'un construit de résilience intégrateur des trois principales conceptions de la résilience. Les résultats de cette étude rejoignent ceux des chercheurs qui soutiennent que la résilience est un processus écosystémique qui se construit dans l'interaction de l'individu avec son environnement (Cyrulnik, 2012b, 2013; Ionescu, 2015; Masten & O'Dougherty Wright, 2010; Richardson, 2002; Rutter, 2007; Ungar, 2013).

La dimension 1, nommée *Compétences personnelles*, regroupe, tout comme dans les travaux de certains chercheurs, des qualités individuelles retrouvées chez des personnes résilientes (Connor & Davidson, 2003; Hjemdal et al., 2011; Hurtes & Allen, 2001; Jew et al., 1999). Ceux qui abordent la résilience sous l'angle des facteurs de protection regroupent ces caractéristiques individuelles dans la dimension *Facteurs de protection individuels* (Bekaert et al., 2012; Jourdan-Ionescu et al., 2015c; O'Dougherty Wright & Masten, 2005; Rutter, 2007). Cette étude dans un second mouvement d'analyse catégorise ces compétences en trois composantes : les habiletés relationnelles, la capacité de travail sur soi et la capacité d'autodétermination. Cette analyse aborde les compétences, non pas seulement sous l'angle de l'adaptation ou du coping, mais dans une perspective développementale. Les habiletés relationnelles vont dans le sens de la *Compétence sociale* identifiée par Friborg et al. (2003) ou des *Qualités relationnelles* décrites par Hurtes et Allen (2001). La capacité d'autodétermination rejoint la *théorie de l'autodétermination*

de Ryan et Deci (2000) qui soutiennent que cette qualité est positivement associée au bien-être. Par contre, bien que documentée dans la littérature sur le développement personnel, la capacité de travail sur soi n'est pas mise en relation avec la résilience par les travaux des chercheurs consultés pour cette étude, même si sa principale caractéristique qui est la flexibilité est rapportée (Block & Kremen, 1996; Fletcher & Sarkar, 2013; Hjemdal et al., 2011; Theoret et al., 2014; Wagnild, 2009). Cette recherche voudrait donc mettre en lumière cette composante individuelle qui paraît importante dans le processus de résilience puisque la résilience est selon les auteurs : un développement, un néo-développement, une croissance post-traumatique (Cyrulnik, 2012a, 2013; Park et al., 1996; Tedeschi & Calhoun, 2004).

La dimension 2, nommée *Interactions positives*, regroupe des caractéristiques qui émergent des relations entre l'individu, sa famille et son environnement. Elles apparaissent au cours du processus de résilience. Ces caractéristiques englobent le *Soutien social* (Cyrulnik, 2012a; Friberg et al., 2003) et les stratégies d'adaptation centrées sur la relation. Cette dimension se rapproche des *Relations interpersonnelles positives* décrites par Seligman (2012) dans sa théorie du bien-être. Le concept d'interaction a été préféré pour mettre l'emphase sur la bidirectionnalité des relations interpersonnelles positives caractérisée par un échange actif d'information, d'énergie et d'émotion. Ces interactions sont orientées vers la production d'émotions positives. Dans cette étude, les caractéristiques interactionnelles ont été regroupées en trois composantes : (1) La mobilisation des stratégies d'adaptation ; celles-ci sont relevées dans les facteurs de

protection par différents auteurs (Bekaert et al., 2012; Ionescu & Jourdan-Ionescu, 2011; Jourdan-Ionescu et al., 2015a; O'Dougherty Wright & Masten, 2005; Rutter, 2007). (2) La réactivité du réseau de soutien est une caractéristique environnementale importante en cas d'urgence, car une intervention rapide peut réduire l'impact d'un événement critique comme cela a été observé dans les résultats qualitatifs de cette étude, entre autres chez Marthe ou Denise. Cette composante est en relation avec la qualité de la relation de l'individu à son environnement. (3) Le tutorat de résilience apparaît également comme une composante des interactions positives, car il soutient le processus de résilience. Celui-ci est en lien avec le soutien décrit par les auteurs (Cyrulnik, 2012a; Tedeschi & Calhoun, 2004). La littérature consultée pour le contexte théorique de cette étude n'aborde pas spécifiquement les *Interactions positives* comme dimension de la résilience, même si tout un courant conceptualise celle-ci comme un processus.

La dimension 3, nommée *Intériorité*, regroupe les caractéristiques qui se rapportent à la spiritualité et aux croyances culturelles. Cette dimension, même si elle fait consensus auprès des chercheurs, est celle qui suscite le plus de débats sur son contenu et la façon de la nommer, selon que les chercheurs sont sécularisés ou pas (Chouinard, 2010; Tousignant, 1992). Ce débat pourrait trouver sa source dans les conceptions des chercheurs sur le composé humain : « Corps – Esprit » ou « Corps - Esprit - Âme » ; l'âme étant du domaine de la religion et l'esprit celui des processus psychiques. Un point commun peut toutefois se dégager, Esprit et Âme sont tous deux le siège d'une action ou d'un travail réflexif sur soi et sur le monde, la source du dépassement de soi, le moteur

d'une transformation de soi, le lieu de la vie intérieure ou de l'intériorité. Dans cette perspective, dans sa théorie du bien-être, Seligman (2012) décrit le *Sens* comme une dimension du Bien-être ; Antonovsky (1993) quant à lui parle du *Sens de la Cohérence*, nécessaire au coping. D'autres chercheurs décrivent aussi le rôle du sens dans le processus de résilience (Cyrulnik, 2012a; Delle Fave, 2011; Mancini & Bonanno, 2010; Masten & O'Dougherty Wright, 2010). Pour faire référence à cette dimension intérieure, des chercheurs rapportent aussi dans leurs études le rôle joué par la spiritualité, qui parfois est évoquée en même temps que la religion (Chouinard, 2010; Connor & Davidson, 2003; Greeff & Holtzkamp, 2007; Hélie, 2011; Ionescu et al., 2010; Masten & O'Dougherty Wright, 2010). Les résultats de cette étude soutiennent que les croyances culturelles ou religieuses participent à la construction du sens, comme le rapportent aussi plusieurs chercheurs (Diener & Seligman, 2011; Ionescu et al., 2010; Kesebir & Diener, 2011; Masten & O'Dougherty Wright, 2010; Tousignant, 1992; Ungar, 2013). Ces résultats ont montré, tout comme le rapporte Pargament et Cummings (2010), que la religion est un facteur de résilience chez les adultes, en l'occurrence chez les femmes camerounaises. La dimension d'*Intériorité* ou encore la *profondeur intérieure*, qui émerge de cette étude, permet de conjoindre les différentes perceptions des chercheurs et de les organiser en deux modalités (spiritualité et croyances culturelles) qui décrivent l'expérience intérieure vécue par les participantes au cours de leur résilience. Cette opérationnalisation reste toutefois aussi au stade d'hypothèse qui devrait être validée par d'autres études ayant recours à une méthodologie de modélisation par équation structurale.

La dimension 4, nommée *Force transformative*, regroupe les caractéristiques qui donnent une raison ou de l'énergie à la personne pour mobiliser les ressources et effectuer le travail nécessaire sur soi afin de persévérer, de continuer à se battre pour vivre ou atteindre ses buts personnels ou ses objectifs de vie. Celles-ci sont regroupées en trois composantes : la détermination, l'amour et la survenue d'événements significatifs. Dans la littérature consultée pour cette étude, cette dimension est très peu documentée en tant que facteur de résilience, même si les chercheurs reconnaissent que la détermination est une caractéristique individuelle de résilience (Bekaert et al., 2012; Denz-Penhey & Murdoch, 2008; Hamelin, 2014; Ionescu & Jourdan-Ionescu, 2011; Jourdan-Ionescu et al., 2015c; Theron et al., 2013; Wagnild & Young, 1993). Toutefois, cette dimension se rapproche de la force motivationnelle, décrite par Richardson (2002), qui pousse les individus ou les groupes de la survie à l'actualisation de soi. Elle se rapproche aussi des systèmes motivationnels rapportés par O'Dougherty Wright et Masten (2005), puis par Masten et O'Dougherty Wright (2010). Cette dimension, en plus de son inscription dans une perspective développementale, élargie l'univers conceptuel de la structure essentielle de la résilience en y intégrant le pouvoir de transformation de l'amour, de la parentalité, de la générativité et des événements nouveaux départs.

Cette opérationnalisation du construit de résilience, à partir d'une méthodologie qualitative permet de questionner l'univers conceptuel mesuré par la plupart des échelles ; entre autres, celle de Wagnild et Young (1993) utilisée dans cette étude. La structure de la résilience ainsi mise en évidence dans cette recherche montre qu'elle intègre des

caractéristiques individuelles, environnementales et interactionnelles comme le soutient le modèle écosystémique. À ce titre, elle s'inscrit dans la complexité. Elle permet de montrer que l'univers conceptuel de la résilience va au-delà des caractéristiques individuelles mesurées par les échelles de résilience de Wagnild et Young (1993) ; Block et Kremen (1996) ; Jew et al. (1999) ; Hurtes et Allen (2001) ; Connor et Davidson (2003) ; ou au-delà des facteurs de protection (Bekaert et al., 2012; Jourdan-Ionescu et al., 2015a). Les résultats de cette étude suggèrent de considérer chacune des dimensions de la résilience comme un module ou un construit à opérationnaliser dans une échelle distincte. Ainsi, au moins six échelles seraient utilisées au cours d'une expérience de résilience assistée par des professionnels : une échelle d'adversité psychosociale, une échelle de compétences, une échelle d'interactions positives, une échelle d'intériorité, une échelle de force transformative, et une échelle de transformation de soi ; cette dernière permettant d'évaluer les résultats des interventions de résilience assistée. Bien que l'échelle de résilience utilisée dans cette étude évalue les caractéristiques individuelles de la résilience, il convient toutefois, en y associant les mesures obtenues des autres échelles (Adversité psychosociale, Facteurs de protection, Anxiété et Dépression) de discuter de la variabilité de la résilience au regard des résultats obtenus dans d'autres contextes.

Variabilités des phénomènes

Cette sous-section fait un portrait de la variabilité de l'adversité psychosociale, l'anxiété, la dépression, la résilience et les facteurs de protection. Elle discute ces résultats en fonction des données existantes dans la littérature.

En ce qui concerne l'adversité psychosociale, l'anxiété et la dépression, une synthèse des résultats montre que l'âge, la parentalité et/ou la grande multiparité contribuent à leur augmentation significative, tandis que le niveau d'éducation est associé à un niveau plus faible ; pour des tailles d'effet variant de 13 à 26%. Cela s'explique par le poids des responsabilités, car les grandes multipares, c'est-à-dire celles qui ont plus de cinq enfants, font partie de la catégorie des participantes les plus âgées. Parmi les femmes camerounaises, les grandes multipares apparaissent comme une population à risque élevé d'adversité psychosociale pouvant être majorée par la pauvreté. Ces résultats vont dans le sens de ceux de Brown et Harris (1978) qui soutiennent, tout comme l'OMS (2013b), que la grande multiparité est un facteur de risque de la santé maternelle. Ces résultats montrent aussi que les facteurs de protection et la résilience augmentent significativement avec le niveau d'éducation, le niveau de revenu et la vie associative.

En ce qui concerne spécifiquement la variabilité de la résilience, les résultats montrent qu'environ 28 % de femmes camerounaises ont une résilience élevée. Pour l'ensemble des participantes, elles ont en moyenne une résilience modérée ($M = 130,91$). Ce niveau moyen de résilience pour les femmes camerounaises âgées de 20 à 55 ans, avec la même échelle de mesure, est proche de celui des étudiantes rwandaises âgées de 18 à 30 ans ($M = 131$) (Ionescu, Rutembesa, et al., 2014) ou des étudiantes québécoises de la même tranche d'âge ($M = 133,05$). Ce niveau de résilience paraît plus élevé que celui des étudiantes françaises ($M = 122,13$) et moins élevé que celui des étudiantes roumaines ($M = 141,73$) (Ionescu, Jourdan-Ionescu, et al., 2014). Il faudrait relever que les analyses

de variances n'ont pas montré de variation significative du niveau de résilience en fonction de l'âge dans la population des femmes camerounaises. Ce qui signifie que la moyenne obtenue est sensiblement la même pour les étudiantes camerounaises. Ces variations de moyennes dans les populations de divers contextes pourraient provenir des variables culturelles ou environnementales dans lesquelles les femmes font ou ont eu à faire face à une adversité structurelle.

Ces résultats ont aussi montré, tout comme dans l'étude multisite conduite par Ionescu (2014) qu'il existe une faible covariabilité entre la résilience et l'adversité. Ils ont en plus montré, à partir d'un modèle de régression linéaire multiple, que l'adversité psychosociale ne serait pas une variable prédictive de la résilience ; mais également qu'il n'y aurait pas d'effet d'interaction entre adversité psychosociale et facteurs de protection. Cette faible covariabilité signifierait qu'une variation de l'adversité n'est pas associée à une variation de la résilience ; donc que le niveau de résilience n'est pas lié à la quantité d'adversité. L'absence d'interaction signifierait quant à elle qu'il n'y aurait pas de qualité émergente découlant de l'interaction entre adversité et facteurs de protection, ou encore que la résilience ne résulterait pas de l'interaction entre adversité et facteur de protection. La résilience ne dépendrait-elle donc pas de l'adversité ? Tout d'abord le premier constat qui se dégage de ces résultats est que la résilience n'est pas un phénomène linéaire, donc qu'un modèle à causalité linéaire serait inopérant pour l'expliquer. Cela soutient d'ailleurs les résultats de Garmezy et al. (1984) qui, utilisant une méthodologie de régression multivariée pour expliquer la compétence scolaire, aboutissent à trois modèles, et non un :

les modèles compensatoire, défi et protection. Si l'on admet le postulat de la continuité de la trajectoire développementale, et que l'on considère la non-linéarité du phénomène de résilience, alors il peut être admis une bifurcation de la trajectoire développementale, un point tournant ; ce qui soutient d'ailleurs le MoThER élaboré dans cette étude et les résultats des autres chercheurs sur le point tournant (Lau & van Niekerk, 2011; Levesque, 2011; Richardson, 2011; Rutter, 1996).

Enfin pour expliquer cette faible relation entre adversité et résilience, il faudrait d'abord relever que la corrélation est une statistique linéaire, et à ce titre est limitée pour étudier la relation entre des phénomènes non linéaires ou complexes. Par ailleurs, il faudrait aussi tenir compte des limites liées à l'instrument de mesure de la résilience qui se restreint à l'identification partielle des dimensions et caractéristiques de la résilience, notamment les *Compétences* et l'*Acceptation de soi*. Une méthodologie qui recourt à des analyses multivariées semble donc plus pertinente pour étudier un phénomène complexe comme la résilience. C'est dans cette perspective que s'inscrivent les résultats du modèle de classification ou de mise en évidence des différents profils à partir des cinq principales variables d'intérêt de cette étude.

Dans la littérature scientifique, plusieurs chercheurs se sont intéressés à l'étude des profils de résilience dans diverses populations. Collazzoni et al. (2015), dans une étude auprès d'adulte ($N = 608$), ont effectué une classification hiérarchique de leur échantillon avec la méthode de Ward pour identifier les profils des participants, à partir de trois

critères : résilience, risques familiaux et symptômes psychiatriques. Ces chercheurs voulaient examiner, à l'aide du *Resilience Scale for Adult* (Friborg et al., 2003), la relation entre résilience, risques familiaux et symptômes psychiatriques. Ils ont abouti à quatre groupes, dont les deux premiers présentent des scores élevés de résilience et des scores bas de symptômes psychiatriques contrairement aux deux derniers. Mowder, Cummings, et McKinney (2010), puis Deblinger et al. (2014), à l'aide du *Resilience Scale for Children and Adolescent* de Prince-Embury et Courville (2008), ont étudié les profils de résilience, respectivement des jeunes délinquants ($N = 215$) et des jeunes victimes d'abus sexuels ($N = 250$). Les premiers ont utilisé une méthode de classification par K-means ; les seconds ont d'abord utilisé une méthode de classification hiérarchique, puis une méthode de K-means. Les deux groupes de chercheurs aboutissent à quatre profils de résilience : très faible, faible, modérée et élevé. Deblinger et ses collègues montrent que les jeunes qui ont une résilience élevée présentent peu de symptômes de dépression alors que ceux qui ont une résilience très faible rapportent le plus de dépression. Suriá Martínez (2015), pour sa part, s'est intéressé au profil de résilience et sa relation avec les compétences sociales chez des adultes présentant des déficiences physiques ($N = 98$). À partir des mesures obtenues avec l'*Échelle de résilience* de Wagnild et Young (1993), ce chercheur a identifié trois profils de résilience : Faible, élevé ; et un groupe présentant des tendances élevées pour les dimensions de chacune des sous-échelles de résilience.

Il se dégage donc que peu d'études de classification intègrent plus de trois variables comportementales dans leur modèle. Les échantillons de références, pour la plupart, sont

faibles. Ces études ont utilisé, pour la plupart, soit une méthode de classification hiérarchique (méthode de Ward), soit une méthode de classification non hiérarchique ou par nuée dynamique (K-means). Elles ont toutes comme inconvénients que c'est le chercheur qui délimite le nombre de regroupements ou de classes : dans le premier cas, à partir d'un saut important observé sur le dendrogramme et dans le second le cas, l'algorithme de classification exige la précision à priori du nombre de classes (Costa, 2013; Jain, Murty, & Flynn, 1999). Les méthodes de classification mixtes ou hybrides, comme celles utilisées dans cette recherche, permettent de combiner les points forts des méthodes hiérarchiques et non hiérarchiques à savoir la précision et l'absence d'à priori des premières et la rapidité d'exécution des méthodes non hiérarchiques (Tufféry, 2005, p. 152). L'avantage des méthodes mixtes est qu'elles offrent un critère d'appréciation de la qualité de classement du modèle : la mesure de silhouette. D'après l'évaluation de Kaufman et Rousseeuw (1990, p. 88), un coefficient de silhouette *bon* ($> 0,50$) correspond à une preuve forte de la structure des classes, un résultat *acceptable* ($> 0,25$) renvoie à une preuve faible, tandis qu'une qualité de classement *mauvaise* correspond à une absence de preuve significative. Sur la base de ces critères d'interprétation, le résultat acceptable de la mesure de silhouette du modèle de classement de ce travail indique que le modèle possède une structure faible. Mais il faut toutefois relever que les chercheurs reconnaissent que plus le modèle comprend de variables, plus le travail de classification est ardu (Costa, 2013; Negrini, Perron, & Perron, 2014). Par ailleurs, la méthode de détermination automatique du nombre de classes est en faveur de la pertinence de la solution de classement obtenue. Le nombre de classes obtenu, en excluant les valeurs extrêmes (Profil

P0), rejoint la catégorisation proposée par Wagnild et Young (1993) correspondant aux niveaux élevé, modéré et faible de la résilience dans une population.

Le profil P0 est constitué des femmes qui manifestent une dépression et une anxiété sévères. Celles-ci expriment également une adversité très forte. Elles présentent une résilience très faible et peuvent être considérées comme présentant des troubles psychopathologiques. Le profil P3 est quant à lui constitué des femmes qui présentent de manière générale une résilience élevée, le plus de facteurs de protection, une adversité très faible au cours de leur vie, une dépression et une anxiété minimale. Ces résultats des profils P0 et P3 se rapprochent des observations faites par Deblinger et al. (2014). Le profil P3 est composé principalement des femmes qui ont vécu le moins d'adversité psychosociale dans leur vie. Leurs scores élevés de résilience et de facteurs de protection peuvent être interprétés comme de bonnes dispositions ou un bon potentiel pour faire face à l'adversité. La résilience, dans la conception du processus ou du résultat, ne pouvant être affirmée qu'en présence de l'adversité, signifie que ce profil P3 serait principalement en faveur de la résilience comme capacité ou trait. Il s'agirait donc d'une résilience en devenir et non une résilience en acte.

Le profil P1 comprend principalement les femmes qui présentent une résilience faible, peu de facteurs de protection et d'adversité psychosociale au cours de leur vie par rapport à la population générale, une dépression et une anxiété légère. Ce profil peut être considéré comme à risque, car il présente un faible potentiel de résilience contrairement au profil

P3. La proximité du niveau de résilience du profil P1 avec celui du profil P0 et la tendance à développer des symptômes d'anxiété et de dépression permet de formuler l'hypothèse d'un risque élevé de psychopathologie en cas d'augmentation significative de l'adversité.

Le profil P2 correspond à celui des femmes qui présentent une résilience modérée (plus proche de la résilience élevée), un niveau de facteurs de protection supérieur à la moyenne, une adversité forte ou élevée, une dépression légère et une anxiété modérée. Ce profil regroupe principalement des femmes qui ont connu le plus d'adversité dans leur vie après celles du profil P0. Il correspond donc au profil où s'observerait une résilience en construction ou en acte. Il s'insère dans la conception de la résilience comme processus ou résultat.

Ces différents profils soutiennent la complexité de l'expérience de résilience et la non-linéarité de ce phénomène. Les résultats de ce travail montrent que les différentes conceptions de la résilience peuvent découler des profils des participants avec lesquels les chercheurs ont fait leurs observations. Mais celles-ci peuvent aussi découler de la phase du processus de résilience dans laquelle se trouvaient les personnes étudiées. Ces différentes conceptions, qui représentent chacune une vision partielle de la résilience, influencerait aussi les différentes modélisations de la résilience.

Vers un modèle intégrateur des conceptions de la résilience : le MoThER

Il convient tout d'abord de rappeler qu'une théorie est une généralisation abstraite, à partir d'une méthodologie inductive. Elle est constituée d'un ensemble de postulats, de concepts ou construits et de leur interrelation, avec comme but d'expliquer ou de prédire un phénomène (Fortin & Gagnon, 2016). La discussion du MoThER par rapport aux autres modèles porte sur deux principaux points : les considérations sur les déclencheurs de l'expérience de résilience et celles sur les composantes et processus de la résilience.

Considérations sur le déclencheur de l'expérience de résilience

La présente recherche, qui a pris pour l'étude du processus de résilience comme population de référence les femmes confrontées à une forte adversité, s'insère dans le courant des recherches qui considèrent le vécu d'une situation d'adversité comme le préalable pour parler d'expérience de résilience chez un sujet donné. Par rapport à ce postulat, cette recherche fait consensus avec les considérations de la plupart des chercheurs (Cyrulnik, 2013; Ionescu, 2012; Levesque, 2011; Mancini & Bonanno, 2009; O'Dougherty Wright & Masten, 2005; Richardson, 2002; Rutter, 2007; Tedeschi & Calhoun, 2004; Ungar, 2013; Vermeiren, 2012; Wagnild, 2009). Cette recherche n'a toutefois pas opté pour l'étude du processus de résilience dans le cas de catégories particulières d'adversité. Elle s'est plus intéressée au ressenti pénible, au pouvoir désorganisateur des facteurs de risque auxquels sont exposées les participantes.

Les chercheurs qui proposent une modélisation de l'expérience de résilience se sont le plus intéressés aux événements de vie. Certains ont considéré leur nature traumato-gène, ou encore leur capacité à générer des états ou des symptômes de stress post-traumatiques. C'est le cas de Tedeschi et Calhoun (2004) qui énoncent à titre indicatif une typologie d'événements critiques majeurs : le deuil d'un proche, une arthrite rhumatoïde, une infection à VIH, un cancer, une transplantation de moelle osseuse, une attaque cardiaque, une maladie chronique ou un handicap, un accident de la voie publique, un incendie domestique, une agression ou abus sexuel, l'expérience de réfugiés et de prise en otage. D'autres élargissent la liste à des événements de vie pouvant avoir un impact adverse et dont l'intensité varie de modérée à sévère. Il s'agit par exemple des problèmes de couples, du décès d'un proche, des difficultés scolaires, d'un déménagement, d'une maladie ou d'un accident personnel, d'une maladie ou d'un accident d'un proche, d'un événement critique dans la vie d'un proche (Park et al., 1996; Richardson, 2002). De la typologie en cinq dimensions des facteurs de risque découlant du modèle de sociopathogénèse, la théorisation de l'expérience de résilience à partir uniquement des événements de vie est réductrice. En ce sens, l'opérationnalisation du construit d'adversité psychosociale dans cette recherche et sa considération comme point de départ de l'expérience de résilience est intégratrice des deux courants représentés d'une part par Tedeschi et Calhoun, et d'autre part par Park et ses collaborateurs. Le MoThER, en plus, élargit l'adversité à la pauvreté, à l'insécurité et aux problématiques culturelles. Cette spécificité du MoThER est à mettre en lien avec le contexte socioculturel de l'étude où ces facteurs de risques environnementaux sont endémiques et capables de perturber le développement d'une

personne. Ces facteurs se rapportent aux conditions de vie, aux contraintes de rôle et à la culture. Il est opportun de rappeler que les conditions de vie difficiles ont une plus grande influence sur la survenue des troubles psychologiques que les événements critiques (Tousignant, 1992). Plusieurs auteurs se sont d'ailleurs intéressés à la résilience en contexte de pauvreté. C'est le cas de Theron et Theron (2013) ou Tchombe et al. (2012) qui ont travaillé sur la résilience des familles face à la pauvreté, pour ne citer que ces deux groupes de chercheurs. Le MoThER apporte donc une contribution dans la conceptualisation de l'adversité dans une expérience de résilience.

Composantes et processus du MoThER

Différents modèles sont présentés dans la littérature pour expliquer la résilience. Le Tableau 36 suivant donne une vue synoptique des dimensions ou composantes de quelques modèles théoriques de la résilience. Si la théorie du bien-être de Seligman (2012) partage plusieurs points communs avec les autres modèles, entre autres le MoThER, celle-ci est général, car s'applique aux personnes en situation d'adversité ou non. Si la théorie du bien-être et ces autres modèles de résilience n'ont pas le même point de départ, c'est-à-dire l'adversité, ils ont tous la même finalité, l'épanouissement de la personne. Ce bien-être caractérise l'état de la personne au terme de son processus de résilience. Celui-ci est nommé croissance post-traumatique par Tedeschi et Calhoun (2004) et Transformation de soi dans le MoThER, bien que ce soit le concept de *mieux-être* qui ait été préféré à celui de bien-être afin de mettre en évidence le gain, la valeur ajoutée dans l'expérience de vie de la personne.

Tableau 36

Synthèse des dimensions de quelques modèles théoriques de la résilience

Auteurs	Dimensions
Park et al. (1996) : développement lié au stress	Religiosité, Satisfaction du soutien social, caractère stressant de l'événement négatif, Réinterprétation positive et acceptation de l'adaptation, Nombre d'événements positifs récents.
Tedeschi et Calhoun (2004) : Croissance post-traumatique	Plus grande appréciation de la vie et un changement dans le sens des priorités, Relations plus chaleureuses et intimes avec les autres, Plus grand sentiment de force personnelle, Reconnaissance de nouvelles orientations pour sa vie, Développement spirituel.
Seligman (2012) : Théorie du bien-être	Émotions positives, Engagement, Sens, Relations interpersonnelles positives, réussite
Levesque (2011) : Modèle théorique de la résilience	Adversité, Point tournant, Processus, Facteurs promoteurs, Facteurs de vulnérabilité
Richardson (2002)	Facteurs de protection ou qualité de résilience, Homéostasie biopsychospirituelle, Rupture, Réintégration résiliente
Kimessoukié (2016) : Modèle théorique de l'expérience de résilience	Adversité, Compétences, Interactions positives, Intériorité, Force transformative, Transformation de soi

Tous ces modèles considèrent la réinterprétation positive ou la construction de sens comme un facteur déterminant de l'expérience de résilience. Ils mettent tous de l'avant l'importance du soutien social qui dans l'expérience de résilience prend la forme du tutorat ou du mentorat de résilience.

Le MoThER se distingue des autres modèles, car il propose un ensemble de concepts qui composent la structure de l'expérience de résilience, ainsi que les interrelations entre

ces construits. S'inscrivant dans la complexité, il intègre un ensemble de trajectoires que peut suivre une personne pour parvenir à la résilience. Ces différentes trajectoires convergent vers la réinterprétation positive de l'adversité sans laquelle il ne peut se produire un changement dans la trajectoire développementale. Comparativement aux autres modèles, le MoThER intègre le rôle joué par la survenue d'événements significatifs ayant le pouvoir d'insuffler une nouvelle énergie ou une force à la personne, une autre raison pour vivre ou un sens nouveau à sa vie. Il met également en lumière la réorganisation qui s'opère au niveau de la personnalité et/ou de l'écosystème de l'individu. C'est cette réorganisation qui soutient la nouvelle trajectoire adoptée par la personne, sa croissance, sa transformation, sa réussite ou son mieux-être. Le MoThER décrit enfin un ensemble d'étapes que traverse la personne, pour passer de l'adversité à la transformation de soi. Cette théorisation permet de définir la résilience comme une *expérience unique et complexe de réussite, d'empowerment, de croissance et/ou de transformation de soi au cours de laquelle une personne, grâce à ses compétences, des interactions écosystémiques positives, sa profondeur intérieure et une force transformative, transcende l'adversité à laquelle elle est confrontée et accède à un mieux-être.* En ce sens le MoThER apporte une contribution significative dans la compréhension de l'expérience de résilience.

Retombées de l'étude

Cette recherche s'est déroulée dans un contexte scientifique d'absence de consensus entre les chercheurs sur la définition et l'opérationnalisation de la résilience. Son ambition

de décrire la variabilité de la résilience dans la population des femmes camerounaises et de contribuer à une compréhension plus approfondie de ce phénomène, ainsi que l'élaboration d'un modèle théorique de l'expérience de résilience recèlent plusieurs retombées sur les plans théoriques et pratiques.

Retombées théoriques

Sur un plan descriptif, cette étude a permis de réduire le manque d'informations sur la variabilité et les différents profils de résilience dans la population des femmes camerounaises. Les connaissances ainsi produites offrent de nombreux leviers d'action pour l'élaboration des politiques de promotion de la santé et de prévention des troubles psychologiques chez les femmes camerounaises. Ces connaissances soutiennent que la promotion de la vie associative, la scolarisation de la jeune fille et l'accès à l'emploi des femmes contribuent à la résilience et à une meilleure santé des femmes. Les différents profils de résilience mis en exergue soutiennent la complexité du phénomène de résilience. D'un point de vue quantitatif, cette recherche établit la pertinence d'une approche multivariée pour l'étude de la résilience. Les différents profils mis en évidence suggèrent des études descriptives et analytiques plus approfondies pour comprendre les spécificités ou l'évolution de la résilience pour chacun d'eux.

Le MoThER élaboré dans cette étude permet d'unifier les différentes conceptions de la résilience en considérant cette dernière comme une expérience. À ce titre, il soutient sa reproductibilité clinique à travers des interventions de résilience assistée. Il ouvre aussi de

nombreuses avenues pour des études ultérieures de la résilience. Tout d'abord, ce modèle permet de réunir les différentes conceptions de la résilience et de la distinguer du coping ou de l'adaptation. Il offre une définition opérationnelle de la résilience. Ensuite, la riche description des contenus qui participent à la construction de ce phénomène constitue une base pour l'élaboration d'outils d'évaluation. Comme cela a été évoqué, le développement et la validation d'instruments de mesure pour chacun de six principaux construits ou dimensions de l'expérience de résilience constituent de nombreuses pistes de recherche. Des versions spécifiques d'échelles d'adversité pourraient être développées pour différents groupes de personnes : femmes enceintes ou celles vivant avec une maladie chronique. Enfin, ces instruments constituerait alors des outils de recherche pour la validation du MoThER avec une méthodologie de modélisation par équation structurale. D'autres études pourront étendre le MoThER à l'expérience de résilience chez les hommes.

Les outils développés à partir du MoThER permettraient aussi d'étudier la relation entre la résilience et d'autres construits telles la qualité de vie, la continuité des soins ou l'observance thérapeutique chez des femmes souffrant de maladies chroniques, l'influence de l'adversité au cours de la grossesse sur la survenue des complications à l'accouchement (le taux de mortalité maternelle étant élevée dans la population de femmes camerounaises, soit environ 6 pour 1000). Les principales dimensions ou construits de ce modèle qui sont mobilisés au cours du processus de résilience offrent une base théorique pour le développement d'interventions visant à les renforcer, après évaluation, afin de soutenir et

accompagner l'expérience de résilience vécue par une personne. Des recherches ultérieures porteraient alors sur le développement et l'évaluation d'interventions visant à renforcer ou mobiliser les compétences, les interactions positives, l'intériorité ou la force transformative en vue de soutenir la résilience assistée.

Retombées cliniques

Les échelles d'adversité psychosociale et de facteurs de protection adaptées dans cette étude ont des retombées immédiates en pratique. Elles permettent d'identifier les adversités vécues par les clientes, ainsi que leurs forces. À travers les phases du processus ou les différentes trajectoires de résilience, le MoThER permet au clinicien, après évaluation de la cliente, de situer à quelle étape du processus elle se trouve et quelles seraient celles par lesquelles celle-ci devrait passer pour parvenir à la résilience comme résultat. Selon qu'elle se trouve à la phase de perturbation ou de rupture (prédominance d'émotions négatives), à la phase d'adaptation (mobilisation des mécanismes de protection), à la phase de bifurcation de la trajectoire développementale (réinterprétation de l'adversité ou point tournant), à la phase de réorganisation (restructuration personnelle et/ou écosystémique, acquisition de nouveaux rôles, transition développementale), ou à la phase de transformation de soi (émotions positives, croissance, réussite, mieux-être), le clinicien pourrait définir les interventions appropriées pour renforcer ou accompagner la cliente dans son expérience de résilience. Le recours au MoThER, en pratique clinique, permettraient aux professionnels d'inscrire leurs interventions dans un paradigme

salutogénique mettant l'accent sur les forces de la personne en vue de prévenir les troubles psychologiques, restaurer ou promouvoir la santé mentale.

Forces et limites de la recherche

Cette sous-section vise à fournir aux lecteurs des informations sur les forces et limites de la recherche afin qu'il puisse prendre position par rapport à la valeur et à la rigueur des résultats et des conclusions de l'étude (Provost, Alain, Leroux, & Lussier, 2010).

Forces

Elles résident dans l'originalité du sujet, la méthodologie utilisée et les résultats obtenus. Cette étude est la première qui s'intéresse à la description de la variabilité de la résilience dans une population camerounaise et à l'opérationnalisation de ce construit dans une perspective qui respecte les idiosyncrasies culturelles. Elle est également la première étude qui s'intéresse à la mise en évidence des différents profils psychologiques de résilience dans une population camerounaise. La méthodologie mixte utilisée dans cette recherche est rigoureuse. La base d'échantillonnage des participantes à la deuxième phase de l'étude est large. Elle comprend 1005 femmes ayant complété des outils permettant de repérer objectivement qu'elles sont résilientes. Cette approche a réduit la subjectivité du chercheur dans la sélection des participantes. Les mesures obtenues sont issues d'instruments valides. La stratégie d'analyse des verbatim a également été rigoureuse. Une synthèse des cas sous forme de récits phénoménologiques et une validation par les participantes ont été réalisées afin de rester fidèle à l'expérience rapportée. La

disponibilité de ces récits en Appendice M de ce travail et la description de la variabilité de la résilience soutiennent la transférabilité du MoThER à des populations de femmes vivant dans des contextes partageant quelques similarités. Des accords inter codeurs ont été effectués pour s'assurer de la pertinence des thèmes ou caractéristiques relevés lors de l'analyse. Les nombreuses communications faites lors des congrès et colloques sur les résultats partiels ont permis d'interagir avec d'autres chercheurs sur la catégorisation des thèmes afin de rechercher des accords inter juges. L'Appendice N montre les évolutions dans la construction du MoThER au fur et à mesure de la participation aux différentes rencontres scientifiques. La dernière version du MoThER figurant dans ce travail découle de l'intégration des observations faites par le comité de doctorat. En ce qui concerne les résultats, l'aboutissement à un modèle théorique de l'expérience de résilience et une définition opérationnelle de ce construit sont, pour ce registre, les principales forces de ce travail. Aucun choix méthodologique n'étant parfait, il convient également de souligner que ce travail présente aussi des limites.

Limites

Elles portent principalement sur la méthode et les résultats. Les participantes à cette étude proviennent des régions francophones et des zones urbaines du Cameroun. Elles sont majoritairement scolarisées, ce qui ne reflète pas la composition sociologique de la population des femmes camerounaises. Un échantillon représentatif aurait peut-être entraîné des changements sur la variabilité des phénomènes, notamment de l'adversité qui est plus forte en milieu rural et éventuellement de la résilience. L'usage du terme

« éventuellement » se justifie par la faible corrélation entre adversité et résilience. Il y a aussi des limites provenant des instruments de mesure. Malgré la validation du contenu lors du processus d'adaptation des échelles d'adversité psychosociale et de facteurs de protection, et leur prétest auprès de plus d'une vingtaine de femmes, certains items se sont révélés ambigus, notamment ceux qui semblaient véhiculer deux idées. La plupart de ces items ont présenté une qualité d'extraction pauvre à l'analyse factorielle, et n'ont donc pas été inclus dans la solution factorielle finale. Cela ne signifie pas que ceux-ci ne sont pas pertinents dans l'expérience d'adversité des femmes camerounaises, mais qu'ils devraient être reformulés lors de la révision de l'échelle. Les résultats de l'opérationnalisation du construit d'adversité psychosociale par la méthodologie qualitative soutiennent d'ailleurs cette limite. Les propriétés psychométriques de certaines sous-échelles (*Adversité familiale et Épreuves de santé d'une part, Facteurs de protection individuels et Facteurs de protection environnementaux*) sont limitées, notamment au niveau des alphas de Cronbach qui sont inférieurs à 0,70. Cela limite la fiabilité des mesures obtenues. Comme cela a déjà été relevé, l'utilisation des analyses factorielles pour déterminer la validité des construits mesurés par les échelles reste limitée, le recours aux analyses factorielles confirmatoires étant recommandé. À ces limites, il faudrait aussi ajouter la preuve faible du modèle de classement des profils de résilience. Mais il faut toutefois relever que c'est l'un des modèles, dans la littérature existante, qui intègre le plus de variables dans son classement. Enfin, le MoThER développé dans cette étude devra être éprouvé et validé par d'autres études pour évaluer sa validité empirique.

Conclusion

En somme, cette étude qui s'est déroulée dans un contexte scientifique d'absence de consensus sur la définition de la résilience et dont l'objectif général est de comprendre ce phénomène chez les femmes camerounaises confrontées à une forte adversité, propose une synthèse de l'expérience de résilience des participantes dans une définition. Celle-ci la considère comme une *expérience unique et complexe de réussite, d'empowerment, de croissance et/ou de transformation de soi au cours de laquelle une personne, grâce à ses compétences, des interactions écosystémiques positives, sa profondeur intérieure et une force transformative, transcende l'adversité à laquelle elle est confrontée et accède à un mieux-être*. Cette définition intègre les trois conceptions actuelles de la résilience en sciences sociales et humaines et en sciences de la santé.

Cette recherche, pour le moment, unique dans son genre au Cameroun, en plus de mettre en évidence trois principaux profils de résilience, a montré que la vie associative, la scolarisation et l'accès à l'emploi (gage d'autonomie) soutiennent la résilience des femmes camerounaises. Le troisième profil est constitué des femmes qui sont très peu exposées à l'adversité et qui présentent un potentiel élevé de résilience. Le deuxième profil est constitué des femmes qui vivent une adversité forte et dont le niveau de résilience est supérieur à celui de la population générale. Le premier profil comprend des femmes ayant une résilience faible et dont le niveau d'adversité est inférieur à celui de la population générale. En plus de l'adaptation et de la validation des échelles d'adversité psychosociale

et de facteurs de protection, d'une définition et des données sur la variabilité de la résilience dans la population des femmes camerounaises, cette étude a permis de construire un modèle théorique de l'expérience de résilience dans lequel s'articulent ses dimensions dans différentes phases (perturbation, adaptation, rétroaction, réorganisation, transformation de soi). Si ce modèle a également le mérite d'apporter une compréhension plus approfondie du phénomène de résilience chez les femmes camerounaises, des études ultérieures devraient pouvoir l'étendre à l'expérience des hommes, ainsi qu'à celles de populations vivant dans d'autres contextes socioculturels. Elles devraient aussi permettre de construire des outils afin de le valider par une méthodologie de modélisation par équation structurale. Bien que construit à partir de l'expérience individuelle des femmes résilientes, ce modèle peut-il s'appliquer à la résilience familiale, organisationnelle, communautaire ou même sociétale ?

Les résultats de cette recherche renforcent les données sur la complexité de la résilience ; pourtant il ne s'agit que de la résilience individuelle, chez une population et dans un contexte bien précis. En considérant la multiplicité des champs disciplinaires pénétrés par la résilience, la diversité et la complexité des objets auxquels elle s'applique, il ne serait pas exagéré de l'ériger au rang de discipline à part entière comme semble le faire Cyrulnik (2013, p. 15) qui la définit déjà comme « l'étude des conditions de reprise d'un développement après un traumatisme ». Dans un sens plus large, serait-elle alors l'étude de la persistance ou des conditions de transition des systèmes adaptatifs complexes (Gunderson et al., 2002) d'un état stable vers un nouvel équilibre sous l'effet des

contraintes ? Son objectif serait-il d'établir des lois qui régissent le fonctionnement de tels systèmes ? Sa méthode serait-elle celle de l'analyse des processus multifactoriels tant d'un point de vue qualitatif, quantitatif ou mixte ? Ses chercheurs seraient-ils des personnes formées à la culture de la transdisciplinarité et travaillant dans des équipes multidisciplinaires ? Ces questionnements d'un autre ordre permettent d'entrevoir combien le champ de la recherche sur la résilience reste immense.

Références

- Abdul Kadir, N., & Bifulco, A. (2011). Vulnerability, life events and depression amongst Moslem Malaysian women: comparing those married and those divorced or separated. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(9), 853-862. doi: 10.1007/s00127-010-0249-4.
- Adam, T. C., Burkepile, D. E., Ruttenberg, B. I., & Paddack, 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.
- Aldwin, C. M., & Levenson, M. R. (2004). COMMENTARIES on "Posttraumatic Growth : Conceptual foundations and empirical evidence". *Psychological Inquiry*, 15(1), 19-92. doi: 10.1207/s15327965pli1501_02.
- Alonso, A. A. (2000). The experience of chronic illness and post-traumatic stress disorder: The consequences of cumulative adversity. *Social Science & Medicine*, 50(10), 1475-1484. doi: 10.1016/s0277-9536(99)00399-8.
- Altintas, E., Gallouj, K., & Guerrien, A. (2012). Soutien social, dépression et estime de soi chez les personnes âgées : les résultats d'une analyse en cluster. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 170(4), 256-262. doi: doi: 10.1016/j.amp.2011.10.015.
- Amiel-Lebigre, F. (2004). Événements stressants de la vie : méthodologie et résultats. *EMC - Psychiatrie*, 1(1), 75-86. doi: 10.1016/j.emcps.2003.06.001.
- Anthony, K. R. N., Marshall, P. A., Abdulla, A., Beeden, R., Bergh, C., Black, R., ... Wear, S. (2015). Operationalizing resilience for adaptive coral reef management under global environmental change. *Global Change Biology*, 21(1), 48-61. doi: 10.1111/gcb.12700.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health : How people manage stress and stay well*. San Francisco, Calif.: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*, 36(6), 725-733. doi: 10.1016/0277-9536(93)90033-Z.

- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18. doi: 10.1093/heapro/11.1.11.
- Badaru, U. M., Ogwumike, O. O., Adeniyi, A. F., & Kaka, B. (2013). Psychosocial adversities and depression in mothers of children with cerebral palsy in Nigeria. *Journal of Pediatric Neurology*, 11(1), 1-7.
- Baltes, P. B., & Staudinger, U. M. (2000). Wisdom: A metaheuristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue toward excellence. *American Psychologist*, 55(1), 122-136. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.122.
- Bauweraerts, J., & Colot, O. (2014). La résilience organisationnelle au sein des entreprises familiales : mythe ou réalité? *Institut de Socio-Économie des Entreprises et des Organisations (Écully, Rhône). Recherches en Sciences de Gestion*(101), 197-215.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Beck Anxiety Inventory : Manual*. San Antonio: Psychological Corp/ Pearson.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1998). *Inventaire de dépression de Beck : manuel* (2^e éd.). Toronto: Harcourt Assessment.
- 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. doi: 10.1016/j.neurenf.2011.12.005.
- Békaert, J., Masclet, G., & Caron, R. (2012). Validation de l'inventaire des facteurs de résilience (IFR-40). *Psychologie Française*, 57(1), 51-61. doi: 10.1016/j.psfr.2011.10.004.
- Bevan, W. (1965). The Concept of adaptation in modern psychology. *The Journal of Psychology*, 59, 73.
- Binhas, M., Liger, C., Sedaghati, A., Gilton, A., & Dhoneur, G. (2013). Quand reprendre l'électroconvulsivothérapie après une cardiomyopathie de Takotsubo induite par sismothérapie? *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 32(10), 723-724. doi: 10.1016/j.annfar.2013.07.810.
- Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches Qualitatives*, 26(2), 1-18.
- Block, J., & Kremen, A. M. (1996). IQ and ego-resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 349-361. doi: 10.1037/0022-3514.70.2.349.

- Boucher, K., & Laprise, R. (2001). Le soutien social selon une perspective communautaire. Dans F. Dufort & J. Guay (Éds), *Agir au cœur des communautés : la psychologie communautaire et le changement social* (pp. xiv, 410 p.). Sainte-Foy, Québec : Presses de l'Université Laval.
- Bourque, J., Poulin, N., & Cleaver, A. F. (2006). Évaluation de l'utilisation et de la présentation des résultats d'analyses factorielles et d'analyses en composantes principales en éducation. *Revue des sciences de l'éducation*, 32(2), 325-344. doi: 10.7202/014411ar.
- Bowes, L., & Jaffee, S. R. (2013). Biology, genes, and resilience: Toward a multidisciplinary approach. *Trauma, Violence, & Abuse*, 14(3), 195-208. doi: 10.1177/1524838013487807
- Briand, C., & Larivière, N. (2014). Les méthodes de recherche mixtes : Illustration d'une analyse des effets cliniques et fonctionnels d'un hôpital de jour psychiatrique. Dans M. Corbière & N. Larivière (Éds), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes* (pp. 327-351). Québec: Presse de l'Université du Québec.
- Brown, G. W., & Harris, T. O. (1978). *Social origins of depression : A study of psychiatric disorder in women*. London: Tavistock.
- Brown, G. W., & Harris, T. O. (2012). *Social origins of depression : A study of psychiatric disorder in women*. Abingdon, Oxfordshire: Routledge.
- BUCREP. (2016). *Population en chiffre*. Repéré à <http://www.bucrep.cm/index.php/fr/>
- Bustany, P. (2012). Neurobiologie de la résilience. Dans B. Cyrulnik & G. Jorland (Éds), *Résilience : connaissances de base* (pp. 222 p.). Paris : Éditions Odile Jacob.
- Castleberry, A. (2014). NVivo 10 [software program]. Version 10. *QSR International* 2012 (Vol. 78, pp. 1-2). Alexandria: American Association of Colleges of Pharmacy.
- Cartalis, C. (2014). Toward resilient cities – a review of definitions, challenges and prospects. (Vol. 8, pp. 259-266): Taylor & Francis. doi: 10.1080/17512549.2014.890533.
- Cathébras, P. (2009). Diversité culturelle et expression de la douleur en rhumatologie. *Revue du Rhumatisme*, 76(6), 517-521. doi: 10.1016/j.rhum.2009.01.004.
- Ceccaldi, P. F., Dubertret, C., Keita, H., & Mandelbrot, L. (2008). Place de la sismothérapie dans la prise en charge des dépressions graves de la grossesse. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 36(7-8), 773-775. doi: 10.1016/j.gyobfe.2008.06.009.

- Center for Disease Control and Prevention (2008). *Epi-Info, Logiciel de base des données et de statistiques pour les professionnels de santé publique*. Version 3.5.3. Atlanta, Georgie : CDC.
- Chabaud, D. (2010). La résilience des organisations. *Revue française de gestion*(1), 127.
- Chahraoui, K., Benony, H., & Trapet, P. (2001). Caractère dépendant et indépendant des événements de vie dans la dépression. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 159(5), 391-396. doi: 10.1016/S0003-4487(01)00060-9.
- Chang, E. C. (1998). Dispositional optimism and primary and secondary appraisal of a stressor: Controlling for confounding influences and relations to coping and psychological and physical adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(4), 1109-1120. doi: 10.1037/0022-3514.74.4.1109.
- Chouinard, J. (2010). Résilience, spiritualité et réadaptation. *Frontières*, 22(1-2), 89-92. doi: 10.7202/045032ar.
- Cicchetti, D., & Curtis, W. J. (2007). Multilevel perspectives on pathways to resilient functioning. *Development and Psychopathology*, 19(03), 627-629. doi: 10.1017/S0954579407000314.
- Collazzoni, A., Stratta, P., Tosone, A., Rossetti, M. C., D'Onofrio, S., & Rossi, A. (2015). Different roles of resilience in a non clinical sample evaluated for family stress and psychiatric symptoms. *Personality and Individual Differences*. doi: 10.1016/j.paid.2015.12.007.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression And Anxiety*, 18(2), 76-82.
- Costa, R. (2013). L'analyse de classification. Dans G. Masuy-Stroobant & R. Costa (Éds), *Analyser les données en sciences sociales* (pp. 201-224). Bruxelles: P.I.E Peter Lang.
- Coumé, M., Touré, K., Faye, A., Fall, S., Pouye, A., & Diop, T. (2014). Predictive factors of poor self-rated health in a Senegalese female older population. *Les cahiers de l'année gérontologique*, 6(2), 90-95. doi: 10.1007/s12612-014-0376-8.
- Cutrona, C., & Russell, D. (1990). Type of social support and specific stress: toward a theory of optimal matching. Dans B. R. Sarason, I. G. Sarason, & G. R. Pierce (Éds), *Social support : an interactional view* (pp. xvi, 528p.). New York: J. Wiley.
- Cyrulnik, B. (2001). *Les vilains petits canards*. Paris : Éditions Odile Jacob.

- Cyrulnik, B. (2006). *Psychanalyse et résilience*. Paris : Éditions Odile Jacob.
- Cyrulnik, B. (2011). Rien n'est plus simple qu'une pensée complexe. *Hermès, La Revue*(2), 39.
- Cyrulnik, B. (2012a). Pourquoi la résilience. Dans B. Cyrulnik & G. Jorland (Éds), *Résilience : connaissances de base* (pp. 222 p.). Paris : Éditions Odile Jacob.
- Cyrulnik, B. (2012b). *Résilience : connaissances de base*. Paris : Éditions Odile Jacob.
- Cyrulnik, B. (2013). La résilience : un processus multicausal. *Revue française des affaires sociales*(1), 15.
- Dahl, K., larivière, N., & Corbière, M. (2014). L'étude de cas : illustration d'une étude de cas multiples visant à comprendre la participation au travail de personne présentant un trouble de la personnalité limite. Dans M. Corbière & N. Larivière (Éds), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes* (pp. 73-96). Québec: Presse de l'Université du Québec.
- De Rosny, É. (1996a). *La nuit, les yeux ouverts: récit*: Paris : Seuil.
- De Rosny, É. (1996b). *Les yeux de ma chèvre: sur les pas des maîtres de la nuit en pays douala (Cameroun)*: Paris : Seuil.
- Deblinger, E., Runyon, M. K., & Steer, R. A. (2014). Profiles of Personal Resiliency in Youth Who Have Experienced Physical or Sexual Abuse. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 32(6), 558-566. doi: 10.1177/0734282914527407
- Delle Fave, A. (2011). Psychologie positive. Un parcours difficile entre idéal et réalité. Dans C. Martin-Krumm & C. Tarquinio (Éds), *Traité de psychologie positive* (1^{re} éd., pp. 43-56). Bruxelles: De Boeck.
- Denz-Penhey, H., & Murdoch, C. (2008). Personal resiliency: Serious diagnosis and prognosis with unexpected quality outcomes. *Qualitative Health Research*, 18(3), 391-404. doi: 10.1177/1049732307313431.
- Diener, E., & Seligman, M. E. P. (2011). Par-delà l'argent. Pour une économie du bien-être. Dans C. Martin-Krumm & C. Tarquinio (Éds), *Traité de psychologie positive* (1^{re} éd., pp. 78-135). Bruxelles: De Boeck.
- Dionne, S., Rhéaume, A., Cormier, P., & Charron, D. (2008). L'ambiguïté et le conflit de rôle chez les infirmières dans le contexte des réformes de la santé au Nouveau-Brunswick. *Revue De L'*, 39(1-2), 199-223.

- Edjenguélé, M. (2009). *Santé, maladies et médecine africaine. Plaidoyer pour l'autre tradipratique Yaoundé PUY.*
- Erikson, E. H. (1982). *The life cycle completed : a review.* New York: W. W. Norton.
- Ernestus, S. M., & Prelow, H. M. (2015). Patterns of risk and resilience in african american and latino youth. *Journal of Community Psychology, 43*(8), 954-972. doi: 10.1002/jcop.21725.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods, 41*, 1149-1160.
- Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European Psychologist, 18*(1), 12-23. doi: 10.1027/1016-9040/a000124.
- Folke, C. (2006). Resilience: The emergence of a perspective for social–ecological systems analyses. *Global Environmental Change, 16*(3), 253-267. doi: 10.1016/j.gloenvcha.2006.04.002.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3^e éd.). Montréal: Chenelière éducation.
- Fox, H. C., Bergquist, K. L., Gu, P., & Sinha, R. (2010). Interactive effects of cumulative stress and impulsivity on alcohol consumption. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 34*(8), 1376-1385.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., & Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 12*(2), 65-76. doi: 10.1002/mpr.143.
- Gagnon, Y.-C. (2012). *L'étude de cas comme méthode de recherche* (2^e éd.). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- 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.
- 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.

- Gohier, C. (2004). De la démarcation entre critères d'ordre scientifique et d'ordre éthique en recherche interprétative. *Recherche Qualitative*, 24, 3-17.
- Goode, W. J. (1960). A Theory of Role Strain. *American Sociological Review*, 25(4), 483-496.
- Gorwood, P. (2004). *Mesurer les événements de vie en psychiatrie*. Paris : Masson.
- Greeff, A. P., & Holtzkamp, J. (2007). The prevalence of resilience in migrant families. *Family & Community Health: The Journal of Health Promotion & Maintenance*, 30(3), 189-200.
- Gunderson, L. H., Holling, C. S., Pritchard, L., & Peterson, G. D. (2002). Resilience of large-scale resource systems. Dans L. H. Gunderson & L. Pritchard (Éds), *Resilience and the behavior of large scale systems* (pp. 1 ressource en ligne (xxiii, 287 pages)). Washington, D.C.: Island Press.
- Hair, J. F., Tatham, R. L., Anderson, R. E., & Black, W. (2009). *Multivariate Data Analysis* (7^e éd.). New Jersey: Prentice Hall Inc.
- Hamelin, A. (2014). *Résilience et traumatisme craniocérébral : élaboration d'un instrument de mesure*. Thèse de doctorat inédite, Université du Québec à Trois-Rivières. Repéré à <http://depot-e.uqtr.ca/7360/1/030673982.pdf>.
- Hebga, M. P. (1998). *La rationalité d'un discours africain sur les phénomènes paranormaux*: Paris : L'Harmattan.
- Hélie, M. (2011). *Le rôle de la spiritualité en tant que quête de sens dans l'adaptation au deuil : qu'en est-il des interventions psychothérapeutiques?* Essai doctoral inédit, Université du Québec à Trois-Rivières. Repéré à <http://depot-e.uqtr.ca/2282/1/030275391.pdf>.
- Helliwell, J. F. (2006). Well-Being and social capital: Does suicide pose a puzzle? *Social Indicators Research*, 81(3), 455-496. doi: 10.1007/s11205-006-0022-y.
- Hewitt, P. L., & Norton, G. R. (1993). The Beck Anxiety Inventory: A psychometric analysis. *Psychological Assessment*, 5(4), 408-412. doi: 10.1037/1040-3590.5.4.408.
- Hjemdal, O., Friberg, O., Braun, S., Kempenaers, 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.

- Hjemdal, O., Friberg, O., Martinussen, M., & Rosenvinge, J. H. (2001). Mestring og psykologisk motstandsdyktighet hos voksne: Utvikling og foreløpig validering av et nytt instrument. = Preliminary results from the development and validation of a Norwegian scale for measuring adult resilience. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 38(4), 310-317.
- Holland, J. H. (1992). Complex adaptive systems. *Daedalus*, 121(1), 17-30. doi: 10.2307/20025416.
- Holling, C. S. (1973). Resilience and stability of ecological systems. *Annual Review of Ecology and Systematics*, 4, 1-23.
- Hollnagel, E. (2014). Resilience engineering and the built environment. *Building Research & Information*, 42(2), 221-228. doi: 10.1080/09613218.2014.862607.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-218. doi: 10.1016/0022-3999(67)90010-4.
- Houde, R. (2009). *Des mentors pour la relève* (Vol. Éd. rev. et augm). Québec : Les Presses de l'Université du Québec.
- Houde, R. E. (1999). *Les temps de la vie : le développement psychosocial de l'adulte* (3^e éd.). Boucherville, Québec: G. Morin.
- Hurtes, K. P., & Allen, L. R. (2001). Measuring resiliency in youth: The resiliency attitudes and skills profile. *Therapeutic Recreation Journal* 35(4), 333-334.
- IBM Corp. (2010). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 19.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- Idemudia, E., & Mabunda, M. (2012). The relationship between gender, cumulative adversities and mental health of employees in workplace settings in Gauteng Province, South Africa. *Gender & Behaviour*, 10(1), 4319-4343.
- Ingram, R. E., & Price, J. M. (2010). *Vulnerability to psychopathology : Risk across the lifespan* (2^e éd.). New York: Guilford Press.
- Institut National de la Statistique du Cameroun, & ICF International. (2011). *Enquête démographique et santé et à indicateurs multiples du Cameroun 2011*. Calverton, Maryland, USA: INS et ICF International.
- Institut national de la statistique du Cameroun. (2010). *Des statistiques de qualité pour un dialogue social riche. Deuxième enquête camerounaise auprès des ménages*. Repéré à <http://www.stat.cm/downloads/annuaire/2012/Annuaire-2012-complet.pdf>.

- Ionescu, S. (1998). Bases de la psychopathologie. Dans R. Ghiglione & J.-F. Richard (Éds), *Cours de psychologie* (3^e éd. ent. rev. et augm., Vol. 2, pp. 221-281). Paris : Dunod.
- Ionescu, S. (2006). *Psychologie clinique et psychopathologie* (1^{re} éd.). Paris : Presses universitaires de France.
- Ionescu, S. (2009). *Méthodologie de la recherche en psychologie clinique*. Paris : Presses universitaires de France.
- Ionescu, S. (2010). Du pathocentrisme à la salutogenèse : apports du concept de résilience. dans S. Ionescu (Ed.), *Psychopathologie de l'adulte : fondements et perspective* (pp. 271-297). Paris : Belin.
- Ionescu, S. (2011a). Le domaine de la résilience assistée. Dans S. Ionescu (Éd.), *Traité de résilience assistée* (pp. 3-18). Paris : Presses universitaires de France.
- Ionescu, S. (2011b). Résilience et psychothérapie. Dans S. Ionescu (Éd.), *Traité de résilience assistée* (pp. 19-36). Paris : Presses universitaires de France.
- Ionescu, S. (2011c). *Traité de résilience assistée* (1^{re} éd.). Paris : Presses universitaires de France.
- Ionescu, S. (2012). Origine et évolution du concept de résilience. Dans B. Cyrulnik & G. Jorland (Éds), *Résilience : connaissances de base* (pp. 222 p.). Paris : Éditions Odile Jacob.
- Ionescu, S. (2015). De la résilience naturelle à la résilience assistée. Dans F. Julien-Gauthier & C. Jourdan-Ionescu (Éds), *Résilience assistée, réussite éducative et réadaptation*. Laval: CRIRES.
- Ionescu, S., & Bouteyre, E. (2011). Chomage et résilience assistée. Dans S. Ionescu (Éd.), *Traité de résilience assistée* (pp. 463-486). Paris : Presses universitaires de France.
- Ionescu, S., & Jourdan-Ionescu, C. (2006). La psychopathologie comme processus : vulnérabilité et résilience. Dans S. Ionescu (Éd.), *Psychologie clinique et psychopathologie* (1^{re} éd., pp. 133-160). Paris : Presses universitaires de France.
- 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.

- Ionescu, S., Jourdan-Ionescu, C., Bouteyre, E., Muntean, A., Nini, M.-N., Rutembesa, E., & Aguerre, C. (2014). Resilience in university students: Multy site study in France, Québec, Romania, Algérie and Rwanda. Dans S. Ionescu (Éd.), *The second world congress on resilience: From person to society* (pp. 1065-1068). Bologna: Medimond.
- Jain, A. K., Murty, M. N., & Flynn, P. J. (1999). Data clustering: a review. *ACM Comput. Surv.*, 31(3), 264-323. doi: 10.1145/331499.331504.
- Jew, C. L., Green, K. E., & Kroger, J. (1999). Development and validation of a measure of resiliency. *Measurement & Evaluation in Counseling & Development (American Counseling Association)*, 32(2), 75.
- Jourdan-Ionescu, C., Ionescu, S., Bouteyre, E., Roth, M., Méthot, L., & Vasile, D. (2011). Résilience assistée et évènements survenants au cours de l'enfance : maltraitance, maladie, divorce, décès des parents, et troubles psychiatriques des parents. Dans S. Ionescu (Éd.), *Traité de résilience assistée* (pp. 155-246). Paris : Presses universitaires de France.
- Jourdan-Ionescu, C., Ionescu, S., Lauzon, M.-C., Tourigny, S. C., & Ionescu-Jourdan, J. (2015a). *Echelle de facteurs de protection*. Document inédit. Département de Psychologie. Université du Québec à Trois-Rivières. Trois-Rivières, Qc.
- Jourdan-Ionescu, C., Ionescu, S., Lauzon, M.-C., Tourigny, S. C., & Ionescu-Jourdan, J. (2015b). *Echelle de facteurs de risque*. Document inédit. Département de Psychologie. Université du Québec à Trois-Rivières. Trois-Rivières, Qc.
- Jourdan-Ionescu, C., Ionescu, S., Lauzon, M.-C., Tourigny, S. C., & Ionescu-Jourdan, J. (2015c). Facteurs de risque, facteurs de protection et résilience chez des étudiants universitaires québécois. Dans F. Julien-Gauthier & C. Jourdan-Ionescu (Éds), *Résilience assistée, Réussite éducative et réadaptation*. Laval: CRIRES.
- Jourdan-Ionescu, C., Palacio-Quintin, E., Desaulniers, R., & Couture, G. (1998). *Étude de l'interaction des facteurs de risque et de protection chez de jeunes enfants fréquentant un service d'intervention précoce : rapport de recherche* (2980333328). Repéré à Université du Québec à Trois-Rivières, Québec.
- Kaufman, L., & Rousseeuw, P. J. (1990). *Finding groups in data : An introduction to cluster analysis*. New York: J. Wiley.
- Kesebir, P., & Diener, E. (2011). À la poursuite du bonheur. Des réponses empiriques à des questions philosophiques. Dans C. Martin-Krumm & C. Tarquinio (Éds), *Traité de psychologie positive* (1^{re} éd., pp. 60-74). Bruxelles: De Boeck.

- Kiani, S. (2009). Women with disabilities in the North West province of Cameroon: Resilient and deserving of greater attention. *Disability & Society*, 24(4), 517-531. doi: 10.1080/09687590902879205.
- Kim, Y.-O. (1990). Women's family roles and vulnerability to depression: Focus on the Korean middle-aged women (259 p.): ProQuest Dissertations Publishing.
- Kimchi, J., & Schaffner, B. (1990). Childhood protective factor and risk. Dans L. E. Arnold (Éd.), *Childhood stress* (pp. xx, 603p.). New York: J. Wiley.
- Kimessoukié, E. (2014, Mars). *Femmes québécoises et femmes camerounaises: Évaluation des risques pour leur santé mentale*. Affiche présentée au 21^e concours d'affiche scientifique de l'Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, Qc.
- Kimessoukié, É. (Responsable du contenu), Gélinas, S. (Producteur), & Balbinotti, M. (Superviseur de la capsule). (2015). *Les corrélations polychoriques* [Capsule interactive]. Dans M. Cantinotti, M. Balbinotti, & D. Lalande (Producteurs délégués), Service de Soutien et d'Entraide en Méthodologie Appliquée, Université du Québec à Trois-Rivières et Université du Québec à Chicoutimi. Disponible sur <http://www.sesame-savoir.com/>.
- Kimessoukié, E., & Jourdan-Ionescu, C. (2014). Adaptation de l'Échelle de facteurs de protection au contexte socioculturel des femmes Camerounaises. Dans S. Ionescu (Éd.), *The second world congress: From person to society* (pp. 569-574). Bologna: Medimond. Repéré à http://www.medimond.com/proceedings/moreinfo/20140508_index.pdf.
- Kimessoukié, E., Jourdan-Ionescu, C., Ionescu, S., Nkoum, B.A (2015, Mars). *Validation de l'échelle d'adversité psychosociale dans la population des femmes Camerounaises*. Communication présentée au 37e Congrès de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie (27 au 29 mars 2015). Gatineau, Québec.
- Kinser, P. A., & Lyon, D. E. (2014). A conceptual framework of stress vulnerability, depression, and health outcomes in women: potential uses in research on complementary therapies for depression. *Brain and Behavior*, 4(5), 665-674. doi: 10.1002/bbr.3.249.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1-11. doi: 10.1037/0022-3514.37.1.1
- Köhler, W. (1973). *L'intelligence des singes supérieurs*. Paris : Centre d'étude et de promotion de la lecture.

- Kübler-Ross, E. (1977). *La mort : dernière étape de la croissance*. Montréal: Édition Québec/Amérique.
- Kulik, L. (2015). The impact of multiple roles on the well-being of older women: Strain or enrichment? Dans V. Muhlbauer et al. (Éds), *Women and Aging: An International, Intersectional Power Perspective* (pp. 51-69). Switzerland: Springer International Publishing Doi 10.1007/978-3-319-09306-2_4.
- Kulik, L., Shilo-Levin, S., & Liberman, G. (2015). Multiple Roles, Role Satisfaction, and Sense of Meaning in Life. *Journal of Career Assessment*, 23(1), 137-151. doi: 10.1177/1069072714523243.
- Lado, L. (2011). *Le pluralisme médical en Afrique: Colloque international de Yaoundé (3-5 février 2010). Hommage à Eric de Rosny*. Paris : Karthala.
- Lambrenos, K., Weindling, A. M., Calam, R., Cox, A. D., Lambrenos, K., Weindling, A. M., ... Cox, A. D. (1996). Psychosocial adversity scale. *The effect of a child's disability on mother's mental health*, 74, 115-120.
- Larousse. (2009). *Le petit Larousse illustré en couleurs* (Éd. anniversaire de la Semeuse. ed.). Paris: Larousse.
- Lau, U., & van Niekerk, A. (2011). Restorying the self: An exploration of young burn survivors' Narratives of resilience. *Qualitative Health Research*, 21(9), 1165-1181. doi: 10.1177/1049732311405686.
- Laveault, D., & Grégoire, J. (2014). *Introduction aux théories des tests en psychologie et en sciences de l'éducation* (3^e éd.). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck.
- Lecomte, J. (2005). Les caractéristiques des tuteurs de résilience. *Recherche en soins infirmiers*, 3, 22.
- Lee, C., & Powers, J. R. (2002). Number of social roles, Health, and well-being in three generations of australian women. *International Journal of Behavioral Medicine*, 9(3), 195-215.
- Lemry, K. S., & Doelger, L. (2005). Genetic Vulnerabilities to the Development of Psychopathology. Dans J. R. Z. Abela & B. L. Hankin (Éds), *Development of psychopathology : A vulnerability-stress perspective*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.

- Levesque, S. (2011). *Trajectoires de résilience chez des mères adolescentes victimes de violence de la part de leur partenaire amoureux: implications théoriques et pratiques pour le domaine de la promotion de la santé.* (NR83506 Ph.D.), Université de Montréal (Canada), Ann Arbor. Repéré à [http://dx.doi.org/10.3758/BF03192753](http://search.proquest.com/docview/102219591?accountid=14725http://openurl.uquebec.ca:9003/uqtr?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation&genre=dissertations+theses&sid=ProQ:ProQuest+Dissertations+Theses+Full+Text&ttitle=&title=Trajectoires+de+resilience+chez+des+meres+adolescentes+victimes+de+violence+de+la+part+de+leur+partenaire+amoureux%3A+implications+theoriques+et+pratiques+pour+le+domaine+de+la+promotion+de+la+sante&issn=&date=2011-01-01&volume=&issue=&spage=&au=Levesque%2C+Sylvie&isbn=9780494835067&jtitle=&btitle=&rft_id=info:eric/ ProQuest Dissertations & Theses Full Text database.</p>
<p>Loiselle, C. G., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F., & Tatano Beck, C. (2007). <i>Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives.</i> Saint-Laurent, Québec: Éditions du Renouveau pédagogique.</p>
<p>Long, C. R., & Nelson, K. (1999). Honoring diversity: The reliability, validity, and utility of a scale to measure native American resiliency. <i>Journal of Human Behavior in the Social Environment</i>, 2(1-2), 91-107. doi: 10.1300/J137v02n01_07.</p>
<p>Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P. J. (2012). TETRA-COM: A comprehensive SPSS program for estimating the tetrachoric correlation. <i>Behavior Research</i>(44), 1191–1196. doi:DOI 10.3758/s13428-012-0200-6.</p>
<p>Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P. J. (2014). POLYMAT-C: A comprehensive SPSS program for computing the polychoric correlation matrix. <i>Behavior Research Methods</i>, 1-6. doi: 10.3758/s13428-014-0511-x.</p>
<p>Lorenzo-Seva, U. & Ferrando, P.J. (2006). FACTOR: A computer program to fit the exploratory factor analysis model. <i>Behavior Research Methods</i>, 38 (2006), pp. 88–91 <a href=).
- Mancini, A. D., & Bonanno, G. A. (2009). Predictors and parameters of resilience to loss: Toward an individual differences model. *Journal of Personality*, 77(6), 1805-1832. doi: 10.1111/j.1467-6494.2009.00601.x.
- Mancini, A. D., & Bonanno, G. A. (2010). Resilience to potential Trauma, Toward a lifespan Approach. Dans J. W. Reich, A. Zautra, & J. S. Hall (Éds), *Handbook of Adult Resilience* (pp. xix, 540 p.). New York: Guilford Press.
- Maret, I. (2008). Résilience et reconstruction durable : que nous apprend La Nouvelle-Orléans? *Annales de Géographie*, 5, 104.

- Maret, I., & Cadoul, T. (2008). Résilience et reconstruction durable : que nous apprend La Nouvelle-Orléans? / Urban resiliency and sustainable rebuilding : what can we learn from New Orleans? *Annales de Géographie*, 117(663), 104-124.
- Martin-Krumm, C., & Tarquinio, C. (2011). L'optimisme : simple confiance en l'avenir ou stratégie? Quelle réalité? Dans C. Martin-Krumm & C. Tarquinio (Éds), *Traité de psychologie positive* (1^{re} éd., pp. 201-232). Bruxelles: De Boeck.
- 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.
- Mayordomo-Rodríguez, T., García-Massó, X., Sales-Galán, A., Meléndez-Moral, J. C., & Serra-Añó, P. (2015). Resilience patterns: Improving stress adaptation based on an individual's personal features. *International Journal of Aging and Human Development*, 80(4), 316-331. doi: 10.1177/0091415015603595.
- Mburano, P. R. (2008). Statut de la Femme, Planification familiale et fécondité à Mbalmayo et Bafoussam, Cameroun. *African Population Studies*, 22(1), 57-85.
- McAslan, A. (2010). The Concept of Resilient. Understanding its origin, meaning and utility. Repéré à <https://www.flinders.edu.au/centres-files/TRI/pdfs/resilience%20origins%20and%20utility.pdf>.
- McCullough, M. E., Luna, L. R., Berry, J. W., Tabak, B. A., & Bono, G. (2010). On the form and function of forgiving: Modeling the time-forgiveness relationship and testing the valuable relationships hypothesis. *Emotion*, 10(3), 358-376. doi: 10.1037/a0019349.
- Meerow, S., & Newell, J. P. (2015). Resilience and complexity A bibliometric review and prospects for industrial ecology. *Journal of Industrial Ecology*, 19(2), 236-251. doi: 10.1111/jiec.12252.
- Michallet, B. (2015). Résilience et réadaptation en déficience physique : pour un renouvellement des pratiques cliniques et organisationnelles. Dans F. Julien-Gauthier & C. Jourdan-Ionescu (Éds), *Résilience assistée, réussite éducative et réadaptation*. Laval: CRIRES.
- Miller, M. J. (1993). The lifeline : A qualitative method to promote group dynamics. *Journal for Specialists in Group Work*, 18(2), 51-54.
- Ministère de la promotion de la femme et de la famille. (2012). *Hommes et femmes au Cameroun en 2012, analyse situationnelle des progrès en matière de genre*. Repéré à <http://www.statistics-cameroun.org/news.php?id=128>.

- Montreuil, M. (2009). Elaboration et validation d'échelle spécifique. Dans S. Ionescu (Éd.), *Méthodologie de la recherche en psychologie clinique* (pp. 111-141). Paris : Presses universitaires de France.
- Mori, A. S., Furukawa, T., & Sasaki, T. (2013). Response diversity determines the resilience of ecosystems to environmental change. *Biological Reviews*, 88(2), 349-364. doi: 10.1111/brv.12004.
- Morin, E. (1999). *L'intelligence de la complexité*. Paris : L'Harmattan.
- Morin, E., Roger Ciurana, E., & Domingo Motta, R. (2003). *Éduquer pour l'ère planétaire : la pensée complexe comme méthode d'apprentissage dans l'erreur et l'incertitude humaines*. Paris : Éditions Balland.
- Mowder, M. H., Cummings, J. A., & McKinney, R. (2010). Resiliency scales for children and adolescents: Profiles of juvenile offenders. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 28(4), 326-337. doi: 10.1177/0734282910366838.
- Myers, D. G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55(1), 56-67. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.56.
- Negrini, A., Perron, J., & Perron, B. (2014). L'analyse de classification par regroupement, Description et application à une problématique d'équilibre travail-famille et de détresse psychologique. Dans M. Corbière & N. Larivière (Éds), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes* (pp. 327-351). Québec: Pressed de l'Université du Québec.
- Nemeth, C. P., & Hollnagel, E. (2014). *Resilience engineering in practice. Volume 2, Becoming resilient*. Surrey, England: Ashgate.
- Nkoum, B. A. (2011). *Santé plurielle en Afrique: Perspective pluridisciplinaire*: Paris : L'Harmattan.
- Noltemeyer, A. L., & Bush, K. R. (2013). Adversity and resilience: A synthesis of international research. *School Psychology International*, 34(5), 474-487.
- Nygren, B., Aléx, L., Jonsén, E., Gustafson, Y., Norberg, A., & Lundman, B. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging & Mental Health*, 9(4), 354-362. doi: 10.1080/1360500114415.
- O'Dougherty Wright, M., & Masten, A. S. (2005). Resilience processes in development. Dans S. Goldstein & R. Brooks (Éds), *Handbook of resilience in children* (pp. 17-37). New York: Springer.

- Omran, A. R. (2005). The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *Milbank Quarterly*, 83(4), 731-757. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00398.x
- OMS Afrique. (2010). *Cameroun, fiche d'information statistique sanitaire 2010*. Repéré à : https://www.google.cm/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEjK46bModXNAhXGDxoKHU6XDOAQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.afro.who.int%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D7088%26Itemid%3D2593&usg=AFQjCNFLYZHFgSOQgvnHOAP_5F_zssfd4Q
- OMS. (1993). *Classification internationale des maladies. Dixième révision. Chapitre V(F) : troubles mentaux et troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic* (10^e éd.). Geneve: Organisation mondiale de la santé.
- OMS. (2002). *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002 - 2005*. Repéré à : <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js2298f/>.
- OMS. (2013a). *Plan d'action global pour la santé mentale 2013 - 2020*. Genève: OMS.
- OMS. (2013b). *Santé de la femme. Aide-Mémoire 334*. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/fr/>.
- 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.
- Padgett, D. K., Smith, B. T., Henwood, B. F., & Tiderington, E. (2012). Life course adversity in the lives of formerly homeless persons with serious mental illness: Context and meaning. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(3), 421-430. doi: 10.1111/j.1939-0025.2012.01159.x
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3e éd.). Paris : Armand Colin.
- Pargament, K. I., & Cummings, J. (2010). Anchored by faith, religion as resilience factor. Dans J. W. Reich, A. Zautra, & J. S. Hall (Éds), *Handbook of adult resilience* (pp. xix, 540 p.). New York: Guilford Press.
- Park, C. L., Cohen, L. H., & Murch, R. L. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality*, 64(1), 71-105. doi: 10.1111/j.1467-6494.1996.tb00815.x
- Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist*, 55(1), 44-55. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.44.

- Pierre, A., Minn, P., Sterlin, C., Annoual, P. C., Jaimes, A., Raphael, F., ... Kirmayer, L. J. (2010). Culture et santé mentale en Haïti : une revue de littérature. *Santé mentale au Québec*, 35(1), 13.
- Pourtois, J.-P., Humbeeck, B., & Desmet, H. (2011). Résistance et résilience assistée : contribution au soutien éducatif et psychosocial. Dans S. Ionescu (Éd.), *Traité de résilience assistée* (pp. 37-60). Paris : Presses universitaires de France.
- Prince-Embury, S., & Courville, T. (2008). Measurement invariance of the resiliency scales for children and adolescents with respect to sex and age cohorts. *Canadian Journal of School Psychology*, 23(1), 26-40. doi: 10.1177/0829573508316590.
- Provost, M.-A., Alain, M., Leroux, Y., & lussier, Y. (2010). *Normes de présentation d'un travail de recherche* (4e éd.). Trois-Rivières, Québec: S.M.G.
- Psiuk, T. (2005). La résilience, un atout pour la qualité des soins. *Recherche en soins infirmiers*, 3, 12.
- Rashid, T. (2015). Positive psychotherapy: A strength-based approach. *The Journal of Positive Psychology*, 10(1), 25-40. doi: 10.1080/17439760.2014.920411.
- Reich, J. W., Zautra, A., & Hall, J. S. (2010). *Handbook of adult resilience*. New York: Guilford Press.
- Reyer, C. P. O., Brouwers, N., Rammig, A., Brook, B. W., Epila, J., Grant, R. F., ... Villela, D. M. (2015). Forest resilience and tipping points at different spatio-temporal scales: approaches and challenges. *Journal of Ecology*, 103(1), 5-15. doi: 10.1111/1365-2745.12337.
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 307-321. doi: 10.1002/jclp.10020.
- Richardson, G. E. (2011). *The application of the metatheory of resilience and resiliency in rehabilitation and medicine*. Paper presented at the Colloque Resilience : pour voir autrement en réadaptation.
- Riley, J. R., & Masten, A. S. (2005). Resilience in context. Dans R. D. Peters, B. Leadbeater, & R. J. McMahon (Éds), *Resilience in children, families, and communities: Linking context to practice and policy* (pp. xviii, 201 p.). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

- Roy, M., Levasseur, M., & Généreux, M. (Octobre, 2014). De l'individuel au populationnel: Mesurer des actifs de santé pour promouvoir la résilience communautaire . Communication orale au Colloque Réadaptation et résilience : leçons de l'expérience, Trois-Rivières, Université du Québec à Trois-Rivières.
- 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.
- Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14(8), 626-631. doi: 10.1016/1054-139X(93)90196-V.
- Rutter, M. (1996). Transitions and Turning Points in Developmental Psychopathology: As applied to the Age Span between Childhood and Mid-adulthood. *International Journal of Behavioral Development*, 19(3), 603-626.
- Rutter, M. (2007). Resilience, competence, and coping. *Child Abuse & Neglect*, 31(3), 205-209. doi: 10.1016/j.chabu.2007.02.001.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.68.
- Sanders, C. M., Wiley, & Sons, C. (1999). Grief: The mourning after. dealing with Adult bereavement, 2nd edition. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6(5), 406-407. doi: 10.1046/j.1365-2850.1999.00227-5.x
- Sarrazin, P., Pelletier, L., Deci, E., & Ryan, R. (2011). Nourrir une motivation autonome et des conséquences positives dans différents milieux de vie : les apports de la théorie de l'autodétermination. Dans C. Martin-Krumm & C. Tarquinio (Éds), *Traité de psychologie positive* (1^{re} éd., pp. 275-311). Bruxelles: De Boeck.
- Schauder, S. (2011). Troubles mentaux, créativité et résilience. Dans S. Ionescu (Éd.), *Traité de résilience assistée* (pp. 383-417). Paris : Presses universitaires de France.
- Séguin, M., & Brandibas, J. (2011). Prévention des conduites suicidaires : comment soutenir la résilience. Dans S. Ionescu (Éd.), *Traité de résilience assistée* (pp. 327-360). Paris : Presses universitaires de France.
- Seligman, M. E. P. (2012). *S'épanouir : pour un nouvel art du bonheur et du bien-être*. Paris : Belfond.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.5.

- Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774-788. doi: 10.1037/0003-066X.61.8.774.
- Selye, H. (1950). Stress and the general adaptation syndrome. *British Medical Journal*, 1(4667), 1383. doi: 10.1136/bmj.1.4667.1383.
- 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
- Simane, B., Zaitchik, B. F., & Mesfin, D. (2012). Building climate resilience in the Blue Nile/Abay Highlands: A Framework for action. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(2), 610-631. doi: 10.3390/ijerph9020610.
- Simonton, D. K. (2000). Creativity: Cognitive, personal, developmental, and social aspects. *American Psychologist*, 55(1), 151-158. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.151.
- Smith, B., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: Assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15(3), 194-200. doi: 10.1080/10705500802222972.
- SPM. (2016). Art et culture. *Portail du Gouvernement*. Repéré à <http://www.spm.gov.cm/le-cameroun/art-et-la-culture.html>.
- Suriá Martínez, R. (2015). Profiles of resilience and quality of life in people with acquired disability due to traffic accidents. *Gaceta Sanitaria*, 29, 55-59. doi: 10.1016/j.gaceta.2015.01.016.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6^e éd.). Boston: Pearson Education.
- Tchombe, T. M. S., Shumba, A., Lo-oh, J. L., Gakuba, T.-O., Zinkeng, M., & Teku, T. T. (2012). Psychological undertones of family poverty in rural communities in Cameroon: Resilience and coping strategies. *South African Journal of Psychology*, 42(2), 232-242.
- 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.

- Theoret, M., Durand, J. C., Senechal, C., Savoie, A., Brunet, L., Poirel, E., & St-Germain, M. (2014). The role of psychological flexibility for the resilience and psychological health. Dans S. Ionescu (Éd.), *The second world congress: From person to society* (pp. 35-40). Bologna: Medimond. Repéré à http://www.medimond.com/proceedings/moreinfo/20140508_index.pdf.
- Theron, L. C., & Theron, A. (2013). Positive adjustment to poverty: How family communities encourage resilience in traditional African contexts. *Culture & Psychology*, 19(3), 391-413. doi: 10.1177/1354067x13489318
- 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. doi: 10.1177/0095798412454675.
- Thiombiano, B. (2009). Ruptures d'unions conjugales au Burkina Faso: Causes et effets sur les femmes et leurs enfants: ProQuest Dissertations Publishing.
- Tousignant, M. (1992). *Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques*. Chicoutimi: J.-M. Tremblay.
- Toussignant, M. (2012). La culture comme source de résilience. Dans B. Cyrulnik & G. Jorland (Éds), *Résilience : connaissances de base* (pp. 222 p.). Paris : Éditions Odile Jacob.
- Tufféry, S. (2005). *Data mining et statistique décisionnelle: l'intelligence dans les bases de données*. Paris : Technip.
- Ungar, M. (2008). Resilience across Cultures. *British Journal of Social Work*, 38(2), 218-235. doi: 10.1093/bjsw/bcl343.
- Ungar, M. (2013). Resilience, trauma, context, and culture. *Trauma, Violence, & Abuse*, 14(3), 255-266. doi: 10.1177/1524838013487805
- Vermeiren, E. (2012). Analyse critique du concept de résilience. Dans R. Coutanceau (Éd.), *Trauma et résilience : victimes et auteurs* (pp. 15-22). Paris : Dunod.
- Wagnild, G. (2009). A review of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 17(2), 105-113.
- 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.
- Wagnild, G., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 4(3), 81-85.

- Watkins, P. C. (2011). Gratitude et Bien-être. Dans C. Martin-Krumm & C. Tarquinio (Éds), *Traité de psychologie positive* (1^{re} éd., pp. 519-537). Bruxelles: De Boeck.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1989). *Vulnerable, but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: Adams, Bannister, Cox.
- Wood, A. M., Joseph, S., & Maltby, J. (2009). Gratitude predicts psychological well-being above the Big Five facets. *Personality and Individual Differences*, 46(4), 443-447. doi: 10.1016/j.paid.2008.11.012.
- Yahyaoui, A., & Lakhdar Dhouha, B. H. (2014). Croyances culturelles. Facteurs de protection et d'affiliation familiales. *Le Divan familial*, I(32), 103-121. doi: 10.3917/difa.032.0103
- Yin, R. K. (2014). *Case study research: Design and methods* (5^e éd.). Los Angeles: SAGE.
- Zimmerman, M. (1983). Methodological issues in the assessment of life events: A review of issues and research. *Clinical Psychology Review*, 3(3), 339-370. doi: 10.1016/0272-7358(83)90019-3.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

THÈSE PRÉSENTÉE À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
ÉTIENNE KIMESSOUKIE OMOLOMO

VARIABILITÉ ET MODÉLISATION PHÉNOMÉNOLOGIQUE DE LA
RÉSILIENCE CHEZ DES FEMMES CAMEROUNAISES
CONFRONTÉES À UNE FORTE ADVERSITÉ

VOLUME 2

OCTOBRE 2016

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

Cette thèse a été dirigée par :

Colette Jourdan-Ionescu, Ph. D., directrice de recherche Université du Québec à Trois-Rivières

Jury d'évaluation de la thèse :

Colette Jourdan-Ionescu, Ph. D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Jean-Marie Miron, Ph. D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Michael Cantinotti, Ph. D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Michel Tousignant, Ph. D.

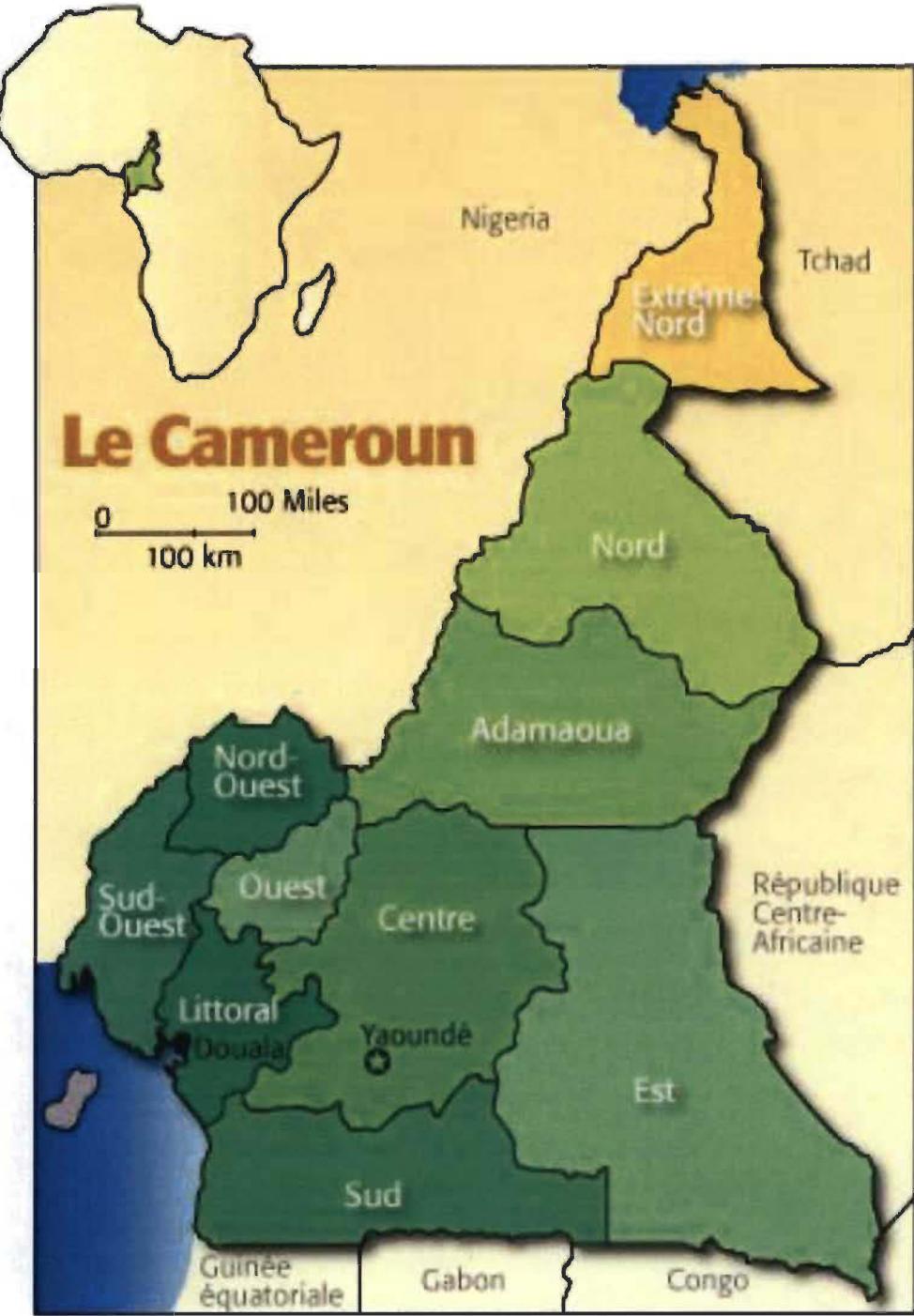
Université du Québec à Montréal

Thèse soutenue le 22 septembre 2016

Table des matières

Appendice A. Carte du Cameroun	1
Appendice B. Échelle originale de Facteurs de risque et Facteurs de protection	3
Appendice C. Lieux de recrutement des participantes.....	6
Appendice D. Certificat d'éthique de la recherche et autres autorisations d'enquête	9
Appendice E. Lettre d'information aux participantes	19
Appendice F. Formulaires de consentement Phase 1 et 2	23
Appendice G. Échelle d'adversité psychosociale	26
Appendice H. Version adaptée de l'Échelle de facteurs de protection	31
Appendice I. Questionnaire de renseignements généraux	34
Appendice J. Validation des récits par les participantes.....	37
Appendice K. Outil ligne de vie/ Événements de vie	41
Appendice L. Guide d'entretien	43
Appendice M. Récits phénoménologiques.....	45
Appendice N. Affiches scientifiques sur le MoThER.....	80

Appendice A
Carte du Cameroun



Appendice B
Échelle originale de Facteurs de risque et Facteurs de protection

Version originale Échelle de Facteurs de risque (Jourdan-Ionescu et al., 2010)

<i>Pour chaque situation suivante, si vous l'avez vécue, cochez le (ou les) moment(s) où vous l'avez vécue, ainsi que l'impact qu'elle a eu de très négatif (--) à très positif (+++)</i>	<i>Je l'ai vécu avant mes 16 ans</i>	<i>Impact (--- à +++)</i>	<i>Je l'ai vécu de mes 16 ans à il y a un an</i>	<i>Impact (--- à +++)</i>	<i>Je l'ai vécu durant la dernière année</i>	<i>Impact (--- à +++)</i>
1. Parents trop jeunes (devenus parents à moins de 18 ans)						
2. Relations difficiles avec mes parents						
3. Séparation, divorce de mes parents						
4. Reconstitution familiale						
5. Naissance d'un frère ou d'une soeur						
6. Maltraitance (violence, abus sexuel, négligence)						
7. Maladie physique dans la famille						
8. Maladie mentale dans la famille						
9. Maladie physique (personnelle)						
10. Maladie mentale (personnelle)						
11. Handicap dans la famille						
12. Handicap (personnel)						
13. Perte d'emploi (ou chômage) des parents						
14. Difficultés financières familiales majeures						
15. Difficultés d'apprentissage						
16. Décrochage scolaire						
17. Manque de confiance en moi						
18. Problèmes avec mon apparence physique						
19. Difficultés émotionnelles, dépression						
20. Problèmes avec les amis						
21. Difficultés dans les relations sociales						
22. Problèmes de couple (rupture, conflits, avortement, etc.)						
23. Déménagement						
24. Accident d'un proche						
25. Accident (personnel)						
26. Hospitalisation d'un proche						
27. Hospitalisation (personnelle)						
28. Perte d'emploi						
29. Difficultés financières personnelles						
30. Décès d'un proche						
31. Stress majeur lié aux examens						
32. Problème de dépendance (alcool, drogues, Internet, jeux, etc.)						
33. Paternité, maternité						
34. Problème avec la loi						
Autre, spécifiez SVP : _____						

Version originale Échelle de facteurs de protection (Jourdan-Ionescu et al., 2010)

<i>Lisez attentivement les énoncés suivants et indiquez si vous êtes d'accord en cochant la réponse OUI ou NON. Si vous hésitez, choisissez la réponse la plus proche de votre opinion.</i>		OUI	NON
1	Mes premières années de vie se sont déroulées sans problème.		
2	Je suis en bonne santé (santé physique, absence de handicap, santé mentale).		
3	J'ai un tempérament facile.		
4	Mon intelligence est moyenne ou supérieure.		
5	Je fais preuve d'ouverture d'esprit.		
6	Je m'attribue les causes de mes réussites, comme de mes échecs.		
7	J'ai de bonnes habiletés sociales.		
8	J'ai une bonne estime de moi.		
9	J'utilise très souvent l'humour pour relativiser les choses.		
10	Je suis habituellement capable de résoudre les problèmes que je rencontre (financiers, d'apprentissage, relationnels, etc.).		
11	Lorsque j'ai besoin d'aide, je sais comment en trouver.		
12	J'ai de bonnes stratégies pour faire face aux difficultés (par exemple, je parle aux autres, je fais du sport, je prends des décisions).		
13	Jeune enfant, j'ai eu des relations affectueuses avec mes parents.		
14	Comme enfant, j'ai reçu de bons soins et une bonne éducation.		
15	Je considère que mes parents ont bien réussi leur vie.		
16	J'ai un(des) frère(s)/une(des) sœur(s) et j'en suis proche.		
17	Mes parents sont en vie et vivent toujours ensemble.		
18	J'ai grandi dans un climat familial chaleureux.		
19	Je bénéficie d'un soutien émotionnel et concret de la part de mes parents.		
20	Mes parents ont eu des attentes envers moi qui m'ont poussé à me dépasser.		
21	Mes parents sont en bonne santé (santé physique, santé mentale, absence de handicap, etc.).		
22	Ma famille m'a toujours offert de bonnes conditions de vie matérielles.		
23	J'ai un bon réseau social [amis, collègues, membre de ma famille élargie, etc., personnes auxquelles je suis attaché(e) et qui peuvent m'écouter et m'offrir du soutien].		
24	J'habite à proximité de ressources (centre de santé, centre de loisirs, etc.) et je les utilise au besoin.		
25	J'habite dans un quartier agréable (ni dangereux, ni défavorisé).		
26	Avant d'entrer à l'université, j'ai bénéficié d'un bon environnement scolaire.		
27	Je suis en couple et je peux compter sur mon(ma) conjoint(e).		
28	J'ai eu des modèles de pairs ayant une influence positive.		
29	Je me suis impliqué(e)/je m'implique dans des activités de loisirs intéressantes.		
30	J'ai eu de bons modèles de développement en dehors de ma famille.		
31	J'ai eu la chance de rencontrer une personne qui m'a servi de mentor (relation positive qui a favorisé mon développement).		
32	J'ai eu/ j'ai un animal auquel je suis attaché.		
33	La religion peut m'apporter du réconfort.		
34	Je suis heureux(e) d'appartenir à ma communauté culturelle (partage de valeurs, normes, traditions, fêtes, etc.).		
35	Je me rends utile à ma communauté (en faisant du bénévolat par exemple).		
Autres, précisez, SVP : _____			

Avez-
vous des
chooses à
ajouter?

Appendice C
Lieux de recrutement des participantes

Tableau 1

Lieux de recrutement des participantes dans les différentes villes

Ville de collecte des données	Lieu de collecte des données	Total
Maroua	Barmaré	6
	Boaliwol	6
	Djarengol	17
	Djongo	1
	Domayo	7
	Domicile	39
	Doualare	2
	Douggói	4
	École Normale Supérieur de Maroua	65
	Hardé	7
	Horo tchede	2
	Koutbawo	2
	Lopéré	1
	Louggeo	3
	Makabaye	1
	Meskine	1
	Missinguileo	14
	Moufia	1
	Ouro-Dolé	2
	Palar	13
	Pitoaré	9
	Pont Vert	2
	Quartier Toupouri	2
	Zokok	10
Sous total		217
Bafoussam	Associations	21
	Domicile	10
	École des Aides Soignant de Bafoussam	31
	École des Infirmiers Diplômés d'État de Bafoussam	70
	Facebook snack bar	2
	Lieu de service	21
	Marché central de Bafoussam	10
	Marché de Bandjoun	2
	Thermomètre Bar	1
Sous total		168

Tableau 37

Lieux de recrutement des participantes dans les différentes villes (suite)

Ville de collecte des données	Lieu de collecte des données	Total
Douala	Domicile	10
	École Normale d'Instituteurs de l'Enseignement Générale de Douala	54
	EGLISE	9
	Femme FONODERA	8
	Institut Lumière des Justes (École de formation)	21
	Institut supérieur des Affaires et du Management	24
	Université Adventiste Cosendai	11
	Usagères des formations sanitaires	100
Sous total		237
Yaoundé	Associations	4
	Domicile	51
	École des Infirmiers Spécialisés de Yaoundé	59
	École des Sciences de la Santé de Yaoundé	112
	Fondation Virginia Henderson (École de Formation)	98
	Usagères formations sanitaires	59
Sous total		383
Total général		1005

Appendice D
Certificat d'éthique de la recherche et autres autorisations d'enquête



CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÉTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

Titre : Adversités et facteurs de protection favorisant la résilience des femmes camerounaises

Chercheurs : Étienne Kimessouklé Omolomo
Département de Psychologie

Organismes : Aucun financement

N° DU CERTIFICAT : CER-14-201-07.13

PÉRIODE DE VALIDITÉ : Du 28 avril 2014 au 28 avril 2015

En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage :

- à aviser le CER par écrit de tout changement apporté à leur protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- à procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminé;
- à aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématuré de la recherche;
- à faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.

Hélène-Marie Thérien
Présidente du comité

Fanny Longpré
Secrétaire du comité

Décanat de la recherche et de la création

Date d'émission : 28 avril 2014



CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÉTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

Titre : Adversités et facteurs de protection favorisant la résilience des femmes camerounaises

Chercheurs : Étienne Kimessoukié Omolomo
Département de Psychologie

Organismes : Aucun financement

N° DU CERTIFICAT : CER-14-201-07.13

PÉRIODE DE VALIDITÉ : Du 28 avril 2015 au 28 avril 2016

En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage :

- à aviser le CER par écrit de tout changement apporté à leur protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- à procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- à aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématuré de la recherche;
- à faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.

Bruce Maxwell

Président du comité

Fanny Longpré

Secrétaire du comité

Décanat de la recherche et de la création

Date d'émission : 31 mars 2015



CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÉTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

Titre : Adversités et facteurs de protection favorisant la résilience des femmes camerounaises

Chercheurs : Étienne Kimessoukié Omolomo
Département de Psychologie

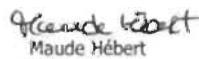
Organismes : Aucun financement

N° DU CERTIFICAT : CER-14-201-07.13

PERIODE DE VALIDITÉ : Du 28 avril 2016 au 28 avril 2017

En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage :

- à aviser le CER par écrit de tout changement apporté à leur protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- à procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminé;
- à aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prémature de la recherche;
- à faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.


Maude Hébert

Présidente du comité


Fanny Longpré

Secrétaire du comité

REGION DE L'EXTREME-NORD

DEPARTEMENT DU DIAMARE

PREFECTURE DE MAROUA

SERVICE DES AFFAIRES ADMINISTRATIVES,
JURIDIQUES ET POLITIQUES

N° A8 /AR/K22/SAAJP/ob

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix-Travail-Patrie

AUTORISATION DE RECHERCHE

Le Préfet du Département du Diamaré à Maroua soussigné, autorise Monsieur **KIMESSOUKIE OMOLOMO Etienne**, étudiant à l'Université Catholique d'Afrique Centrale, matricule A7571475, inscrit à l'Ecole des Sciences de la Santé, à mener du 1^{er} au 31 Juillet 2014, les enquêtes portant sur le thème : « **l'adversité et les facteurs de protection favorisant la résilience des femmes camerounaises** ».

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



REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL

DELEGATION REGIONALE DE L'OUEST

ECOLE DES AIDES-SOIGNANTS DE BAFOUSSAM
B.P. 912, FAX/TEL 344-20-62/344-15-39.

BAFOUSSAM
N° 877 /AE/MINSSANTE/SG/DRSPO/EAS-BAF.-

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

SECRETARY GENERAL'S OFFICE

REGIONAL DELEGATION OF WEST

SCHOOL FOR ASSISTANT NURSES BAFOUSSAM
P.O. BOX. 912 TEL 344-20-62/344-15-39

BAFOUSSAM

BAFOUSSAM, le 18 JUN 2014

MONSIEUR LE DIRECTEUR

A

MONSIEUR ETIENNE KIMESSOUKIE OMOLOMO

OBJET : Autorisation d'enquête

Faisant suite à la demande d'autorisation d'enquête introduite le 17 juin 2014 par Monsieur le Directeur de l'Ecole des Sciences de la Santé de l'UCAC dont le projet de recherche porte sur « l'adversité et les facteurs de protection favorisant la résilience des femmes camerounaises », votre population d'étude étant constituée des femmes âgées de 20 à 25 ans, mon établissement est majoritairement constitué des femmes de cette tranche d'âge.

A ce props, je vous autorise de mener votre enquête tout en veillant au respect des principes éthiques tels que contenus dans votre projet.

Vous me tiendrez informé des difficultés rencontrées dans sa mise en œuvre.



Université Catholique d'Afrique Centrale

Ecole des Sciences de la Santé
Département de la recherche



Yaoundé, le 17 juin 2014

Monsieur le Directeur

A

Monsieur le Directeur

**École Publique des Infirmiers diplômés
d'Etat de Bafoussam**

Objet : Demande d'autorisation d'enquête

Monsieur le Directeur,

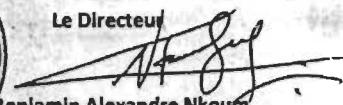
Nous venons auprès de votre bienveillance solliciter une autorisation d'enquête pour Monsieur Etienne Kimesoukli Omolomo Etienne. Il est Infirmier, enseignant dans notre Institution et doctorant à l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Son projet de recherche porte sur « L'adversité et les facteurs de protection favorisant la résilience des femmes camerounaises ». Sa population d'étude est constituée des femmes âgées de 20 à 55 ans. Dans votre institution, il s'intéresse aux étudiantes qui respectent ce critère d'âge. Son projet de recherche prévoit que l'administration des questionnaires au sein des Écoles se fasse en groupe. A cet effet, nous sollicitons que des facilités pour la rencontre, en groupe, des étudiantes lui soient accordées.

Avec tous nos remerciements, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de nos meilleures salutations.



Le Directeur


 Benjamin Alexandre Nkoum

Cl-joints :

- Une lettre d'information sur le projet de recherche
- Le formulaire de consentement à l'intention des participantes
- Un exemplaire des questionnaires



UNIVERSITÉ CATHOLIQUE D'AFRIQUE CENTRALE

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA SANTÉ

Département de la recherche

Yaoundé, le 28 mai 2014

Accord.

*RECESTE
ESS-SPIG.*

Monsieur le Directeur

A

Madame la Directrice

École des Infirmiers spécialisés de Yaoundé

Objet : Demande d'autorisation d'enquête

Madame la Directrice,

Nous venons auprès de votre bienveillance solliciter une autorisation d'enquête pour Monsieur Etienne Kimessoukié Omolomo. Il est Infirmier, enseignant dans notre institution et doctorant à l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Son projet de recherche porte sur « *L'adversité et les facteurs de protection favorisant la résilience des femmes camerounaises* ». Sa population d'étude est constituée des femmes âgées de 20 à 55 ans. Dans votre institution, il s'intéresse aux étudiantes qui respectent ce critère d'âge. Son projet de recherche prévoit l'administration en groupe des questionnaires au sein des Écoles. A cet effet, nous sollicitons que des plages horaires de une à deux heures lui soient accordées dans les classes où cette enquête est possible.

Avec tous nos remerciements, nous vous prions d'agréer, Madame la Directrice, l'expression de nos sentiments distingués.



Le Directeur

Dr Benjamin Alexandre Nkoum

Ci-joints :

- Une lettre d'information sur le projet de recherche
- Le formulaire de consentement à l'intention des participantes
- Un exemplaire des questionnaires



UNIVERSITÉ CATHOLIQUE D'AFRIQUE CENTRALE
ÉCOLE DES SCIENCES DE LA SANTÉ

Département de la recherche

Yaoundé, le 28 mai 2014

Le DIRECTEUR
 DE L'ENIEG BILINGUE DOUALA

AC/CON
 03/05/2014
 Mme Nga Ayenlog Epse Pandji
 Directrice de l'Enseignement Normal
 et de la Formation Continue

Monsieur le Directeur

À

Madame la Directrice

École Normale des Instituteurs de
 l'Enseignement Général / Bonamoussadi-Dia 5^e

Objet : Demande d'autorisation d'enquête

Madame la Directrice,

Nous venons auprès de votre bienveillance solliciter une autorisation d'enquête pour Monsieur Etienne Kimessoukié Omolomo. Il est Infirmier, enseignant dans notre institution et doctorant à l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Son projet de recherche porte sur « *L'adversité et les facteurs de protection favorisant la résilience des femmes camerounaises* ». Sa population d'étude est constituée des femmes âgées de 20 à 55 ans. Dans votre institution, il s'intéresse aux étudiantes qui respectent ce critère d'âge. Son projet de recherche prévoit l'administration en groupe des questionnaires au sein des Écoles. A cet effet, nous sollicitons que des plages horaires de une à deux heures lui soient accordées dans les classes où cette enquête est possible.

Avec tous nos remerciements, nous vous prions d'agréer, Madame la Directrice, l'expression de nos sentiments distingués.



Le Directeur

Dr Benjamin Alexandre Nkoum

Ci-joints :

- Une lettre d'information sur le projet de recherche
- Le formulaire de consentement à l'intention des participantes
- Un exemplaire des questionnaires



UNIVERSITÉ CATHOLIQUE D'AFRIQUE CENTRALE

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA SANTÉ

Département de la recherche

Yaoundé, le 28 mai 2014

Monsieur le Directeur

À

Me Anan Jack René.

Madame la Présidente de l'Association Femmes
de Bonangang / Douala

Objet : Demande d'autorisation d'enquête

Madame la Présidente,

Nous venons auprès de votre bienveillance solliciter une autorisation d'enquête pour le projet de recherche de Monsieur Etienne Kimessoukié Omolomo. Il est Infirmier, enseignant dans notre institution et doctorant à l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Son projet de recherche porte sur « *L'adversité et les facteurs de protection favorisant la résilience des femmes camerounaises* ». Sa population d'étude est constituée des femmes âgées de 20 à 55 ans. Son projet de recherche prévoit l'administration en groupe des questionnaires au sein des associations de femmes. A cet effet, nous sollicitons qu'au cours de l'une de vos réunions, les membres de votre association participent à cette enquête. Le remplissage des questionnaires nécessite environ une heure.

Avec tous nos remerciements, nous vous prions d'agréer, Madame la Présidente,
l'expression de nos sentiments distingués.



Le Directeur

Dr Benjamin Alexandre Nkoudou

Cl-joints :

- Une lettre d'information sur le projet de recherche
- Le formulaire de consentement à l'intention des participantes
- Un exemplaire des questionnaires

Appendice E
Lettre d'information aux participantes



LETTRE D'INFORMATION

Invitation à participer au projet de recherche

Adversités et facteurs de protection favorisant la résilience des femmes camerounaises

Etienne Kimessoukié Omolomo,

Doctorant

Programme doctorat continuum d'étude en psychologie (profil recherche)
Département de Psychologie

Supervisé par :

Colette Jourdan-Ionescu

Professeure au Département de Psychologie.

Votre participation à la recherche, qui vise à mieux comprendre la résilience des femmes camerounaises, serait grandement appréciée. La résilience est le résultat d'un processus au cours duquel des personnes confrontées à des problèmes qui engendrent une souffrance psychologique, parviennent à ne pas développer des troubles mentaux et à reconstruire leur vie autour de ces expériences pénibles.

Objectifs

Les objectifs de ce projet de recherche sont : (1) *Identifier les problèmes, sources de souffrances psychologiques, que les femmes camerounaises rencontrent et les moyens sur lesquels elles s'appuient pour y faire face; et définir un moyen d'évaluation du degré de risque pour la santé mentale* (2) *déterminer la relation entre les problèmes vécus, les moyens utilisés et la résilience chez les femmes.* (3) *Comprendre à partir de l'analyse des trajectoires de vie le processus de résilience des femmes camerounaises.*

Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire le formulaire de consentement attentivement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision.

Tâche

Votre participation à ce projet de recherche consiste à remplir une série de questionnaire permettant d'évaluer les problèmes auxquels vous êtes confrontés, les moyens que vous utilisés pour y faire face, votre capacité de résilience, la présence ou non des symptômes d'anxiété ou de dépression.

Certaines femmes présentant de fort trait de résilience seront invitées à remplir un outil permettant d'identifier les événements positifs et négatifs survenus dans leur vie. Cette participation impliquera aussi deux entretiens avec le responsable de la recherche sur leur expérience de vie. Les entretiens seront enregistrés sur magnétophone et ne serviront que pour la recherche. La rencontre de recueil d'information se déroulera soit dans votre établissement de formation, soit au centre d'accueil de l'informateur par qui nous sommes entrés en contact avec vous, soit encore dans votre domicile ou tout autre lieu selon votre convenance.

Risques, inconvénients, inconforts

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet demeure le seul inconvénient, soit environ une heure pour celles qui ne participeront qu'à la première phase de l'étude, et trois heures de plus pour celles qui participeront à la deuxième phase de la recherche. Toutefois, il est possible que la prise de conscience de votre état psychologique à partir des résultats du bilan psychologique que vous allez faire ou le souvenir de certains événements pénibles que vous avez vécu génèrent un certain inconfort psychologique. Dans ce cas, vous devez le signaler au responsable du projet de recherche qui vous apportera un soutien psychologique, et si la situation le requiert, il vous orientera vers des structures adéquates de prise en charge.

Bénéfices

Le bénéfice direct que vous pourrez tirer de la participation à cette recherche est un bilan de votre état psychologique au moyen d'instruments dont la validité est prouvée sur le plan international. En outre, la satisfaction éprouvée à travers la contribution à l'avancement des connaissances au sujet de *la résilience des femmes camerounaises* est également un bénéfice lié à votre participation à cette recherche. Par ailleurs, votre expérience de résilience pourra permettre ultérieurement d'élaborer des interventions de promotion de la santé et de prévention adaptées au contexte socioculturel camerounais, en vue d'aider d'autres femmes à restaurer, maintenir ou renforcer leur santé. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Aucun questionnaire ne portera votre nom. Lors de la transcription des données, seul votre code sera inscrit sur le compte rendu d'entretien. Des noms fictifs vous seront attribués lors du traitement des données. Les assistants de recherche auront accès aux données sans nom pour des fins de saisie informatique ou de transcription. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'*articles*, *de thèse ou de communications à des congrès scientifiques*, ne permettront pas d'identifier les participantes.

Les données recueillies seront conservées sous clé au laboratoire de santé mentale de l'Université du Québec à Trois-Rivières. La seule personne qui y aura accès sera le responsable de la recherche. Les données seront détruites après la publication finale de la thèse et des articles et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

Le chercheur se réserve aussi la possibilité de retirer un participant en lui fournissant des explications sur cette décision.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Etienne KIMESSOUKIE OMOLOMO par courriel à l'adresse suivante : kimessou@uqtr.ca ou au téléphone 1 819 701 9527 (Canada) ou 237 99 00 89 26 (Cameroun).

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-14-201-07.13 a été émis le 28 avril 2014.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone 1 819 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.

Une autorisation d'enquête délivrée par les autorités administratives de votre lieu de résidence est également annexée à cette lettre d'information.

Appendice F
Formulaires de consentement Phase 1 et 2



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT PREMIÈRE ENQUETE

Engagement du chercheur

Moi, Etienne KIMESSOUKIE OMOLOMO, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je, _____, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet « Adversités et facteurs de protection favorisant la résilience des femmes camerounaises ». J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

J'accepte donc librement de participer à la première phase de ce projet de recherche

Code participant _____ / _____ / _____ / _____ / _____	Contact chercheur : kimessou@uqtr.ca Tel : 1 819 701 9527 / 237 99 00 89 26
Signature :	Signature :
Nom :	Nom : Kimessoukié Omolomo Etienne
Date :	Date :

J'accepte qu'on me recontacte pour un entretien approfondi sur mon expérience de résilience.

Signature _____ N° de téléphone _____



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DEUXIÈME ENQUETE

Engagement du chercheur

Moi, Etienne KIMESSOUKIE OMOLOMO, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je, _____, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet « Adversités et facteurs de protection favorisant la résilience des femmes camerounaises ». J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

J'accepte donc librement de participer à la deuxième phase de ce projet de recherche

Code participant _____ / _____ / _____ / _____ / _____	Contact chercheur : kimessou@uqtr.ca Tel : 1 819 701 9527 / 237 99 00 89 26
Signature :	Signature :
Nom :	Nom : Kimessoukié Omolomo Etienne
Date :	Date :

Appendice G
Échelle d'adversité psychosociale

Version de l'Échelle d'adversité psychosociale soumise à la validation

	Cochez la case de votre réponse		Si oui, comment a été votre vécu de cette situation? (Cochez une seule case correspondant à votre réponse)				
	Oui	Non	Pas du tout pénible	Peu pénible	Pénible	Très pénible	Extrêmement pénible
Pour chacun des items ci-dessous, cochez si oui ou non vous l'avez vécue. Indiquez comment vous l'avez vécue en cochant la case correspondante. Répondez à tous les items, même les N° 33 et 34. Il n'y a pas de mauvaise réponse.							
1. Je suis devenue parent trop jeune							
2. J'ai eu des relations difficiles avec mes parents							
3. Mes parents se sont séparés ou ont divorcé							
4. Ma famille a été reconstituée ou est polygamique							
5. J'ai vécu une (des) maternité(s) difficile(s)							
6. J'ai vécu des maltraitances (violence, abus sexuel, négligence, etc.)							
7. Un membre de ma famille a (ou a eu) une maladie chronique							
8. Un membre de ma famille a (ou a eu) un trouble mental							
9. J'ai une maladie chronique							
10. J'ai eu un trouble mental							
11. Un membre de ma famille a (ou a eu) un handicap							

Pour chacun des items ci-dessous, cochez si oui ou non vous l'avez vécue. Indiquez comment vous l'avez vécue en cochant la case correspondante. Répondez à tous les items, même les N° 33 et 34. Il n'y a pas de mauvaise réponse.

	Cochez la case de votre réponse		Si oui, comment a été votre vécu de cette situation? (Cochez une seule case correspondant à votre réponse)				
	Oui	Non	Pas du tout pénible	Peu pénible	Pénible	Très pénible	Extrêmement pénible
12. J'ai un handicap							
13. Mon conjoint (ou l'un de mes parents) a perdu son emploi							
14. Ma famille vit (ou a vécu) des difficultés financières majeures							
15. J'ai eu des difficultés scolaires							
16. J'ai eu à abandonner ou interrompre les études							
17. J'ai un manque de confiance en moi							
18. J'ai été (je suis) gênée par mon apparence physique							
19. J'ai vécu des moments de dépression ou de surmenage							
20. J'ai vécu beaucoup de problèmes avec des ami(e)s							
21. J'ai eu des difficultés dans les relations sociales							
22. J'ai eu des problèmes de couple (rupture, conflits, déception sentimentale, avortement, etc.)							
23. J'ai vécu (ou je vis) des problèmes en rapport avec la sorcellerie							

Pour chacun des items ci-dessous, cochez si oui ou non vous l'avez vécue. Indiquez comment vous l'avez vécue en cochant la case correspondante. Répondez à tous les items, même les N° 33 et 34. Il n'y a pas de mauvaise réponse.

	Cochez la case de votre réponse		Si oui, comment a été votre vécu de cette situation? (Cochez une seule case correspondant à votre réponse)				
	Oui	Non	Pas du tout pénible	Peu pénible	Pénible	Très pénible	Extrêmement pénible
24. J'ai vécu (ou je vis) des problèmes en rapport avec mes coutumes et traditions							
25. Un membre de ma famille ou un proche a eu un accident grave							
26. J'ai eu un accident grave							
27. J'ai vécu le chômage ou la perte de mon emploi							
28. J'ai vécu des difficultés financières majeures							
29. J'ai vécu le décès d'un proche ou d'un membre de ma famille							
30. J'ai vécu des situations d'insécurité (agression, cambriolage, vol, etc.)							
31. Je vis de grandes frustrations professionnelles							
32. J'ai eu des problèmes importants avec la loi (police, gendarmerie, tribunal)							
Autres situations difficiles vécues (spécifiez SVP) :	33.						
	34.						

35. Parmi les propositions ci-dessous, cochez celle qui correspond le mieux au niveau de problèmes auquel vous faites face actuellement.

1. Je n'ai aucun problème qui me préoccupe actuellement
2. J'ai peu de problèmes qui me préoccupent actuellement
3. J'ai assez de problèmes qui me préoccupent actuellement
4. J'ai beaucoup de problèmes qui me préoccupent actuellement
5. Je n'ai que des problèmes qui me préoccupent actuellement.

Appendice H
Version adaptée de l’Échelle de facteurs de protection

Avez-vous des choses à ajouter concernant des moyens qui vous aident à maintenir ou restaurer votre équilibre psychologique et social?

N°	<i>Lisez attentivement les énoncés suivants et indiquez si vous êtes d'accord en cochant la réponse OUI ou NON. Si vous hésitez, choisissez la réponse la plus proche de votre opinion.</i>	Oui	Non
1	Mon enfance a été heureuse		
2	Je suis habituellement en bonne santé		
3	Je suis facile à vivre		
4	Mon intelligence est au-dessus de la moyenne		
5	Je suis une personne ouverte		
6	Je me sens responsable de mes réussites, comme de mes échecs		
7	Je m'entends bien avec les autres		
8	Je suis habituellement fière de moi		
9	J'aime blaguer ou faire rire les autres pour détendre l'atmosphère		
10	Je suis habituellement capable de résoudre les problèmes que je rencontre (financiers, d'apprentissage, relationnels, etc.).		
11	Lorsque j'ai besoin d'aide, je sais comment en trouver.		
12	Lorsque j'ai des difficultés, je peux parler à des proches, prendre des décisions ou pratiquer des activités qui me détendent ou m'apaisent		
13	J'ai grandi avec mes parents.		
14	Comme enfant, j'ai reçu de bons soins et une bonne éducation.		
15	Je considère que mes parents ont bien réussi leur vie.		
16	Je suis proche de mes frères et sœurs		
17	Mes parents vivent toujours ensemble		
18	J'ai grandi dans un climat familial chaleureux.		
19	Je bénéficie d'un soutien émotionnel et concret de la part de mes proches ou de ma famille.		
20	<u>Mes parents ont eu des attentes envers moi qui m'ont poussé à me surpasser.</u>		
21	Mes parents/mes proches sont habituellement en bonne santé.		
22	Ma famille m'a toujours offert de bonnes conditions de vie matérielles.		
23	Il y a beaucoup de personnes auxquelles je suis attachée et qui peuvent m'écouter et m'offrir du soutien en cas de problème		
24	Les ressources (Centre de santé, de loisirs, etc.) dont j'ai besoin me sont facilement accessibles.		
25	J'habite dans un quartier/village où je me sens à l'aise et en sécurité		
26	J'ai bénéficié d'un bon environnement scolaire		
27	Je suis en couple et je peux compter sur le soutien de mon conjoint		
28	J'ai eu des modèles d'autres personnes qui ont eu une influence positive sur moi		
29	Je me suis impliquée/je m'implique dans des activités de loisirs intéressantes.		
30	J'ai eu de bons modèles de développement en dehors de ma famille.		

N°	<i>Lisez attentivement les énoncés suivants et indiquez si vous êtes d'accord en cochant la réponse OUI ou NON. Si vous hésitez, choisissez la réponse la plus proche de votre opinion.</i>	Oui	Non
31	J'ai connu une personne qui a été un soutien, un guide et un modèle pour moi		
32	J'ai un objet culturel ou spirituel auquel je suis attaché et qui me sert de protection (chapelet, talisman, bible, coran, etc.)		
33	Les religieux (prêtres, pasteurs, imam, Sœurs, etc.) m'apportent beaucoup de réconfort dans les moments difficiles.		
34	Je trouve du réconfort dans la pratique de mes traditions et coutumes		
35	Je suis un membre actif d'une association, d'une tontine, d'une réunion ou d'un groupe		
36	Je fais souvent recours à la médecine traditionnelle pour me protéger, me soigner ou résoudre certains problèmes		
37	J'ai foi et confiance en Dieu		

Appendice I
Questionnaire de renseignements généraux

Questionnaire de renseignements généraux

Code participante ____/____/____/____/ Date de passation ____/____/_____

Code site d'enquête ____/____/ Site d'enquête : _____

Cadre de passation du questionnaire : Groupe Individuel

Mode d'administration du questionnaire : Auto-administré Administré par l'enquêteur

Âge : ____/____/ ans ____/____/ mois (*Exemple : 25 ans 07 mois*)

Profession : _____

Niveau d'instruction : Non scolarisée Secondaire1 (6^e à 3^e) Supérieur1 (Bac+1 à Bac+3)

Primaire Secondaire2 Supérieur2 (\geq Bac+4)
(2^{nde} à Terminale)

Citez toutes les langues que vous parlez, y compris les langues locales :

Situation matrimoniale : _____

Nombre d'enfants : ____/____/ Nombre de personnes à votre charge : ____/____/

Type de famille : Monoparentale Monogamique Polygamique

Vos revenus ou ceux de votre famille permettent-ils de couvrir vos besoins essentiels ou ceux de votre famille (alimentation, soins de santé, logement, scolarisation, loisirs, etc.)?

Pas du tout Plus ou moins Assez bien Très bien

De combien d'association(s), groupe(s), tontine(s) ou *réunion(s)* vous êtes membre? ____ / ____ /

De quel type d'association, groupe, tontine ou *réunion* s'agit-il?

- Familial Groupe d'amis Professionnel Religieux
 Politique Autre _____

Que vous apportent ces associations, groupes ou réunions au niveau psychologique et social (donnez quelques explications)?

Merci de votre participation!

Appendice J
Validation des récits par les participantes

Mercredi, le 27 Janvier 2016.

Je t'mercie le Seigneur qui t'a mis sur
mon chemin pour que en ce jour, j'ai une
partie de mon histoire écrite. apres lecture
de ce texte, je constate qu'il n'agit belle et
bien de mon histoire. L'histoire que je sais
mieux la lonté que écrire comme vous. En
lisant ce texte, j'ai comme impression que vous
et moi avons vécu cela ensemble. Les mots
me manquent pour mieux apprécier ce travail
difficil que vous avez pu abattre. Je suis fier
Contente de savoir que mes situations de : honte,
de pleure, de courage, d'endurance, de persévérance,
de confiance, de réussite pourront édifier tous
Ceux qui pense que tout est perdu d'avance.
Que Dieu tout puissant me donne, la force, les
moyens, les bonnes personnes qui vont m'aider
à mieux conclure la vie scolaire de ma fille.
Sans croire que je vous contredit, voici les
petites remarques que je relève:

Page 1

- je suis mère de cinq enfants plus un
enfant adopté

page 11

- * mon dernier bébé est né six mois environ avant l'accident de circulation.
- * ma nièce avait le petit bébé plus le grand bébé (Denise) sans compter le reste de la famille
- * la dernière opération chirurgicale est faite après plusieurs voyages parce que je ne voulais pas voir la somme de deux millions que j'avais encaissé et mon mari m'avait rien, surtout que je venais de lui donner un peu d'argent sur le prêt de la barque pour relever mon ~~nos~~ niveau d'affaire avant l'accident.

page 20

Mon Mari à trouvé qu'il fallait me séparer d'elle, sous l'incitation de ma belle famille.

Signé : Denise



677-389335

Yaoundé, 12 juillet 2016

Cher enseignant,

J'ai relu avec intérêt le document portant analyse de mon cas de réseilence en rapport avec votre sujet de thèse doctorale, d'où la présente correspondance.

Je vous suis reconnaissante d'aborder ce sujet qui destabilise plus d'une femme au Cameroun. J'apprécie également l'intégrité et l'intégralité avec lesquelles vous avez pu retranscrire l'interview, l'analyse et les commentaires qui suivent reflètent effectivement la situation dans laquelle j'ai vécu et continue à l'affronter. Aucune modification importante n'est à faire en dehors de la période du baptême qui prête à confusion et dont j'ai fait mention dans le courriel du 11 juillet.

Dans la suite de vos recherches que j'espère ma participation aussi modeste soit-elle apportera des résultats au changement des situations de réseilence, veuillez agréer cher honneur l'expression de ma profonde gratitude.

Angèle

Appendice K
Outil ligne de vie/ Événements de vie

Ligne de vie/Événements de vie

Événements ayant entraîné une très grande souffrance	Événements ayant entraîné une grande souffrance	Age ¹	Événements ayant entraîné une grande joie	Événements ayant entraîné une très grande joie
		Naissance		
		Aujourd'hui		

¹ Vous avez la liberté d'inscrire des âges ou des intervalles d'âges, ou même de répéter un âge sur la ligne suivante pour un autre évènement.

Appendice L
Guide d'entretien

Guide d'entretien approfondi

NB : L'ordre des thèmes est à titre indicatif. Ils seront abordés en fonction de la dynamique de l'entretien.

- Récit des évènements négatifs
 - Description de l'évènement, acteurs en présence, interaction avec la famille et l'environnement, impact dans la vie ;
 - Émotions ressenties et intensité de la souffrance ressentie
 - Sens donné à l'évènement
- Récit des évènements positifs
 - Description de l'évènement, acteurs en présence, interaction avec la famille et l'environnement, impact dans la vie ;
 - Émotions ressenties
 - Sens donné à l'évènement
- Transitions vécues entre évènements négatifs et positifs
 - Ressources individuelles, familiales, environnementales et culturelles
 - Points tournants
- Objectifs de vie et expériences d'ajustement en fonction des évènements survenus
- Vécu des transitions développementales
 - Enfance
 - Adolescence
 - Adulte : vie de couple, emploi, parentalité, etc.
- Degré de satisfaction actuelle sur sa vie par rapport aux projets de vie antérieurs
- Autodescription de sa personnalité
- Observation du discours non verbal pendant l'entretien

Appendice M
Récits phénoménologiques

Récit de l'expérience de résilience de Marthe : « femme de charité »

Cette histoire de Marthe comprend quatre expériences de résilience qui se sont déroulées aux saisons à l'enfance, du jeune adulte et du mitan.

Récit de l'expérience de résilience face à la maltraitance au cours de l'enfance.

« Arrivée à Yaoundé en 1973, à ma grande surprise quand la rentrée scolaire est arrivée, mon oncle ne m'inscrit pas à l'école. Le premier trimestre passe ... J'apprendrais plus tard que pour ma marrâtre, j'étais une domestique dans la maison ... pendant que ses enfants allaient à l'école, je devais m'occuper des travaux ménagers et aller vendre des beignets pour son compte. J'aimais l'école. Avant d'être inscrite, les soirs, je prenais mes anciens cahiers pour aller étudier avec d'autres enfants. Je continuerais à être traitée ainsi pendant tout mon séjour dans cette maison. Au vu de mon insistance pour aller à l'école et grâce au soutien des voisins qui me trouvaient serviable et intelligente, et à l'intervention du directeur de l'école où j'allais vendre les beignets, j'ai été inscrite à l'école au deuxième trimestre. J'étais déterminée à réussir à l'école malgré toutes les difficultés, car mon succès scolaire faisait la fierté de mes parents qui s'en vantaient dans le village. J'ai évolué à l'école sans véritablement reprendre de classe, jusqu'en classe de Première. Pendant toutes ces années, les voisins et mon frère ainé qui vivait aussi à Yaoundé me soutenaient beaucoup face aux maltraitances dont je faisais l'objet. À l'âge de 10 ans, je m'étais inscrite à la chorale et à la catéchèse. L'activité de la chorale me permettait d'oublier mes problèmes et de me faire des amis. À la suite d'un stage de vacance au cours duquel ma serviabilité a été remarquée, j'ai été intégrée à la fonction

publique par une autorité sans passer par un concours. J'ai ainsi accédé à l'autonomie financière. Mon premier projet a été de construire une maison à ma mère et par la suite j'aidais beaucoup de jeunes étudiants de mon village qui avaient des difficultés. J'ai également bénéficié d'une bonne santé au cours de mon enfance. La souffrance que j'ai vécue a développé ma sensibilité et ma compassion vis-à-vis des autres. J'étais trop large dans ma façon de faire. Parce qu'après la sortie de l'enfance là, mon rêve était que si un jour le Seigneur me donnait le travail, je ne devais pas voir un enfant mourir de famine et rester insensible devant sa souffrance, parce que j'en ai connu. Je disais donc, et je ne ferais pas souffrir l'enfant chez moi ».

Récit de l'expérience de résilience face à l'adversité cumulée au cours de la saison du jeune adulte. Cette période s'inaugure par la pression socioculturelle pour le mariage. « *Parce qu'avec papa, ça ne passait plus. J'étais l'enfant que papa a beaucoup aimé et j'étais celle-là qui était encore célibataire. Papa dit que non ... toutes les autres se sont mariées très tôt, à 15 ans, 18 ans, etc. Celle qui s'est mariée tard, là-bas, c'était à 17 ans même. Et moi j'étais là, parce que je fais l'école. Maintenant que l'école est finie, la fille là est encore là. La maman ne respirait plus! Quand je suis là, il ne parle pas à la maman, mais!!! Dès que je tourne le dos, tous les problèmes tombent sur la maman. J'avais rencontré un homme qui était encore aux études alors que moi je travaillais déjà; je l'aimais beaucoup. Nous partagions les mêmes valeurs culturelles et religieuses. Nous vivions dans deux villes différentes. Notre projet de mariage était en voie de se concrétiser. Alors que nous avions déjà publié les bans, je découvre qu'il me trompait.*

Ce fut une profonde déception pour moi, une très grande honte, un déshonneur pour ma fille, une dépression pour moi. Je me sentais déjà trop grande à 24 – 25 ans sans mari. Je ne voulais pas d'une vie où je fais des enfants en dehors du mariage à cause de mes valeurs chrétiennes et culturelles ... Par la suite, pour faire face à cette situation, j'ai observé parmi les autres personnes qui me courtisaient. Dans mon cœur, je me disais, je n'épouse plus le nordiste; je me disais aussi, je peux même rester célibataire. J'ai dit, pourquoi? Je n'ai pas un appel pour devenir religieuse. Il y avait les musulmans. Je dis, pour rien au monde, je ne serais pas musulmane. Il y avait un musulman, un député, je dis non, à condition de rester dans ma foi. Moi je ne change pas de religion. C'est comme cela qu'enfin, mon choix s'est porté sur celui qui deviendra mon époux. On a trainé ... le temps actif pour se préparer ... c'est comme ça que je me suis mariée à 27 ans. Mais quelques mois avant ce mariage, j'ai fait un accident de circulation. La voiture a fait tonneau trois fois. J'en suis sorti fort heureusement sans une égratignure, mais avec des céphalées qui m'ont fait plus tard abandonner la conduite automobile. Deux mois après notre mariage, mon époux a également fait un accident de circulation avec homicide. La victime était un agent de maintien de l'ordre en état d'ébriété. Pour un jeune couple, cet évènement m'a beaucoup bouleversé. Quelques mois plus tard, alors que j'étais enceinte de sept mois, j'ai fait un second accident de circulation. Je conduisais une moto et j'ai été percutée par un automobiliste qui tentait d'éviter un obstacle. C'est cet accident qui m'a vraiment travaillé (traumatisé) ... parce que je suis allée accoucher, je ne marchais pas, j'étais alitée à cause de multiples fractures que j'avais eues. Il y avait une plaie au pied que l'hôpital n'arrivait pas à guérir ... pour eux, il fallait m'amputer la jambe. Et

comme j'étais enceinte, ils ont dit qu'il fallait attendre l'accouchement. Et quand je suis arrivée à terme, ce n'était plus facile. Le jour où il fallait accoucher, il fallait faire des cordes en haut pour soutenir le pied (traction). J'avais une plaie qui causait une douleur indescriptible. L'os était visible avec des taches noires. Le Pied était tuméfié. Chaque jour il fallait qu'on mèche. Chaque jour il y avait le pus qui dégageait une odeur nauséabonde. Cela affectait profondément mon image de soi. Les passants et autres patients se plaignaient de ces odeurs. Je n'arrivais ni à parler ... l'excès de douleur, je ne sais pas! J'ai fait quatre mois d'hospitalisation. Mais j'ai vu toujours le soutien de ma famille (au sens large du terme), de mes associations et des voisins là-bas, il y a avait toujours les musulmans, les chrétiens qui venaient chaque jour faire des groupes de prière; les musulmans faisaient leurs prières, les chrétiens faisaient leurs prières pour me soutenir et me réconforter. Lorsque j'ai eu ma guérison, je suis allée demander pardon à ma mère pour toutes les fois où je l'ai offensée, car j'ai fait l'expérience des douleurs de la maternité. Et puis au cours de cette première année de mariage, la déception était toujours là, mais je ne manifestais pas. Donc c'est pourquoi j'ai renvoyé tout mon amour sur mon enfant. Et puis heureusement, j'avais eu un époux qui savait la déception que j'avais eue et qui était patient envers moi. Le soutien spirituel, le soutien social, la maternité et son amour à mon égard m'ont permis de guérir progressivement de ma blessure d'amour suite à la déception que j'avais eu. Il me disait, avec le temps, tu vas t'adapter à moi. Il me soutenait et m'accompagnait. Nos premières années de mariage, malgré ces épreuves, ont été des moments de véritable bonheur ».

Récit de l'expérience de résilience face à la déchirure conjugale à la saison du mitan.

Cette expérience commence vers la fin de la première décade de vie de couple et le début de la transition du mitan de Marthe, il y a une quinzaine d'années. Marthe avait environ 35 ans. « *Mon couple commence à battre de l'aile vers la naissance de notre troisième enfant. À cette période, j'avais aussi accueilli chez moi, après son décès, les six orphelins de mon frère qui m'avait soutenu à Yaoundé. Mon mari trouvait que la charge devenait excessive. J'ai pris ces enfants pour soulager la veuve de mon frère en attendant qu'elle entre en possession des prestations sociales de son défunt mari, et pour leur éviter la misère. La veuve est restée avec le plus jeune enfant qui était encore bébé. Par-là, j'assumais également mes responsabilités d'ainée dans la famille de mon père. C'est à cette période que j'ai commencé à observer des changements dans le comportement de mon époux. Il a commencé à avoir des maîtresses. Les choses ont cloché comme cela jusqu'à la naissance de notre dernier et quatrième enfant. Son comportement devenait inquiétant pour nous. Il s'est lancé dans des pratiques mystiques. Il amenait des marabouts faire des pratiques à la maison. Et moi quand ceux-ci partaient, j'aspergeais d'eau bénite la maison. Un jour en faisant le rangement dans notre chambre, je prends la première valise, j'ouvre!!!! Mon frère!!! ... ce que j'ai vu, c'était horrible! Je suis tombé. Je crie Dieu, je crie Marie, je crie Joseph ... je reviens, je prends mon courage, je réfléchis, je dis dans la maison ci! Donc on a laissé les habits, c'est pour faire des trucs dans la valise. Un linceul, un tissu blanc ... des ossements humains, on a fait comme un bonhomme, attaché; après je vois des trucs écrits en Arabes là, pleins, déchirés, à l'intérieur de la bouteille. J'étais courageuse; je suis là avec le nom de Jésus, le chapelet*

en main. J'ai été envahi d'une très grande peur. Je suis allée me confier chez un religieux pour chercher du soutien. Pour ramener l'harmonie dans notre couple, j'ai essayé la voie du dialogue, parfois comme on dit dans notre coutume, je le réveillais à des heures tardives, moment d'intimité et de discréction, pour qu'on dialogue sur ce qui ne va pas. Comme je ne parvenais pas, j'utilisais l'humour quand nous étions à table en famille pour susciter le dialogue. En définitive, encouragé par ma belle-mère, il s'est islamisé afin de prendre une seconde épouse alors que nous étions dans un mariage monogamique. Je me suis opposée, et j'ai déposé une plainte au niveau de la chefferie et plus tard auprès du procureur. Nos relations ont commencé à se dégrader. Il a commencé à être violent. Une fois, il a tenté de m'empoisonner; j'ai reçu des soins dans un centre hospitalier. Il a fini par quitter la maison en vidant tous nos comptes bancaires. Et avant de partir, il a dit à ses enfants, voilà comme je verse le sable sur votre maman, il a maudit presque tous les enfants en leur disant qu'ils ne deviendront rien dans la vie. La nuit de son départ, nous avons reçu la visite des agresseurs. Nous recevions fréquemment des menaces de mort. Il y a eu un temps c'était pratiquement comme une dépression pour moi hein! La folie n'est pas seulement venue. J'ai coupé avec le lieu de service; parce que pour moi le regard, je croyais que tout le monde connaissait ma situation. Mais j'étais là, les pleurs, les pleurs, les pleurs à longueur de journée. Je me consolais en lisant la bible, en cherchant à faire sens dans les récits de la bible. Les religieux me soutenaient beaucoup. Au cours de cette période de trouble et d'insécurité, j'avais accueilli un jeune étudiant qui s'était montré serviable pendant que je traversais ces moments difficiles. Peut-être je cherchais en sa présence à la maison, une sécurité face aux multiples

menaces de mon époux et aux agressions dont nous étions l'objet. Plus tard, celui-ci en notre absence (les enfants et moi) restera dévaliser toute la maison. C'était le coup de trop. Les pleurs mêmes ne me suffisaient plus!!! J'étais là seulement ... impuissante. J'avais des idées de suicide, mais je me demandais, qui prendrait alors soin de mes enfants. Quand l'affaire se passe ... je décide donc, en fin de compte d'appeler mon ancien ami de Yaoundé (celui de ma première déception sentimentale) parce que j'avais appris qu'il me cherchait partout et parce que je ne savais plus vers qui me tourner. Sa prompte réaction et son soutien financier m'ont réconfortée. Cela a permis de faire face au choc à l'immédiat. Par la suite, j'ai une fois de plus vu la solidarité se manifester. Les associations auxquelles j'appartenaïs, les religieux, les voisins, les amis; quand ils ont appris mon problème, chacun s'est mobilisé en m'apportant l'une ou l'autre chose. Mais avec toutes ces épreuves vécues (mon époux est parti de la maison depuis environ cinq ans, même s'il continue de nous menacer, les enfants et moi), associées au harcèlement que je vis en milieu professionnel depuis quelques années, ma santé a pris un coup. Je souffre depuis environ trois ans d'une insuffisance cardiaque. Malgré tout cela, je m'efforce de garder le sourire. Nous avons appris à vivre dans ce stress constant en resserrant l'unité entre nous (les enfants et moi). J'ai appris à vivre avec mon insuffisance cardiaque. Je rends grâce à Dieu, car avec toutes ces épreuves, moi je crois que j'ai récolté un peu l'humilité. Parce que je pleure, je fais ceci, mais je me suis enrichie beaucoup. Euh, ce n'est pas facile de passer des étapes, mais si tu arrives à les traverser, tu t'enrichis quelque part. Parce que malgré ces souffrances, moi je pense que mon rêve d'enfant a réussi. Je suis aujourd'hui Femme de charité, j'arrive à aider les démunis

autant que je peux, malgré ma souffrance. Et les orphelins que j'ai aidés aujourd'hui peuvent aussi aider d'autres. J'ai des amis et des frères/sœurs de l'église sur qui je peux compter. Aujourd'hui, le succès scolaire des enfants m'apporte beaucoup de consolation et de bonheur. Avec la dégradation de mon état de santé, j'ai réduit mon engagement dans les associations où j'occupais de grandes responsabilités au niveau national. Depuis janvier 2014, j'ai sollicité restreindre mes responsabilités à celle de conseillère au bureau national de l'association Femmes de Charité ».

Récit de l'expérience de résilience de Denise : femme de défis

Denise a connu plusieurs adversités dont les quatre principales structurent chacune des expériences de résilience qui sont rapportées. Il s'agit de la parentalité précoce, de l'adversité entrepreneuriale, de l'infection à VIH et d'une crise conjugale majeure.

Récit de l'expérience de Résilience face à la parentalité précoce en contexte de misère vers la fin de la saison de l'enfance. « *Ma scolarisation a été ponctuée de périodes d'interruption pour non-paiement des frais de scolarité par mes parents. Ces interruptions me faisaient très honte et me gênaient beaucoup, car à chaque reprise, il fallait recopier les cours pour se mettre à la page. Mais par moment, les samedis et les dimanches, il fallait aller vendre les aubergines, faire le tour de Douala pour vendre les aubergines, les cannes à sucre que ma maman découpait; quand on rentre des classes, on porte les cannes à sucre, qu'elle a déjà apprêtées. On fait les tours, on quitte de Bépanda, on arrive souvent à Akwa pour vendre les cannes à sucre; on peut revenir le*

soir. Quand on trouve qu'on a fait une recette de 2000 à 3000 FCFA (4 à 7 \$ CAN), on est très content. Je tombe enceinte à l'âge de 19 ans. Pour moi c'était très tôt. Faire des enfants à la maison (c'est-à-dire célibataire) était une honte pour la famille. J'ai par la suite été abandonnée par l'auteur de ma grossesse qui est allé en aventure en occident pour rechercher une vie meilleure. À cette période également, mon père est atteint d'une gangrène à la jambe. Il a fait deux ans d'hospitalisation dans un contexte d'absence d'assurance sociale. Il a subi plusieurs amputations de sa jambe, le rendant invalide. Toutes les ressources de la famille allaient pour ses soins, au point où nous vendions même les meubles pour couvrir les dépenses. Sa deuxième épouse l'avait aussi abandonné. Quelques années avant que mon père ne tombe malade, j'ai l'un de mes grands frères, qui est arrivé en classe de terminale, et a eu, une quoi la méningite. Il est resté dans le coma environ 6 mois. Il en est sorti avec une maladie mentale. Donc regarde, le père est malade, je suis enceinte, nous avons notre grand frère malade mental, tout ça là il fallait ... bon. Ce n'était même pas facile pour moi de manger. J'avais essayé par tous les moyens pour évacuer clandestinement cette grossesse. On dit, bois ceci, je bois. Bois cela, je bois. Je n'y suis pas parvenu. Il y avait l'une de nos voisines qui faisait le restaurant, j'ai commencé encore à plus me rapprocher d'elle. Parfois je vais comme ça là le matin, s'il y a de petits travaux à faire, je l'aide; sachant que n'importe comment, à un moment, elle va me proposer à manger ... parfois, elle oubliait même ... mais pas par méchanceté. Donc elle ne comprenait pas encore mon problème. C'est quand, parfois, elle me surprend comme ça là en train de pleurer, elle dit c'est quoi? C'est quand je m'ouvre ... bon ce n'était pas facile aussi de m'ouvrir, lui dire que j'ai faim. Ça c'était

d'abord mon problème. Je ne voulais pas savoir comment on accouche. Ou comment on va faire la layette! Mangez seulement! Ça c'était ma principale préoccupation pour survivre. Quand elle a compris mon problème, chaque fois que j'arrivais, elle me donnait d'abord à manger. Ma mère ne savait pas que j'étais enceinte. Elle prenait soin de mon père dans un hôpital de Bafang, à plusieurs centaines de kilomètres de la ville de Douala où nous vivions. Quand elle a su que j'étais enceinte et que je faisais des tentatives d'avortement, elle m'a rapprochée d'elle à Nkongsamba, une ville où mon papa avait construit une maison; elle m'a donné des conseils, elle m'a apporté davantage de soutien. Au moment de l'accouchement, mes tantes-là, chacune a essayé de donner ses anciens habits (pour le nouveau-né), chacune a trouvé un peu un peu; et puis, il y a une autre là, qui, quand j'étais en travail, Dieu merci, ce jour, elle a envoyé sa fille venir me donner à manger. Quand j'ai accouché, bon ... voilà maintenant un autre défi, je regardais cet enfant, j'avais encore un peu d'espoir, que ce monsieur (le père de l'enfant) arrivera et que la situation va changer. Mais au fil des ans, je dis même des ans, environ un an, voyant qu'il ne se manifestait pas, je suis allée chercher déjà le travail. J'avais une rage de ... de ... dominer ce passé qui est ... donc ... cette difficulté-là, ... je voyais, ... je disais que je vais faire comment? Je disais, donc je suis née misérable, je vais m'enfoncer comme ça, toute la vie! Non, non, non!!! Je marchais comme ça là, je parlais même souvent seule. Je dis jamais, jamais, je ne vais pas vieillir comme ça, ... jamais ... je ne peux pas demeurer pauvre. Je ne peux pas demeurer pauvre! On va voir! Pour ceux qui pense que ... même comme j'ai accouché là, que c'est c'est ... c'est ... que je suis déjà finie, on va voir! C'est comme ça que je faisais. Malgré les multiples demandes d'emploi

que j'ai déposées, je n'ai obtenu aucune suite. Grâce à l'intervention d'une amie, j'ai eu un emploi auprès d'un commerçant d'oignons. Il m'a proposé 10000 FCFA par mois (environ 20 \$ CAN). C'était mon premier salaire, j'étais très contente. J'étais très très contente, parce que pour moi ce n'était pas facile de trouver un emploi Ça faisait beaucoup d'années que je n'avais même plus jamais vu un billet de 10000 frs. Même 5000 qui m'appartient pouvait même venir d'où! Non ce n'était pas possible! Mon travail consistait à noter les quantités de marchandises qui entraient et sortaient. J'avais observé que lors du déchargement des camions, il y avait des enfants de la rue qui ramassaient les oignons tombés des sacs et les vendaient. Pour arrondir mes fins de mois, j'ai commencé à faire cette activité parallèlement à mon travail. Mon patron qui était de culture musulmane n'appréciait pas voir une femme faire une telle activité (courir derrière des camions et se disputer avec de jeunes garçons pour ramasser des oignons tombés des sacs). Pour lui cela était dégradant de par sa culture. Il a donc voulu me licencier. Quand j'ai vu qu'il voulait me renvoyer ... vraiment j'ai essayé de lui expliquer ma situation de vie. J'ai emmené mon patron chez nous, qui a vu mon père, estropié. Je lui ai expliqué qu'il ne peut rien, c'est moi qui dois travailler, tout faire pour le nourrir, nourrir mon enfant qui est là; vraiment, il faut qu'il accepte que je fasse comme ça là. Donc quand il a vu ça, de temps en temps, il me donnait un plus, après il a augmenté mon salaire à 15000 FCFA, et puis, il m'a permis aussi de souvent ... là-bas quand on décharge les oignons, il y a ceux-là qui sont souvent ... un peu comme les démarcheurs (négociateurs). Ces avantages ont considérablement augmenté mes revenus, au point où je pouvais réaliser des épargnes. Mon père assurait la garde de l'enfant pendant que

j'allais travailler. Je ne comptais pas les heures supplémentaires. Ma mère quant à elle avait repris avec ses travaux champêtres. L'un de mes ainés qui avait réussi vivait dans une autre ville avec mes autres frères et sœurs. Cet ainé m'avait rejetée, car il disait que mon enfant est le fruit du péché, mais aussi parce que j'avais refusé d'adhérer à son église. Il est pasteur d'une église de réveil. J'étais par contre très apprécié de mon patron qui me confiait de plus en plus de responsabilités et des avantages, de par mon honnêteté, mon ouverture et mon travail. Grâce à cet emploi, nous avions retrouvé l'espoir et la joie de vivre à la maison. J'étais très contente de subvenir moi-même à mes besoins, à ceux de mon enfant et de mes parents. J'étais contente d'être devenue autonome ».

Récit de l'expérience de résilience face à l'adversité entrepreneuriale au cours de la saison du jeune adulte. « *Quand mon patron voyageait, il me confiait la gestion de la boutique. Il me faisait déjà confiance plus qu'à ses frères qui travaillaient aussi à la boutique, car ceux-ci détournaient son argent. Mais seulement, il m'interdisait de mettre son argent en banque et m'exigeait de le garder sur moi. Il m'achetait pour cela de gros blousons pour y mettre l'argent. Le soir, je rentrais à la maison avec plusieurs millions sur moi. Parfois il m'amenait dans son domicile, me mettait dans une salle avec beaucoup d'argent (plusieurs dizaines de millions) et me demandait de compter et de ranger en liasses. Je me sentais en insécurité et traumatisée parfois d'avoir autant d'argent sur moi. J'ai donc décidé de fuir ce travail. Malgré l'insistance de mon patron pour que je revienne, j'ai préféré fuir cet environnement, car il refusait ma condition de déposer son argent en banque chaque jour. Je ferais par la suite des travaux de serveuses dans des*

bars, restaurants, hôtels. Je démissionnerai de l'hôtel pour harcèlement sexuel. La vie de serveuse n'était pas mon genre, mais je le faisais, car je considérais que j'ai des devoirs, des responsabilités à assumer. Après ma démission de l'hôtel, j'ai décidé de me lancer dans les affaires. Ce projet a été freiné deux fois par des banques qui ont fait faillite alors que j'y avais mes économies, chaque fois avec des épargnes de plus de 500 000 FCFA (environ 1000 \$ CAN). Bien que je continuais à mettre mon argent dans d'autres banques, je trouvais d'autres stratégies alternatives d'épargne. J'ai par exemple fait fabriquer un coffre en bois que j'ai moi-même fixé sous le sommier de mon lit, en laissant un espace où je pouvais introduire des pièces de 500 FCFA (environ 1 \$ CAN). J'ai commencé mon entrepreneuriat par le commerce ambulant des babouches. J'ai par la suite rencontré une dame qui faisait du commerce international avec le Nigéria. Elle y achetait des marchandises pour revendre au Cameroun. Elle a accepté de m'initier. J'avais confiance en elle. Je me suis fait arnaquer par cette dame qui a détourné mon argent (1 500 000 FCFA, environ 3000 \$ CAN) pour acheter ses marchandises. Elle a par la suite créé un incident pour m'abandonner dans ce pays. J'étais effondrée. Mon argent que j'ai épargné (rires)! Je suis rentré au Cameroun par la solidarité des autres compatriotes qui avaient vécu la scène. J'ai à peine pu récupérer le tiers de cet argent. Avec la somme d'argent que j'ai récupérée, j'ai ouvert un restaurant. Cet investissement a progressivement pris de l'ampleur. Entretemps, j'ai rencontré un ami (avec qui je me suis mariée plus tard) et je suis tombée de nouveau enceinte. Lui, il est allé fermer ce restaurant sans moi. Juste parce qu'il a vu que je m'épuisais trop. Fermer pas pour me dire qu'il fallait que je fasse autre chose. Comme moi j'ai mes devoirs, il y a mon père, il

y a une charge qui me regarde, et il ne me vient pas en aide pour ça. Bon, je trouvais que j'étais une personne qui était appelée à faire quelque chose. Je me suis encore battue, juste quand j'ai accouché, je suis encore allée ici au marché de Bafoussam, j'ai trouvé un petit emplacement. Je me suis lancée. J'ai ouvert une petite parfumerie. Par manque d'expérience j'ai ouvert cette parfumerie du côté du secteur alimentaire du marché. Cette boutique ne tournait donc pas. À cette période on a aussi licencié mon époux sans préavis. La charge de la maison m'incombait donc déjà à moi seule. Il n'avait plus rien. Voir un homme tout le temps couché là, tu sors le matin, tu reviens le soir, tu le trouves là toujours couché. Ça faisait peur, ça me faisait peur. Quand je sortais, il fallait que je laisse à côté de lui, même 1000 FCFA (environ 2 \$ CAN), pour qu'il va voir, parce qu'il ne va jamais te demander de l'argent (rires) par orgueil. Après j'ai vu que la parfumerie ne donnait pas, le capital ne faisait que finir. Et puis les charges étaient grandes. Mais aussi il y a des grandes parfumeries au marché. Je n'étais pas de taille. C'est comme ça que je suis maintenant allée acheter un porcelet (rires!!!) pour faire l'élevage à la maison. Mon mari s'y est d'ailleurs opposé. Je lui ai dit que si ce porcelet doit partir, alors je vais quitter la maison avec lui (rires!!!). J'étais soutenu par ma mère qui m'assiste dans tout ce que je fais. Maintenant quand j'allais au marché, recettes ou pas recettes, je savais que j'avais le devoir de me promener dans tout ce marché pour ramasser les déchets alimentaires afin de nourrir mon porc. Plus tard, j'ai croisé cette femelle qui a donné naissance à 12 porcelets. J'étais déjà riche (rires!!!). C'était déjà une richesse pour moi. Bon, tous les jours, je suis là, je me réveille à 4h du matin, il faut faire téter les porcelets. J'aide la truie dans l'alimentation de ses petits, car je trouvais qu'elle était incapable de les

nourrir tous. J'ai ainsi réussi à diversifier mes sources de revenus. Je me débrouillais comme ça. L'avant-dernière vague de porcs, un ami à mon mari a amené des gens pour venir acheter les porcs. Dans le marchandage, moi je voulais plus gros, mais personne ne me donnait la somme que je voulais. Le gars est donc venu, il accepté la somme que je demandais, en disant qu'il va aller vendre et ramener l'argent. C'est ainsi qu'il est parti avec l'argent des porcs que je vendais. Je voulais ainsi renouveler la ferme pour reprendre avec de jeunes porcs. Il est parti avec cette vague-là, je n'ai rien eu. J'ai encore essayé de faire grandir les autres, après la peste porcine est venue. Cette épidémie est venue les ravager quand ils étaient déjà tous grands. J'ai arrêté avec cette activité. Avec mes économies et le soutien de certaines personnes à la suite d'une longue bataille en négociation, j'ai obtenu une boutique dans un secteur plus achalandé du marché. L'obtention de cette boutique était une victoire et un véritable nouveau départ. Mes affaires ont commencé à bien marcher au point où j'emploie aujourd'hui d'autres personnes. Alors que j'avais déjà cette boutique, j'ai eu un accident de circulation il y a trois ans (en 2011). Cet accident m'a clouée au lit pendant plus d'un an. J'ai subi trois interventions chirurgicales au pied. Ma mère a veillé sur moi et procuré des soins pendant cette période. Voilà je fais l'accident alors que je viens à peine de prendre un crédit bancaire. Il faut rembourser le crédit. Pendant que je suis cloué au lit, c'est comme ça qu'on vient me demander l'argent. La banque ne connaît pas l'accident. En plus, pendant cette année d'invalidité, je paie le loyer de la boutique alors qu'elle est fermée. Car je ne pouvais me permettre de perdre cet emplacement qui est très recherché. Quand je rouvrais ma boutique, on me portait pour m'y déposer. Quand on vient garer là, on

appelle deux personnes. On vient on me porte, on vient me déposer à la boutique parce que je ne marchais pas. J'avais aussi eu des fractures à la cage thoracique. Je reste là, mais après je ne pouvais pas toujours supporter avec ça là comme ça. Le médecin m'a dit de rester sur place, si je ne reste pas je ne vais jamais guérir. Lorsque j'ai pu marcher avec deux béquilles, je regarde dans mes poches, je vois qu'après tout, j'ai encore deux millions de FCFA (environ 2000 \$ CAN). Je dis, bon, si j'achète les habits à une période comme celle-ci, il faudra attendre très longtemps pour vendre, parce que les vêtements enfants ne passent pas à tout moment. Bien sûr il faut renouveler le stock pour que les anciens sortent. Mais cet argent, si je mets là, le capital ci peut finir, car non seulement il y a les soins, mais ... et puis je risque recommencer à zéro. Je pense encore au Nigéria avec mes deux béquilles. Dès que ça me traverse encore le cerveau, je décide de retenter l'aventure. Je me ferais arnaquer une deuxième fois par un monsieur qui m'a en plus maltraité malgré mon invalidité. Une fois de plus j'étais effondrée. J'ai fait recours à l'intervention de la justice pour qu'il me restitue ce qu'il m'avait volé. Cela fait un mois que j'ai laissé les béquilles. Actuellement je fais régulièrement la ligne du Nigéria et mes affaires se portent bien. Mes défis futurs consistent à faire la ligne de la Chine lorsque j'aurais réussi à mobiliser assez d'argent ».

Récit de l'expérience de résilience face à la séropositivité au VIH/Sida au cours de la saison du jeune adulte. « Il y a avait une campagne de dépistage du VIH. J'ai convaincu mon époux que nous allions le faire. On arrive maintenant, on fait le test. C'est

pour moi qui est positif, pour lui est négatif. [Il s'agit d'un couple discordant¹ en matière d'infection à VIH]. Un coup dur! Comme je vis là, hum, ce n'était pas prévu que j'allais mourir tôt. J'ai tenté de me suicider. On a dit qu'il faut attendre l'âge d'un an et demi pour voir si l'enfant n'est pas aussi infecté. C'était un traumatisme très fort. Cette attente était un véritable calvaire. Je suis allée m'installer sur la tombe de mon défunt père. Je pleurais à longueur de journée. J'étais inconsolable. C'est comme ça qu'un jour, j'ai dit quel sujet de honte; qui?! Qui va marcher avec cette honte. Je prends mon téléphone, j'appelle les principaux membres de ma famille. Je leur dis que je suis séropositive. J'appelle tel, je dis, je suis séropositive. Ils sont venus nombreux chez moi. Certains pleuraient au lieu de me réconforter. Je me suis mis à les traiter de lâches. Je leur disais, je ne vais pas mourir, moi je ne mourais pas. Vous allez voir, moi je ne vais pas mourir. Si cette affaire a souvent tué les gens, sachez que ça va tuer tous les gens sauf moi. C'est comme ça que je leur ai dit. J'ai commencé à me lancer des défis. Comme on dit que ça tue là. Je vais laisser Sandy à qui éh! (Ma fille que j'ai faite avant le mariage). Quand je ne serais plus là, qui d'autre va la garder comme moi?! Donc tout mon problème était focalisé sur elle, car les autres enfants ont leur père présent. Et pour cette raison, il faut que je sois là pour mieux l'accompagner dans sa réussite. Par la suite, mes frères m'amènent à Yaoundé, au Centre Pasteur pour une confirmation. On refait le test, c'était encore positif. Cette confirmation a éteint la lueur d'espoir que j'avais encore. Comme j'étais devenue un peu forte, ce nouveau test m'a encore affaiblie de nouveau. De retour de l'hôpital, voyant un train qui arrivait, je me suis mis à courir pour me jeter sur les

¹ 25 % de couples sont discordants en matière d'infection à VIH.

rails; comme ça le train en passant m'écrase. Mon cousin voyant qu'il ne pouvait pas me rattraper, il a crié en disant, elle veut se suicider, elle veut se suicider, pardon sauver ma sœur. C'est comme cela qu'un gars s'est mis à me suivre ... il m'a plutôt bousculé, on est tombé de l'autre côté. S'il avait tenté de m'arrêter, il n'aurait pas pu. Nous sommes allés tomber ensemble de l'autre côté dans un ravin. J'ai échappé ce jour-là, et puis, ça été la dernière fois, et puis ... j'ai dit bon, Denise n'est pas morte aujourd'hui. Bon, et puis après, mes propres frères n'ont pas pu supporter. J'avais des enfants adoptifs chez moi, chacun a retiré son enfant. Vous voyez un peu, parce qu'on avait peur que, ... moi aussi j'avais peur que mon enfant que j'avais en main, je pouvais faire une erreur. J'avais envie de garder mon enfant sain. Je l'ai prise, je l'ai envoyée chez l'une de mes sœurs, celle-ci a renvoyé le bébé. Elle a dit non. Personne, ... on m'a sevré un peu ... ce vide là qu'on a créé, j'ai vu qu'il n'y avait que moi pour garder les miens. Personne ne veut accepter mon enfant parce que chacun a peur de mes enfants. Mais à cette période, mon mari a joué un rôle très très favorable pour moi. Parce qu'il ne me laissait même plus le temps d'être seule. Partout où il allait, tout ce qu'il faisait, ... il faisait tout pour être présent. S'il veut aller n'importe où, il dit, viens on part. Viens m'accompagner. On va ensemble, on va faire tout ensemble. Mes enfants même s'ils ne savent pas mon diagnostic de séropositivité (car je pense qu'ils ne sont pas encore prêts pour comprendre), ils savent que j'ai un problème de santé qui nécessite une prise régulière de médicament. Ils s'impliquent pleinement pour m'aider à observer le traitement. Voilà maintenant ce mal qui entre en moi et qui me montre que j'ai une vie limitée. Et si je suis limitée, il faut que je fasse vite ce que j'ai à faire. À l'école de ma fille, j'allais environ trois fois par semaine.

Je vais rencontrer tel professeur, pardon aidez-moi, je pleure, aidez-moi. J'ai peur pardon, elle va échouer. Ma fille ne va pas réussir, pardon aidez-moi. Donc je demandais service à tous les niveaux. Je me rassurais que ce j'ai à faire doit être bien fait et vite. Je n'avais pas droit à l'échec parce que mon temps est limité. Mon temps de vie est limité. Je me suis pleinement investi dans l'éducation de mes enfants, surtout ma fille ainée. Je me disais, comme je vais mourir tôt, mon espérance de vie est courte. Comme j'ai moins de temps à faire sur terre, comme on dit que ce virus ne laisse pas le temps à autrui ... [Ça c'est ce qu'on dit!], c'est ça, il ne faut pas refuser. Même maintenant si vous vous laissez emporter, ça va vous emmener. Comme ce virus est déjà là, c'est confirmé, j'ai déjà fait le test et refait c'est confirmé. Comment faire? Pendant qu'il fait son travail, je fais ma part. Il faut juste regarder comment lui et moi on va aller ensemble. Il a son devoir, j'ai le mien. Il faut laisser les marques que mes enfants vont comprendre demain que j'étais une femme travailleuse. Je suis une personne qui vise haut, même si après on me ramène à mon niveau. Et mon dernier enfant, je l'ai fait volontairement quand j'ai compris qu'on pouvait faire tout avec ça (allusion à la maladie). J'ai donc fait un dernier enfant qui est là, il est bien portant. C'était un autre défi. Parce que je suis une personne des expériences. Quand je me suis mise au travail, je ne pensais plus à lui (virus). Pendant qu'il fait ce qu'il a à faire, moi je fais ce que j'ai à faire. Ça c'était mon défi. Je sais qu'il existe, il fait son travail et comme moi aussi j'ai mon travail, je fais le mien. Je fais mes devoirs, je me rassure que je les fais bien. Comme je vous disais, pour moi, de 2009 à aujourd'hui, j'ai beaucoup travaillé. Parce qu'il fallait tout faire, bien faire, parce que je trouvais que j'avais peu de temps. Et vraiment je me suis mise au travail. Je peux dire

que j'ai réussi. Parce que déjà ma fille est à l'université et je suis en train de faire des démarches pour l'envoyer continuer les études aux USA. Les autres enfants évoluent aussi très bien à l'école. Donc côté école je suis comblé, je n'ai pas de manque à ce niveau. J'ai fait plusieurs investissements fonciers pour leur avenir. Avec tout ce que j'ai traversé, si je suis encore là, ce n'est pas parce que je suis forte, mais je me dis que quelque part, c'est parce que Dieu sait que j'ai quelque chose à transmettre ».

Récit de l'expérience de résilience face à la crise conjugale à la transition du mitan.

« En 2011, suite à l'accident que j'ai fait, j'ai eu de multiples fractures qui ont occasionné plus d'une année d'alitement et d'invalidité. À cette période, mon dernier enfant avait un peu plus d'un an. Ma mère vivait donc chez nous pour prendre soin de moi et des enfants. Depuis 2009, j'ai aussi chez moi l'enfant d'une cousine qui est une malade mentale errante dans les rues de Douala, faute de soins. J'ai pris cet enfant à l'âge de quatre mois, il a aujourd'hui 6 ans. Pendant ma période d'invalidité, mon mari avait déjà une habitude, il s'éloignait de moi. À un moment, il m'a beaucoup soutenue, mais à un autre moment aussi, il m'a lâché très fort aussi. Parce qu'il préférait souvent aller à Yaoundé, tu ne sais pas ce qu'il va faire. Il part faire deux mois à Yaoundé. Il s'était aussi lancé dans les affaires. Donc il s'en foutait un peu de moi. Il vient faire deux jours ici, il s'en va. Donc il s'écartait de moi. Je me suis sentie encore seule. Peu après, j'ai commencé à me dire, comme il est en train de vouloir me quitter, si je ne me construis pas un abri, je risque de me retrouver dehors. Je ne lui avais pas encore dit que j'avais fait des investissements fonciers. Sur l'un des terrains, j'ai donc entrepris une construction. Un

jour quand il m'a avancé des paroles qui ne tenaient pas. Un peu comme, il s'en fout de moi, il peut refaire sa vie (Rires). Je lui ai dit que j'ai vu ça avant lui. Je lui ai dit que tu es en retard. J'ai toujours l'avance sur toi. Je lui ai montré mes investissements fonciers et la construction que j'avais commencée. Il a réalisé ma capacité d'autonomie. Il était honteux et a même pleuré. Cela l'a un peu calmé et ravisé. Mais il y a environ un peu moins d'un an, il s'en est pris à ma mère. Ma mère est ma force. Parce qu'elle m'accompagne et me soutient dans ce que je fais, dans toutes mes épreuves. Mon mari a trouvé qu'il fallait me séparer d'elle, sous l'incitation de ma belle-mère. Il a dit, tu choisis entre ta mère et moi. Ça été un coup très dur pour moi. Très dur, très dur. Je suis encore là même parce que (fiasque) (rires), parce que ça été très très dur. J'ai vu ça. Les autres situations étaient des situations de santé, parfois il y a de l'espoir et puis je reprends mes forces. Mais un homme avec qui vous allez partager la vie vous dit, il vous dit de choisir entre votre maman que vous ne pouvez plus vous séparer d'elle, et lui. Un peu parce que ...hum (silence). Donc sa famille n'a pas trop apprécié l'assistance de ma mère pendant tout ce temps, pendant que j'étais malade, vous voyez, tout le temps que je mets au lit. Qui doit être là? ma mère! Pendant que je fais cet accident ou encore cette allergie médicamenteuse au Bactrim, ... tout ça, c'est ma mère qui doit être là. Parce que je suis invalide. Donc ma mère a mis beaucoup de temps chez moi. Parce qu'il fallait m'assister. Personne ne pouvait m'assister comme elle. Ce qui fait que ma belle-famille a mal pris la chose. Elle trouve que ma mère est trop présente dans notre foyer. C'est le jour où j'ai vécu ça en direct, j'ai failli m'écraser. [Ne passe plus chez moi. Disait-il à ma mère!] Cela s'est passé il y a 8 mois. Ça ne fait qu'environ deux mois qu'il veut que ça s'arrange.

Il disait partout, je vais saboter ta mère. Partout où il allait, il disait que c'est une mauvaise maman ... dire des paroles très dures. Devant moi, il touche la joue de ma mère, il lui dit, je vais te gisler. Mets-toi dehors, mets-toi dehors de chez moi, mauvaise femme, mets-toi dehors. J'ai vécu un traumatisme que ... quand je regardais comme ça ... comme je n'ai pas tué, je pense que je ne vais plus jamais tuer. Ma mère reste là comme ça, ... demain elle revient, il la pousse. Je lui demande qu'elle est la raison? Il me dit, elle était ici, elle est partie sans me dire au revoir. C'est ta femme? Elle est sortie sans te dire au revoir, cela veut dire quoi? Qu'est-ce que tu lui donnes? Et pendant tout ce temps où j'ai été alitée, ma belle-mère est venue me rendre visite une seule fois. Une fois, il m'a dit, si tu meurs, je ne permettrais pas à ta mère de voir ta dépouille ou d'assister à tes obsèques.

Après ça, quand il m'a dit ça, cette affaire m'a traumatisée. Je n'avais plus peur de mourir. Mais j'avais plutôt peur de l'après-mort. Je voyais après ma mort comment ma mère va souffrir. Je me disais, si une telle chose m'arrive ... cela a aussi commencé à m'affecter. Tellement ça m'affectait, j'ai dit, il faut que je trouve une solution à ça. Que faire? Il fallait maintenant que si je vois n'importe qui, je lui raconte pour me libérer. J'ai ma façon de me libérer. Je trouve n'importe qui, je dis. C'est chacun qui allait vers lui, lui demander, c'est ce que tu as dit à ta femme? C'est quelque chose qu'il ne voulait pas qu'on sache, mais moi j'ai divulgué. Je ne cache plus rien. C'est en parlant un peu comme ça que je me suis sentie un peu libre. Et je lui ai dit, rien ne peut me séparer de ma maman. Et à partir d'aujourd'hui comme je n'ai pas pu ... je t'ai dit, on ne peut pas choisir entre sa mère et un époux ... comme ta mère trouve que c'est elle seule qui peut être la fondatrice ... ce sont les deux qui font la fondation de cette maison. Si elle trouve

qu'elles ne peuvent pas l'être à deux, et qu'il faut à tout prix mettre ma mère de côté, me priver de cet amour, alors je trouve que ça ne vaut plus la peine que la tienne passe aussi ici. Parce que si ta mère me trouve ici, elle va te rendre des comptes que tu ne vas pas aimer. Ce sera vraiment amer, donc ne souhaite même pas qu'un jour je reste ici, elle arrive. Donc c'est un peu ça. Jusqu'au aujourd'hui, il évite que sa mère vienne chez nous parce que je lui tiens toujours des propos très durs que tant que ma mère ne peut passer, la tienne ne passera pas non plus. C'est comme ça ... et depuis un certain temps, il est en train de dire qu'il faut que cela finisse. Mais il faut qu'il se rende vraiment compte de ce qu'il a fait. Le seul moment où j'ai pensé à la séparation, c'est quand mon mari a traité ma mère de façon désobligeante. Je vous ai dit que si je n'ai pas tué à cette époque, ce que je ne le ferai plus. Mais si je ne suis pas arrivée au bout de l'intention de séparation, c'est parce que j'ai épousé un homme que j'aime. Un amour qui est plus fort que tous les traumatismes. C'est un mariage où nous nous sommes choisis, nous nous sommes aimés. Et jusque-là, je me dis toujours qu'il s'est trompé et qu'il va retrouver la raison ».

Récit de l'expérience de résilience d'Angèle : femme persévérente

Deux catégories d'adversité ont structuré les expériences de résilience d'Angèle : l'adversité cumulée au cours de l'enfance et l'échec du projet de fondation d'une famille.

Résilience face au « sexe sélectif familial », à la maltraitance et aux échecs scolaires multiples à la saison de l'enfance. « Maman disait que, sa belle-mère préférait les garçons. Comme le premier enfant était une fille et quand je suis arrivée j'étais aussi

une fille, donc ça a fait que sa belle-famille a commencé à en parler, à la maltraiter. Ils disaient qu'ils s'attendaient à ce qu'elle fasse un garçon. Et le garçon est arrivé. Après ça fait que comme elle attendait un garçon, un garçon, un garçon... quand mon petit frère est né, donc c'est lui qui a pris tout l'amour que je devais avoir ... Donc ce qui fait que parce que je n'étais pas l'enfant attendu en ce moment-là ... parce que les autres qui viennent après le garçon là, les deux autres filles, elles sont bien... hein! Maman les a aimées, les a même vraiment aimées. Maman disait qu'elle ne comprenait pas mon comportement, dans ma petite enfance. Elle pouvait me laisser là dans le lit, elle allait au marché, elle faisait tout ce qu'elle voulait, je ne pleurais pas; même pour me plaindre peut-être comme les autres bébés pleurent. Je pleurais quand je veux le biberon ou quand je veux la nourriture et puis elle me nourrissait. Depuis le bas âge, mon petit frère se comportait comme mon ainé, avec l'assentiment des parents parce que lui déjà il est un garçon et maman voulait qu'il soit mon ainé quoi... donc comme elle avait planifié, lui il a aussi pris ça comme ça il a continué comme ça. C'est donc dans cet environnement que je vais grandir. Par ailleurs mon nom signifie dans ma culture « sans père ». Donc déjà nom signifie que je n'ai pas de père. Oui c'est ça que ça veut dire! Cela a franchement beaucoup ... ça m'a influencée; parce que cette situation déjà que je vivais, ça prouve déjà que personne, si je n'ai pas déjà de père et que maman dit qu'elle voulait un garçon à ma place, ça fait que je n'ai pratiquement pas de parents! À l'âge de huit, alors que je faisais le cours élémentaire un, j'ai été violée par mon oncle en l'absence de mes parents. Il m'a par la suite dit que ce qui vient de se passer là, si j'en parle à quelqu'un, il va m'arriver des choses très désagréables ... j'ai gardé ça, je n'ai jamais rien dit, jusqu'à, ...

jusqu'à un certain âge, je n'avais jamais rien dit à... mes parents, ni à mon père, à aucun de mes frères d'ailleurs. Non seulement déjà je pleurais parce que j'avais mal, mais parce qu'il fallait déjà que je ne dise à personne et que je garde tout ça sur moi, je ne savais pas déjà comment je vais commencer, c'est pour ça que je dis que j'ai mis ça dans un cadre où j'avais mal fait quelque chose et puis on m'a battue et puis j'ai pleuré et puis ça va passer de toute façon. Donc pour que je sois à l'aise, il fallait que je me dise que ça va passer. Et ce qui m'a empêché de dire, parce que tout ce qui arrivait à la maison... on m'accusait, on ne me croyait pas.

Par ailleurs, mes frères et sœurs pouvaient jouer et moi, il fallait que je fasse la plupart des travaux. Cela impactait sur mes performances scolaires, car j'avais des résultats moyens. J'étais battue par mon père pour ces résultats moyens. Pour y remédier, j'ai décidé de prendre exemple sur l'organisation et la manière d'étudier de ma grande sœur qui, elle, avait de bons résultats scolaires. Cela a porté ses fruits, car j'avais relevé considérablement mes notes. Mais en classe de 3^{ème}, je vais contracter accidentellement une grossesse. Je n'avais pas eu le BEPC¹ cette année-là, parce qu'il fallait que je garde mon bébé; je n'ai pas présenté l'examen, j'ai donc repris la classe de 3^e. Mais ce qui m'a plu, c'est que quand j'ai conçu, mon papa n'a pas... ne s'est pas arrêté pour dire que comme tu as conçu, tu ne vas plus à l'école, tu vas rester à la maison, au contraire même, il a pris sur lui et il a gardé le bébé parce que maman travaillait en ce moment-là, il avait perdu son travail, il a même arrêté carrément de se débrouiller. Quatre mois après la naissance de ma fille, je me suis fait baptiser, car nous étions une famille chrétienne. Ce

¹ Brevet d'Études du Premier Cycle.

jour j'ai été touchée par le sermon du pasteur. Après j'ai commencé à lire la parole de Dieu et j'ai constaté que ce qui me plaisait, il y avait des histoires qui se terminaient de façon positive. J'ai donc commencé à m'appuyer sur la parole de Dieu pour tenir devant mes épreuves et garder espoir. Par la suite, il fallait que je fasse un petit commerce pour continuer à payer mes études. Le père de mon enfant me disait que, non, on va se marier et je suis venu dire ça à mon père, il me dit que « non, il ne veut pas les bamilékés chez nous » donc c'est comme ça que je l'ai repoussé, malgré qu'il avait insisté, insisté, je l'ai repoussé, finalement il est parti, il s'est révolté. Ma grande sœur qui avait déjà une situation, par la suite, après le décès de mon père quand j'avais 22 ans, a décidé de prendre ma fille, pour assurer son éducation. Cela m'a beaucoup soulagée (aujourd'hui, elle est en quatrième année d'études médicales à l'université). Elle me soutenait aussi pour le paiement de mes études. Je connaîtrai par la suite des échecs scolaires répétés. Entre la seconde et la terminale j'ai pratiquement fait sept ans, donc j'ai fait deux ans en seconde, deux ans en première, trois ans en terminale. À un moment, j'étais découragée, car je voyais que ma fille allait me rejoindre au lycée. Comment allais-je porter la même tenue et aller dans le même établissement avec ma fille. C'est mon oncle qui est professeur de mathématiques qui me dit que les échecs, ça s'accumulent, mais la victoire, la réussite quand ça arrive, tu ne constates pas que tu as eu des échecs ... Il m'a vraiment remonté et donné la force de persévérer. À l'âge de 25 ans, j'ai pu avoir mon baccalauréat et le succès au concours d'entrée dans deux écoles de formation : institutrice et infirmière. J'ai choisi de faire la formation d'infirmière, car cela correspondant à mon rêve ».

Récit de l'expérience de résilience face à l'échec du projet de fondation familiale à la transition du mitan. « *Quand je rencontrais un homme, la relation durait trois à quatre mois. Et puis après... quand je vois peut-être sa façon de faire, moi-même j'arrêtai. Je me disais peut-être c'est les problèmes, peut-être il n'est pas sérieux et j'arrêtai. Ça fait que, quand j'arrêtai je mettais encore peut-être deux ou trois ans je n'avais pas d'amis, je n'avais pas d'amis... J'étais très dérangée par cette solitude. Je me suis tournée vers les sites de rencontre sur Internet. J'avais environ 32 ans. J'avais rencontré un monsieur... ça encore c'est... une autre histoire. J'ai rencontré un monsieur, je suis allée sur le net, comme moi, j'étais solitaire, je... euh... je m'exprimais beaucoup plus si seulement j'écris ou alors... comme ça j'ai rencontré un monsieur, un Camerounais, sur le net. Il m'a dit qu'il était divorcé et qu'il voudrait se remarier. Mon désir du mariage a obscurci mon jugement. Nous nous sommes mariés sans informer ou impliquer nos familles respectives. Cette union a été une succession de problème. Nous avons essayé d'avoir un enfant sans succès. La grossesse a été interrompue médicalement au bout de trois mois, car le fœtus n'évoluait pas. Comme je n'arrivais plus à faire d'autres enfants, je lui ai dit que s'il voulait, il pouvait prendre une deuxième femme. Mais il ne l'a pas fait. Tous les projets que nous réalisions se concluaient en échecs à cause de son comportement volage et de gaspillage. Il fumait et buvait beaucoup d'alcool. Quand j'ai commencé à voir ça, que ça n'allait pas marcher, je suis d'abord revenu sur Yaoundé, je suis allé au parquet, j'ai fait déchirer l'acte de mariage... à son insu pour qu'il ne vienne pas faire opposition. J'ai aussi commencé à épargner pour financer le projet de retour en école de formation. J'ai donc décidé que si je ne peux être heureuse*

en ménage, autant mieux rester seule. Maintenant comme je suis seule, je me dis que je vais faire des études, je vais rester seule. J'ai obtenu, du ministère de la fonction publique, une mise en disponibilité pour retour en formation. Et je l'ai quitté.

Bon! Ce qui me rend joyeuse aujourd'hui c'est que ... ça un peu marché comme papa disait avoir un enfant ça ne veut pas dire qu'il ne faut pas aller à l'école, j'ai ma fille et quand je la vois, je sais qu'elle a tout ce que moi je n'ai pas eu. Ce qui me plait c'est qu'elle m'appelle maman, ce qui me fait... quand je la vois comme ça je me dis qu'elle a réussi là où je n'ai pas. Ça me faisait plaisir d'aller à l'hôpital de voir les jeunes filles, elles sont médecins, elle a 22 ans, déjà elle est médecin ça c'est bien. À 22 ans, moi je faisais encore la classe de 1^{re}. Je dis que ça c'est bien, ça me fait plaisir. J'ai réalisé mon rêve. Je voulais être infirmière. Aujourd'hui, je le suis; et même plus parce que j'ai obtenu ma licence et j'envisage faire un master, car il y a des ouvertures. Ma force c'est que... euh, je ne baisse jamais les bras. Et ma faiblesse c'est que je suis influencée par ce que les autres disent. Mais il y a aussi une faiblesse, parce que je ne sais pas dire non. Quand quelqu'un me dit donne-moi ci, je lui donne. Et je vois en cette chose que bon, ce n'est qu'une chose! Je vais prendre, je vais te donner. Je sais que je vais souffrir, mais je vais racheter, ou alors je vais faire un effort de racheter et puis après... je ne sais pas pourquoi je ne peux pas dire non! Mais actuellement j'apprends aussi à dire non devant certaines situations. Ce qui m'aide par-delà tout dans ma vie, face aux difficultés, c'est ma relation à Dieu. Quand je me lève le matin, je prie. Il y a certains évènements que je peux vivre et puis je dis que bon, c'est peut-être parce que j'ai prié le matin, j'ai donné

ma journée au Seigneur ». Les nouvelles obtenues d'Angèle deux ans plus tard, révèlent qu'elle achève sa formation en Master.

Expérience de résilience de Louise face au décès tragique de son époux à la transition du mitan.

Louise, âgée de 42 ans, mère de trois enfants, a grandi dans un foyer polygamique dans lequel sa mère s'était engagée après sa naissance. Elle a grandi sans connaître son père. Elle rapporte une carence affective, car elle en recevait très peu de son beau-père qui la traitait différemment de ses demi-frères/sœurs. La relation avec sa mère était assez tendue, car celle-ci ne voulait pas lui montrer son vrai père. Dans cette famille, elle se sentait délaissée et maltraitée, car il lui incombaît la plupart des corvées. Pour elle, le déficit d'affection parentale a contribué à développer en elle des comportements de vol, de révolte, de boulimie à laquelle elle attribue, en partie, son surpoids. Au cours de l'adolescence, face aux adversités qu'elle vivait, elle s'est représenté le mariage comme une porte de sortie, un lieu où elle pourrait enfin trouver de l'amour. Le récit ci-dessus est construit autour de sa résilience face au décès tragique de son époux.

« Et quand je vois mon mari, quelle est la particularité qui m'avait frappé en lui ... je pleure beaucoup naturellement. Quand je pleure, il me dit que laisse, je suis le père là que tu n'as pas eu. Il me comblait vraiment ... il était à mon écoute. Notre amour a été plus fort que les oppositions de nos familles respectives qui ne voulaient pas de cette union. Mais malheureusement pour moi en 2007, les bandits vont assassiner mon mari devant notre boutique ... Son décès m'a vraiment touché, cela a failli me faire renier la

foi. Après la mort de mon mari, j'ai beaucoup souffert. À un moment, ma belle-famille m'a chassée de la maison ... les affaires ne marchaient plus. Il m'était très difficile de trouver de quoi nourrir mes trois enfants. Mon mari lui, il était successeur de son père et de son grand-père à la chefferie. Il y avait leurs traditions et leurs coutumes. Donc du coup moi je ne voulais plus avoir affaire à ces choses-là. Dans nos traditions, mon fils devait succéder à son père. Or moi, je pense que c'est à cause des questions de succession que mon mari a été tué. Qu'est-ce qui me dit que mon fils ne connaîtra pas le même sort. Je voulais donc briser les liens avec ces choses-là. Bon j'ai même déprimé pour tout dire. Mon fils ainé, il avait 8 ans, lui aussi suite au décès de son père et de mon état de détresse, il a fait une tentative de suicide, il a pris la corde, il a cherché à se pendre. Sa tentative de suicide m'a vraiment bousculée de l'intérieur. Je l'ai par la suite conduit chez un psychologue. Avec l'aide de ce psychologue et des amis, j'ai pu me ressaisir. À un moment donné, je me suis dit que, tient là maintenant est-ce que mon mari là où il est, voudrait m'accueillir, le mieux pour lui serait de garder nos enfants et maintenant, c'est comme ça que j'ai commencé à faire des efforts. J'ai commencé à me demander comment je dois faire pour élever mes enfants seule? Comment les élever seule de la meilleure manière qui soit? C'est ainsi que je suis allée m'inscrire dans une école pour suivre une formation biblique. ... Bon, c'est là-bas alors où j'ai commencé à comprendre des choses, pourquoi je suis là? Qu'est-ce Dieu attend de moi? Pourquoi est-ce que j'ai traversé toute cette situation? C'est ça en fait qui m'a fait lever la tête si on veut. En fait, j'ai compris que si Dieu a permis que je passe par là, c'est parce qu'il savait que je peux conseiller beaucoup d'autres femmes; de par mon expérience, elles peuvent me comprendre. J'ai donc

compris que les malheurs dans nos vies ne sont pas forcément des mauvaises choses, donc ça nous permet de comprendre, de durcir le cœur, c'est comme ça que j'ai compris ma peine, c'est comme ça que j'ai commencé à comprendre... Je me suis dit qu'avec ce que j'ai étudié là, je vais aller au milieu des femmes, je vais essayer d'évangéliser les femmes pour leur apprendre qui elles sont et pourquoi elles sont là. Qu'elles ne croient pas seulement qu'on leur dit qu'elles sont faibles, qu'elles comprennent un peu, donc c'est comme ça que j'ai commencé à me sentir interpellée à apporter du soutien aux femmes en détresse. Je n'aurai pas développé cette sensibilité, si moi je n'ai pas traversé cette situation aussi dure. L'année dernière, j'ai fait sept jours de coma suite à insuffisance rénale aiguë consécutive à une allergie médicamenteuse. J'ai pu m'en sortir une fois de plus grâce à la solidarité des amis qui m'ont aidée à payer les soins. Le sens que je donne à toutes ces épreuves, c'est que Dieu a voulu que je traverse ces épreuves-là... Oui parce que je vais vous dire une chose hein, il y a une autre chose qui est importante, les personnes souffrent beaucoup ici, parce que les gens tendent moins les oreilles aux autres. Moi, je suis devenue, à la suite de mes expériences, très attentive, à l'écoute des autres ... Accompagner les autres dans leurs souffrances, c'est ça qui manque généralement parce que l'autre va même parfois commettre une bêtise parce qu'elle ne savait pas, il n'y avait personne qui devait l'écouter, c'est pour ça que je prends souvent le temps pour les autres. [Comment vous pouvez vous décrire?] Je me considère comme une personne ouverte, compatissante, prévoyante, une challengeuse. J'aime le challenge. Je me donne les moyens d'arriver avec les forces que j'ai ».

**Expérience de résilience d'Hélène au jeune adulte et à la transition du mitan :
« Surpasser l'hyperthyroïdie et s'autoréaliser »**

Hélène est âgée de 41 ans, célibataire, mère d'un enfant. Elle est issue d'une famille polygamique qui comprenait 17 enfants. Sa principale expérience de résilience de surpasser la maladie d'hyperthyroïdie pour laquelle son entourage n'espérait pas qu'elle s'en sorte.

« J'ai passé des moments très difficiles. J'ai grandi dans un environnement peu affectueux. Papa était très absent et autoritaire. Le dialogue entre nous passait par le fouet. À l'âge de 16 – 17 ans, j'ai été affectée par une tuberculose qui a été diagnostiquée tardivement. Puis à l'âge de 20 ans, j'ai commencé à développer une hyperthyroïdie. Physiquement, j'étais déformée, défigurée, j'avais une exophtalmie et un « gobelet à la gorge ». Je n'étais plus reconnaissable. Mon père s'était résigné à attendre ma mort au point de décourager mon frère ainé qui voulait continuer à supporter mes soins dont le coût était très élevé. Ces épisodes de maladie vont considérablement affecter ma scolarité, ma vie professionnelle et ma vie amoureuse. Mais j'étais résolue à m'assumer en m'acceptant et en travaillant pour vaincre ma maladie et me réaliser. Avec le traitement médical, il y aura une rémission de mes symptômes. Ce qui me permettra d'achever ma formation d'infirmière brevetée accoucheuse à l'âge de 23 ans. Après seulement quelques mois de travail, je connaîtrai une rechute qui occasionnera une interruption de mon emploi pendant quatre ans; me contraignant encore à la dépendance. En l'absence d'un système de sécurité sociale, je surmonterais cette épreuve en m'acceptant, en m'appuyant sur ma foi en Dieu, en bénéficiant du soutien de mes frères

et de certains bienfaiteurs. Je reprendrais le travail avec la consigne de limiter mes efforts physiques. Mais dans mon désir de m'assumer, j'avais deux boulot. À l'âge de 31 ans, je commencé à éprouver un fort de désir de maternité. Je travaillais dans un service de vaccination. Quand je recevais un bébé, les cris de bébé m'affectaient et j'avais envie d'avoir un bébé; cela éveillait mon désir de maternité. C'est dans ce contexte que je donnerais naissance à mon fils, malgré le refus du géniteur d'assumer ses responsabilités et ses conseils d'avortement. Son comportement a été une profonde déception pour moi. Ma grossesse a été une crainte pour certaines personnes de me voir enceinte. Mais Dieu seul a été au contrôle et tout s'est bien passé parce que la grâce que je demandais c'est de connaître la douleur de l'enfantement et d'accoucher par voie basse. Je suis mère depuis le 8 avril 2005 à l'âge de 32 ans d'un beau garçon qui fait ma joie, avec plusieurs tableaux d'honneur, j'ai un emploi qui fait mon autonomie, un dynamisme acquis, un sens de responsabilité irréprochable. Ça fait beaucoup d'années que le gobelet a disparu, parce que j'ai oublié quelque chose. Pendant que je suis à l'hôpital de Soa et que j'administre mes soins, c'est une dame qui m'approche, car je suis très sociable et ouverte, pour me dire ma fille quand je te vois tu es malade, Je dis oui; elle me dit ce que tu as là on appelle ça le goitre non! Je dis oui, elle me dit j'ai ma sœur qui peut t'aider. Je dis il n'y a pas de souci. ... Quand je suis allée rencontrer sa sœur, elle me dit ma fille moi je ne fais pas la magie, mais c'est ma mère qui m'avait laissé ça, dépose symboliquement ce que tu as sur le sol, je vais te soigner. Je crois, j'avais 1000 ou 2000 FCFA (2 ou 4 \$ CAN), j'ai posé au sol. Elle est allée cueillir une herbe ... elle m'a frotté sur le cou, sans scarification, sans rien, elle m'a frotté sur le cou ... c'était une à

deux fois par semaine, je ne me souviens plus très bien. Puis, elle m'a dit que n'importe qui pouvait me frotter cette herbe quand j'étais de passage. J'ai suivi ce traitement pendant 6 mois. Je pense que cela a contribué à ma guérison. Par la grâce de Dieu, les soins des médecins et de cette thérapeute traditionnelle, le soutien de mes frères et certains bienfaiteurs qui étaient à mes côtés, j'ai retrouvé aujourd'hui la stabilité. Aujourd'hui, c'est une victoire parce que je suis guérie de mon hyperthyroïdie qui n'était pas opérable du fait de sa localisation. Ma vie est un perpétuel combat de dépassement de soi, car quand vous n'avez pas vécu dans un endroit de convivialité, où il y a du sourire, vous croyez que vous allez transmettre ça facilement? Si vous ne surpassez pas... Hein! Si vous ne surpassez pas, c'est un combat que je mène nuit et jour pour rire, pour être douce... c'est un combat dans lequel le pardon occupe une place importante afin de me libérer de l'amertume, des déceptions et frustrations pour avancer. Je suis membre du groupe de la miséricorde divine à la paroisse de Saint Paul de Mimboman, adhérente à notre réunion familiale et de jeunes de notre localité. Comblée ouverte, je m'accepte, je m'accepte. J'avais trois rêves dans ma vie : le premier était de retrouver la santé; le deuxième d'avoir un emploi qui permette d'être autonome (aujourd'hui j'ai réalisé ce rêve au point de me construire un logement décent); le troisième, de rencontrer l'homme de ma vie avec qui fonder une famille. C'est ce dernier qui n'a pas donné, mais j'ai accepté. Mais tout n'est pas perdu. Je garde espoir ».

Appendice N
Affiches scientifiques sur le MoThER

Invariants dans les expériences de résilience

Kimessoukié, E. & Jourdan-Ionescu, C.

kimessou@uqtr.ca; Colette.Jourdon@uqtr.ca

Introduction

- Il n'existe pas à ce jour de consensus autour de la définition de la résilience, qui subit l'influence des principaux paradigmes (Intégration / Transformation) (Pepin, Kérouac, & Duhamel, 2010).
- Le tableau ci-dessous présente quelques dimensions de la résilience d'après un article de revue de Jones & Jourdan-Ionescu (2011).

Autres	Dimensions ou invariants de la résilience	Population de référence
Wagnleit & Young (1993)	Compétence personnelle, acceptation de soi et de la vie	Adolescents et seniors
Jew, Green, & Kroger (1999)	Orientation vers le futur, acquisition active de la compétence, indépendance/prise de risque	Adolescents et jeunes adultes
Connor & Davidson (2003), Jorgensen & Seedat (2008)	Compétence personnelle, bénacité, perception positive du changement, Contrôle, adaptation et spiritualité	Jeunes adultes et adultes
Hurtes & Allen (2001)	Insight, indépendance, créativité, initiatives, humour, qualité des relations avec les autres, orientation des valeurs	Adolescents et jeunes adultes
Hjemdal, Friberg, Martinussen, & Rosenveig (2011)	Compétence personnelle, Compétence sociale, cohérence familiale, soutien social, structure personnelle	Jeunes adultes

- L'objectif de cette étude est de conceptualiser l'expérience de résilience.
- Elle s'inscrit dans le paradigme de la transformation et arrose les approches phénoménologique, discursive et cycle de vie.

Résultats

Interactions positives

- Soutien
- Associativité
- Gratitude
- Appartenance
- Accessibilité aux ressources
- Utilité durable
- Dynamique familiale
- Expression des émotions
- Se confier
- Pardon
- Empathie

Compétence

- Intelligence
- Flexibilité
- Autodiscipline
- Autonomie
- Ouverture
- Estime de soi
- Humour
- Confiance en soi
- Détermination
- Courage
- Entrepreneuriat

Force motivationnelle

- Point tournant
- Objectifs de vie
- Parentalité
- Générosité
- Défi
- Projet
- Responsabilité
- Amour
- Ambition

Spiritualité

- Méditation
- Dépassement de soi
- Contemplation
- Prière
- Espérance
- Sérénité
- Créativité
- Sublimation

Résultats de l'expérience de résilience

- Résilience
- Acceptation de soi
- Croissance
- Sagesse
- Empowerment
- Meilleur-être
- Vivre avec / Être avec
- Transcendance de l'adversité

Figure 1 Modèle théorique de l'expérience de résilience

Méthode

CRB = 54 - 241 - 90,2

Participantes : 11 femmes résilientes sélectionnées par échantillonnage intentionnel à valeur maximale parmi 1005 femmes recrues par convenience ($M_{age} = 31,06$, $SD = 8,03$, IC95% [20,07; 41,07]).

Procédure :

- Entretiens approfondis d'une durée moyenne de 3h30 min sur les événements positifs et négatifs au cours du cycle de vie.
- Remplissage d'un entretien (Jourdan-Ionescu & Jourdan-Ionescu, 2011).

Analyse de contenu avec le logiciel Nvivo 10

Critères de scientificité

- Cadre théorique à posteriori et triangulation des outils
- Accord intra-juge; Accord inter-juge (à venir)
- Fidélité (Saturation à atteindre)
- Accord inter-juges pour la catégorisation des noeuds (à venir)

NB : La section suivante présente les résultats partiels.

Discussion

- La compétence est un ensemble de caractéristiques de la personnalité qui prédisposent à une expérience de résilience. Elle s'apparente à l'égo-résilience et semble faire consensus auprès des chercheurs (Connor & Davidson, 2003; Wagnleit & Young, 1993).
- Les interactions positives modulent l'impact de l'adversité et génèrent des émotions positives nécessaires pour un maintien ou une restauration de l'équilibrioressus (Schimmeck, 2012).
- La spiritualité permet de donner sens à l'université, la transviendre, la transformer en énergie positive, en opportunité de croissance (Chouinard 2010; Hurtes & Allen, 2001).
- La force motivationnelle est la raison qui pousse une personne à vivre une expérience de résilience. C'est l'énergie, le moteur qui mobilise les autres dimensions pour une construction de la résilience (Richardson, 2002).
- Essai de définition :** la résilience est une expérience unique et complexe de réaction d'empowerment face au transfomation de soi au cours de laquelle une personne transcende l'université à laquelle elle est confrontée et accède à un meilleur être.

Conclusion

- La conceptualisation de la résilience nous forme à l'expérience tout en nous aidant à la voir à sa reproductibilité clinique ou à son intégration à la pratique à travers des interventions de résilience assorties.
- Le modèle théorique de l'expérience de résilience s'inscrit dans le paradigme de la transformation. Il pourrait offrir à l'infirmière un cadre pour le soin à la personne qui a un handicap ou une maladie chronique, non pas seulement pour « Vivre avec » (intégration), mais pour « Être avec » (transformation).

Références à la demande

Remerciements

1. Remerciements
2. Université du Québec à Trois-Rivières pour l'aide à la défense des thèses de doctorat.
3. Service des Relations Académiques, UQTR - Trois-Rivières pour la soutenance.

Affiche présentée au Symposium de Paris sur la Résilience (Paris, Octobre 2015)

Introduction

- Il existe actuellement trois conceptions théoriques de la résilience
 - un ensemble de traits de personnalité;
 - un processus transactionnel;
 - le résultat d'une adaptation positive face à un stressor.
- Chacune de ces approches pourrait-elle être considérée comme une dimension de la résilience qui tient alors un rôle?

Tableau 1 : Quelques dimensions de la résilience
d'après un article de revue de literaturé & Jourdan-Jones (2011)

Autres	Dimensions de la résilience	Populations
Wagnild & Young (1993)	Compétence personnelle, acceptation de soi et sérénité de la vie	Adolescents et seniors
Jew, Green, & Kroger (1999)	Orientatio vers le futur, acquisition active de la compétence, indépendance/prise de risque	Adolescents et jeunes adultes
Connor & Davidson (2003), Jorgenson & Seedat (2008)	Compétence personnelle, résilience, perception positive du changement, Contrôle, adaptation et spiritualité	Jeunes adultes et adultes
Hazuda & Allen (2001)	Insight, indépendance, créativité, initiative, humour, qualité des relations avec les autres, orientation des valeurs	Adolescents et jeunes adultes
Hjemdal, Triborg, Martensen, & Rosengren (2011)	Compétence personnelle, Compétence sociale, cohérence familière, soutien social, structure personnelle	Jeunes adultes

Objectif de l'étude : Rencontrer les dimensions enracinées du phénomène de résilience chez des femmes camerounaises confrontées à une forte adversité.

Méthode

CRD - 14 - 201 - 0033

- Participants : 11 femmes résilientes sélectionnées par échantillonnage intentionnel à valeur maximale de résilience parmi 1005 femmes recrutées par convenience ($M_{age} = 31.06 / SD = 9.08 ; IC 95\% [20.07, 51.07]$)
- Procédure :
 - Initiation approuvée d'une durée moyenne de 100h aux actes événements possibles et significatifs au cours du cycle de vie;
 - Renouvelage de l'autel l'ancie de vie (Dionneau-Jones, 2011)
- Analys de contenu avec le logiciel N6vo 10
- Critères de scientifitè
 - Cade (équivalant à posteriori et triangulation des résultats)
 - Accord intra-codage (Intraface, Accord inter-codage (kappa))
 - Fidélité (consensus à travers)
 - Accord inter-juges pour la catégorisation des pensées (kappa)
- NB : La section suivante présente les résultats partiels de l'étude.

Dimensions du phénomène de résilience

Étude phénoménologique, écosystémique et cycle de vie chez des femmes camerounaises

Kimessoukié, E., Jourdan-Ionescu, C., & Ionescu, S.

kimessou@uqtr.ca; colette.Jourdan@uqtr.ca; serban.ionescu@univ-paris8.fr

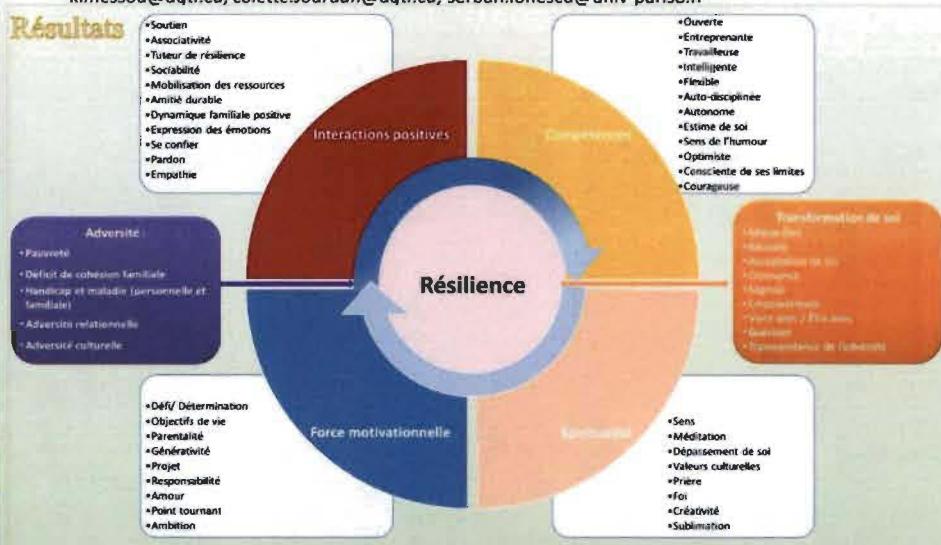


Figure 1 Modèle Théorique de l'Expérience de Résilience (MoThER)

Discussion

- Les compétences sont des caractéristiques de la personne qui prédisposent à une expérience de résilience. Elles s'opposent à l'fragilité et contribuent à une résilience supérieure des chevaliers (Connor & Davidson, 2007; Wagnild & Young, 1993).
- Les interactions positives soulignent l'impact de l'adversité et génèrent des émotions positives nécessaires pour un maintien ou une restauration de l'homéostasie (Seligman, 2012).
- La spiritualité permet de donner sens à l'adversité, la transforment en croire positive, et appartenir de croissance (Cheungui, 2010; Horns & Allen, 2001).
- La force motivationnelle est la raison qui pousse une personne à vivre une expérience de résilience. C'est l'énergie, le moteur qui mobilise les autres dimensions pour un renforcement de la résilience (Richmond, 2002).
- Essai de définition : le résilient est une expérience unique et complexe de réaction d'adaptation en vue de transformation de soi au cours de laquelle une personne transformée / renforcée à laquelle elle est confrontée et accorde à un nouveau soi.

Conclusion

- La conceptualisation de la résilience sous forme d'expérience fournit le cadre à un renouvellement thérapeutique ou à son intégration à la pratique à travers des interventions de résilience améliorée (Horn, 2013).
- Le modèle théorique de l'expérience de résilience s'inscrit dans le paradoxe de la complexité.
- Il offre un cadre d'intervention pour un accompagnement des personnes dans leurs expériences de résilience.

Références à la demande

Remerciements

• Remerciements

- Université du Québec à Trois-Rivières pour l'aide à la recherche du réseau d'enseignement
- Fonds de Recherche du Québec (FRQ-Q) et l'Université pour le soutien

Affiche présentée au Congrès Euro-Méditerranéen sur la résilience (Marseille, Mai 2016)

Comprendre le phénomène de résilience

Étude phénoménologique, écosystémique et cycle de vie chez des femmes camerounaises

Kimessoukié Omolomo, E., Jourdan-Ionescu, C., & Ionescu, S.

kimessou@uqtr.ca; colette.Jourdan@uqtr.ca; serban.ionescu@univ-paris8.fr

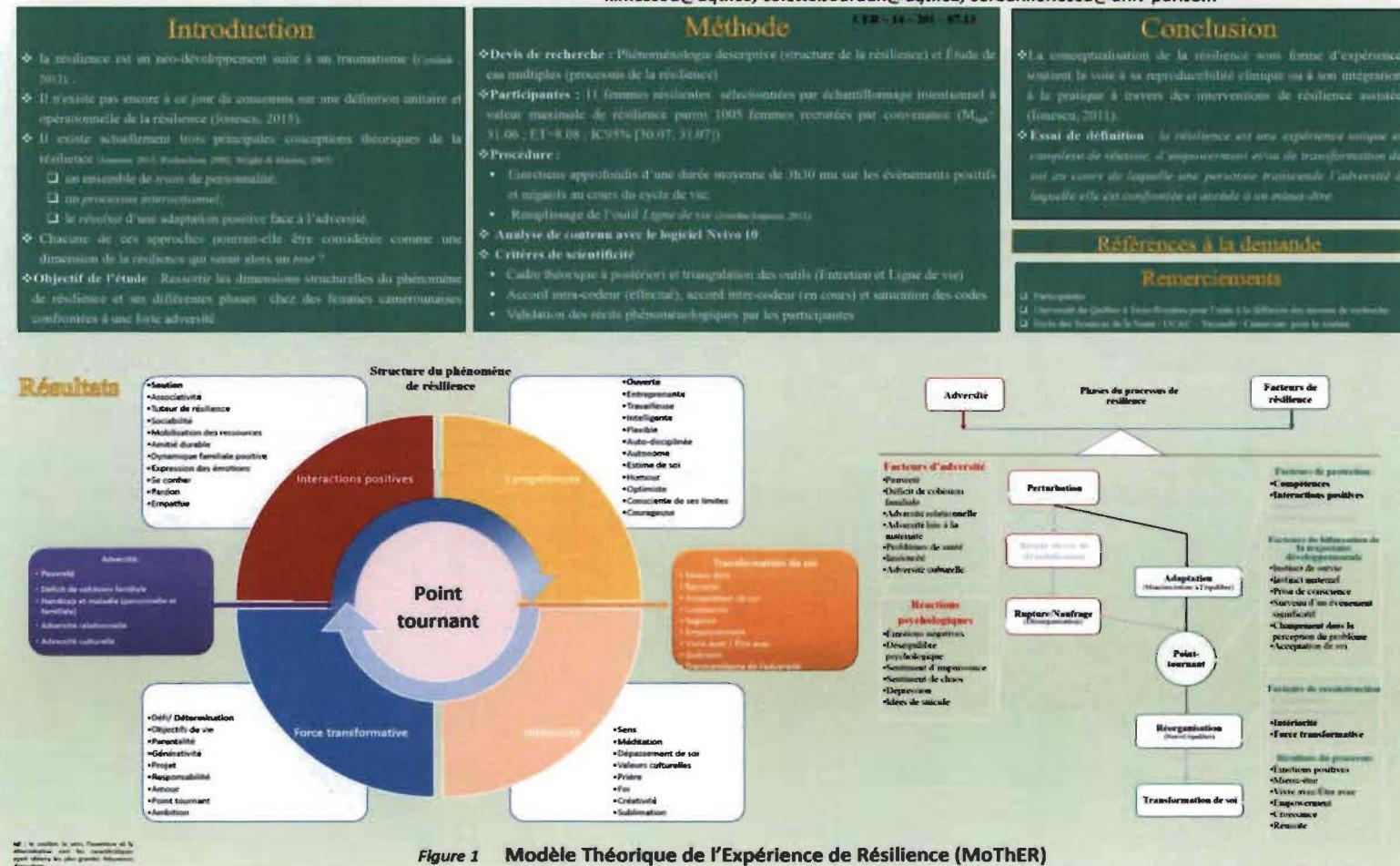


Figure 1 Modèle Théorique de l'Expérience de Résilience (MoThER)