

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

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

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

DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

LABORATOIRE DU DEVELOPPEMENT ET
DU MAL-DEVELOPPEMENT



THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

POSTGRADUATE SCHOOL FOR
SOCIAL AND EDUCATIONAL
SCIENCES

DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR
SOCIAL SCIENCES

DEPARTEMENT OF PSYCHOLOGY

LABORATORY OF NORMAL AND
ABNORMAL DEVELOPPEMENT

**COPING RELIGIEUX/SPIRITUEL ET
TRAUMATISME PSYCHIQUE CHEZ DES VICTIMES
DE CONFLITS ARMÉS AU CAMEROUN**

*Mémoire rédigé et soutenu le 30 juillet 2024 en vue de l'obtention du diplôme de Master en
Psychologie*

Spécialité : Psychopathologie et clinique

Par

TIWA LONTSI Carine

Matricule : 181376

Licenciée en Psychologie

Option : Psychopathologie et clinique



Jury :

Président : NGUIMFACK Leonard, Professeur, Université de Yaoundé I

Rapporteur : ONDOUA Laura, Chargée de Cours, Université de Yaoundé I

Examineur : BITOGO Blaise, Chargé de Cours, Université de Yaoundé I

Année académique 2023 - 2024

AVERTISSEMENT

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

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

Par ailleurs, le Centre de Recherche et de Formation Doctorale en Sciences Humaines, Sociales et Éducatives de l'Université de Yaoundé I n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	v
LISTE DES ANNEXES	vi
RÉSUMÉ	viii
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
PARTIE 1 : CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE	23
CHAPITRE 1 : ÉTAT DES LIEUX SUR LE TRAUMATISME PSYCHIQUE.....	24
CHAPITRE 2 : ÉTAT DE LIEUX SUR LE COPING RÉLIGIEUX	58
PARTIE 2 : CADRE MÉTHODOLOGIQUE	90
CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	91
PARTIE 3 : CADRE OPÉRATOIRE	113
CHAPITRE 4 : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES DONNÉES	114
CHAPITRE 5 : INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS ET PERSPECTIVES DE L'ÉTUDE.....	129
CONCLUSION GÉNÉRALE	146
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	150
ANNEXES.....	159
TABLE DES MATIERES	179

À

Tous ceux qui de par le monde souffrent d'un traumatisme psychique !

REMERCIEMENTS

A ma famille ! Je suis infiniment reconnaissante envers mes parents Bernadette et Daniel LONTSI, qui ont réalisés des efforts pour m'élever à ce niveau. Un grand merci à ma sœur et à mes frères : Chanceline, Moïse, Dilane, Gires et Ramel pour leur soutien inconditionnel durant ma formation.

Je tiens à remercier très chaleureusement mon directeur de mémoire, Docteur Laura ONDOUA, pour sa disponibilité, sa patience, sa bienveillance et sa gentillesse. Ses conseils et ses encouragements m'ont permis d'avancer avec cette autonomie qui m'est chère tout en me préservant de certains égarements. En outre, son soutien et sa confiance se sont révélés particulièrement bénéfiques quant à l'aboutissement de ce travail de mémoire.

J'adresse également mes sincères remerciements au Professeur EBALE MONEZE Chandel, Chef du Département de Psychologie, pour avoir offert un cadre propice pour la formation en recherche dans ce domaine ; à tous les enseignants du Département de Psychologie de l'Université de Yaoundé I, pour les enseignements qu'ils nous ont fourni durant notre cursus.

Je tiens par ailleurs à remercier chaleureusement les membres de SIL Cameroun pour m'avoir ouvert leurs portes à notre recherche ; pour m'avoir si bien accueillie et soutenu tout au long de mon stage. Mes remerciements s'adressent particulièrement à mon superviseur de stage, Alain KAOKAÏSSI. Sa rigueur et son esprit critique m'ont permis d'accroître mes connaissances pratiques. Je pense également à M. AMBASSA, à M. PAUL, à M. ABOUEM, à Mme BERI, à Mme KEULIEU.

J'adresse un grand merci aux participants de la communauté HDI pour avoir accepté de partager avec moi leur si douloureuse histoire, mais en même temps si porteuse d'espoir.

Toute ma reconnaissance va à Sylvanie, Corinne et Blessing, de superbes amies qui ont toujours été présentes dans les bons et les mauvais moments et qui ont su m'apporter un soutien sans faille.

J'adresse également toute ma gratitude aux personnes qui m'ont apporté leur aide lors des différentes étapes de ce mémoire. Je pense au Dr KONFO, à M. Éric, à Fabrice, à Wilfried, à Létitia, à Franklin, à Norbert, à Michel, à Roméo, à Festus, à Stella.

Un grand merci également à mes autres amis qui ont suivi avec attention le déroulement de ce travail de mémoire et qui étaient toujours prêts à donner un coup de main ! Je pense aux membres du Groupe Biblique des Elèves et Etudiants du Cameroun. Merci pour votre amitié, votre soutien, votre compréhension et pour tous ces moments que nous partageons.

Evidemment, je remercie tous les étudiants de Psychologie promotion 2018, sans qui ces années universitaires se seraient révélées plus difficiles et solitaires. Merci particulièrement à Carline, à Carole, à Gaëlle, à Morgan, à Martin, à Reine, à Simplicie, à Azaria, à Ikouli, à Olivier, à Kloran, à Kevin, à Henri, à Franklin, à Danielle.

LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

ACTH	: AdénoCorticoTropé Hormone
BH	: Boko Haram
CR	: Coping Religieux
CRED	: Centre de Recherche sur l'Epidémiologie des Catastrophes
DSM-5	: Manuel Diagnostic et statistique des troubles mentaux, 5 ^{ème} version
ESPT	: Etat de Stress post-traumatique
IRSEM	: Institut de Recherche Stratégique de l'Ecole Militaire
MSF	: Médecins Sans Frontière
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONU	: Organisation des Nations Unies
PCL-S	: Posttraumatic CheckList-S
PTSD	: Post Traumatic Stress Disorder
R/S	: Religion /Spiritualité
RDC	: République Démocratique du Congo
SIPRI	: Institut Internationale de Recherche sur la Paix de Stockholm
SSPT	: Syndrome Stress Post-Traumatique
TH	: Trauma Healing
TSPT	: Trouble de Stress Post-traumatique
UNHCR	: Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Résumé des styles de coping religieux selon Pargament.....	79
Tableau 2 : Tableau synoptique des différentes variables et modalités	97
Tableau 3 : Caractéristiques sociodémographiques des participants à l'étude.....	105
Tableau 4 : Grille d'analyse des entretiens	112
Tableau 5 : Tableau récapitulatif de l'analyse cas par cas.....	117

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : ATTESTATION DE RECHERCHE.....	160
Annexe 2 : FORMULAIRE DU CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE.....	161
Annexe 3 : CRITERES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE	162
Annexe 4 : PTSD Checklist for DSM-IV (PCL-S), Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx et Schnurr (2011)	164
Annexe 5 : GUIDE D'ENTRETIEN	165
Annexe 6 : CORPUS DES ENTRETIENS AVEC MADAME I	166
Annexe 7 : GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS AVEC MADAME I.....	170
Annexe 8 : CORPUS DES ENTRETIENS AVEC MONSIEUR J	171
Annexe 9 : GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS AVEC MONSIEUR J.....	175
Annexe 10 : CORPUS DES ENTRETIENS AVEC MADAME S	176
Annexe 11 : GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS AVEC MADAME P.....	178

Le but de la littérature est simplement de trouver quelques mots justes, quelques mots dont la justesse, que ce soit pour décrire un abominable traumatisme, une abominable douleur, ou la quiétude d'un paysage ou d'un visage, provoque de l'étonnement, du ravissement – de la beauté.

Santiago Amigorena

RÉSUMÉ

La présente étude s'intitule : « **Coping religieux/ spirituel et traumatisme psychologique chez des victimes de conflits armés au Cameroun** ». Elle se situe dans l'axe du développement et du mal développement, et a pour objectif d'appréhender l'apport du coping axé sur la religion/spiritualité dans le processus d'ajustement psychologique des civils victimes de guerre souffrants de traumatisme psychique. Pour se faire, une littérature spécialisée a été constituée autour des thématiques centrales de l'étude. Hartmann (1967) a observé que certains individus s'appuient sur les ressources personnelles du Moi fonctionnel pour évacuer la souffrance psychique ressentie lors d'un évènement particulièrement difficile. Nous sommes d'accord avec ce fait ; le souci est qu'il présente les ressources utilisées par le Moi sans faire allusion à la religion/spiritualité qui pourtant fait partie des ressources du Moi. Or lors de notre stage académique dans une organisation qui s'occupe des personnes souffrantes de traumatisme psychique, il a été observé que bon nombre de ces personnes souffrantes de traumatisme psychique utilisent de façon particulière les ressources qui se rapportent à leur rapport subjectif à la religion/spiritualité pour faire face au stress post-traumatique. Par exemple, ces personnes pour gérer ou atténuer les effets du stress post-traumatique sur leur santé et leur vie quotidienne, prennent appui sur le rapport subjectif qu'elles entretiennent avec Dieu pour développer des stratégies comme la lecture des Saintes Ecritures, la prière, l'appartenance à une communauté religieuse, la participation à des activités religieuses. Ceci pose donc le problème de l'apport du coping axé sur la religion/spiritualité dans le processus pour une victime de guerre camerounaise à surmonter le trouble de stress post-traumatique (TSPT). Cette étude s'est servie de la théorie de Pargament (1997) sur le Coping religieux/spirituel pour résoudre le problème. L'étude a été réalisée auprès de trois civils victimes de guerre des deux sexes, âgés de 35 à 43 ans, de la ville de Maroua dans l'Extrême-Nord du Cameroun, au sein de l'Organisation SIL Cameroun. Pour atteindre l'objectif de l'étude, la méthode clinique a été utilisée, notamment l'étude de cas. Les données ont été collectées à l'aide des entretiens semi-directifs avec comme outil psychométrique le posttraumatic stress disorder (PTSD) checklist for DSM-IV (PCL-S). La technique d'analyse thématique des entretiens a été utilisée pour traiter les données recueillies. Après le traitement des données, il en ressort que l'utilisation des stratégies de coping axées sur la religion/spiritualité a un effet significatif sur le processus d'ajustement psychologique chez des civils victimes de guerre et souffrants de stress post-traumatique. Les résultats interprétés principalement du point de vue de l'approche psychanalytique montrent que le coping religieux/spirituel de style collaboratif (Pargament, 1997) vu comme stratégie d'adaptation mise sur pied par le Moi fonctionnel (Hartman, 1967) joue un rôle important au niveau de l'effraction traumatique du traumatisme psychique chez les participants de cette étude.

Mots clés : coping religieux/ spirituel ; traumatisme psychique ; victime ; conflit armé.

ABSTRACT

The present study is titled: “**Religious/Spiritual Coping and Psychological Trauma Among Victims of Armed Conflicts in Cameroon.**” It falls within the domain of development and mal development, aiming to explore the contribution of coping focused on religion/spirituality in the psychological adjustment process of civilian war victims suffering from psychic trauma. To achieve this, specialized literature was reviewed around the central themes of the study. Hartmann (1967) observed that some individuals rely on personal resources of the functional self to alleviate psychological suffering experienced during particularly challenging events. While we agree with this observation, the concern lies in the omission of religion/spirituality as part of the self’s resources. During our academic internship at an organization that assists individuals with psychological trauma, it was noted that many of these trauma sufferers uniquely utilize resources related to their subjective connection to religion/spirituality to cope with post-traumatic stress. For example, these individuals, in order to manage or mitigate the effects of post-traumatic stress on their health and daily lives, draw upon their subjective relationship with God to develop coping strategies such as reading Holy Scriptures, prayer, belonging to a religious community, and participating in religious activities. This raises the issue of the contribution of religion/spirituality-focused coping in the process of overcoming post-traumatic stress disorder (PTSD) for a Cameroonian war victim. To address this problem, the study made use of Pargament’s (1997) theory of religious/spiritual coping. The research was conducted with three civilian war victims of both genders, aged 35 to 43, from the city of Maroua in the Extreme North region of Cameroon, within the SIL Cameroon organization. The clinical method, specifically a case study approach, was employed to achieve the study’s objective. Data was collected through semi-structured interviews, using the Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) Checklist for DSM-IV (PCL-S) as a psychometric tool. Thematic analysis of the interviews was used to process the collected data. After analyzing the data, it was found that the use of religion/spirituality-focused coping strategies significantly impacts the psychological adjustment process in war-affected civilians suffering from post-traumatic stress. Interpreting the results primarily from a psychodynamic perspective, collaborative religious/spiritual coping (as proposed by Pargament, 1997) emerged as an important adaptive strategy within the functional self (following Hartmann, 1967) in relation to traumatic intrusion in the participants of this study.

Keywords: religious/spiritual coping, psychological trauma, victim, armed conflict.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

*« Toute existence connaît son jour de traumatisme primal, qui divise cette vie en un avant et un après et dont le souvenir même furtif suffit à figer dans une terreur irrationnelle, animale et inguérissable. »
Amélie Nothomb dans Stupeur et tremblement, 1999, p.63*

0.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE

Crocq (2014) affirme que la violence n'est pas nouvelle dans notre univers, qui, après avoir connu deux guerres mondiales dans la première moitié du XX^{ème} siècle, n'a cessé ensuite d'être agité par des conflits armés, des actes de terrorisme et une suite quasi ininterrompue de catastrophes naturelles ou industrielles, tous ces événements étant de grands pourvoyeurs de souffrance. Dans cette lancée David et Schmitt (2020, p.47) reprennent les propos de Léon Trotski qui disait : « *peut-être la guerre ne vous intéresse-t-elle pas, mais la guerre s'intéresse à vous* » (p.47). Ils continuent en disant que :

Les guerres et les conflits armés sont omniprésents dans l'actualité et affectent la sécurité étatique et la sécurité humaine sur tous les continents. Il ne se passe pas un jour sans que l'on mentionne l'éclatement, le déroulement ou, plus heureusement, la suspension ou l'arrêt d'une guerre ou d'un conflit.

Les conflits armés ont un impact économique majeur, et ils entraînent d'énormes pertes de vies humaines, la destruction des infrastructures et des perturbations économiques. Selon l'Institut internationale de recherche sur la paix de Stockholm (SIPRI), les dépenses militaires mondiales se sont élevées à près de 2 018 milliards de dollars en 2020 (SIPRI Yearbook, 2021). Le coût économique global des conflits armés est difficile à quantifier de façon précise, mais il est estimé que les conflits coûtent à l'économie mondiale des centaines de milliards de dollars chaque année (Oxford Research Group, 2020). En plus de la destruction des matériaux, les conflits armés ont un impact négatif sur la santé. Ainsi, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime qu'environ 70% de la population mondiale a été exposée à un événement traumatique au moins une fois au cours de sa vie (OMS, 2013) et que 1,6 million de personnes meurent chaque année de suite de violence (OMS, 2019).

Avec le conflit en Syrie de 2011, plus de 500 000 personnes ont été tuées et des millions d'autres ont été déplacées (Syrian Observatory for Human Rights). Selon le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), à la fin de 2020, il y avait près de 82,4 millions de personnes déracinées dans le monde, dont 26,4 millions étaient des réfugiés (HCR, 2021). Le pays le plus touché par le déplacement de population sont la Syrie, le Venezuela, l'Afghanistan, le Soudan du Sud et la Birmanie (HCR, 2021).

Selon l'Institut international de recherche sur la paix de Stockholm (SIPRI, 2021) il y a 18 conflits armés en Afrique en 2020. Le Centre de recherche sur l'épidémiologie des catastrophes (CRED) estime en moyenne 12 à 13 conflits armés par an en Afrique au cours de la dernière décennie (CRED, 2020). Les conflits armés en Afrique ont entraîné un nombre élevé de victimes, tant civiles que militaires. Selon l'ONU, en 2020, plus de 17 000 civils ont été tués ou blessés dans des conflits armés en Afrique (Rapport du Secrétaire général de l'ONU sur la protection des civils dans les conflits armés, 2021). Les conflits armés en Afrique ont également entraîné des déplacements massifs de populations, avec des millions de personnes déplacées à l'intérieur de leur pays ou réfugiées dans d'autres pays. En Afrique, les conflits armés sont motivés par différents facteurs, notamment les tensions ethniques, les rivalités politiques, les revendications territoriales, les ressources naturelles et les inégalités socio-économiques. Certains de ces conflits ont des dimensions régionales, impliquant plusieurs pays voisins ; par exemple : le conflit dans la région du Sahel impliquant le Mali, le Niger, le Burkina Faso et d'autres pays de la région.

Une étude effectuée pour la prévalence du stress post-traumatique dans le monde mené en 2014 dans 24 pays et elle révèle que la prévalence du trouble de stress post-traumatique varie de 0,1% à 3,6% (Karam *et al.*, 2014). Une étude menée dans 66 pays a révélé que la prévalence globale du TSPT lié à la violence était de 4,0% (Steel *et al.*, 2009). Le taux de TSPT de guerre dans la population civile peut varier en fonction du contexte et de la gravité du conflit. Une étude menée en Iraq pendant la guerre a révélé que 18,8% de la population avait des symptômes de TSPT (Alhasnawi *et al.*, 2009). Une étude effectuée auprès de réfugiés afghans en Iran a montré que 60% d'entre eux présentaient des symptômes de TSPT (Fazel *et al.*, 2005). Une revue systématique sur les réfugiés a révélé des taux de TSPT allant de 4% à 86%, avec une moyenne de 30% (Steel *et al.*, 2009). Une étude menée dans 21 pays a estimé que la prévalence du TSPT chez les victimes de violence était de 36,3% en moyenne (Koenen *et al.*, 2017). Une étude menée dans les territoires palestiniens occupés par la guerre a estimé que la prévalence du TSPT était de 21,7% parmi les adultes (Thabet *et al.*, 2008). Une étude effectuée auprès de réfugiés de guerre syriens en Jordanie a révélé que 34,7% d'entre eux présentaient des symptômes de TSPT (Hadi *et al.*, 2018).

Une étude effectuée en République démocratique du Congo estime que la prévalence du TSPT dans les zones touchées par le conflit est d'environ 27% (Neuner *et al.*, 2008) ; en 2010, une autre étude menée par Johnson *et al.* en RDC recense 45% de personnes déplacés internes souffrant de TSPT. Une étude auprès de réfugiés somaliens au Kenya révèle que 44% d'entre eux présentaient des symptômes de TSPT (Roberts *et al.*, 2009). Une étude menée en

Sierra Leone après la guerre civile a révélé une prévalence du TSPT de 40% chez les adultes (Kinyanda et *al.*, 2012). Ces pays ne sont pas les seuls touchés par les guerres. Ces différentes études donnent d'avoir une idée du nombre de guerre qui se vit dans le monde et par conséquent de leurs conséquences sur divers plans, mais plus particulièrement sur le plan psychologique.

Le Cameroun quant à lui a connu des conflits armés dans différentes régions du pays ces dernières années. Dans les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest, à majorité anglophone, le Cameroun est confronté à un conflit qui a commencé en 2016 et qui est toujours en cours. Selon le CRED, le conflit dans les régions anglophones du Cameroun a provoqué le déplacement de plus de 700 000 personnes à l'intérieur du pays ; les affrontements entre les forces de sécurité et les groupes séparatistes ont entraîné des pertes en vies humaines et des violations des droits de l'homme (CRED, 2020). Ainsi, le Cameroun est également confronté à la menace du groupe Boko Haram, qui opère dans la région de l'Extrême-Nord. Depuis 2014, le Cameroun est touché par des attentats-suicides, des enlèvements et des affrontements armés avec la secte islamique Boko Haram. Ces attaques ont causé de nombreux déplacements des populations dans les régions frontalières du Cameroun, du Nigéria, du Niger et du Tchad (International Crisis Group, 2021).

Les conflits armés au Cameroun ont eu pour résultante des pertes en vies humaines, des blessures et des violations des droits de l'homme. Les civils sont souvent les plus touchés, avec des rapports de violations des droits de l'homme commises par toutes les parties au conflits. Les conflits ont également un impact économique et humanitaire significatif, avec des perturbations des services de base tels que l'éducation et les soins de santé (Human Rights Watch, 2021). Les conflits dans les régions anglophones du Cameroun et la menace de Boko Haram dans la région de l'Extrême-Nord exposent la population à des événements potentiellement traumatisants. Selon l'OMS, les victimes de violences, de déplacements forcés, d'enlèvements, de violences sexuelles et d'autres formes de traumatismes liés aux conflits armés développent des symptômes du stress post-traumatique. S'il n'y a pas de données précises sur la prévalence du TSPT spécifique au Cameroun ; l'OMS continue en disant que dans les pays touchés par des conflits armés et des catastrophes, jusqu'à 25% de la population pourrait souffrir de troubles mentaux, y compris le TSPT (OMS, 2020). Un rapport des Médecins Sans Frontières affiche un taux de prévalence de 7,8% sur le traumatisme psychique, suite à une étude menée uniquement dans les chefs-lieux des dix régions que compte le pays (MSF, 2013).

Selon Ovambe et Douanla (2023), les soldats africains sont engagés durant ces dernières années dans des missions diverses. Dans ces différentes opérations, les militaires sont

constamment en proie à des crises intenses d'ordre traumatique pouvant conduire à des effets indésirables à long terme sur le plan psychique ; qui dans les cas les plus graves, on observe des états de stress post-traumatique. Ce qui coûte des sommes énormes à l'armée, qu'un coût de l'humain, ainsi qu'une baisse de la capacité opération des soldats. Au fil des ans, les armées tente de mettre sur pied des stratégies dont l'objectif premier n'est pas de réduire les facteurs de risque du développement et du maintien du TSPT, mais qui contribuent tout de même à jouer le rôle des facteurs de protection sur les plans individuel et collectif.

Le rapport du Haut-Commissariat des Réfugiés (2020), souligne que le Cameroun est aujourd'hui le siège de nombreuses crises ; entre autres le conflit armé de l'Extrême-Nord du pays avec la secte islamique Boko-Haram, la crise sanitaire du Covid 19, et la crise dans le Nord-Ouest et le Sud-Ouest par les Ambazoniens. La région de l'Extrême-Nord se caractérise par un conflit entre la secte islamique Boko-Haram et les forces de sécurités, avec pour conséquence de nombreux dégâts à de multiples dimensions : physique, matérielle, psychologique, sociale, etc. La dimension qui intéresse ici concerne la souffrance psychologique chez les populations qui en sont victimes. Car plusieurs personnes ayant perdu leur maison, leur travail et des êtres chers, développent un traumatisme psychique qui évolue vers un syndrome post-traumatique par manque de soutien psychologique et parfois malgré ce soutien (Makani, 2023).

Ces différents pourcentages et proportions élevés sur les traumatismes liés aux conflits armés laissent naître plusieurs centres d'intérêts et nombre de questionnements. Les centres d'intérêt peuvent être d'ordre stratégique de défense, d'ordre sociologique, ou d'ordre psychologique. En s'intéressant à l'aspect psychologique, les éléments qui déterminent le traumatisme psychique chez les civils victimes de guerre, la façon dont ces victimes vivent le traumatisme, les facteurs qui interviennent dans ce vécu peuvent être questionnés. Clervoy (2016) déclare que les traumatismes et les blessures psychiques sont des phénomènes qui relèvent autant des évènements de la vie quotidienne que de ceux des temps exceptionnels et personne n'en est épargné. Il précise également que l'appareil psychique est organisé pour faire face à cette souffrance. Cependant, le psychisme peut être dépassé ou brisé par ces évènements ; une longue souffrance s'installe dès lors. En disant cela, il confirme l'idée de Freud (1973) selon laquelle le traumatisme est comparable à un corps étranger qui aurait pénétré par effraction dans l'espace intérieur de l'organisme vivant, qui au préalable était protégé par une enveloppe superficielle de défense appelée « pare-excitation ». Dans la même lancée, Barrois (1998) continue en disant que lors du traumatisme psychique, fissure et éclatement des couches protectrices du Moi, engendrant un affaissement psychique et causant des symptômes qui font

penser au concept d'effondrement. Chahraoui *et al.*, (2000) de leur côté affirment que le traumatisme psychique et son souvenir opèrent de la même façon "d'un coup étranger" et continuent à agir dans la vie du sujet longtemps après que l'évènement traumatique soit passé.

Ces points de vue faits sur le traumatisme psychique donnent de percevoir la gravité de cette effraction et d'entrevoir la souffrance dont peut être sujet les personnes qui en sont affectées. Ces populations victimes de guerre sont souvent confrontées dans de nombreux contextes à des traumatismes plus importants tels que le stress post-traumatique.

Selon Ovambe et Douanla (2023), la religion/spiritualité joue un rôle central dans la vie des individus et des communautés. Ainsi, de nombreuses personnes ayant développé des pathologies traumatiques en l'occurrence le stress post-traumatique ont du mal à faire une synthèse de l'expérience traumatique dans un discours compréhensible. Mais elles s'appuient sur la croyance religieuse ou spirituelle qui tire son essence de la recherche personnelle de réponses aux questions en rapport à la vie et au sens qui lui est donné. En construisant leurs discours sur les croyances, cela les aide à intégrer des souvenirs de la situation traumatique et à faire une synthèse cognitive qui leur permettra de baisser les dérèglements émotionnels causés par l'ESPT.

0.2. FORMULATION ET POSITION DU PROBLÈME

Lors de la descente sur le terrain dans la ville de Maroua (Extrême-Nord du Cameroun) avec les professionnels de l'organisation SIL Cameroun, il est observé que les populations présentent les caractéristiques d'un traumatisme psychique. Après avoir passé le test de PCL-S à certaines de ces victimes civiles, le constat fait est que la majorité d'entre eux souffrent d'un état de stress post-traumatique. Lors des échanges avec ces personnes, nous nous sommes rendus compte que malgré le stress post-traumatique manifesté, ces personnes avaient quand même une certaine volonté de vouloir dépasser la souffrance. Ainsi, elles s'accrochaient beaucoup plus sur leur spiritualité.

Dans un souci de compréhension de l'état de stress post-traumatique, plusieurs modèles théoriques ont tenté de l'expliquer tant au niveau de la genèse de ces troubles (traumatisme) qu'au niveau de son dépassement (gestion). A cet effet, l'approche psychanalytique de Freud propose en 1893 le modèle de l'effraction du pare excitation qui explique que la survenue du traumatisme psychique est due à des stimuli extérieurs qui brisent le pare excitation chargé de protéger le psychisme et cause une souffrance chez l'individu en bouleversant aussi bien sa vie intrapsychique que son existence entière. Toutefois, ce modèle ne met en évidence que la genèse du traumatisme psychique, sans faire intervenir les moyens d'y faire face, elle met

beaucoup plus l'accent sur l'émergence même du trouble, mais n'aborde pas le volet spiritualité. Dans la suite de Freud, Kardiner, entre 1941 et 1947, a mis sur pieds le modèle psychanalytique du débordement des fonctions d'adaptation à l'environnement pour expliquer l'origine du traumatisme chez certains individus. Pour lui, chaque individu dès sa naissance développe un ego effectif qui lui permet de se préserver des stimuli agressifs et lui inspire des stratégies pour s'adapter efficacement à son environnement lorsqu'il fait face à des situations difficiles. Lorsque celui-ci est submergé, l'individu développe un traumatisme psychique. Ce modèle ne mettant pas suffisamment d'accent sur les processus intrapsychiques laissant toutefois apparaître en filigrane les mécanismes de gestion de ce trouble en lien avec les cognitions et les comportements. Il a insisté sur les mécanismes d'adaptation sans pour autant inclure l'aspect psychique et l'aspect spirituel.

Le psychanalyste et père de *l'ego psychology* Heinz Hartmann (1967) monte un modèle du Moi duel qui permet de comprendre aussi bien la genèse des traumatismes psychiques et les mécanismes intrapsychiques favorisant sa gestion. Avec sa théorie du Moi duel, Heinz met l'accent sur les mécanismes intrapsychiques qui permettent de comprendre le conflit, les mécanismes pour s'adapter ; mais il met juste des jalons pour pouvoir permettre à d'autres auteurs tels que Lazarus, Folkman et Pargament de mettre l'accent sur les processus qui vont permettre de mieux gérer les stratégies axées sur la spiritualité. Pour lui, la vie intrapsychique d'un individu doit se construire à partir des conflits car du point de vue psychanalytique, ce qui permet de construire la vie psychique d'un individu c'est le conflit, au centre du conflit se trouve une agressivité inhérente à l'individu depuis sa conception. Le Moi duel montre comment l'individu utilise au fur et à mesure de son développement des stratégies pour pouvoir diminuer la tension des pulsions agressives. Ce qui signifie que face à des situations difficiles comme celle du traumatisme, le choc traumatique qui est créé vient générer une situation de conflit qui va déséquilibrer le fonctionnement de l'appareil psychique normal.

Car cette situation vient doubler le conflit et faire en sorte que la personne souffrante devienne plus agressive (auto agressive ou hétéro agressive). Heinz continue en disant que même en cas de situation traumatique, l'individu trouvera des moyens pour remédier à sa souffrance, en trouvant des solutions, des stratégies qui l'aideront à pouvoir faire face à la situation. Parmi ces stratégies, il fait référence au Moi autonome et au Moi conflictuel.

À l'origine toutes les théories du coping ont pour point de départ la théorie psychanalytique de Heinz qui permet d'expliquer de manière intégrative non seulement le traumatisme psychique, mais également les moyens par lesquels l'individu souffrant réussit à surmonter ces situations. Ainsi, Lazarus et Folkman (1984) mettent sur pied la notion de coping

qui renvoie aux mécanismes de faire face. Lazarus et Folkman (1984) conceptualisent et théoriser le coping qui est assimilé à deux domaines de recherches dont le plus important pour nous est le courant psychanalyste de la psychologie du moi ou ego psychology. Leur objectif était de mettre l'accent sur les mécanismes et processus utilisés pour faire face à la situation traumatique. Aussi, ils mettent l'accent sur le coping centré sur le problème, celui centré sur l'émotion et centré sur la recherche du soutien social (Lazarus et Folkman, 1984). Néanmoins, ces modèles de coping ne mettent toujours pas l'accent sur la compréhension intrapsychique des phénomènes ayant donné naissance au traumatisme dont ils permettent la prise en soin et également sur le volet spirituel du coping.

Toutefois, leurs travaux ont servi de fil conducteur afin que Kenneth Pargament mette sur pieds sa théorie du coping religieux qui fait appel à une dimension de la spiritualité qui est la religion. La théorie du coping religieux de Pargament (1997) propose une approche approfondie de la manière dont la religion et la spiritualité influencent la façon dont les individus font face aux défis et aux stress de la vie. Dans cette théorie, il a expliqué certains aspects qui présentent la religion comme stratégie de coping. Pargament identifie trois principales dimensions du coping religieux : le coping direct, le coping indirect et le coping d'évitement. Le coping direct implique des actions telles que prier, chercher l'aide divine ou recourir à des pratiques spirituelles pour faire face aux difficultés. Le coping indirect consiste à donner un sens religieux ou spirituel aux événements stressants, à chercher des réponses dans la foi ou la doctrine religieuse. Enfin, le coping d'évitement implique des stratégies telles que l'évitement de pensées stressantes par la méditation ou la prière.

Pour lui, le coping religieux a une signification profonde pour de nombreuses personnes, car il peut fournir un soutien émotionnel, une source de réconfort et d'espoir, ainsi qu'une perspective plus large sur les défis de la vie. Il remplit également des fonctions psychologiques importantes telles que la régulation émotionnelle, la réinterprétation des événements stressants, la protection de l'estime de soi et la création de liens sociaux au sein de la communauté religieuse. Selon lui, la manière dont les individus utilisent le coping religieux peut varier considérablement en fonction de leurs croyances, de leurs pratiques religieuses, de leur niveau d'engagement spirituel, de leur culture et de leurs expériences personnelles. Certains peuvent trouver un soutien profond dans leur foi, tandis que d'autres peuvent ne pas utiliser le coping religieux de manière significative. En résumé, la théorie du coping religieux de Pargament met en évidence l'importance de la religion et de la spiritualité comme ressources pour faire face aux difficultés de la vie, tout en reconnaissant la diversité des façons dont les individus interagissent avec ces dimensions dans leur processus de coping.

0.3. QUESTION DE RECHERCHE

L'étude telle que conçue, s'intéresse à l'apport de la religion/spiritualité comme stratégie d'adaptation pour gérer efficacement le trouble de stress post-traumatique. Il s'agit notamment du rôle du coping religieux (Pargament, 1997) dans le vécu traumatique des victimes de conflits armés. Pour exprimer à cette préoccupation, nous avons formulé la question de recherche suivante : « *Quel est l'apport du coping axé sur la religion/spiritualité dans le processus d'ajustement psychique face au stress post-traumatique présent chez les civils victimes de conflits armés au Cameroun ?* »

0.4. OBJECTIF DE L'ÉTUDE

L'objectif général de cette étude est d'appréhender l'apport du coping centré sur la religion/ spiritualité dans le processus d'ajustement psychique des populations victimes de guerre face au stress post-traumatique. Cela passera par le fait : d'examiner les mécanismes intrapsychiques par lesquels le coping religieux peut contribuer à la gestion du stress post-traumatique chez ces populations ; de comprendre comment les croyances religieuses, les pratiques spirituelles et la participation communautaire religieuse peuvent à la reconstruction de la vie après des traumatismes liés à la guerre. Cette évaluation se fera spécifiquement au travers de l'examen du discours des participants ; il s'agira dans un premier temps d'identifier les rôles de la religion dans le processus pour faire face au traumatisme, et dans un deuxième temps de saisir la mise en œuvre de ces mécanismes.

0.5. ORIGINALITÉ ET PERTINENCE DE L'ÉTUDE

Dans certaines cultures comme la nôtre, la religion a une place importante dans la vie des personnes, et cette primauté est d'autant plus grande lorsque les individus se trouvent dans des situations critiques. Cette influence de la religion/spiritualité dans la vie des individus peut revêtir différents rôles qui jusqu'ici ont été étudiés séparément.

L'originalité de cette étude se retrouve dans le fait qu'elle traite principalement du rôle de la religion dans le traumatisme psychique, car nous partons sur la base selon laquelle la religion a de nombreuses fonctions et dimensions qui interviennent dans le processus pour faire face au traumatisme psychique. C'est pourquoi, nous nous sommes inspirés des référents culturels et le rapport subjectif de l'individu à la religion pour mieux évaluer les stratégies religieuses que les individus mettent sur pieds pour faire face au traumatisme psychique.

Le fait que cette étude soit réalisée dans le contexte camerounais où d'après notre parcours, cette partie a été très peu élaborée dans la littérature ; c'est-à-dire avec une

méthodologie qualitative, une inspiration des référents culturels et le rapport subjectif de l'individu à la religion et même une population vivant à l'Extrême-Nord du Cameroun. De plus, la majorité des études que nous avons vues sur le traumatisme psychique, étaient menées auprès des soldats de guerre. Mais cette étude ci est menée auprès de civils victimes de guerre.

La pertinence de cette étude vient du fait qu'elle est effectuée à l'aide d'une méthodologie qualitative et des méthodes cliniques comme l'observation et l'entretien semi-dirigé qui donnent la possibilité aux participants de s'exprimer librement et de laisser remonter à la surface les particularités de leur vécu. Cette méthodologie qui est utilisée part d'une structure construite à partir de la littérature, mais elle donne tout de même une certaine ouverture et une liberté aux données de suivre leur propre tendance.

0.6. INTERÊT DE L'ÉTUDE

0.6.1. Intérêt social

L'étude de l'apport de la religion/spiritualité dans la gestion du TSPT peut présenter plusieurs intérêts sociaux importants.

- Le TSPT est une situation complexe qui affecte la vie quotidienne des personnes qui en sont atteintes. Cette étude peut aider à mieux comprendre l'apport de la spiritualité et la pratique religieuse dans le processus pour faire face aux symptômes du TSPT. Ce qui pourrait conduire à une meilleure sensibilisation et à un soutien plus efficace pour les personnes touchées.
- Pour de nombreuses personnes, la religion et la spiritualité sont des sources de réconfort, de soutien émotionnel et de guidance lorsqu'elles font face à des difficultés. L'étude de l'apport de la religion dans la gestion du TSPT peut aider à identifier les ressources spirituelles spécifiques qui peuvent être bénéfiques pour les personnes atteintes de TSPT. Ce qui peut conduire à la mise en place de programmes de soutien qui intègrent ces ressources.
- La religion et la spiritualité sont souvent ancrées dans la culture et peuvent différer d'une personne à l'autre. Cette étude peut aider à reconnaître et à prendre en compte la diversité culturelle des individus touchés par le TSPT. Cela peut favoriser une approche plus inclusive et respectueuse dans la prise en charge du TSPT ;
- Cette étude peut encourager la collaboration entre différents domaines, tels que la psychologie, la psychiatrie, la théologie et les sciences sociales ; et aussi contribuer au développement d'interventions plus holistiques et personnalisées. Les professionnels

de la santé mentale peuvent intégrer ces aspects dans leurs approches thérapeutiques, ce qui pourrait améliorer les résultats pour les personnes atteintes de TSPT.

0.6.2. Intérêt culturel

- La religion est souvent étroitement liée à la culture d'une communauté ou d'un groupe de personnes. Cette étude permet d'explorer les différentes croyances, pratiques et rituels religieux qui peuvent être utilisés pour faire face aux traumatismes. Cela permet de mieux comprendre la diversité culturelle et les ressources spirituelles spécifiques qui peuvent être mobilisées dans différents contextes.
- Cette étude permet de reconnaître et de valoriser les systèmes de croyances et les traditions culturelles des individus touchés par le TSPT. Ce qui peut aider à prévenir la stigmatisation et à promouvoir une approche respectueuse et inclusive de la santé mentale.
- La religion et la spiritualité sont souvent des éléments importants de l'identité culturelles des individus et des communautés. Cette étude peut contribuer à renforcer le lien entre l'identité culturelle et la résilience face aux traumatismes. Cela peut favoriser le maintien et la transmission des traditions culturelles qui peuvent jouer un rôle positif dans la gestion du TSPT.
- Cette étude met en évidence la diversité culturelle des expériences et des approches face aux traumatismes. Ce qui favorise une sensibilisation accrue à la richesse et à la complexité des différentes cultures et religions. Cette sensibilisation peut contribuer à la promotion du respect, de la tolérance et de l'inclusion au sein des sociétés multiculturelles.
- L'étude de l'apport de la religion dans la gestion du TSPT favorise le dialogue interculturel en encourageant les échanges et la compréhension mutuelle entre les différentes traditions religieuses et les pratiques culturelles. Ce qui peut renforcer les liens entre les communautés et promouvoir la coopération dans le domaine de la santé mentale.

0.6.3. Intérêt clinique

- Comprendre comment la religion et la spiritualité peuvent influencer la gestion du TSPT permet aux professionnels de la santé mentale d'envisager des approches de traitement complémentaire. Pour certains patients, l'intégration de la dimension spirituelle dans leur parcours thérapeutique peut renforcer leur santé émotionnelle et

mentale. Ce qui peut inclure des interventions spirituelles, telle que la prière, la méditation, les pratiques rituelles ou la participation à des groupes de soutien religieux.

- Les institutions religieuses peuvent fournir un soutien social et communautaire important pour les individus atteints de TSPT. Cette étude peut aider à identifier les ressources communautaires disponibles, qui peuvent aider les personnes atteintes de TSPT à se sentir soutenues, comprises et intégrées dans leur communauté.
- La religion et la spiritualité peuvent jouer un rôle dans le renforcement des facteurs de résilience chez les individus touchés par le TSPT. La foi en un pouvoir supérieur, la recherche de sens et de transcendance à une communauté religieuse peuvent apporter un soutien émotionnel et une source de réconfort dans les moments difficiles. Cette étude peut aider à identifier les mécanismes spécifiques par lesquels ces facteurs de résilience religieux peuvent agir.
- Cette étude peut aider les cliniciens à mieux comprendre la symbolique culturelle des individus touchés par le TSPT. Cela favorise une approche de traitement plus adaptée culturellement, en tenant compte des systèmes de croyances et des pratiques religieuses spécifiques des patients. Cela peut renforcer l'alliance thérapeutique, l'engagement du patient dans le processus de traitement et l'efficacité globale de l'intervention.
- La spiritualité est une dimension importante de rapport à soi positif pour de nombreuses personnes. Cette étude permet de reconnaître et de prendre en compte cette dimension lors de l'évaluation et de la prise en charge du TSPT. Cela peut conduire à une approche plus holistique et intégrative de la santé mentale, en considérant la spiritualité comme faisant partie intégrante de la vie psychologique et émotionnelle des individus.

0.7. LEVIERS THÉRAPEUTIQUES

En Afrique, le recours à la religion pour faire face au trouble de stress post-traumatique prend source sur plusieurs leviers thérapeutiques :

- Les communautés religieuses en Afrique ont souvent un fort sens de solidarité et de soutien mutuel. Elles peuvent fournir un environnement de social où les personnes atteintes de TSPT peuvent trouver un réseau de soutien, de compréhension et de partage d'expériences similaires. Ces communautés peuvent offrir un espace où les individus peuvent exprimer leurs émotions, recevoir un soutien pratique et obtenir des conseils spirituels.
- Les rituels et les pratiques spirituelles sont souvent des éléments clés de la religion en Afrique. Ils peuvent inclure la prière, la méditation, les chants, les danses, les

cérémonies de guérisons et d'autres formes de rituels. Ces pratiques peuvent aider les personnes atteintes de TSPT à trouver un sentiment de calme, de réconfort et de connexion avec un pouvoir supérieur. Ils peuvent également faciliter la libération émotionnelle et la guérison symbolique.

- La religion en Afrique offre souvent un cadre de sens et de transcendance face aux épreuves de la vie, y compris les traumatismes. Les croyances religieuses peuvent donner un sens aux souffrances vécues, offrir de l'espoir et encourager la résilience. Les enseignements religieux peuvent aider les individus à trouver un équilibre entre leurs expériences traumatisantes et leur recherche de guérison et de transformation.
- La religion en Afrique met souvent l'accent sur la réconciliation et le pardon. Ces valeurs peuvent être mobilisées pour aider les personnes atteintes de TSPT à surmonter les traumatismes passés, à reconstruire des relations brisées et à trouver une forme de guérison émotionnelle. Les enseignements religieux sur le pardon et la réconciliation peuvent offrir des cadres et des pratiques pour le processus de guérison.
- Les leaders religieux et les conseillers spirituels jouent souvent un rôle central dans la vie spirituelle des communautés africaines. Ils peuvent fournir un soutien et un accompagnement spirituel aux personnes atteintes de TSPT, en les aidant à explorer et à intégrer leur spiritualité dans leur processus de guérison. Ces accompagnateurs peuvent être des sources de conseils, d'écoute empathique, de guidance morale et de soutien émotionnel.
- Un système de croyances spirituelles/religieuses pourrait contribuer à l'interprétation des événements de l'existence, en leur procurant du sens et de la cohérence, et donc de favoriser les expériences traumatiques (Koenig, 2006 cité par Ovambe et Douanla, 2023).

0.8. CLARIFICATION DES CONCEPTS FONDAMENTAUX DE L'ÉTUDE

0.8.1. Coping religieux/ spirituel

➤ Notion de coping

La notion de coping provient d'études et de théories liées au stress. Lazarus et Folkman (1984) sont l'un des premiers groupes de chercheurs à s'intéresser à cette question. Avec la mise sur pied du « modèle transactionnel (relation dynamique et bidirectionnelle entre l'individu et son environnement). Ces derniers définissent le coping comme étant l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux adoptés en vue de tolérer, d'éviter ou de minimiser

l'effet du stress sur le bien-être physique et psychologique d'un individu » (Bergevin, 2019, p. 32).

Quelques années plus tard, Lazarus et Folkman (1984) modifient le modèle transactionnel et proposent d'intégrer la psychologie positive. Car selon eux, les situations de stress ne causaient pas toutes les mêmes symptômes de détresse. Ces stratégies axées sur la psychologie positive renvoient à la quête de sens positif lors d'un événement douloureux et impliquent une réévaluation positive de la situation, l'utilisation des stratégies centrées sur le problème, l'utilisation des croyances et pratiques spirituelles, ainsi que le fait de donner un sens positif aux événements de la vie quotidienne.

Frydenberg a également travaillé sur le concept de coping. Selon elle, le coping « *est fait de réponses utilisées par un individu, que ce soit sur le plan des pensées, des émotions ou des actions, afin de faire face à des difficultés rencontrées dans son quotidien ou lors de circonstances particulières* » (Bergevin, 2019, p. 34). Elle met sur pied 18 stratégies qui donnent de voir l'interaction de l'individu avec son environnement, ainsi que les ressources personnelles de celui-ci. Ces stratégies sont divisées en trois styles de coping (productif, non productif et centré sur les autres) :

- Le coping productif fait référence aux stratégies développées pour résoudre la problème en étant optimiste, détendu, en forme et en relation avec les autres,
- Le coping non productif renvoie aux stratégies qui consistent à éviter le problème ; la personne se trouve incapable à directement à l'évènement traumatisant,
- Le coping centré sur les autres, consiste en la capacité à aller vers les autres pour demander de l'aide et un appui.

➤ Notion de spiritualité

La notion de spiritualité est principalement tirée des traditions religieuses, comme le christianisme. Pour son utilisation scientifique, certains chercheurs proposent une définition de la spiritualité de façon à pouvoir l'opérationnaliser. Le psychologue et philosophe William James a travaillé sur la notion de religion et a relevé le manque de recherches scientifiques sur le sujet. De nos jours, la spiritualité est abordée comme synonyme de religion et elle est également appelée « spiritualité contemporaine » (Bergevin, 2019). Ainsi, la spiritualité se divise en deux grandes parties : des personnes qui croient en un dieu et des personnes dont aucun dieu ne fait partie de leur spiritualité, de leurs croyances. Plusieurs sous-catégories sont également notées dans la définition de la notion de spiritualité : « l'existentialisme, la quête de

sens, l'accomplissement dans la vie et le sentiment d'appartenance individuel ou au reste du monde » (Bergevin, 2019, p. 43).

Le théologien Mager cité par Bergevin (2019) propose l'idée selon laquelle la spiritualité est très souvent associée à la notion d'intériorité, de regard à l'intérieur de soi et également des interactions avec l'environnement. Tout comme dans la théorie du stress et du coping de Folkman, il précise la nécessité des rapports constants entre l'individu et son environnement tel que décrit par les sciences humaines et sociales. En se référant à la spiritualité comme un concept multidimensionnel, elle devrait se définir en termes

D'attitudes et de comportements, d'un système de croyances et de valeurs, de sens attribué et de la transcendance. Ce dernier concept, la transcendance, correspond à la capacité de l'individu d'aller au-delà de soi, de voir la vie d'un point de vue plus large et plus objectif (Bergevin, 2019, p. 44).

De nombreux auteurs tels que Hill et al., Pargament cité par Bergevin (2019) s'accordent pour dire que la spiritualité fait intervenir la recherche du « sacré ». Elle se définit par « les sentiments, les pensées, les expériences et les comportements associés au processus de recherche ou au fait de s'accrocher à ce qui est sacré dans la vie d'un individu » (Bergevin, 2019, p. 44).

La spiritualité permet de donner un sens à l'existence, c'est pour quoi on l'appelle aussi « la question du sens ». Cependant, cette spiritualité peut

passer par une relation avec Dieu (religion), être orientée vers le monde, la nature, ou être centrée sur les individus, leur potentiel et, leurs réussites, dans un volet plus humaniste. De manière plus globale, la définition contemporaine de la spiritualité fait référence aux valeurs et au sens profond avec lesquels les individus cherchent à vivre. Elle peut être comprise comme la vision de l'esprit humain et de ce qui l'aide à atteindre son plein potentiel (Bergevin, 2019, p. 45).

Baldacchino cité par Bergevin (2019) met en avant le fait que la spiritualité fait intervenir une dimension biopsychosociale, une force qui conduit la personne à évoluer et à changer, mais également à donner un but et un sens à sa vie. Selon elle, la spiritualité fait intervenir les volets intra et interpersonnel. Cette auteure conclut « qu’être connecté à l’intérieur de soi, avec les autres et avec une force supérieure (transcendance) permet à l’individu de trouver un sens à la vie, ce qui peut mener à augmenter la foi, la paix, l’espoir et la responsabilisation de manière à faire face aux défis rencontrés dans la vie » (Bergevin, 2019, p. 45).

➤ Coping religieux / spirituel

En 1997, Pargament chercheur dans le domaine du coping et de la spiritualité, focalise son étude sur la notion de coping en présentant l’historique de ce construit. En s’inspirant prioritairement des recherches de Lazarus et Folkman, il propose sa définition du coping. Qui pour lui est « une recherche de signification en temps de stress » (Bergevin, 2019). En d’autre terme, c’est la recherche de sens.

Pargament reconnaît l’importance des pratiques et croyances lors des grands moments de stress, qui d’après lui, aident à l’adaptation et changent la façon dont les personnes perçoivent l’évènement traumatisant. De façon générale, le coping spirituel peut s’assimiler à une recherche personnelle des réponses aux questions existentielles, du sens avec le sacré ou à la transcendance pour permettre le développement de rituels et de formation de communauté (Bergevin, 2019).

0.8.2. Traumatisme psychique

Etymologiquement, la notion de « traumatisme » est tirée du grec « *traumatōs* » qui signifie blessure, ou affection. Dans son origine médicale, le dictionnaire Larousse cité par Ovambe (2016, p. 14) comme : « *un ensemble de lésions locales provoquées par l’action violente d’un agent extérieur et les troubles qui en résultent* ». Psychologiquement, il est considéré comme « *un évènement qui, pour un sujet, a une forte portée émotionnelle et qui entraîne chez lui des troubles psychiques ou somatiques par suite de son incapacité à y répondre immédiatement de façon adéquate* ».

Pour éviter de faire une confusion entre le sens médical et le sens psychologique du traumatisme, Crocq utilise les notions de « psychotraumatisme » ou de « traumatisme psychique ».

D’après le Larousse de Psychologie cité par Ovambe (2016, p. 15), le traumatisme psychique est « *un évènement subi par un sujet qui en ressent une très vive atteinte affective et*

émotionnelle, mettant en jeu son équilibre psychologique et entraînant souvent une décompensation de type psychologique ou névrotique ou diverses somatisations ». Cette définition met en avant les sphères affectives et émotionnelles.

Les psychanalystes Laplanche et Pontalis en s'inspirant de Freud considèrent le traumatisme psychique comme « *un évènement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre de manière adéquate, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique* » (Ovambe, 2016, p.15). Pour eux, le traumatisme est caractérisé par des mouvements excessifs des stimuli qui sont intolérables et difficiles à élaborer psychologiquement par le sujet.

Dans sa définition phénoménologique, Crocq cité par Ovambe (2016, p. 15) met l'accent sur la singularité et la particularité de l'évènement, ainsi que sur l'ampleur de l'évènement. Il définit le traumatisme psychologique comme un « *phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un évènement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur* ».

Les cognitivistes voient le traumatisme comme un « *trouble caractérisé par une modification des schémas cognitifs que le sujet a sur lui-même, sur le monde, et sur les autres* » (Ehlers et Clark cité par Ovambe, 2016, p. 15). La notion de schéma cognitif fait référence aux structures cognitives et aux croyances qui constituent la structure cognitive. Ces croyances fournissent à l'individu un lieu où il peut mieux comprendre son vécu et ainsi conserver sa stabilité face à un évènement. Cette perspective cognitive du traumatisme est similaire à la description donnée par Crocq selon laquelle : « *cette épreuve constitue pour le sujet un bouleversement profond de l'être, dans ses rapports avec le monde, et avec lui-même* ». Que le traumatisme soit défini comme une épreuve ou comme un trouble, il n'en reste pas moins que chaque personne qui en est victime la vit de manière particulière, c'est-à-dire subjective.

0.8.3. Victime

La notion de « victime » est empruntée au latin « *victima* ». Elle est apparue dans la langue populaire écrite à la fin des années 1485. Elle se retrouve de plus en plus dans les titres des livres répertoriés à la bibliothèque nationale de France dès le XVII^{ème} siècle avec près de 10 références. Vers le XIX^{ème} siècle, elle s'affirme véritablement et connaît son plein essor dans les années 1970 (Garnot cité par Josse, 2019). Ces dernières années, environ 50.000 ouvrages ont été rédigés traitant de victimes, et sont entreposés au titre de dépôt légal.

➤ Définition de victime

De nos jours, deux grands courants se proposent de présenter la notion de victime. L'un s'inscrit dans le cadre légal et infractionnelle, l'autre est plus large, il renvoie à la victimologie et renferme les aspects légaux, sociaux, psychologiques et humanitaires (c'est celui sur lequel nous allons nous appesantir). En effet, les définitions victimologiques font référence à des notions de subjectivité et mettent davantage l'accent sur la personne plutôt que sur les événements vécus. Pour Mendelsohn (cité par Jossé, 2019) qui est l'un des pères de la victimologie, la victime est « *une personne se situant individuellement ou faisant partie d'une collectivité, qui subirait les conséquences douloureuses déterminées par des facteurs de diverses origines : physiques, psychologiques, économiques, politiques et sociales, mais aussi naturelles (catastrophes)* » (p. 34). La définition qui avait été retenue par la première société française de victimologie possède des éléments semblables : « *une victime est un individu qui reconnaît avoir été atteint dans son intégrité personnelle par un agent causal externe ayant entraîné un dommage évident, identifié comme tel par la majorité du corps social* » (Fillizzola et Lopez cité par Jossé, 2019, p. 34).

La définition de Audet et Katz cité par Jossé : « *On appelle victime toute personne qui subit un dommage dont l'existence est reconnue par autrui et dont elle n'est pas toujours consciente. Chaque mot permet de caractériser la notion :*

- *Personne : il peut s'agir d'une personne physique ou morale ;*
- *Subit : avec l'idée d'endurer, d'éprouver, de souffrir ;*
- *Dommage : terme préféré à « préjudice » trop judiciaire, à « lésion » trop médical ou à « tort » trop général ;*
- *Reconnu : au sens d'identifié comme tel ;*
- *Autrui : la reconnaissance par la victime n'est ni nécessaire ni suffisante, celle d'autrui est primordiale ;*
- *Pas toujours consciente : car l'idée que la personne devrait être consciente de son dommage éliminerait bien des victimes » (p.34).*

Cette définition de Audet et Katz fait intervenir l'idée selon laquelle il y a des victimes qui sont dans l'incapacité de reconnaître qu'elles ont vécu un événement traumatisant. Ceci à cause de leur état physique (elles se retrouvent dans le coma ou elles sont décédées) ou mental (elles souffrent d'un handicap mental, de débilité mentale, d'autisme ...), de leur manque de maturité (de jeunes enfants) ou de l'ignorance (personnes ayant subi une erreur médicale ou une erreur chirurgicale abusive, personnes ayant subi des pratiques culturelles nuisibles ...).

Crocq cité par Jossé (2019, p. 34) définit comme victime « toute personne qui, du fait de l'action (intentionnelle ou non) d'une autre personne, ou d'un groupe de personnes, ou du fait d'un évènement non causé par une personne (catastrophe naturelle ou accident sans auteur), a subi une atteinte à son intégrité physique ou mentale, ou à ses droits fondamentaux, ou une perte matérielle, ou tout autre préjudice (scolaire, professionnel, d'agrément, moral, etc.) ».

La définition de Crocq n'est valable que pour des personnes physiques. Or le mot victime peut faire référence à une entité morale, un organisme, une entreprise ou une institution ayant fait face à des dommages. Pour conclure, cette définition qui semble envisager toutes les possibilités est proposée :

Est considérée comme victime toute personne qui a subi une atteinte à son intégrité physique ou psychique ainsi que toute personne physique ou morale qui a subi un outrage à l'honneur ou à ses droits fondamentaux, une perte de biens matériels ou tout autre préjudice sur le plan scolaire, professionnel, privé, morale, etc. Ces dommages peuvent avoir été causés par un ou plusieurs actes commis délibérément ou involontairement par une personne ou par une collectivité, actes dont la personne physique ou morale peut ne pas avoir conscience ; ils peuvent également résulter d'une catastrophe naturelle ou d'un accident sans tiers en cause (Jossé, 2019, p. 35).

➤ Les types de victimes

Il existe deux grandes catégories de victimes :

- Les victimes directes ou primaires : elles ont été directement en contact avec l'évènement traumatisant. Elles ont subi, provoqué ou été témoin d'une situation violente et inattendue qui les a blessés ou menacé de blesser physiquement et/ou psychologiquement ou encore autrui. Cela les a frottés à la mort réel ou possible.
- Les victimes indirectes ou par ricochet (secondaires, tertiaires, quaternaires) : celles-ci n'ont pas directement vécu la situation traumatisante ; mais elles peuvent être impliquées du fait de ses conséquences ou de leur proximité émotionnelle avec des victimes directes.

0.8.4. Conflit armé

La « guerre » est un conflit armé de grande ampleur entre deux ou plusieurs entités politiques, telles que les Etats, les nations ou les groupes armés. Elle implique généralement l'utilisation de la force militaire pour atteindre des objectifs politiques, économiques ou idéologiques (Keegan, 1976 ; Howard, 1984 ; Aron, 1995).

➤ Les principales caractéristiques de la guerre sont :

- L'utilisation de la force armée : la guerre se caractérise par l'emploi de moyens militaires, notamment l'usage d'armes, de véhicules et de troupes combattantes ;
- L'antagonisme entre parties opposées : la guerre implique un affrontement entre au moins deux parties ayant des intérêts, des idéologies ou des objectifs divergents ;
- Les enjeux stratégiques et politiques : la guerre vise à atteindre des objectifs stratégiques et politiques, tels que la conquête de territoires, le renversement d'un régime, la domination économique ou la défense d'une cause ;
- La mobilisation de ressources : la conduite d'une guerre nécessite la mobilisation et l'allocation de ressources humaines, matérielles et financières importantes de la part des parties impliquées ;
- Les impacts humanitaires et sociaux : les conflits armés ont souvent des conséquences désastreuses sur les populations civiles, entraînant des pertes humaines, des déplacements de population, des destructions d'infrastructures et des traumatismes psychologiques.

➤ Les types de conflits armés

D'après Clausewitz (1955), Münkler (2003) et Kaldor (2013) il existe plusieurs types de guerre que l'on peut classer selon différents critères :

- Selon l'échelle et l'étendue du conflit :
 - Les guerres mondiales : conflits impliquant plusieurs Etats sur plusieurs continents,
 - Les guerres régionales : conflits limités à une région géographique spécifique,
 - Les guerres civiles : conflits armés au sein d'un même Etat entre différents groupes.
- Selon les moyens et les méthodes employés :
 - Les guerres conventionnelles : utilisation de forces armées conventionnelles (infanterie, artillerie, véhicules blindés, etc.),
 - Les guerres asymétriques : conflits opposant des parties ayant des capacités militaires très inégales, souvent avec l'emploi de tactiques non-conventionnelles,

- Les guerres d'usures : stratégies visant à affaiblir progressivement l'adversaire par des attaques continues.
 - Selon les motivations et les objectifs :
 - Les guerres d'agressions : conflits initiés pour conquérir des territoires ou imposer sa domination,
 - Les guerres défensives : conflits visant à repousser une attaque ou à défendre son intégrité territoriale,
 - Les guerres de libération nationale : luttes armées pour l'indépendance et l'autodétermination d'un peuple.
 - Selon les moyens technologiques :
 - Les guerres nucléaires : utilisation d'armes nucléaires avec des conséquences potentiellement catastrophiques,
 - Les guerres cybernétiques : utilisation d'attaques informatiques et de technologies de l'information pour affaiblir l'adversaire.
- Les conséquences des guerres

Les guerres ont de nombreuses et importantes conséquences, que l'on peut résumer ainsi :

- Les conséquences humaines (CIRC, 2019) :
 - Les pertes en vie humaines, blessures et traumatismes physiques et psychologiques chez les combattants et les civils ;
 - Les déplacements de populations, réfugiés et personnes déplacées internes ;
 - Les violations des droits humains, crimes de guerre et atrocités.
- Les conséquences psychologiques
 -
- Les conséquences économiques (Collier, 2003) :
 - La destruction des infrastructures, de biens et de ressources ;
 - Les coûts financiers élevés liés à la mobilisation militaire et à la reconstruction ;
 - Les perturbations des activités économiques, du commerce et des investissements ;
 - L'endettement public et détournement de ressources des secteurs productifs.
- Les conséquences sociales et politiques (Paris et Sisk, 2009) :
 - L'affaiblissement des institutions étatiques et de la gouvernance ;
 - Les tensions et divisions au sein de la société, risque d'instabilité politique ;
 - La détérioration des services publics et des conditions de vie des populations ;
 - Le réaménagement des frontières et changements de régimes politiques.

- Les conséquences environnementales (Lasserre et Lebœuf, 2008) :
- Les dommages aux écosystèmes, pollutions, déforestation et épuisement des ressources naturelles ;
- Les risques de contamination par des agents chimiques ou nucléaires ;
- Les effets à long terme sur la santé et la biodiversité.

Il a été question dans cette partie introductive de situer le contexte de notre étude en justifiant le choix du sujet. Par la suite, nous avons présenté le problème à résoudre au travers d'une question de recherche. Nous également fait mention de l'originalité de cette étude ainsi que ses intérêts sur les plans social, culturel et clinique. Nous avons terminé en proposant quelques leviers thérapeutiques. Dans la suite du travail, nous présenterons au chapitre un état de lieu sur le stress post-traumatique ; au chapitre deux un état de lieu sur le coping religieux/spirituel ; au chapitre trois nous parlerons de notre protocole de recherche sous le nom de méthodologie, au chapitre quatre nous présenterons les résultats ainsi que leur analyse ; au chapitre cinq nous aurons l'interprétation et la discussion des résultats. Enfin, nous terminerons ce travail par une conclusion générale. Dans la suite nous présentons ce que c'est que le traumatisme psychique.

**PARTIE 1 : CADRE CONCEPTUEL ET
THÉORIQUE**

CHAPITRE 1 : ÉTAT DES LIEUX SUR LE TRAUMATISME PSYCHIQUE

« Le traumatisme c'est comme une blessure, une blessure à l'âme. Il faut du temps pour consolider la cicatrice. »

Tobie Nathan (2015). Ce pays qui te ressemble.

Il revient dans ce chapitre de faire un état des lieux du traumatisme psychique. Pour ce faire, il sera question de présenter l'historique du traumatisme psychique avec son approche conceptuelle ; ensuite de présenter les troubles liés au traumatisme psychique selon le DSM 5, les phases du traumatisme psychique, les types de traumatisme psychique. Enfin, l'on énumérait les facteurs qui interviennent dans le vécu du traumatisme psychique.

1.1. PRÉSENTATION DU TRAUMATISME PSYCHIQUE

1.1.1. Historique

Étymologiquement le concept « traumatique » vient du grec « *traumatikos* » qui signifie « *concerne les blessures, bon pour les blessures* ». « *Traumatikos* » est aussi dérivé de « *traumatōs* » qui veut dire blessure, une affection dans l'organisme et au figuré, dommage ou désastre (Marty, 2001). Le traumatisme serait plutôt réservé à la résultante du trauma sur l'ensemble de l'organisme d'une lésion résultant d'une violence externe (Chapelier, 2017). Le trauma (désigne une blessure avec effraction) a connu quatre grandes étapes dans son évolution : la première étape va de l'Antiquité au XVIIe siècle et comprend les premiers récits historiques et scientifiques ; la deuxième étape va du XVIIIe au milieu du XIXe siècle et comprend les premières observations scientifiques et premières hypothèses étiologiques ; la troisième étapes s'étend de la fin du XIXe siècle et s'est portée vers une étiologie psychogénique ; enfin, la quatrième étapes s'étend du XXe siècle à nos jours et elle est marquée par l'évolution de la notion de traumatisme (Josse, 2019). L'évolution du traumatisme psychique dans le monde s'est faite suivant quatre principaux événements :

1.1.1.1. Origine du traumatisme psychique

Dépassé par le nombre de blessés toujours croissant, la Croix-Rouge russe demande de l'aide pour une intervention des médecins étrangers, et le psychiatre Allemand Georg Honigmann se présente sur le front de guerre comme volontaire pour venir en aide aux soldats en souffrance (Honigmann, 1907). Ayant été sur le terrain et ayant recueilli des informations sur les soldats en souffrance, la psychiatre proposa lors d'un congrès allemand de médecine interne, de nommer les troubles manifestés par les blessés psychiques « *névrose de guerre* » (Kriegsneurose en allemand) les troubles manifestés par les blessés psychiques.

1.1.1.2. La première guerre mondiale (1914-1918).

En raison de sa durée, du développement de la technologie, de l'artillerie et des stratégies développées, est celle qui jusqu'ici a causé beaucoup de souffrance. Dès le début du conflit, des troubles psychologiques sont observés chez des combattants et de nombreuses

doctrines sont mises sur pied pour donner une explication à l'origine des troubles psychologiques observés, en disant que c'est soit une affection simulée /exagérée pour les uns, ou une véritable maladie pour les autres, ou un syndrome lésionnel pour les uns ou encore un syndrome névrotique pour les autres, ou qu'il est déterminé par une prédisposition constitutionnelle pour les uns et déclenché par les circonstances spécifiques de la guerre pour les autres, etc. Avec le temps, les psychiatres et médecins ont évolué dans leur compréhension du phénomène et le tableau clinique est renouvelé et proposé ; le psychiatre militaire français Louis Crocq cité par Jossé (2019) en fait un résumé :

Hypnose des batailles, puis shellshock avec la stabilisation du front et les pilonnages d'artillerie sur les tranchées, puis neurasthénie et hystérie de guerre et enfin, névroses et psychonévroses de guerre (névroses traumatiques). Les hypothèses pathogéniques ont suivi la même évolution : hypothèses organiques étiologiques d'abord, dont celle de la confusion mentale de guerre, et celle de la paralysie nerveuse réflexe, ensuite hypothèse post-commotionnelle, puis hypothèse post-émotionnelle par effroi et autosuggestion, et enfin hypothèses psychodynamiques du complexe de peur, de l'effondrement narcissique et de la régression libidinale.

De plus en plus, le nombre de combattants souffrants de troubles post-traumatiques est croissant et l'état-major suspecte une duperie de la part de ceux-ci. En 1915, des neurologues sont engagés pour distinguer les soldats traumatisés psychiques et ceux qui usent de simulacre pour tenter d'échapper à leur devoir militaire. Toutefois, les autorités refusent de préciser que la cause du traumatisme est due à la guerre, pour ne pas indemniser ou réformer les soldats souffrants et choisissent d'imputer son origine à la mauvaise volonté des soldats (Jossé, 2019).

1.1.1.3. La Seconde Guerre mondiale : un conflit armé long et meurtrier.

L'on cherche à minimiser l'impact de la guerre sur la santé mentale. Le gouvernement pour éviter de faire référence à un trouble psychiatrique, il préfère parler « d'épuisement » ou de fatigue transitoire, qui est « une réaction normale face à une situation anormale ». Par la suite,

on parlera de « combat réaction » (réaction au combat), « combat fatigue » (fatigue de combat), « combat stress » (stress de combat) et de « war stress » (stress de la guerre). Le terme war neurose (névrose de guerre) est réservé aux cas les plus graves. Jusqu'ici, les psychiatres militaires refusent d'imputer l'origine des troubles psychologiques observés chez les soldats à la guerre même, mais ils tentent de trouver sa cause dans le passé de l'individu, dans ses traumatismes infantiles selon les théories psychanalytiques. Cette fois, en plus des soldats, l'on observe des signes de traumatisme psychique chez des civils (enfants et adultes) ; mais ce n'est qu'à la fin de la guerre que des scientifiques vont se pencher sur leur cas. En 1952, le psychologue et psychanalyste autrichien Bruno Bettelheim fait une description de la culpabilité du survivant ; en 1957, le psychanalyste allemand William Niederland décrit le syndrome du survivant (survivor syndrome) ; en 1954, le psychiatre français René Targowla présente le syndrome asthénique des déportés. Une dizaine d'années plus tard, son collègue norvégien Leo Eitinger développe la notion de KZ syndrome, Konzentrationslager syndrome (syndrome des camps de concentration). Les psychiatres et psychanalystes découvrent ainsi que les conséquences psychiques durent longtemps après la fin des conflits armés (Jossé, 2019).

1.1.1.4. La guerre du Vietnam et la propension du traumatisme psychique.

Entre 1964 et 1975, l'Amérique et le Vietnam du Nord s'opposent dans une guerre au Vietnam du Sud. En 1972, le psychiatre et psychanalyste américain Chaim Shatan dans un article publié dans le New York Times attire l'attention du public sur le Post-Vietnam syndrome. Dès 1975, de nombreux vétérans présentent des conséquences retardées du conflit, ce qui favorise l'intérêt des professionnels de la santé mentale et des pouvoirs publics. Hors mis les symptômes du traumatisme psychique observés (reviviscences, évitement, hyperactivation neurovégétative), les anciens soldats souffrent également de dépression (méséstime de soi, comportements suicidaires, etc.), de trouble du comportement (impulsivité, accès de colère), et ils se livrent à des actes délinquants, et consomment abusivement des substances psychoactives (alcool et drogue). En 1978, un groupe de chercheurs propose une mise à jour du DSM, ceci pour y introduire le diagnostic du Trouble de Stress Post-Traumatique ; ce qui sera fait en 1980. Cette reconnaissance d'un tableau clinique propre aux traumatismes psychiques est une véritable victoire à plusieurs titres (Jossé, 2019).

Selon l'OMS, le traumatisme est « un dommage physique subi par un corps humain lorsqu'il est brutalement soumis à des quantités d'énergies (mécanique, thermique, chimique, rayonnée) qui dépasse le seuil de la tolérance psychologique ou privée d'un ou de plusieurs éléments vitaux (oxygène, chaleur) ». Freud (1973) compare le traumatisme à un corps étranger

et le définit comme « ce corps qui aurait pénétré par effraction dans l'espace de vésicule vivante constituant par l'organisme, inégalement protégé selon le cas et les circonstances par une couche superficielle de défense pare-excitation ».

Crocq (1999) définit le traumatisme comme « un phénomène d'effraction psychique et de débordement de ses défenses par excitations violentes et afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique, psychique) d'un individu qui y est exposé comme victime ou témoin ». Le traumatisme est « un événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre de manière adéquate, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'ils provoquent ».

Les cognitivistes définissent le traumatisme comme un trouble qui se caractérise par une modification des « *schémas cognitifs* » que l'individu a sur lui, sur le monde et sur les autres (Ehler et Clark, 2000).

1.1.2. Définition de l'évènement traumatique/ traumatogène

L'approche biopsychomédicale du DSM 5 définit « l'évènement traumatique » comme un évènement au cours duquel un ou des individus sont menacés de mort ou de grave blessure, sont gravement blessés ou trouvent la mort. Selon l'approche psychodynamique, on parle d'évènement potentiellement traumatique car ce n'est pas la nature de l'évènement qui définit son aspect traumatique, mais c'est plutôt l'évaluation subjective que l'individu qui y fait face en fait et la qualité du processus adaptatif qui en découle et qui fait que l'évènement se transforme en traumatisme ou non (Taïeb et *al.*, 2004). Pour Papazian (2018), l'évènement traumatique est un évènement qui menace brutalement, de façon réelle ou de façon symbolique l'intégrité physique ou mentale d'une personne. Il peut se prolonger dans le temps : guerres, persécutions, maladies, etc.

Une personne traumatisée est celle qui est victime, témoin ou auteur d'un évènement traumatique. Une personne ayant été témoin d'un évènement traumatique peut en subir les conséquences du fait de sa proximité émotionnelle avec la victime. Aussi, une personne

traumatisée peut longtemps avoir fait face de façon exagérée et continue à des détails concernant des faits traumatisants sans pour autant avoir manifesté un traumatisme à ces moments. Ainsi, le développement du traumatisme peut être dû au fait qu'on ait été soi-même en contact avec une situation traumatisante ou du fait qu'on ait assisté à cette situation en tant qu'acteur ou témoin.

L'évènement traumatogène peut être la menace de la vie d'un individu ou d'un groupe d'individu (mort réelle ou possible) ou de son intégrité physique (lésions corporelles, violation de l'intimité) et/ou mentale (perte de biens personnels, outrage à l'honneur ou aux droits fondamentaux, etc). L'évènement traumatique auquel l'individu est confronté cause une peur intense, un sentiment d'impuissance, d'horreur et/ou de honte. Tout évènement traumatique remet en question les valeurs fondamentales de l'existence de la personne en ce qui concerne la sécurité, le respect de la vie, la paix, la morale, la solidarité, etc. Cet évènement touche à chaque aspect de la vie de l'individu. Il est bon de préciser que certaines personnes sans avoir vécu un évènement traumatique mais ayant été témoin de celui-ci, développent une souffrance à long terme avec des conséquences qui la rendent handicapé dans certaines activités du quotidien et à son développement personnel. Tandis que d'autres individus, face à un évènement traumatique, font preuve d'un sang-froid remarquables (elles ne sont pas perturbées par l'évènement) et de façon adéquate à cette crise, ils ne ressentent ni effroi, ni honte, ni impuissance. Ces personnes peuvent développer ou manifester un syndrome post traumatique plus tard (des mois ou des années après qu'elles aient été en contact avec la situation traumatique), ce qui s'explique par le fait que ces individus lors de l'évènement se sont dissociés de leurs émotions.

1.1.2.1. Caractéristiques de l'évènement traumatique selon le DSM

Bien que de façon générale, certains évènements excèdent la capacité de gestion de la plupart des individus, il peut être remarqué dans certaines situations qu'un évènement puisse causer un traumatisme pour un individu et pas pour un autre. C'est-à-dire, qu'en présence d'un même évènement à valence traumatique auquel plusieurs individus seraient confrontés, certains d'entre eux développeraient un traumatisme psychique alors que les autres n'en souffriraient pas. Egalement, un même évènement traumatique cause un traumatisme psychique chez une personne une fois et une autre fois, face à ce même évènement, le même individu n'est pas atteint ; donc une personne qui a déjà été confrontée à un évènement qui l'a traumatisé, peut encore faire face à ce même évènement sans être atteint du traumatisme (Jossé, 2019).

L'évènement traumatique peut être un évènement majeur et massif (les actes intentionnels, les événements accidentels, les catastrophes naturelles) ; une accumulation d'évènements de diverses importances ou encore le rappel d'un évènement ancien potentiellement traumatogène. Les évènements traumatiques peuvent provenir de différentes sources comme des sources naturelles (les catastrophes climatiques, géologiques, biologiques) ou des sources humaines (évènements accidentels, les évènements provoqués intentionnellement).

1.2. LES TYPES DE TRAUMATISME PSYCHIQUE

En 1991, Lenore Terr propose deux types de traumatisme : les traumatismes de type I et les traumatismes de type II.

1.2.1. Le traumatisme de type I

Encore appelé traumatisme simple (Herman, 1997), le traumatisme de type I renvoie à un traumatisme causé par un évènement unique et ponctuel, limité dans le temps, présentant un début clair et une fin marquée. A l'intérieur de cette catégorie, on trouve des évènements comme : des accidents de voiture, des viols, des agressions, des vols à main armée, des incendies, des catastrophes naturelles, des attentats terroristes.

En 1991, le psychiatre Mardi Horowitz propose des conséquences psychologiques du traumatisme de type 1.

Selon lui, les conséquences du traumatisme peuvent varier d'une personnes à une autre, et tout le monde ne développe pas forcément un TSPT ; ces conséquences psychologiques sont les réactions de stress aigu, les souvenirs de l'évènement traumatique peuvent envahir la vie quotidienne de la personne sous forme de flashbacks ; les personnes éviter activement les situations, lieux, les personnes ou activités qui peuvent leur rappeler l'évènement ; les personnes peuvent être constamment en état d'alerte et avoir une sensibilité accrue aux signaux de danger ; l'altération de l'humeur et des cognitions, elles peuvent éprouver des changements d'humeur avec des difficultés de concentration ; le traumatisme de type 1 peut entraîner des réactions physiologiques, etc.

Dans son livre Trauma and Recovery en 1992, Judith Herman présente un aperçu des conséquences sociales du traumatisme de type 1 tout en soulignant que ces conséquences varient en fonction de la culture, du contexte, et du soutien social disponible.

Parmi ces conséquences on note l'isolement social car les personnes victimes de ce type de traumatisme peuvent se retirer socialement et éviter les interactions avec les autres ; elles

peuvent éprouver des difficultés dans leur relation avec les autres, et avoir du mal à faire confiance et à établir des liens intimes ; elles peuvent manifester une altération de l'estime de soi ainsi qu'une image négative d'elles-mêmes ; ce traumatisme peut également avoir des répercussions sur le fonctionnement professionnel des personnes qui en sont atteintes car il crée des difficultés de concentration, un manque de motivation et une diminution des performances ; le traumatisme peut entraîner des changements dans les rôles sociaux de ces personnes car elles n'arriveront plus à bien assumer leurs responsabilités ; les personnes atteintes de traumatisme de type 1 peuvent subir la stigmatisation et l'incompréhension de la part des autres.

Le traumatisme de type 1 peut avoir des répercussions culturelles significatives, et celles-ci peuvent varier en fonction des valeurs, des croyances, des pratiques et des systèmes de soutien propre à une culture donnée. A l'intérieur de ces conséquences nous pouvons avoir : des stigmatisations culturelles car dans certaines cultures, le traumatisme est lié à la honte, à la culpabilité ; une mauvaise interprétation du traumatisme, qui peut être dû aux croyances culturelles, religieuses ou spirituelles, ceci peut influencer la façon dont la personne donne un sens à son traumatisme et à ses conséquences ; les normes culturelles en matière d'expression émotionnelle peuvent avoir une incidence sur la manière dont les personnes traumatisées expriment leurs émotions, certaines cultures peuvent encourager ou décourager certaines formes d'expression émotionnelle, ce qui peut influencer la façon dont les personnes communiquent leurs expériences traumatiques.

1.2.2. Le traumatisme de type II

On parle de traumatisme de type II ou traumatisme complexe (Judith Herman, 1997) lorsque l'évènement à l'origine des troubles est rattaché à un évènement prévisible, et s'est répété ou prolongé dans le temps, ou qui menace de se reproduire à tout moment pendant une longue période. Exemples : les violences intrafamiliales, les abus physiques/ sexuels/ émotionnels, les violences politiques, le terrorisme, les conflits armés, et les négligences graves.

Ces expériences traumatiques répétées peuvent avoir des conséquences psychologiques importantes pour les individus concernés. En voici quelques-unes : les troubles d'attachement, les personnes ayant vécu un traumatisme complexe peuvent éprouver des difficultés dans leurs relations intimes et développer des modèles d'attachement insécures ; la dissociation est une stratégie de défense courante chez les personnes qui ont vécu ce type de traumatisme, elle se caractérise par des épisodes de déconnection à soi, de l'environnement ou de la réalité ; le développement de symptômes de stress post-traumatique similaires à ceux associés au

traumatisme de type 1 (cauchemars, flashbacks, hyper vigilance, évitement, réaction de stress intense) ; les troubles de régulation émotionnelle ; l'auto-destructivité et les comportements à risques comme l'automutilation, la toxicomanie, les tentatives de suicide ; l'altération de l'image de soi.

Le traumatisme de type II peut avoir un impact significatif sur les aspects sociaux de la vie des individus concernés, comme : les difficultés relationnelles, la personne éprouve des difficultés à établir et à maintenir des relations saines et stables ; le traumatisme complexe conduit à un isolement social, les personnes qui en sont atteintes peuvent se retirer des interactions sociales ; les difficultés d'adaptation sociale dans différents contextes, ces personnes peuvent avoir du mal à répondre aux attentes sociales ; la perte de confiance envers les autres, le sentiment d'insécurité dans les relations sont le lot des personnes traumatisées ; le risque accru d'exploitation et de victimisation, ces personnes peuvent être plus vulnérables à l'exploitation, à la victimisation et aux relations abusives ; elles peuvent également développer des schémas de relations malsaines et à une exposition accrue à la violence ou à l'exploitation.

Les conséquences culturelles du traumatisme de type II sont quasiment les mêmes que ceux du traumatisme de type I. on va citer : la stigmatisation culturelle ; l'interprétation culturelle du traumatisme ; le système de soutien culturel mis en place par la communauté ; l'expression émotionnelle culturelle.

1.2.3. Le traumatisme de type III

En 1999, Eldra Solomon et Kathleen Heide mettent sur pied un troisième type de traumatisme qui trouve son origine dans les conséquences d'événements multiples et violents, qui envahissent la pensée et ayant débutés à un âge précoce. Ces événements durent dans le temps, comme des abus.

Les conséquences psychologique, sociale et culturelle de ce type de traumatisme sont identiques aux conséquences qu'on retrouve dans les traumatismes de type II ; bien que leurs causes soient différentes. C'est pourquoi, Herman (1997) les a tous classés dans des traumatismes complexes.

1.2.4. Le traumatisme de type IV

Solomon et Heide (2003) proposent une quatrième typologie de traumatisme pour rendre compte des traumatismes en cours, c'est-à-dire qu'ils se poursuivent dans le temps. Exemple : les crises humanitaires, les situations d'urgence.

Les conséquences psychologique, sociale et culturelle du traumatisme de type IV sont identiques aux conséquences qu'on retrouve dans les traumatismes de type II ; bien que leurs causes soient différentes. C'est pourquoi, Herman (1997) les a tous classé dans des traumatismes complexes.

1.3. TRAUMATISME PSYCHIQUE

Le DSM V (2013) présente cinq types de troubles pour lesquels l'exposition à un évènement traumatique ou stressant est explicite ; ce sont : le trouble réactionnel de l'attachement, la désinhibition du contact social, le trouble stress aigu et les troubles de l'adaptation, le trouble stress post-traumatique. Il sera question dans ce chapitre de présenter spécifiquement le trouble de stress post-traumatique.

1.3.1. Trouble de stress post-traumatique selon le DSM

Le DSM V (2013) propose huit critères qui permettent de poser le diagnostic du trouble de stress post-traumatique, à savoir :

Critère A : Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).

Critère B : Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.

2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.

3. Réactions dissociatives (p. ex. flashbacks [scènes rétrospectives]) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.)

4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.

5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.

Critère C : Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :

1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

Critère D : Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).

2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (p. ex. : « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne », « le monde entier est dangereux », « mon système nerveux est complètement détruit pour toujours »).

3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.

4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).

5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.

6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.

7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

Critère E : Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.

2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.

3. Hyper-vigilance.

4. Réaction de sursaut exagérée.

5. Problèmes de concentration.

6. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).

Critère F : La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

Critère G : La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Critère F : La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament, alcool) ou à une autre affection médicale.

Spécifier le type : Avec symptômes dissociatifs : Les symptômes présentés par le sujet répondent aux critères d'un trouble stress post-traumatique ; de plus, et en réponse au facteur de stress, le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants ou récurrents suivants :

1. Dépersonnalisation : Expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (par exemple, sentiment d'être dans un rêve ; sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel).

2. Dérealisation : Expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (par exemple le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné ou déformé).

Ces critères du TSPT nous permettent de connaître les manifestations et symptômes du traumatisme, ceci pour mieux appréhender l'apport du coping religieux/ spirituel dans le processus pour surmonter le traumatisme chez ces victimes de guerre.

Etant donné que le DSM présente spécifiquement le stress post-traumatique sous l'angle du manifeste, du ressenti de l'individu ; nous avons trouvé nécessaire de présenter également le traumatisme psychique suivant l'approche psychanalytique qui elle comprend le traumatisme sous l'angle du latent, en faisant référence aux processus psychiques intervenant dans son développement et son maintien.

1.3.2. Traumatisme psychique du point de vue psychanalytique

1.3.2.1. La confrontation avec le réel de la mort

Le traumatisme psychique est le produit d'une rencontre avec le « réel » de la mort. C'est-à-dire que l'individu a fait l'expérience de la mort en se voyant lui-même mort, en faisant face à l'état d'anéantissement qu'est la mort et non simplement comme une situation imaginaire. Car comme le disait Freud, chaque homme sait qu'il va mourir, mais il n'y croit pas vraiment. Selon lui, il n'y aurait pas dans l'inconscient une représentation de la mort car c'est difficile de faire une matérialisation du néant (Lebigot, 2006).

Voici trois situations durant lesquelles l'individu peut être traumatisé :

- 1^{ère} situation : l'individu est personnellement en proie à la mort au travers de : agression, accident de la voie publique, accident du travail, attentat terroriste et autres. Dans ce genre de situations, le sujet concerné a eu un petit moment où il a vu sa mort. Il a pu voir dans le regard de son agresseur que celui-ci allait lui tirer dessus, il voit la voiture qui arrive à vive allure pour le percuter, il tombe dans le vide, une bombe explose à une distance de lui.
- 2^{ème} situation : l'individu est confronté à une situation où il est face à la mort de quelqu'un d'autre (l'alter ego), celle-ci arrive de façon soudaine et inattendue. Comme

exemple, nous pouvons imaginer deux civils qui discutent tranquillement devant leurs domiciles. Pendant leur échange, tout est calme. Brusquement, l'un des deux voit une tâche rouge sur le front de son voisin, qui tombe raide mort. Celui des deux qui a survécu revivra cette situation durant son sommeil, il aura des flashbacks.

- 3^{ème} situation : elle est nommée « la mort horrible » à cause des nombreuses personnes qui meurent et dont les corps sont mutilés, en mauvais état et en cours de putréfaction. Ce sont généralement les sauveteurs qui font face à ce genre de situation.

1.3.2.2. L'effroi

L'effet immédiat que le traumatisme psychique a sur le sujet est « l'effroi ». Freud distingue l'effroi de la peur et de l'angoisse, dans la mesure où l'angoisse protège l'individu du traumatisme, car lorsqu'un individu est angoissé, ses défenses qui protègent l'appareil psychique sont renforcées. Alors que l'effroi fait référence à « *la manifestation intime de l'effraction traumatique* ». L'effroi se manifeste par deux aspects :

- le premier aspect touche les représentations. Ici, les idées, les pensées, les mots peuvent disparaître de la conscience de l'individu qui se voit retirer toute forme de langage ; comme si sa tête se vidait. Les individus vivants cela expriment un sentiment de « black-out », de tête vide, de panne, de blanc ou d'arrêt d'images externes.
- le second aspect se manifeste sur les affects. Ici, l'individu fait face à un « blanc » au niveau de ses affects, il ne ressent ni peur ni angoisse. Celui-ci pourrait exprimer après coup le fait qu'il n'a même pas eu le temps d'avoir peur lorsqu'il était en face du danger. Cet aspect de l'effroi s'observe facilement au travers du discours du sujet, avant même toute manifestation psychopathologique. Ce qui révèle qu'il y a effectivement eu une effraction traumatique. Toutefois, cet épisode peut être oublié par le sujet, de même que certaines parties de la situation traumatique grâce au mécanisme de déni.

1.3.2.3. La soudaineté

Freud était très attaché à cet élément de surprise qui se rencontre dans chaque situation ; même lorsque le moment laisse présager un événement comme celui auquel la victime a fait face. Le civil de tout à l'heure, dans l'ambiance des attaques terroristes aurait pu ne pas être surpris de ce qui est arrivé à son voisin. Ainsi, cette surprise peut être moins objective que subjective.

1.3.2.4. La perception

Selon Lebigot (2006), le traumatisme psychique est toujours le produit d'une perception ou d'une sensation. Il est dû à l'intégration : d'un évènement vu ou entendu, à l'exemple d'une explosion ; quelque chose qu'on a humé comme des odeurs ou l'inhalation de fumée ; quelque chose qu'on a goûté ; quelque chose qu'on a ressenti à l'exemple d'un corps oppressé par un étai ou des tremblements de terre. Le traumatisme est toujours lié à la réalité. Quel que soit le degré de douleur ressenti par un individu lorsqu'il apprend une mauvaise nouvelle par le discours d'un tiers, ou l'horreur d'une image vue à la télévision ou au cinéma, il n'y aura pas de traumatisme malgré la gravité du choc émotionnel. Le diagnostic différentiel de névrose traumatique est le seul qui peut être posé. Très souvent, deux situations prêtent à confusion lorsqu'on veut poser un diagnostic de traumatisme :

- Premièrement il y a le « traumatisme par procuration » qui renvoie au fait que deux individus ayant un lien très fort, si l'un des deux est victime d'un accident ; il fera de façon répétitive des cauchemars où il reverra l'accident vécu. Tandis que l'autre individu pourra également faire des cauchemars non traumatiques mais qui sont en lien avec l'accident. Ces cauchemars proviendront de ses fantasmes.
- Deuxièmement, l'on ne devrait pas penser que le traumatisme se transmet de génération en génération. Les cauchemars qui se produisent dans des camps de concentration des enfants sont également des constructions fantasmatiques et ne devraient pas être classés dans la catégorie des névroses traumatiques.

1.4. LES FACTEURS QUI INTERVIENNENT DANS LE TRAUMATISME PSYCHIQUE

Parmi les facteurs qui interviennent dans le développement et le maintien du TSPT, la littérature (Ovambe, 2016) propose la vulnérabilité génétique, la vulnérabilité pré-morbide, l'étayage social, la résilience, les stratégies d'adaptation.

1.4.1. La vulnérabilité génétique

La vulnérabilité peut se définir comme un état de moindre résistance aux agressions. La vulnérabilité génétique est la tendance pour une personne à être susceptible de développer certaines conditions ou troubles en raison de variations génétiques spécifiques. Elle peut influencer la manière dont une personne réagit à des facteurs de stress, tels que les traumatismes psychiques (Caspi et *al.*, 2010). Ainsi, la vulnérabilité génétique serait la prédisposition d'origine génétique conditionnant la sensibilité particulière d'un organisme à une maladie. La

prédisposition à une maladie trouve premièrement ses origines dans le patrimoine génétique de l'individu. Ainsi, l'absence à la surface de certaines cellules, d'un récepteur nécessaire au développement d'un agent pathogène comme un virus (Larousse Médical).

Une étude menée par Amstadter et *al.* (2013) examine l'impact des variations génétiques sur les symptômes de stress post-traumatique chez des survivants d'agression sexuelle. Les chercheurs identifient une association entre certaines variations génétiques, notamment celles liées au fonctionnement du système nerveux et à la régulation des émotions, et la gravité des symptômes de stress post-traumatique. Ce qui suggère que la vulnérabilité génétique pourrait influencer la réponse au traumatisme et la réactivité émotionnelle qui en découle. Une autre étude effectuée par Koenen et *al.* (2015) évaluent l'association entre les variations génétiques et le risque de développer un TSPT chez des vétérans militaires. Les chercheurs identifient plusieurs gènes potentiellement impliqués dans la susceptibilité au TSPT. Ainsi, ils ont également souligné-ils que l'environnement joue un rôle important et que les interactions entre les facteurs génétiques et environnementaux sont complexes.

Lors d'une étude de Goenjian (2013) sur 200 adultes de 12 familles ayant survécu à un tremblement de terre en 1988 en Arménie ; et souffrant de stress post-traumatique. Durant cette recherche, celui-ci a prélevé de l'ADN sur plusieurs générations. En étudiant les gènes des membres de cette famille, les chercheurs se sont rendu compte que les individus de cette famille présentaient dans leur ADN des variantes spécifiques de deux gènes susceptibles de favoriser le développement et le maintien du SSPT. En fait, ces gènes (TPH1 et TPH2 situés respectivement sur les chromosomes 11 et 12) codent pour l'enzyme tryptophane hydroxylase et contrôlent la production de la sérotonine (substance chimique est sécrétée dans le cerveau) qui est l'hormone du sommeil et ils servent à la régulation de trois états très souvent perturbés par le TSPT. Ce sont : l'humeur, du sommeil et de la vigilance. En dehors de ces facteurs génétiques, les facteurs de vulnérabilité pré-morbides sont également cités.

1.4.2. La vulnérabilité pré-morbide

La vulnérabilité pré-morbide est la susceptibilité d'une personne à développer des problèmes de santé mentale avant l'expérience potentiellement traumatique, elle peut avoir un impact sur la façon dont celle-ci réagit et se remet d'un traumatisme psychique. La vulnérabilité pré-morbide est composée des antécédents personnels et/ou familiaux de troubles psychiatriques, trouble de la personnalité, de traits de personnalité préexistants, le manque de soutien social par l'entourage, les antécédents de traumatismes psychiques, ainsi que l'état psychique de la personne qui vit l'évènement traumatique. En d'autres termes, la vulnérabilité

pré-morbide c'est lorsqu'un individu est prédisposé de façon sociale, culturelle ou psychologique à développer un trouble mental ou à avoir des difficultés à se remettre d'une maladie mentale, contrairement à d'autres personnes. Ce qui peut s'expliquer par le fait que cette personne a un proche parent ou un membre de son entourage qui souffre ou qui a déjà eu à souffrir d'un trouble mental. Tout constat permet d'expliquer la raison pour laquelle un événement douloureux peut générer un traumatisme chez un individu et ne pas être traumatique pour un autre. Cet événement peut causer un traumatisme chez un individu aujourd'hui et ne plus avoir la capacité de produire chez le même individu un traumatisme demain (Ovambe, 2016).

De nombreuses études ont mis en évidence que les individus ayant une vulnérabilité préexistante, telle qu'un trouble de l'humeur, un trouble anxieux ou une histoire de traumatisme antérieur, peuvent être plus susceptibles de développer des symptômes traumatiques après un événement traumatique. Elwood et al. (2011) examinent la relation entre la vulnérabilité pré-morbide et la sévérité des symptômes du stress post-traumatique chez des survivants d'agression sexuelle. Pour eux, les individus présentant des facteurs de vulnérabilité préexistants, tels qu'un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux étaient plus susceptibles de présenter des symptômes plus graves de stress post-traumatique.

La vulnérabilisation vient rendre compte du traumatisme, du fait de la rencontre entre l'individu et l'évènement traumatique, dont la force fait souffrir le moi et les réponses qu'il pourrait émettre. Le moi est désorganisé à cause de l'évènement brutal et de forte intensité qu'il a vécu. Tychey (2001) continue en disant que le moi face à cette désorganisation et à l'accumulation d'évènements traumatiques ou de ressentis qui, par leur lien, attribue une intensité traumatique au contexte environnemental. Le traumatisme apparaît donc lorsque le moi se trouve dépassé par une intensité émotionnelle qui submerge les capacités d'intégration psychique, quand la vulnérabilité fait mention des séquelles du traumatisme, aux facteurs de risques, à la répétition, à la désorganisation psychique face au traumatisme (Anaut, 2002).

Il est important de noter que la vulnérabilité pré-morbide n'est pas un déterminant absolu de la façon dont une personne réagira à un traumatisme psychique.

1.4.3. L'étayage (soutien social)

L'étayage est un concept utilisé pour décrire les relations sociales et les réseaux de soutien qui peuvent aider les individus à faire face aux défis et aux stress de la vie quotidienne. Judith Herman a mis en avant l'importance de l'étayage social dans la récupération après un traumatisme. Dans son ouvrage *Trauma and Recovery* (1992), elle décrit comment les relations

de soutien, l'empathie et la validation des expériences traumatiques sont essentiels pour la reconstruction de soi et la guérison. Cet environnement est très important dans la mesure où lorsqu'il est déficient, l'individu qui est atteint d'un traumatisme psychique aura beaucoup de difficultés à se remettre de sa souffrance.

Les travaux de Kaës et *al.* (1990) permettent d'analyser et de comprendre les mécanismes qui donnent à l'individu d'élaborer la situation traumatique vécue et d'expliquer comment les situations vont participer à la construction psychique de l'individu. Ainsi, l'individu pourra sortir de la souffrance psychologique, qui est renforcée par la situation traumatique vécue. Selon lui, « l'appareil psychique groupal » qui est constitué par le groupe familial pourra aider à la réorganisation psychique de la victime. Dans cette lancée, Rouchy (1990, 1995) pense que la façon efficace pour faire face au traumatisme dépend de l'étayage du « groupe d'appartenance primaire », qui est le groupe dans lequel la personne a grandi son groupe d'appartenance, un groupe proche de lui prioritairement sur le plan affectif ; et le « groupe d'appartenance secondaire » qui comprend ses relations sur le plan social (Anaut, 2002).

Après un traumatisme psychique, l'environnement de rétablissement a un grand rôle à jouer auprès des victimes de traumatisme. L'étayage que l'individu reçoit de son entourage a fait l'objet de plusieurs études récemment. Selon Ehlers et Clark, l'étayage est une variable intermédiaire qui a des capacités d'avoir un impact sur le développement et le maintien du TSPT de plusieurs façons. Leur modèle théorique fournit un contexte qui permet de penser que l'étayage favoriserait l'adaptation au stress post-traumatique. Pour ces mêmes auteurs, il est envisageable de penser qu'une victime perçoit positivement le soutien de son entourage, surtout si ce soutien lui est administré rapidement après l'évènement traumatique, ce qui pourrait alors empêcher plus tard le développement des symptômes d'un SSPT. Egalement, cette administration conjointe pourrait modifier la façon négative avec laquelle l'individu analyse et interprète la situation qu'il a vécu et ainsi réduire significativement les conséquences du traumatisme.

Cohen et Wills (1985) affirment que le fait pour la victime de se confier à une personne de son entourage lui permet de recevoir des « feedbacks » et ainsi favoriser en quelque sorte la réinterprétation des informations reçues lors du traumatisme ; ce qui aiderait à une restructuration cognitive des pensées dysfonctionnelles. En plus, le soutien social administré avant ou après un traumatisme favoriserait une meilleure réévaluation et intégration émotionnelle et cognitive du souvenir de l'évènement traumatogène. Se confier à son entourage par rapport à la situation vécu permettrait de mieux contextualiser et intégrer cet évènement

qui appartient désormais au passé. L'étayage aurait un impact à deux niveaux ; il agirait sur les évaluations négatives du traumatisme et sur l'intégration du souvenir traumatique, ce qui aiderait l'individu à lutter contre la sensation d'une menace imminente. Grâce à ces mécanismes d'actions, l'étayage favorise une meilleure adaptation des victimes de SSPT. D'autre part, il paraît que l'étayage aurait un impact au plan cognitif sur les souvenirs traumatiques. Cet étayage social participe grandement au processus de résilience.

1.4.4. La résilience

Le mot « résilience » est emprunté à la physique (ingénierie) et signifie « *la capacité d'un matériau à retrouver sa forme originale après avoir subi des déformations par pression* » (Anaut, 2002). D'un point de vue psychodynamique, la résilience se définit selon Bessoles (2001), comme « *la capacité individuelle à maintenir une homéostasie endopsychique et intersubjective, dans des contextes traumatogènes* ». Pour les psychanalystes, un des mécanismes psychiques utilisé dans la résilience est le phénomène de « mentalisation » qui renvoie à la facilité, la faculté pour l'individu à penser, à imaginer et à verbaliser ses affects/son ressenti de façon spontanée ou avec l'aide d'un professionnel (Tomkiewicz, 2001). Ce mécanisme donne la possibilité à l'individu de mettre des mots sur ses émotions afin de réussir à dépasser les symptômes somatiques ou comportementaux qu'il pourrait manifester à la suite d'un traumatisme. Comme la précisé Smailovic cité par (Crocq, 2003), « *la mentalisation permet d'établir des liens entre les pensées et les affects, de donner un sens à ce qui se vit et de ce fait, elle favorise l'intégration de l'événement à l'histoire du sujet* ». Ainsi, cela permettait à l'individu d'éviter un TSPT.

Sur le plan intrapsychique, la résilience renvoie à la fois au fait de faire intervenir les mécanismes de défense adaptés mais également un travail de mise en sens ou « mentalisation ». La mentalisation est selon De Tychev (2001), « *la capacité à traduire en mots, en représentations verbales partageables, les images et les émois ressentis pour leur donner un sens communicable, compréhensible pour l'autre et pour soi d'abord* ». Pour lui, ce travail de la pensée sur elle-même permet de transformer les excitations en représentations partageables. Il est une condition primordiale au fonctionnement résilient à long terme.

D'après Cyrulnick (2009), la résilience est un processus que certains individus développent pour rebondir « renaître » après un traumatisme ou une expérience difficile. En fait, c'est la capacité pour un matériau après avoir été déformé, de reprendre sa force initiale. En psychologie, le mot résilience signifie de manière générale « la capacité de se relever » et à affronter les situations difficiles de la vie. Pour Lopez (2002), la résilience qui est le contraire

de la « vulnérabilité », et « *permet d'expliquer pourquoi certains individus soumis à des difficultés existentielles ou à des événements traumatogènes, ne présentent pas de troubles psychologiques* ».

Pour Vanistendael la résilience « est à la fois la résistance à la destruction et la capacité à se construire une vie riche en dépit des circonstances difficiles et d'un environnement défavorable, voir hostile. C'est la capacité d'une personne, qu'il soit un enfant, parent ou même vieillard, ou d'un système social, famille, communauté, à se développer bien, malgré des conditions difficiles » (Cité par Ovambe, 2016).

Tout ceci permet de dire que la résilience est la capacité pour un individu à surmonter les situations difficiles auxquelles il fait face, sans que cela n'ait un impact considérable sur son identité et sur sa personnalité.

Lorsque nous faisons allusion à l'homme et particulièrement dans le domaine de la psychologie, la résilience ne renvoie pas seulement au fait de protéger l'intégrité de la victime ou de maintenir son état initial ; mais elle fait référence à un processus dynamique actif qui permet à la personne de faire face à la situation traumatique et également de s'enrichir de cette rencontre avec les difficultés qui lui confère un potentiel de facteur de protection mobilisable ultérieurement. Cette étude du processus de résilience chez une victime renvoie à la mise en scène des potentiels relevant de différentes dimensions (internes et externes) : certaines intrapsychiques et relevant de la construction de la personnalité, mais également du domaine des relations psychoaffectives, des liens et étayages familiaux et extra-familiaux, incluant la prise en compte des aspects cognitifs et sociaux dans la mise en place du processus (Anaut, 2002).

Cupa et *al.* (2000) montrent que des facteurs structurels internes liés à des facteurs environnementaux se mettent ensemble pour avoir un impact sur le développement d'une personne durant sa vie. Ainsi, l'individu met sur pied des stratégies provenant des domaines psychoaffectifs, cognitifs et sociaux. Le processus de résilience met l'accent sur les divers facteurs qui sont en mesure d'influencer le développement de l'individu. Cette pensée est en lien avec celle de Freud qui dit que le sujet en interaction constant avec un entourage relationnel

et affectif et avec un environnement social plus général. Autrement dit, les individus mettent aussi en lien des facteurs internes et externes qui agissent ensemble, ceci suivant les possibilités qui sont offertes par leur environnement psychique et physique. Freud (1914) cité par Anaut, (2002) évoque l'appartenance familiale et sociale des individus, en précisant que « *l'individu mène une double existence, en tant qu'il est lui-même sa propre fin et en tant qu'il est maillon d'une chaîne à laquelle il est assujéti contre sa volonté, ou du moins sans l'intervention de celle-ci* ».

Il existe selon Tomkiewicz (2001) trois catégories de facteurs qui influencent la résilience :

- *Les facteurs innés*

Les facteurs innés sont des facteurs internes à l'individu et qui prennent leur naissance dans l'évolution et le vécu intra utérins de l'individu, ainsi que dans les facteurs génétiques proprement dits. Ils peuvent être considérés comme faisant partie des facteurs génétiques au développement d'un TSPT. Mais jusqu'à présent les chercheurs ne connaissent pas l'influence exacte de ces facteurs sur le processus de résilience.

- *Les facteurs exogènes*

Les facteurs externes au traumatisme sont des facteurs qui ne dépendent pas de l'individu, mais plutôt de son contexte. Ces facteurs sont mis en place avant que l'individu ne soit confronté à une situation traumatique et ils le prédisposent à développer un stress post-traumatique. Comme exemple, nous pouvons citer l'ambiance familiale, la place dans la fratrie, les relations privilégiées avec une personne adulte intra ou extra familiale.

- *Les facteurs venant de l'environnement*

Les facteurs environnementaux sont ceux qui apparaissent après le contact avec l'évènement traumatique, et qui pourraient aider l'individu à sortir du traumatisme psychique ou à l'enfoncer davantage. Dans ces facteurs, nous pouvons voir l'étayage social, ainsi que les dispositions du contexte où évolue la victime du traumatisme. A l'intérieur nous pouvons voir le niveau de destruction ou de cohésion de la famille, l'ambiance sociale.

1.4.5. Les stratégies d'adaptation

Encore appelée coping, les stratégies d'adaptation sont « l'ensemble des effets cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu » (Jeammet, 1996). De nombreuses études permettent de renforcer l'idée selon laquelle le développement d'un TSPT est influencé par la façon dont l'individu s'adapte après la survenue d'un évènement traumatique (Aldwin,

1999). Les résultats d'une méta-analyse récente qui cherchait à établir le lien entre les stratégies d'adaptations et la souffrance psychique chez un individu après que celui-ci ait fait face à un évènement traumatogène montrent une association constante entre les stratégies d'adaptations et la souffrance psychologique (r global =,37) (Littleton et *al.*, 2007). De même, certaines études (Dirkzwager et *al.*, 2003 ; Moore et *al.*, 2010 ; Tsay, Halstead et McCrone, 2001) citées par Ovambe (2016) proposent que l'utilisation des stratégies centrés sur le problème et le résolution positive auraient un impact positif sur les individus souffrant de traumatisme psychique. Ce mécanisme d'adaptation peut être composé de :

- L'esprit combatif ou *fighting spirit*, qui renvoie à la tendance de l'individu à faire face activement à la situation qu'il considère comme un défi, à avoir une vision optimiste du futur et à croire qu'il peut en partie contrôler la situation traumatique, ceci en mettant en place des stratégies dites actives ;
- L'impuissance-désespoir ou *helplessness-hopelessness*, tendance inverse de l'individu qui perçoit la situation de façon négative et adopte une attitude pessimiste à son encontre, considérant le pronostic péjoratif comme inévitable et l'absence de contrôle sur l'évolution de celle-ci. Ces sujets ne développent pas de stratégies actives.

En plus des stratégies centrées sur le problème il existe des stratégies centrées sur les émotions qui permettent la régulation des émotions en rapport avec le traumatisme. Plusieurs études tentent d'identifier les stratégies d'adaptations qui sont les plus efficaces. Ce débat continu de battre son plein et les réalités de terrain présentent une panoplie de réactions psychologiques qui changent d'un individu à un autre et d'un moment à un autre de la vie de l'individu.

Ce qui est certain c'est que le choc entraîné par le traumatisme psychique et les stratégies mises sur pied pour y faire face vont permettre à l'individu, avec plus ou moins de succès, de rétablir un équilibre de vie. Ces mécanismes passent le plus souvent par des modifications au niveau de son fonctionnement passé, et l'amènent à revoir les points de repère qui existaient bien avant le traumatisme avec un regard nouveau, ce qui peut se faire à l'aide du coping religieux. Les stratégies d'adaptation (coping) seraient les processus par lesquels l'individu s'ajuste à une situation stressante (Papazian, 2018).

1.5. MODÈLE EXPLICATIF DU TSPT

1.5.1. Approche cognitive

Janoff-Bulman (1985) ; Foa et *al.* (1989) ; et Jones et Barlow (1990) proposent des explications aux conditions de développement du TSPT à travers plusieurs modèles (Brillon et

al., 1996). Pour eux, deux principaux éléments peuvent expliquer le développement différentiel du TSPT : les caractéristiques de l'évènement traumatique, c'est-à-dire sa nature imprévisible et incontrôlable (Foa et *al.*, 1989) ; la force avec laquelle elle avait l'habitude d'adhérer à ses croyances fondamentales (Janoff-Bulman, 1985), les caractéristiques de sa structure de peur (Foa et *al.*, 1989).

1.5.1.1. Le modèle de traitement émotionnel

Ce modèle du traitement émotionnel de l'information est mise sur pied par Foa et *al.* (1989) se réfère essentiellement au modèle bio-informationnelle de Lang (1977, 1979, 1985) et sur son concept de structure cognitive propositionnelle de peur. Selon Lang, la peur se présente sous trois systèmes de réponses dont la réponse cognitive-affective, la réponse comportementale et la réponse physiologique ; qui trouvent leur origine dans une structure cognitive de la mémoire à long terme. Cette structure se trouve dans le système neuronal et met en relief des souvenirs de l'évènement ainsi que les réponses physiologiques et le comportement (Brillon, 1996). Dans leur modèle, Foa et *al.* (1989) insèrent la notion de structure cognitive de Lang ; ils ont également ajouté à celui-ci la notion d'interprétation de danger entre les stimuli traumatiques et les réponses. Pour eux, la structure de peur est constituée d'un ensemble de connexions reliées entre eux et dont le but est de préparer l'individu à fuir ou à faire face à un potentiel danger. D'après ce modèle, le développement du TSPT vient du fait que l'individu donne à un lien stimulus-réponse qu'il considérait avant comme sécurisant, une signification de danger.

Pour Foa et coll. (1989), un réseau complexe de connexions est formé entre les stimuli liés au traumatisme, donnant naissance à la « structure de peur » qui est l'évaluation/interprétation que l'individu fait de cela et les réactions émotionnelles et physiologiques ressenties. Fondamentalement, cette structure a pour objectif de préparer l'individu à un potentiel danger ; mais en ce qui concerne la survenue d'un traumatisme, cette structure serait dysfonctionnelle et à un seuil de sensibilité très bas car dès que l'individu fait face à stimulus semblable à celui à l'origine du TSPT, cette structure de peur s'active et en mouvement son réseau d'interconnexions. Ce qui cause les symptômes d'intrusions et les réactions physiologique ou émotionnelle lors du traumatisme. Par exemple, durant une visite chez des amis, une jeune fille ayant vécu un deuil traumatique entend des cris qui lui rappellent ceux de sa famille lors de ce deuil. Ces cris activent alors sa structure de peur, le « système d'alarme » est déclenché par cette interprétation de danger. Elle développe un sentiment de

peur intense avec une forte dose d'anxiété ; son rythme cardiaque et sa respiration s'accroissent. Les souvenirs de la douleur jadis ressentie refont surface sous forme de « flashbacks ».

En 1992, Foa et al proposent que si l'évènement vécu par l'individu est perçu comme incontrôlable et imprévisible, celui-ci aura effectivement plus de chance de développer un TSPT. Ils tiennent mettre en exergue le caractère négatif (pathogène) des caractéristiques incontrôlable et imprévisible du stimulus à l'origine du traumatisme. Selon eux, cette perception rend l'individu incapable de distinguer les situations dangereuses de celles qui ne le sont pas. Ce qui a pour conséquence qu'il commence à assimiler de nombreux liens stimulus-réponses jadis vus comme neutres et sécuritaires à des liens dangereux ; ce qui renforce la structure de peur déjà présente. La structure de peur ainsi renforcée, crée plusieurs réactions anxieuses et des réponses comportementales d'évitement qui sont à la base du stress post-traumatique (Brillon *et al.*, 1996). Ce modèle est particulier en ce qu'il intègre la notion de « signification de danger » attribuée au lien stimulus-réponse. Cet ajout permet d'expliquer les raisons pour lesquels après un évènement potentiellement traumatique, l'individu qui avant n'éprouvait pas de la peur commence à en éprouver et arrive même à développer de la peur pour des éléments qu'il considérait autrefois comme rassurant et contrôlable, et qui n'ont aucun lien avec la situation traumatique.

1.5.1.2. Le modèle cognitif

Ehlers et Clark (2000) ajoutent à l'idée le fait que les sujets souffrant de TSPT interpréteraient l'évènement traumatique ou ses conséquences d'une façon qui les ferait percevoir une menace ou un danger actuel ; ce qui pourrait expliquer les émotions négatives, le symptôme d'intrusion et l'hyper activation vécus par ceux-ci. Les interprétations et la nature des souvenirs de l'évènement traumatogène amèneraient la personne à adopter des stratégies d'adaptation dysfonctionnelles qui eux, favoriseraient le maintien des symptômes du TSPT. Selon Ehlers et Clark (2000) cité par Bourdon (2021), la perception pour l'individu d'une menace actuelle serait associée à la façon dont il a interprété l'évènement traumatogène ou ses séquelles sur sa vie. L'interprétation que l'individu fait des séquelles de l'évènement se mesure à l'évaluation qu'il donne à ses symptômes, aux conséquences du traumatisme sur sa vie, ainsi qu'à l'interprétation des réactions des autres. Ces interprétations travailleraient à maintenir le traumatisme au travers de diverses émotions négatives qui stimuleraient les symptômes post-traumatiques.

1.5.2. Approche phénoménologique du traumatisme

1.5.2.1. Modèle de la confrontation avec le réel de la mort

Mis sur pied par Crocq, le modèle de la confrontation avec le réel de la mort est de l'approche phénoménologique du traumatisme psychique ; il est considéré comme « la confrontation avec le réel de la mort » (Crocq, 1999). La pathologie de l'effroi se différencie de la pathologie de l'angoisse car elle se passe uniquement dans l'histoire de la vie intérieure du sujet. L'effroi ici renvoie à un élément externe qui est le « *dasein* », et qui fait toujours référence au rapport global avec le monde et à la situation traumatique, qui se trouve à la limite entre l'extérieur et l'intérieur. Celui-ci n'est pas contenu dans le temps et ne réserve au sujet qui le vit qu'un anéantissement immédiat. En 1988, Barrois propose que l'accident traumatisant est « *un moment propulsif dans sa temporalité, "épiphanie" dans son apparition subite, « apocalypse » dans sa révélation du néant, et "prophétie" dans sa proclamation de la mort comme vérité ultime* ». Sur le plan clinique, l'évènement traumatique crée un désordre extrême chez la personne et laisse ainsi une sensation de transformation radicale de la personnalité. Pour cette personne, elle fait face à une dégradation temporelle (« *puisque le temps s'est arrêté au moment figé sur la terreur ou l'horreur, sans possibilité de vivre le présent fugace, ni d'envisager un avenir différent, ni même de reconsidérer le passé différemment à chaque instant* ») et l'incapacité de donner une signification à la situation vécue.

Le traumatisme psychique n'est pas juste la perte du sens, il renvoie également à un non-sens. Le non-sens traumatique est l'incapacité de donner un sens aux choses, de se faire des représentations, mais de s'enfoncer un peu plus dans le vide ; ce vide dont l'homme a été tiré et que de façon inconsciente sait qu'il existe, même s'il essaie constamment de s'en défaire au travers des paroles et d'actions (Crocq, 2014) ; c'est une façon pour l'homme d'affirmer son existence comme quelque chose, etc. et non pas comme rien (Merleau-Ponty, 1961). Ce modèle phénoménologique prend en compte les facteurs socioculturels du traumatisme, ce qui ne nous permet pas d'évaluer l'impact du coping religieux/spirituel sur les mécanismes psychiques impliqués dans le traumatisme psychique chez les victimes.

1.5.2.2. Modèle du moment propulsif, arrêt du temps de Barrois

En 1988, Claude Barrois met sur pied une approche pour comprendre le traumatisme psychique. Dans cette approche, il fait intervenir les notions de « non-sens », « rupture de lien social », « confrontation avec le réel de la mort ». Selon lui, le traumatisme psychique plonge sa victime dans un gouffre. La personne qui est confrontée au traumatisme est dominée par

l'effroi, la solitude, la rupture de tous ses rapports avec sa communauté et sa culture ; cette personne se perd elle-même. Cette manifestation du traumatisme psychique serait due à une absence de refoulement et l'aspect hallucinatoire de l'évènement engendrerait un processus de rejet car le sujet n'arriverait pas à le supporter (et il n'arrive pas non plus à le refouler). Le processus de rejet crée un cycle répétitif inévitable, car ce que l'on tente de rejeter, d'exclure est toujours porté à refaire surface.

1.5.3. Approche psychanalytique du traumatisme

L'approche psychodynamique fait une différence entre l'évènement traumatogène et le traumatisme psychique en lui-même, car le traumatisme renvoie à l'effraction du système psychique débordé par un excès d'excitation externe. C'est ainsi que Ferenczi nomme le traumatisme de « viol psychique » car celui-ci crée une rupture entre les différentes relations d'objet et ainsi paralyse la pensée. L'une des caractéristiques du traumatisme psychique est le fait que l'individu qui en est atteint ait du mal à le symboliser et à l'intégrer dans son histoire de vie parce que ce traumatisme le maintient dans un abîme a-historique par une répétition compulsive de la pulsion de mort (Yatzimirsky, 2016).

1.5.3.1. Modèle de l'effraction du pare excitation de Freud et Lebigot

Quatre ans après que Pierre Janet ait mis sur pied le modèle du traumatisme, Freud dans sa *communication préliminaire* revient sur les conceptions de Janet concernant « le choc émotionnel, l'effraction dans le psychisme, le corps étranger et le phénomène de dissociation du conscient » et il présente la survenue brusque de l'évènement par la notion de « *réminiscence* ». Freud propose l'idée selon laquelle le traumatisme est dû à la survenue d'un évènement chargé d'affects traumatiques ; qui restent coincés dans le psychisme et crée une souffrance chez la victime en l'empêchant de pouvoir se remettre dans le continuum de l'existence.

En 1921, Freud dans son essai *Au-delà du principe du plaisir*, présente les axes dynamiques de sa théorie sur le traumatisme psychique. Il fait une métaphore en comparant le psychisme à une cellule vivante, qui est une boule protoplasmique en perpétuel mouvement et qui est recouverte par une couche appelée « pare-excitation » qui lui sert de protection et permet également de le contenir. Le rôle de cette barrière est de filtrer les stimuli néfastes en les rendant plus accessible (facilement liable, pour qu'ils ne soient pas libre) au psychisme ou en les empêchant d'y pénétrer. La constitution de chaque individu fait que certaines personnes ont une barrière plus solide que d'autres. Néanmoins, les personnes ont l'habitude de solidifier leur

barrière pare-excitation à l'approche d'un danger, ceci en regroupant l'énergie disponible à l'intérieur du psychisme. Les personnes névrosées n'ont pas toujours de l'énergie interne disponible pour renforcer leur barrière parce qu'elles sont constamment en proie à des efforts psychiques qui les épuise ; ce qui fait que face à une situation potentiellement traumatique, elles seront plus prompt que d'autres personnes à développer un traumatisme psychique car le stimulus nuisible aura fait effraction à cause de la fragilité de la barrière pare-excitation à ce moment présent. Pour Freud, la notion de traumatisme psychique est « *relative et dépend du rapport de forces entre les excitations venant du dehors et l'état (constitutionnel et conjoncturel) de la barrière de défenses qui les reçoit* » (Crocq, 2014). Le traumatisme psychique vue à travers la théorie psychanalytique met l'accent sur l'histoire individuelle du sujet en examinant les évènements traumatiques de l'enfance et les relations familiales.

Lebigot (2009) reprend les travaux de Freud (1893) sur le traumatisme et fait une représentation de l'appareil psychique comme étant un contenu recouvert par une enveloppe protectrice ou encore comme un volume en forme de sphère à l'intérieur de laquelle l'on retrouve des représentations reliées entre elles par des filaments formant un réseau sur lequel circule des petites quantités d'énergies et qui est protégé d'une peau c'est-à-dire une membrane qui l'isole des agressions extérieures. Les figures suivantes sont les représentations de l'appareil psychique atteint par un TSPT.

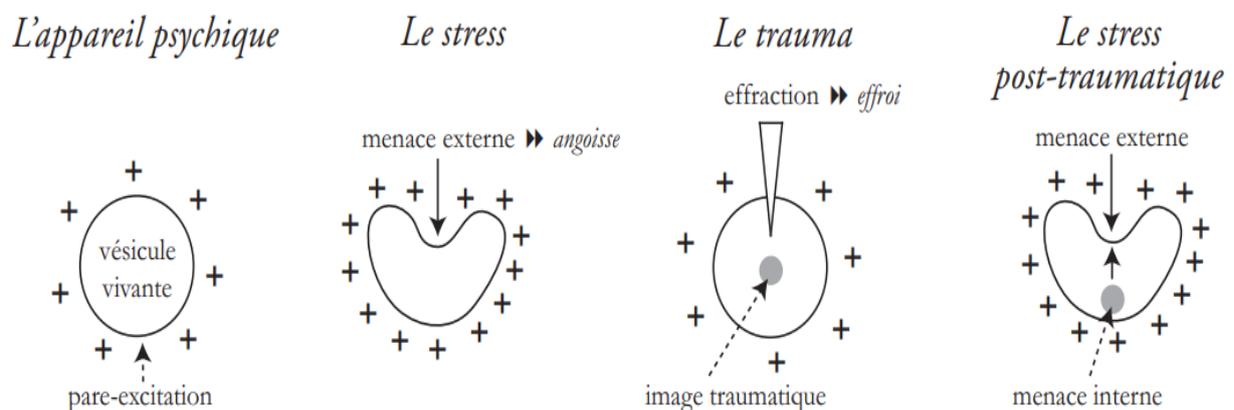


Figure : processus de traumatisme psychique. (Lebigot, 2009, p.202)

1.5.3.2. Modèle de l'ego effectif : débordement des fonctions d'adaptation à l'environnement de Kardiner

A la place du modèle de pare-excitation freudien qui renvoie à des mécanismes de défenses classiques pour expliquer le développement des symptômes du stress post-traumatique, Kardiner (1941, 1947) se réfère à un *ego effectif*, qui durant la situation

traumatique se laisse submergé dans ses fonctions adaptatives à l'environnement. Pour lui, tout être humain dès la naissance développe un ego effectif qui a pour objectif de le protéger contre les stimuli agressifs et d'inspirer des conduites pour l'aider à s'adapter à l'environnement lorsqu'il est au contact d'une situation difficile. Cet ego effectif se sert prioritairement des fonctions sensorielles, des capacités cognitives, psychomotrices, ainsi que des régulations neurovégétatives. Face à des situations particulièrement violentes, les fonctions habituelles d'organisation perceptive, d'orientation dans le temps et dans l'espace, de motricité volontaire et de contrôle neurovégétatif sont débordées ; la solution qui reste évidente pour l'ego effectif brutalisé reste celle de la contraction sur soi ou de la dissociation ; ceci est à l'origine des symptômes du TSPT tels que l'inhibition ; la distractibilité ; les conversions sensorielles, sensitives et motrices ; les perturbations neurovégétatives et la dépersonnalisation. Ces symptômes nous donnent de mieux comprendre les quatre transformations fondamentales que subit l'ego effectif : transformation quant à la perception de soi, transformation quant à la perception du monde extérieur, transformation quant aux techniques d'adaptation, transformation quant à la régulation neurovégétative. Kardiner parle d'une « *nouvelle personnalité établie sur les ruines de ce qui fut le système effectif* ».

La pensée psychanalytique sur la dynamique du traumatisme psychique se regroupe autour de questions liées à l'anthropologie. Le traumatisme se caractérise par l'intensité de l'excitation extérieure telle quelle brise les défenses du sujet ainsi que ses représentations et « *son réservoir de ses signifiants* » (Crocq). Cette intrusion engendre des ressentis psychiques archaïques et engendre une angoisse primitive dans le sens qu'elle tire son origine bien avant le langage, la représentation et la culture. Sachant que la culture désigne ici « *l'ensemble de règles et d'expressions symboliques élaboré par l'homme dans la société* ». Dans le traumatisme, l'ensemble des croyances culturelles qui permettaient à l'individu de créer des liens sociaux est renversé ; et ce traumatisme cause la rupture des structures symboliques qui donnaient un sens à l'organisation sociale ; et brise la relation d'objet et l'univers relationnel du sujet pour l'entraîner dans une relation narcissique (Yatzimirsky, 2016).

1.5.3.3. Modèle du Moi-duel de Heinz Hartmann

A partir des années 1900, avant de s'intéresser à la théorie physiologique et à la théorie psychologique, Freud oriente ses travaux vers l'étude du Moi et par conséquent la psychologie du Moi. Tous ces travaux cherchent à comprendre la personnalité en se servant de l'étude du Ça. A partir de là, de nombreux faits et hypothèses ont été mis sur pied pour expliquer les lois à l'origine des processus mentaux inconscients, les caractéristiques et le développement des

pulsions instinctuelles, ainsi que pour certains aspects du conflit psychique. L'étude du ça par Freud a précédé la mise sur pied de son approche de la psychologie structurale ; ce qui est aujourd'hui l'un des événements les plus importants dans l'histoire de la psychologie.

Après des années d'absence dans l'étude du Moi, Freud revient en 1920 avec l'approche explicative de la psychologie du Moi, cette étape est nécessaire pour la compréhension et le développement des connaissances théoriques, cliniques et techniques acquises durant cette période creuse. De nos jours, cette partie du développement de la psychologie du Moi est admise par de nombreux analystes comme faisant partie de leur pensée théorique et pratique. Cette intégration a également eu des répercussions sur plusieurs hypothèses antérieures dans de nombreux domaines de l'analyse.

Au-delà de toute ces formulations, l'impression reste toujours que Freud voyait ses formulations comme des premiers pas sur un terrain nouveau plutôt que comme « *une présentation systématique de la psychologie du Moi ou comme le dernier mot sur les aspects structuraux de la personnalité* » (Hartmann, 1967 ; p.340).

Historiquement, les recherches sur le Moi ont eu des portées différentes à des époques différentes, ceci en fonction de la dominance des questions techniques sur les questions théoriques, ou de la prépondérance des questions théoriques sur les questions techniques. D'autre part, l'un des objectifs de Freud en ce qui concerne l'étude sur la psychologie du Moi était de donner comme base d'une psychologie générale l'analyse. La psychologie psychanalytique tente très souvent à aller au-delà de son fondement qui est médical ; elle cherche à toucher un nombre toujours croissant d'aspects du comportement tant suivant le volant normal que pathologique. De nos jours, on la voit bien présente dans la psychologie du Moi. « *Les techniques de l'adaptation à la réalité et de l'accomplissement émergent d'une manière plus explicite (A. Freud, Hartmann, Hendrick, et les autres) et certaines erreurs de perspectives qui surviennent fatalement lorsqu'on les considère sous le seul angle pathologique peuvent être corrigées* » (Hartmann, 1967 ; p.342).

Dans la pensée tout comme dans l'action, intervient une partie inhibitrice qui est à l'origine du retard de la décharge. Ainsi, plusieurs aspects du Moi peuvent être présentées comme des activités indirectes car « *ils amènent une forme plus spécifique et plus sûre d'adaptation en introduisant un facteur d'indépendance croissant par rapport à l'impact immédiat des stimuli actuels. Dans cette tendance vers ce que nous pouvons appeler l'internalisation, se trouve inclus aussi le signal de danger, en plus des autres fonctions qui peuvent être décrites comme étant de la nature de l'anticipation* » (Hartmann, 1967 ; p.341).

De ce qui a été dit plus haut, nous pouvons ressortir le fait que de nombreuses fonctions du Moi sont présentées du point de vue de sa nature inhibitrice.

Le Moi est également responsable du caractère d'une personne et a une fonction synthétique (intégratrice et ordonnante). Relié aux facteurs de différenciations, le Moi a une fonction organisatrice au niveau de l'autorégulation mentale de l'être humain. En faisant mention des parties du Moi qui mettent en lien la réalité, ou sa nature inhibitrice ou organisatrice, l'on a à l'esprit le fait que ses activités particulières manifestent, et ils manifestent effectivement bon nombre de ces caractéristiques au même moment. Certains aspects du Moi sont plus facilement explicables au travers de la méthode psychanalytique que d'autres. Dans ces cas, nous pouvons penser à la psychologie du conflit et à la psychologie de la défense. De même, d'autres facettes de la psychologie du Moi semblent être plus ou moins en lien en fonction du contexte dans lequel on les observe c'est-à-dire technique, clinique ou de la psychologie générale. Le point de vue de la psychologie générale est celui sous lequel Hartmann a choisi de considérer cette question du Moi.

Dans la psychologie du Moi, lorsque l'étude des capacités adaptatives du Moi mais aussi de ses fonctions « synthétiques », « intégratrices » et « organisatrices » est faite, l'on observe que l'accent est mis sur le contrôle fonctionnel qui a élargie l'espace dans lequel se rencontrent les concepts analytiques et les concepts physiologiques. De nos jours, nous possédons de nombreuses informations vérifiables obtenues grâce de nombreuses sources sur certaines questions comme :

- La formation du Moi qui se fait par l'impact de la réalité et par les pulsions instinctuelles,
- La manière dont le Moi apprend à se défendre dans les deux sens,
- Le développement du Moi qui est lié au développement de la relation d'objet.

De même, il tente d'expliquer le développement du Moi en tant que système constitué de concepts métapsychologiques et plus précisément le rôle joué par la mise sur pied du processus secondaire dans ce développement. Pour lui, le Moi se développe grâce à la présence des traces mnésiques préconscientes.

« Glover a essayé de combler la brèche entre les systèmes de traces mnésiques et le Moi en tant qu'unité structurale, en introduisant une hypothèse selon laquelle une synthétisation des éléments psychiques

qui sont associés avec les composantes pulsionnelles prend place dans la formation du Moi nucléaire. En essayant d'expliquer l'origine de la relation du nouveau-né à la réalité, on s'est lourdement appuyé sur l'instinct d'autoconservation » (Hartmann, 1967 ; p.344).

L'autoconservation vue ici suivant le rôle joué par les tendances libidinales et agressives dans les mécanismes physiologiques ; et aussi le rôle du Moi et des étapes autonomes préparatoires du Moi.

Le Moi est plus que le résultat de l'influence de la réalité sur les pulsions instinctuelles. Il a une origine indépendante de celle-ci ; car en parlant d'un aspect autonome dans le développement du Moi, les pulsions instinctuelles sont également présentées comme un acteur autonome du développement. Ceci ne signifie pas que le Moi en tant que système psychique est inné. Cela marque plutôt le fait que le développement et le maintien de ce système peut être vérifié dès l'influence de la réalité et des pulsions instinctuelles jusqu'à l'ensemble des éléments qui ne sont pas identifiables. L'importance des variations du Moi primaires et congénitales n'est pas remise en question. Lorsqu'on parle d'héritage archaïque, il est généralement uniquement question du Ça, car il est pensé que le Moi n'existait pas au commencement de la vie de l'être humain. Originellement, le Ça et le Moi étaient un ; ce fait ne doit pas être exclu ni négligé car cela ne signifie pas que l'accent est mis de façon exagérée sur l'hérédité ou de penser que même avant l'existence du Moi, ses démarcations futures de développement, ses tendances et ses réactions avaient déjà été définies.

A partir de là, nous relierons le développement du Moi à trois ensembles de facteurs :

- Les caractéristiques héréditaires du Moi,
- L'impact des pulsions instinctuelles,
- L'impact de la réalité extérieures.

« Du développement de la croissance des caractéristiques autonomes du Moi, nous pouvons supposer qu'ils surviennent comme un résultat de l'expérience (learning), mais partiellement aussi de la maturation parallèle à la supposition familiale. [...] En analyse les processus de maturation interviennent dans le développement des pulsions

sexuelles, et aussi d'une manière quelque peu différente dans le développement de l'agressivité. [...] Les facteurs autonomes du développement du Moi, peuvent ou non rester dans la sphère non conflictuelle du Moi, au cours du développement. Quant à leur relation avec les pulsions (qui ne coïncide pas nécessairement avec leur relation avec le conflit) nous savons d'après l'expérience clinique qu'ils peuvent secondairement passer sous l'influence de ces pulsions, comme c'est le cas dans la sexualisation ou l'agressivisation » (Hartmann, 1967 ; p. 346-347).

D'après la théorie du Moi duel (Hartmann, 1967), la formation des deux aspects du Moi (le Moi fonctionnel (Moi-réalité) et le Moi conflictuel (Moi-plaisir)) se met en place progressivement au cours du développement de l'individu :

- Stade initial du développement du Moi (dans les premiers stades du développement, le nourrisson ne fait pas encore de distinction nette entre le Moi et le non-Moi ; le Moi n'est pas encore différencié en deux aspects distincts).
- Emergence du Moi-plaisir (progressivement, le Moi-plaisir, dominé par les pulsions et les désirs inconscients, commence à se former ; cette partie du Moi cherche à satisfaire les besoins et les impulsions de l'individu, sans tenir compte des contraintes de la réalité).
- Développement du Moi-réalité (parallèlement, le Moi-réalité, chargé des fonctions adaptatives, se développe sous l'influence de l'environnement et des interactions précoces ; cette partie du Moi acquiert progressivement les capacités de perception, de pensée, de mémoire, etc. pour permettre l'ajustement à la réalité extérieure).
- Différentiation et interaction dynamique (au fil du développement, le Moi-réalité et le Moi-plaisir se différencient de manière plus marquée : ils entrent alors dans une relation dynamique, tantôt en conflit, tantôt en collaboration, pour permettre à l'individu de s'adapter de manière optimale).

Le mot Moi est difficile à définir par les analystes. Il peut être défini en opposition à d'autres concepts du Moi : « *le « Moi », en analyse, n'est pas synonyme de « personnalité » ou*

« d'individu » ; il ne coïncide pas avec le « sujet » opposé à « l'objet » d'expérience ; et il n'est en aucun cas seulement la conscience du « sentiment » de son self » (Hartmann, 1967 ; p.340). Chez les analystes, la notion du Moi est définie par ses fonctions car elle est une partie de la personnalité. Parmi les différentes fonctions du Moi, Freud a toujours mis l'accent sur celles qui se centrent sur la relation à la réalité : « *La relation avec le monde extérieur est décisive pour le Moi* ». Le Moi est responsable de :

- L'organisation et du contrôle des facultés physiologiques et de la perception du monde extérieur et du soi (le soi vu ici indépendamment de sa qualité d'autocritique qui est attribuée au Surmoi) ;
- La protection du psychisme contre les stimuli venant de l'extérieur et quelques fois de l'intérieur ;
- Soumettre la réalité à un test, ainsi que l'action (est différente de la décharge motrice pure) et la pensée (selon Freud elle est une action à l'essai avec de minimes quantités d'énergie psychique).

De même, les facteurs autonomes peuvent intervenir pour défendre du Moi contre la réalité, les tendances instinctuelles, et le Surmoi. Jusqu'ici, en analyse, l'observation a été faite particulièrement sur la survenue du conflit dans le développement.

« A travers ce que l'on pourrait appeler un "changement de fonction", ce qui a commencé dans une situation de conflit peut secondairement devenir une partie de la sphère non conflictuelle. De nombreux buts, attitudes, intérêts, structures du Moi ont cette origine. Ce qui s'est développé comme un moyen de défense contre une pulsion instinctuelle peut se transformer en une fonction plus ou moins indépendante et plus ou moins structurée. Cela peut arriver à servir des fonctions différentes, telles l'adaptation, l'organisation et ainsi de suite » (Hartmann, 1967 ; p. 348).

Il existe plusieurs points incompris en ce qui concerne l'origine des mécanismes de défense. Mais d'après Freud, certains sont hérités. Toutefois, l'hérédité ne saurait être le seul facteur important pour leur développement. Nous pouvons donc penser que les mécanismes

de naissance ne voient pas le jour comme moyen de défenses dans le processus de développement du Moi. Ces stratégies de défense peuvent se développer dans d'autres secteurs et dans certains cas, ces processus primitifs auraient déjà eu à servir d'une manière différente ailleurs avant de servir présentement dans leur fonction secondaire.

« Pour ce que nous appelons spécifiquement défense en analyse, nous penserons aussi à la manière dont le Moi peut utiliser, comme défense, des caractéristiques des processus primaires, comme dans le déplacement. Mais ni le premier ni le second cas ne couvrent tous les mécanismes de défense. D'autres peuvent être modelés d'après certains stades préliminaires autonomes des fonctions du Moi et d'après des processus caractéristiques du système Moi (ego apparatus) »
(Hartmann, 1967 ; p. 349).

Dans ce chapitre il était question de faire un état de lieux du traumatisme psychiques. Cela a été fait par la présentation du traumatisme psychique suivant différentes approches ; les différents types de traumatisme psychique ; les facteurs qui interviennent dans la genèse du traumatisme psychique ainsi que les manifestations du trouble de stress post-traumatique. Tout ceci nous a permis d'avoir une idée un peu globale du traumatisme, de ses manifestations ainsi que de ses conséquences. Dans le chapitre suivant, nous allons voir plus en détail les stratégies d'adaptations (coping) et de quelle manière ces stratégies d'adaptations se mettent en place pour aider les individus à sortir du traumatisme ; nous nous attarderons particulièrement sur les stratégies qui sont axées sur la religion/spiritualité.

CHAPITRE 2 : ÉTAT DE LIEUX SUR LE COPING RÉLIGIEUX

L'Esprit du Seigneur est sur moi. Oui, il m'a choisi pour apporter la Bonne Nouvelle aux pauvres. Il m'a envoyé pour annoncer aux prisonniers : "Vous êtes libres !" et aux aveugles : "Vous verrez clair de nouveau !" Il m'a envoyé pour libérer ceux qui ne peuvent pas se défendre, pour annoncer : "C'est l'année où vous verrez la bonté du Seigneur !"

Jésus-Christ (Luc 4 :18-19). La Sainte Bible

Les personnes répondent aux stimuli de leur environnement et au stress de façon variée, et cela dépend particulièrement de leur personnalité, de la manière dont elles perçoivent la situation ainsi que du contexte dans lequel l'évènement se produit. Ainsi, quand certaines personnes sont poussées hors de leurs limites, les stratégies de coping utilisées sont empreintes de ces éléments sus-citées et de leurs valeurs. Pour grand nombre de personnes, la religion et la spiritualité font partis de leurs valeurs et par conséquent, ceux-ci influencent les ressources qu'ils mettront sur pied pour faire face au stress. D'où la nécessité d'une étude sur le coping religieux et spirituel.

2.1. PRÉSENTATION DU COPING

Le terme « coping » est élaboré par Lazarus et Launier en 1978 pour désigner l'ensemble des processus qu'un individu met entre lui et l'environnement qu'il perçoit comme menaçant, ceci pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de ce dernier sur son bien-être physique et psychologique. En 1984, Lazarus conceptualise le coping comme « [...] *l'ensemble des efforts cognitifs comportementaux, constamment changeants, (mis en œuvre) pour gérer des demandes externes et / ou internes spécifiques qui sont évaluées comme menaçantes ou excédant les ressources de la personne.* » Lazarus et Folkman (1984) cité par Boskovitz, 2003.

En référence au modèle animal, le coping a été mis sur pied comme une réponse comportementale générée par la peur, la confrontation ou l'attaque causée par la colère. Ainsi, le critère essentiel de la réussite du coping chez l'animal est la survie (Dantzer, 1989).

Ainsi, dans la perspective du modèle de la Psychologie du Moi, le coping est assimilé aux défenses du Moi, c'est-à-dire à un ensemble d'opérations cognitives inconscientes ayant pour objectif de diminuer ou de supprimer tout ce qui pourrait engendrer le développement de l'angoisse. Plusieurs processus cognitifs ayant pour but de diminuer l'anxiété causé par un évènement ont été identifiés : le déni, l'isolation, l'intellectualisation, etc. (Vaillant, 1977). Le critère du coping réussi ici est la qualité du processus (sa souplesse, son degré d'adhérence à la réalité) et la qualité du devenir psychologique. Bien que ce modèle ait largement contribué à une bonne compréhension du comportement de l'individu en proie à une situation stressante, il reste incomplet car, en envisageant le coping comme un système de défense qui donne à l'individu de rétablir son équilibre émotionnel, l'attention est centrée sur la réduction de la tension et non sur la résolution de la situation potentiellement traumatique. Or plusieurs auteurs (Cohen et Lazarus, 1979 ; Folkman et Lazarus, 1986) pensent qu'une définition complète du coping devrait prendre en compte à la fois les fonctions de régulation émotionnelle et de

résolution de problème, c'est-à-dire les stratégies inconscientes et conscientes que l'individu met sur pied pour s'adapter aux événements qu'il voit comme menaçant.

Une autre conceptualisation, découlant de la théorie des défenses, propose de voir le coping comme un trait de personnalité. Elle pense que certains traits de caractère stable de la personnalité de l'individu comme la répression-sensibilité (Byrne, 1961), le fatalisme (Wheaton, 1983) ou l'endurance (Kobasa, Maddi et Kahn, 1982) prédisposeraient l'individu à gérer son stress d'une certaine façon. Cependant, l'hypothèse selon laquelle un individu adopte toujours un comportement donné quel que soit l'évènement n'a pas pu être validé. En effet, de nombreuses recherches montrent que les mesures de trait de personnalité sont un moyen faible pour mesurer les stratégies de coping (Cohen et Lazarus, 1979 ; Folkman et Lazarus, 1986).

Le coping fait également mention à tout ce que la personne tente de mettre en œuvre de façon consciente face aux situations difficiles, ceci quel qu'en soit le résultat ; et sans que ces efforts ne soient forcément équivalents à une maîtrise de la situation (Lazarus et Folkman, 1984). « *Ce modèle est facilement applicable à l'homme et à son mode d'interaction avec son environnement où l'homme cherche en permanence des stratégies pour faire face aux différentes situations qu'il rencontre* » (Chapelle, 2018, p.).

Dans le modèle transactionnel du stress et du coping, Lazarus et Folkman (1984) proposent l'idée selon laquelle l'individu entretient une relation mutuellement réciproque, dynamique et bidirectionnelle avec son environnement (Folkman, Lazarus, Gruen et DeLongis, 1986) ; c'est-à-dire que l'individu et l'environnement agissent simultanément l'un sur l'autre. En évaluant sa relation avec son environnement, si l'individu trouve que celle-ci excède ses ressources et menace son bien-être, on parle de stress (Boskovitz, 2003).

Le processus d'évaluation a une fonction adaptative qui consiste à trouver un équilibre entre deux types de forces : celles des réalités de l'environnement, et celles des intérêts de la personne (Lazarus, 1991). Il est en effet nécessaire de percevoir la réalité environnementale d'une manière suffisamment correcte pour pouvoir s'y adapter, tout en restant optimiste et en conservant des illusions (Boskovitz, 2003).

D'après ce modèle, quelques soient les conséquences d'une évaluation permanente de sa relation à son environnement sur son bien-être, l'individu est en constante évaluation de

celle-ci (Lazarus, 2001). Cette évaluation cognitive se fait principalement au moyen de deux processus :

- *L'évaluation primaire* qui consiste pour l'individu à chercher à savoir si oui ou non ce qui se passe à un moment donné est pertinent pour lui et si oui de quelle façon cela se fait, compte tenu du fait qu'il a des valeurs, des buts, des croyances sur soi, sur le monde, et de ses intentions en rapport avec la situation à laquelle il est confronté (Lazarus, 2001) ;
- *L'évaluation secondaire* est l'ensemble des potentiels stratégies que l'individu pourrait mettre sur pied pour atteindre le résultat voulu, tout en tenant compte la probabilité pour lui de les accomplir de manière efficace, des conséquences de chacune de ces stratégies, de même que les contraintes sociales et intrapsychiques liées à leur réalisation (Lazarus et Folkman, 1984 ; Lazarus, 2001) ;
- *La réévaluation* (Lazarus et Folkman, 1984).

Une étude qualitative chez des adultes ayant été victimes d'agressions sexuelles à l'enfance soutient qu'un processus d'adaptation sain serait dû à un engagement de réinterprétation cognitive, d'acceptation de soi, de recherche de signification (Phanichrat et Townshend, 2010). L'utilisation de stratégies comme la recherche du soutien social et la réévaluation positive permettrait de vivre des changements positifs à la suite d'un évènement traumatogène (Prati et Pietrantonio, 2009). Ce qui donne de comprendre l'apport des stratégies d'adaptation pour faire face à la souffrance, et dans le cas présent, à la souffrance psychique causée par un conflit armé.

2.1.1. Les types de coping

Britovic et *al.*, 2012 ont conduit une étude auprès de vétérans souffrant d'un TSPT chronique et ont constaté une augmentation de l'utilisation des stratégies de coping centrées sur le problème sur les émotions et sur l'évitement quelques temps après leur traitement. Ils poursuivent en disant que ces stratégies seraient aidantes ; et qu'un comportement comme l'évitement pourrait aider dans la mesure où l'individu l'oriente vers l'humour ou la spiritualité. L'utilisation de stratégies orientées vers la spiritualité ou la religion permettrait de vivre des changements positifs à la suite d'un évènement traumatogène (Prati et Pietrantonio, 2009). Le modèle transactionnel du stress et du coping de Lazarus et Folkman (1984) présente le coping comme l'ensemble des stratégies comportementales et cognitives utilisés par un individu pour faire face aux sollicitations internes et externes des évènements vécus comme stressant ; c'est-

à-dire qui dépassent ses capacités naturelles (Folkman et Moskowitz, 2004). Lazarus et ses collègues ont distingué deux types majeures du coping (Lazarus et Folkman, 1984). Nous avons :

- *Le coping centré sur le problème* qui a pour objectif principal d'améliorer la relation personne-environnement, c'est-à-dire qu'il vise à résoudre le problème dont l'individu fait face. Le coping centré sur le problème qui vient gérer, agir sur, ou modifier le problème qui est à l'origine de la transaction stressante et le coping centré sur l'émotion qui lui travaille à réguler la réaction émotionnelle engendrée par cette transaction. (Lazarus et Folkman, 1984). Une étude menée auprès d'adultes réfugiés ayant été confrontés à un événement traumatogène présente que l'utilisation de stratégies d'adaptation centrées sur le problème favoriserait une bonne qualité de vie avec l'amélioration des symptômes (Medema, 2012).
- *Le coping centré sur l'émotion* met sur pied un ensemble d'actions et de pensées visant à soulager le stress émotionnel ressenti par l'individu et à réguler ses émotions. Ces actions ne modifient pas la situation traumatique, mais elles contribuent au bien-être de la personne.

En 1990, Endler et Parker ont proposé une troisième classification de coping qui est :

- *Le coping orienté vers l'évitement* où il est question pour le sujet stressé d'éviter la situation traumatique en se tournant vers d'autres activités, individuelles ou collectives dans l'optique de réduire le stress.

Lazarus et *al.* ont élaboré les types de coping que les individus mettent généralement sur pied pour gérer une situation difficile. Ces types de stratégies permettent d'avoir une idée générale de ce qu'est le coping.

2.1.2. Le sens donné à la situation vécue dans le coping

En 1997, Park et Folkman introduisent une dimension de sens dans le transactionnel du coping. Le « sens » est défini par ces auteurs comme des perceptions de significations (Sistiva, 2009). Celui-ci agirait à deux niveaux :

- ❖ *Le sens global* est le niveau du sens le plus général et abstrait ; il renferme des buts basiques et les suppositions, les croyances et les espérances fondamentales sur le monde. Ce sens est stable, personnel, subjectif, relativement concret et est teinté d'optimisme. Il est présenté suivant deux dimensions :

- Une dimension qui concerne des suppositions sur l'ordre des croyances sur le monde, sur le soi et sur l'autre ; de même que sur la dispensation des évènements négatifs et positifs ;
- Une deuxième dimension renvoie à l'aspect motivationnel qui concerne les objectifs et les intentions.

Autrement dit, le sens global qu'un individu a du monde est celui qu'il a acquis grâce à sa culture, à la société à laquelle il appartient. Chaque communauté a une signification qu'elle donne aux choses qui l'entourent ou aux choses qui peuvent survenir au sein de leur communauté. La vie d'une culture forge le sens global chez chaque individu appartenant à cette culture ; chaque individu se bâtit suivant ce qu'il observe autour de lui. Le sens global a un grand impact sur de nombreux aspects du sens situationnel et peut aussi avoir un impact sur l'interaction de l'individu avec son environnement.

❖ *Le sens situationnel* est un sens formé grâce à l'interaction du sens global et des circonstances des échanges individu-environnement. Le sens situationnel renvoie à l'évaluation de ces échanges, ce qui à son tour a un impact sur la façon de faire face aux sollicitations ainsi qu'aux résultats obtenus. Il a trois constituants principaux :

- L'évaluation du sens qui est aussi l'évaluation initiale de la signification individuelle d'un évènement précis ;
- Le processus de la recherche du sens ;
- Le sens donné, qui est la finalité de tout le processus.

Le sens situationnel est le sens que chaque individu donne aux différentes situations vécues au cours de sa vie. Ce sens peut être en accord avec le sens global donné par sa culture d'origine, ou il peut avoir une différence entre les deux alors la personne se retrouvera dans une grande souffrance psychologique et cherchera des stratégies pour combler cette distance. Park et Folkman (1997) relèvent également que dans le processus pour donner un sens au traumatisme vécu, l'individu attribuer un de ces rôles : causale (c'est-à-dire que l'individu évalue sa capacité à faire face ou non à ce qui lui arrive), d'incidence sélective (il n'est pas totalement en mesure de gérer ce qui lui arrive) et de responsabilité (l'individu estime qu'il peut contrôler ou influencer la situation).

La différence entre le sens global et le sens situationnel créerait d'importants états de souffrance. C'est la raison pour laquelle les individus travaillent activement pour réduire cette distance par la recherche du sens lorsqu'ils font face à un traumatisme. La construction de sens forme ainsi une stratégie de coping en tant que stratégie par laquelle les personnes cherchent à

surmonter la souffrance causée par la différence entre sens global et sens situationnel, ceci essayant au maximum de rapprocher les deux (Sistiva, 2009).

D'après Park et Folkman (1997), la construction du sens peut être jugée réussie lorsque la réconciliation est atteinte entre le sens global et le sens situationnel. Ce qui peut se produire par le changement soit du sens global, soit du sens situationnel, soit des deux. Si aucun de ces changements ne se produit, alors le processus de réévaluation se poursuit, ce qui peut entraîner des traumatismes sévères lors desquels la construction du sens risque d'être plus délicate. Comme dit plus haut, l'individu acquiert le sens global grâce à son interaction avec son environnement, et que ce sens est purement subjectif ; à l'intérieur de ce sens global, l'on retrouve les croyances que la personne se fait de lui-même, des autres et du monde qui l'entoure. Tandis que le sens situation est fonction des événements et situations que l'individu vit au quotidien ; ces événements s'ils sont positifs, vont renforcer le sens global, mais s'ils sont négatifs, ils créent une distance entre la conception que la personne se faisait de la vie dans le passé (sens global) et la conception qu'il a maintenant (sens situationnel). Pour réussir dorénavant à mettre en lien le sens global et le sens situationnel, cette personne a besoin de donner un sens (signification) à l'évènement qu'elle a vécu. Dans le cas où le sens est trouvé, la personne sort de là sans séquelle, mais si le sens n'est pas trouvé, la personne développe un stress post-traumatique.

2.2. DÉFINITION DE LA NOTION DE SPIRITUALITÉ

La spiritualité est une notion qui est récente dans les écrits scientifiques, mais son intérêt va de plus en plus croissant pour attirer l'attention des chercheurs dans différents domaines. Entre autre, le domaine de la psychologie clinique. Inclue dans un contexte socio-historique, la spiritualité se présente comme rattachée à la religion. Malgré le fait que les définitions de ces deux notions ne font pas l'unanimité, plusieurs conceptualisations ont vu le jour, tentant de jumeler les concepts de spiritualité et de religion ; ce qui rend l'étude de la spiritualité quelque peu difficile. L'objectif de cette partie est de donner une meilleure compréhension de ces concepts au travers des définitions et de modèles théoriques expliquant la religion et la spiritualité.

2.2.1. Spiritualité, histoire et évolution

L'histoire de l'humanité contribue à une meilleure compréhension et évolution du sentiment religieux qui est la base du sentiment spirituel tel qu'évoquer actuellement. Les empreintes du passé tel que les monuments consacrés à d'anciennes divinités et les sépulcres

funéraires, révèlent que des rituels ont été pratiqué ce qui indiquent des comportements spirituels. L'être humain a toujours reconnu en lui une portée spirituelle dans ses rapports à lui-même et à son environnement. Phénomène social et culturel, la spiritualité est une dimension intrinsèque de l'homme. Elle est souvent définie comme « *la recherche du sacré* », montrant ainsi une recherche active de sens pour esquisser des réponses aux questions qu'il peut se poser sur les mystères de la vie et du monde.

De toute éternité, l'être humain a levé les regards vers les étoiles, dévoilant ainsi l'intérêt provoqué par les manifestations d'une recherche de transcendance, et ce au moyen de civilisations. L'homme a longtemps investit la nature afin de pouvoir donner un sens à son vécu et aux aspects de sa vie auxquels il ne pouvait donner une explication. De plus, avec l'évolution de la pensée et l'apport de l'astrologie, les croyances de l'homme en la nature ont peu à peu pris fin et il les a remplacés par des divinités omnipotentes. L'être humain s'est détaché de la nature pour se tourner vers les dieux. Le sentiment religieux dans son expression première a été fondée dans les décombres d'une tombe funéraire de plus de cent million d'années. Celui-ci a progressé à travers quatre grandes époques en réponse à une « *rupture* » et un « *remodelage du symbolique* » (Branchi, 2014) :

- Au début du Néolithique (vers 12 000 avant notre ère) : avec la manifestation de la sédentarisation du Proche Orient ;
- Vers 3 000 avant notre ère : avec les civilisations antiques, à l'aide de l'écriture et de la construction de la société ;
- Au milieu du 1^{er} millénaire avant notre ère : les Grecs ont découvert que certains phénomènes naturels pouvaient trouver leur explication dans les actions des hommes ;
- Vers 1 500 de notre ère : le paradigme expérimental est intégré à la modernité.

Grâce à l'avancée des sciences et de la technologie engendrée par l'évolution de la pensée moderne, l'homme a pu exercer de l'autorité sur son environnement. La montée en puissance des industries dans les sociétés occidentales durant les XIX^{ème} et XX^{ème} siècles à déstabiliser les valeurs humaines et à favoriser leurs remplacements. La vision matérialiste et cartésienne du monde voit le jour avec la séparation de l'homme de la nature, l'esprit se sépare du corps et le mystère se sépare de la science. « *Le rationalisme des activités sociales* » de Weber (1964) voit le jour en remplacement du sentiment religieux. L'être humain dans sa pensée, son évolution et ses avancées n'a pas cessé de chercher du sens, cette recherche se faisait alors dans des domaines où il avait de l'autorité et du contrôle. Dès lors, la venue de ce

nouveau paradigme a affaibli le christianisme qui s'est vu dominer par des domaines laïques tel que les sciences, les philosophies, les idéologies et les droits de l'homme (Lambert, 2000).

La croissance de la science et de la laïcité a provoqué peu à peu l'abandon de la magie dans la pensée humaine car elle était éphémère et surnaturelle. Cet abandon a accentué l'effet du rejet de la religion et par là le déclin du christianisme car celui-ci a perdu de sa valeur de l'antan sur le plan politique, particulièrement en France grâce à la promulgation de la loi portant séparation de l'Eglise et de l'Etat ; ce processus est appelé par Gauchet (1985) le « *désenchantement du monde* ». Dès lors, de nombreuses sociétés occidentales choisissent de rejeter la religion en se « *dépossédant du pouvoir sur soi* » pour une mutation collective et individuelle. Selon eux, l'être humain ne voudrait pas assumer ses responsabilités sur le plan de la société, de la nature et même individuel pour se séparer de l'autre et le dominer. A ce stade, la religion devient circonscrite dans un cadre bien précis et n'aide plus l'homme dans ses rapports à soi et aux autres, l'homme n'y trouve plus les réponses à ses questions.

Vers 1960, pour résoudre le problème de la perte de position de la religion dans la société, de nombreux groupes religieux voient le jour, afin de répondre à la crise spirituelle mondiale. Les années 1970 représentent les années de la recherche spirituelle de l'individu et de la mondialisation, qui est le produit des transactions économiques entre l'occident et l'orient. Ce qui a conduit l'occident dans l'ère du « *New Age* » où les traditions orientales et occidentales se sont mélangées au point de disparaître. Par leur façon de voir la vie et leur attitude « *zen* », les croyances et pratiques de l'Orient captivent les individus. Ainsi, l'individu ne s'attache plus aux contraintes imposées par la religion au travers de sa doctrine rigide, il veut expérimenter une liberté hors des croyances spirituelles ; Masquelier (2008) cité par Branchi (2014, p. 18) l'explique ainsi :

[...] L'individu, devenu la valeur suprême, libéré des héritages qui le conditionnaient, fait le choix du facteur "spirituel" qu'il distingue soigneusement du "religieux". Dans un effort d'authenticité à travers lequel il cherche à se rapprocher de lui-même, il délaisse les vérités authentifiées par la seule tradition et se construit une vérité subjective.

Il recompose un univers de valeurs auxquelles il confère, par un choix personnel, le rôle de guide pour sa vie intérieure.

La croissance technologique et la modernité ont favorisé la création d'un monde à portée de bras qui prône de nouvelles perspectives religieuses dans différentes sphères culturelles. C'est pourquoi, le philosophe et sociologue Lenoir (2003) cité par Branchi (2014, p. 18) a affirmé que nombreux sont les individus qui expriment leur sentiment religieux/spirituel, mais peu sont ceux qui désirent vulgariser leur engagement religieux, ils le considèrent comme étant personnel ; il dit : « *Le religieux n'a jamais disparu de la modernité [...], il se transforme au contact de la modernité, comme il a contribué à la façonner* ».

Les évolutions culturelles ont contribué au changement de la relation de l'être humain par rapport à lui-même, aux autres, au sacré/ à la magie, et même au tout ensemble. L'individu choisit les pratiques religieuses/spirituelles auxquelles s'engage et ainsi, il participe à la mutation des paradigmes entre les notions de religion et de spiritualité.

Lenoir cité par Branchi (2014, p.19) continue en disant que :

[La spiritualité questionne l'individu de] différentes manières (sens de vie, croyances) et à différents niveaux (individuel, social, culturel). A la différence d'une inscription dans une pratique religieuse ou spirituelle qui ne serait que la continuité du groupe familiale lui-même inscrit dans une culture religieuse localisée géographiquement, l'homme moderne de par l'accès aux différentes cultures du globe, donne l'impression de rechercher, de s'interroger sur autre chose, sur le spirituel au sens large, sur le religieux dans une optique de comparaison des grandes religions, sur des questions de sens et de valeurs de vie.

La croissance dans sa vie personnelle, comme dans sa vie relationnelle change sa façon de voir et de concevoir le monde ainsi modifie également son sentiment religieux.

Dans les temps anciens, la relation de l'individu à la religion et avec les autres étaient animées par la croyance religieuse ou la foi. De nos jours, l'individu n'est tenu d'aucune contrainte, il fait sa planification personnelle et évolue suivant des aspirations, ses besoins et ses envies. L'être humain est déterminé à aller lui-même à la recherche de spiritualité. Lenoir cité par Branchi (2014, p.19) définit ce désir de recherche de spiritualité ainsi :

« les aspirations contemporaines à ré-enchanter le monde traduisent un besoin profond de retrouver l'accès à des expériences archaïques du sacré. Et si ce n'est pas à travers une réelle symbiose avec le cosmos, c'est en se reliant à son corps et à ses émotions que l'homme contemporain recherche à éprouver le sacré, ce qui est une manière de "quitter le mental" pour retrouver la nature ».

Etant donné que son cadre de vie a subi des crises dû à des évènements matériels et concrets on conduit à une crise religieuse et spirituelle, l'individu est à la recherche du sens pour comprendre ses ressentis et comprendre également sa relation à l'autre.

Recherche de sens, recherche de spiritualité, l'individu se sert de tous les moyens à sa disposition pour vivre une spiritualité suivant ses envies. Les nouvelles spiritualités se sont mélangées à la société et donnent à l'individu le pouvoir de sélectionner et de choisir celle qui lui convient le mieux dans le processus de son développement personnel qui est son objectif premier. Pour mieux comprendre ce tourisme spirituelle, Lioger cité par Branchi (2014, p.20) propose la théorie de l'

individuo-globalisme » qu'il explique en ces termes : « Derrière la multiplication apparemment chaotique des groupes religieux dans les sociétés dites post-industrielles, se profile une orthodoxie oscillant entre la quête de soi et l'ouverture au tout, l'individuo-globalisme, qui s'accompagne d'une mystique exprimée dans un langage quasi-scientifique sous certains aspects et néo-traditionnel sous d'autres, qui se dénomme spiritualité plutôt que religion, et qui s'appuie sur le culte de l'énergie, objet paradoxal à la fois naturel et surnaturel, personnel et interpersonnel, bref individuel et global.

Au fil du temps, la notion de religion est laissée pour une utilisation plus large du concept de spiritualité, ce qui met en avant sa complexité et sa multidimensionnalité. La spiritualité telle que décrite dorénavant s'insère dans un processus de « *dogmatique ortho*

rationnel (rejet d'une mauvaise rationalité, froide et impersonnelle, au profit du dogme d'une rationalité juste, écologique, vraie, qui redécouvre les traditions authentiques), qui se présente plus comme spirituelle que religieuse » (Branchi, 2014, p.20). Selon cet auteur, cette mutation observée fait plus référence à « un changement de signifiant, de contenant (ce qui constitue la véritable originalité de l'évolution actuelle) mais nullement de signifiant, de contenu » qu'à un passage de l'ère de la religion à l'ère de la spiritualité. C'est ainsi que la notion de spiritualité prendra un sens nouveau.

2.2.2. Définition de la notion de spiritualité

Etymologiquement, la notion de spiritualité renvoie aux mots latins « *spiritus* » qui veut dire « *souffle de vie* » et « *spiritualis* » qui représente une « *personne de l'esprit* ». La notion de spiritualité a évolué avec le temps. De façon générale, la spiritualité peut être comprise comme « *une posture de l'esprit en relation avec le mystique et le surnaturelle* » (Branchi, 2014, p.21)

Historiquement, la spiritualité fait partie du langage religieux et fait référence à un individu qui est rempli de « *l'esprit de Dieu* » (Koenig et al., 2012). Au moyen âge, la notion de spiritualité renvoyait à une personne qui s'est consacrée pleinement à la religion. Pendant longtemps, elle faisait partie intégrante de la religion. C'est dans les années 1960-1970 que ce terme a commencé à être utilisé indépendamment de la notion de religion.

Définir le concept de spiritualité n'est pas quelque chose de facile de par son lien avec la religion et également à cause de fait qu'à elle seule, elle présente des expressions et des pratiques multiples. La spiritualité est vue comme quelque chose de flou, d'ambigu et n'est en lien avec aucune théorie (Branchi, 2014) et n'est pas vraiment opérationnalisable. Bien qu'il n'y ait pas d'entente en ce qui concerne sa définition, la spiritualité demeure tout de même l'un des secteurs les plus explorés tout au long des années. Dans certains domaines tels que la théologie, la sociologie, la philosophie, la psychologie, des chercheurs ont essayé de la définir comme une émotion, une expérience ou une « *décision de l'esprit* » ; ils ont contribué à faire évoluer le sens qu'on lui donne aujourd'hui. La spiritualité est présentée par la plupart des chercheurs comme quelque chose d'intrinsèque, d'individuelle ; elle est également un lien entre le monde extérieur et le monde intérieur. En 2005, Dupond cité par Branchi (2014, p.22) affirmait que « *Chaque histoire humaine est unique, il n'y a pas et ne peut y avoir de spiritualité unique, qu'elle soit religieuse ou laïque. Chaque corps parle et interroge différemment le monde de sens et de significations. Chaque esprit libre pense le monde à son image, en fonction de son monde, de son époque et de sa culture. [...], la spiritualité n'est pas réductible à une*

catégorie de penser. Elle est l'expression même de la vie, de toute vie ; elle est consubstantielle à la nature humaine ».

Face aux situations difficiles de la vie, face à la souffrance comme celle engendrée par le traumatisme psychique, l'être humain est porté à rechercher du sens pour mieux comprendre son contexte. La spiritualité est un processus dynamique, individuelle et subjective provenant d'une relation qui dépasse le soi. Emblen cité par Branchi (2014, p. 23) la définit comme étant : *« un ensemble de croyances et d'attitudes qui donnent un sens et un but à la vie par un sentiment de connexion au soi, aux autres, à l'environnement naturel, à une puissance supérieure et/ou à d'autres forces surnaturelles. Ces croyances et attitudes surpassent le soi et font partie intégrante des sentiments, des pensées, des expériences et des comportements ».*

La quête du spirituelle trouve son fondement dans le désir de l'homme de vivre d'une manière qui le dépasse et qui lui permet d'avoir une expérience profonde. Ainsi, la spiritualité *« exerce une fonction d'intégration et d'harmonie impliquant l'unité intérieure, d'une part, et la relation aux autres ainsi qu'à une réalité plus large englobant la capacité de transcendance, d'autre part. relation de soi à soi, et de soi aux autres, cette quête s'inscrit dans une expérience liée au sacré et, ou, au transcendant ».* Branchi (2014, p.23)

Pour Pargament (1999), le sacré est défini par la transcendance, en d'autres termes par *« un être divin, une réalité Ultime ou une vérité Ultime ».* Koenig et al. (2012) quant à eux le considère comme *« ce qui est intérieur et extérieur à soi ».* Le lien à un être suprême, aux autres, à la nature ou à quelque chose d'ultime traduit une relation qui surpasse le soi et renforce l'estime de l'homme dans son évolution personnelle. Cette recherche de sens à travers les rapports au sacré ou au transcendant, et nécessite un engagement "conscient et volontaire" de la personne. Bruck (2002) dit comprendre dans la spiritualité l'utilisation consciente de sa conscience propre en ce qui concerne la naissance des perceptions et le développement volontaire de tous les aspects de sa vie.

La quête de sens, de valeurs ou d'objectifs qui dépassent le soi engendre chez l'individu un sentiment *« de mystère et d'auto-transcendance, un sentiment de compréhension, de conscience intérieure et d'intégration personnelle »* Branchi (2014, p. 23). Cette attitude comporte les dimensions émotionnelles, comportementales, cognitives et sociales. L'individu trouve le sens à sa vie dans la spiritualité, ceci dans la mesure où elle le met en relation avec le sacré ; elle touche sa réalité propre et l'accompagne dans son évolution : celle-ci n'est pas seulement l'être, elle est aussi le faire.

2.2.3. Définition de la notion de religion

Le psychiatre américain Koenig a beaucoup travaillé sur la religion, la spiritualité. Il parle du grand nombre de controverses qui existent sur les définitions de ces deux concepts (Koenig, 2012). En 2008, il définit la religion comme « *un système organisé constitué de croyances, de pratiques, de rituels en lien avec le transcendant* ». Lors de la définition de cette notion par des auteurs, ces éléments mentionnés par Koenig ont tendance à revenir très souvent. Dans cette définition, il s'aligne aux idées de Ganga et Kutty (2013), Hill et Pargament (2003), Vachon (2008) qui voient la religion comme un moyen utilisée pour se rapprocher du divin. En 2012, Koenig considère la religion comme une stratégie puissante utilisée pour faire face aux évènements de la vie, et qui donne à certains individus de donner un sens à la situation vécue, tout en gardant un sentiment de contrôle sur des évènements qui peuvent sembler hors de contrôle des humains (Revercez, 2022). En 2002, Pargament a lui aussi donné une définition de la religion, en disant que c'est un processus de recherche du sens par des moyens ayant trait avec le sacré. Le sacré ici représente Dieu, c'est le transcendant, c'est le divin. En plus de cela, la religion renvoie souvent aussi aux croyances mystiques et surnaturelles, concernant les esprits, les anges, les démons ainsi que de la vie après la mort (Ganga et Kutty, 2013 ; Koenig, 2012). Classiquement, la religion est définie comme un système de croyances et de pratiques rituelles (Durkheim, 1968), un système de symboles qui crée des manières générales de voir l'existence (Geertz, 1973).

La religiosité est comprise dans la littérature comme un ensemble de comportements, de pratiques religieuses et de manière avec laquelle un individu qui y est soumis applique les rituels et les traditions propres à sa religion et vit une vie en conformité avec les principes religieux (Ganga et Kutty, 2013). Selon Koenig et *al.* (2001), elle se traduit en terme de participation aux rituels religieux, de prière personnelles, de respect vis-à-vis des valeurs religieuses, etc. Cela peut se faire au sein d'une communauté, mais pas toujours (Ganga et Kutty, 2013).

2.2.4. Spiritualité et religion : quelques précisions

La religion et la spiritualité sont deux concepts très souvent utilisés de façon interchangeable. Dans le but de clarifier les termes clés de ce travail, il est nécessaire de présenter ces deux concepts en terme de ressemblance et de différence. Fondamentalement, la religion et la spiritualité ont en commun la recherche du sacré (Pargament et Hill, 2003). Le sacré renvoie aux objets, personnes ou évènements vus comme externe à l'ordinaire, et mérite la vénération (Hill et Pargament, 2003 ; Pargament et *al.*, 2005). Ce sont les choses que les

interdits protègent et isolent (Durkheim, 1968). Le sacré comprend en son sein des concepts tels que : divin, Dieu, la Réalité Ultime et le transcendant (Pargament et *al.*, 2005), de même que les différents aspects de la vie qui prennent un caractère extraordinaire du fait de son association avec ces concepts ou leurs représentations (Hill et Pargament, 2003). A cause de la proximité de ces deux notions, leur délimitation est très délicate. « La spiritualité et la religion sont des thèmes trop complexes pour aboutir à une vision stéréotypée et dichotomique » (Pargament, 2002).

Pour des auteurs comme De Souza (2009), la religion et la spiritualité se rejoignent et ont de très faibles différences. Casey (2013) affirme que nombreux sont les individus qui vont quelques fois exprimer leur spiritualité en se rendant à l'église, en priant leur Dieu, etc. ; d'autres par contre vont facilement utiliser des termes abstraits et ils seront prompts à développer des caractères tels que l'intégrité, l'entièreté. Dans ces définitions, la religion renvoie au fait d'avoir recours à des rituels particuliers tandis que la spiritualité fait référence à des faits individuels, personnels du sacré, qui ne se fait pas obligatoirement dans un contexte religieux (MacDonald, 2000). En 2006, Hyman et Handal ont effectué une recherche auprès de prêtres pour essayer de proposer une définition de la religion et de la spiritualité ; ces deux notions ont été vues comme des concepts qui se chevauchent, ils sont différents mais en même temps semblables. La relation entre la religion et la spiritualité est floue car leurs définitions le sont aussi et les échelles qui sont utilisées pour les mesurer ne sont pas non plus différents. Dans cette étude de Hyman et Handal, les participants ont dit que la religion est externe à l'individu et comprend des règles, des croyances qui guident le comportement du croyant au quotidien et règlementent les pratiques religieuses ; tandis que la spiritualité est beaucoup plus subjective et interne à l'individu, elle fait référence à l'expérience d'une relation directe avec le divin (Revercez, 2022).

Selon Ganga et Kutty (2013), la spiritualité donne du sens aux pratiques religieuses et inversement, les pratiques religieuses procurent de la profondeur à la spiritualité. L'importance de la spiritualité dans la religion ne peut pas être ignorée de même, la religion n'est pas primordiale pour développer sa spiritualité. Jusqu'ici, la spiritualité était vue comme une partie de la religion et était opposée aux non-croyants. Ensuite, des personnes se sont proclamées spirituelles mais non-religieuses. Ainsi, la spiritualité peut être en lien avec une approche religieuse, mais aussi avec des approches humaniste, existentialiste, etc. (Chamberlain et Zika, 1992 ; Cook, 2017). En Occident, un grand nombre de personnes se disent spirituelles mais non religieuses ; sous d'autres cieux, la religion et la spiritualité se confondent encore (Revercez, 2022).

D'après le modèle de Koenig (2008) cité par Revercez (2022), il existe quatre catégories de personnes :

- ❖ ***Des personnes spirituelles et religieuses*** : ce sont celles qui pratiquent les traditions religieuses et prennent part aux croyances et aux rites ; mais elles adhèrent aussi aux activités spirituelles comme la méditation, la lecture des textes sacrés, des questionnements sur l'immensité de l'Univers, etc. Ces personnes ont de la profondeur dans leur foi.
- ❖ ***Des personnes spirituelles mais non religieuses*** : ces personnes tendent à avoir une vision négative de la religion, elles vivent des expériences mystiques et ont des croyances sur le monde « hors du commun » (Zinnbauer et al., 1997).
- ❖ ***Des personnes religieuses mais non spirituelles*** : elles sont très peu étudiées dans la littérature. À l'extérieur, elles mettent en pratique tout ce que la religion leur demande ; mais intérieurement, elles ne vivent pas la foi. Ces personnes sont motivées par l'apparence, la pression sociale ou ce qu'elles peuvent obtenir au travers de la religion.
- ❖ ***Des personnes ni religieuses ni spirituelles*** : elles ne se retrouvent nul part.

En 2006, King et al. ont mené une étude en Angleterre dans laquelle ils ont trouvé que 17.7% des personnes interviewées se qualifiaient de non croyants et non spirituels, 13.1% se disaient spirituels mais non religieux, et 69.2% se présentaient comme spirituel et religieux. Aucune de ces personnes ne s'est présentée comme religieux mais non spirituel. Ce qui peut amener à penser que « *les personnes du troisième groupe de Koenig (2008) n'ont pas n'ont peut-être pas conscience de faire partie de ce groupe ou éprouveront une forme de honte d'avouer leur désengagement envers leur foi* » (Revercez, 2022).

2.3. ÉTAT DE LIEUX DU COPING RÉLIGIEUX

2.3.1. Présentation du coping religieux

C'est en 1997 dans son livre *The psychology of religion and coping : Theory, Research, Practice* que Kenneth Pargament a utilisé pour la première fois le concept de « *coping religieux* » pour définir comme "l'utilisation de techniques cognitives ou comportementales, émergeant de la religion ou de la spiritualité de chacun, face à une situation stressante". En effet, il avait observé que lors du processus de coping, certaines personnes font recours à l'aspect religieux, ceci quand elles sont face à des situations de crise extrême. Pour lui, bien que coping et religion sont fortement liés, ils sont tout de même indépendants car la religion est l'ensemble des croyances et des pratiques religieuses d'une personne, qui n'est pas le coping ; cette religion a un impact sur la vie de celle-ci lorsqu'elle attribue un caractère religieux à la

réinterprétation d'une situation difficile (Sisteva, 2009). Selon les procédés utilisés, deux types de coping religieux sont présentés :

- ❖ **Les stratégies positives dites utiles** (« *helpful* »), sont le fait de voir une situation difficile comme une opportunité de croissance spirituelle. Elles sont associées à des indices de psychopathologie bas et à des indices de santé et d'adaptation psychologiques plus élevés.
- ❖ **Les stratégies négatives dites nocives** (« *harmful* »), comme le fait de douter de l'amour ou du pouvoir de Dieu, sont associées à des indices de psychopathologie élevés et à des indices de santé et d'adaptation psychologiques très bas.

Très souvent, le coping religieux est utilisé par des couches de populations moins favorisées telles que : les minorités ethniques, les malades, les femmes, les pauvres, les personnes âgées, les chômeurs et les moins scolarisés (Sistiva, 2009). Pargament pense que les personnes y font recours parce qu'il est plus accessible pour elle, et leur donne l'espoir d'une meilleure source de signification que les alternatives non religieuses. A partir des travaux de Pargament, Ai et al (2003) ont tenté d'évaluer l'effet du coping religieux sur les attitudes positives d'un groupe de réfugiés traumatisés et ils se sont rendus compte que le coping religieux positif a un impact sur l'optimisme et la religiosité.

Le degré d'implication de la religion dans la stratégie d'adaptation dépend grandement de la place que la religion a dans la vie de l'individu. C'est ainsi qu'elle aura une place primordiale dans la vie d'une personne pour qui la religion était déjà centrale (ses valeurs, ses buts, ses pratiques) que chez un individu pour qui la religion n'est pas centrale (Park, 2005). La relation entre le coping et la religion a été décrite par Pargament (1997 ; 1990 ; Pargament et al., 1998) de trois façons :

- La religion peut faire partie de chacun des éléments du coping (l'évaluation cognitive, les stratégies et les résultats),
- La religion peut faire varier le processus de coping,
- La religion peut être changée par les processus de coping.

2.3.2. La question du sens

Selon Koenig (2008), donner un sens à sa vie c'est trouver de la valeur à celle-ci, avoir des objectifs de vie, avoir un sentiment de cohérence en face des événements difficiles de la vie. Pour Exline (2002), le fait pour un individu de se demander chaque jour sa raison d'être sur Terre serait une grande source d'anxiété. Ceci fait apparaître un des bénéfices de la religion qui est la façon avec laquelle elle donne une cohérence et un sens à la vie de l'individu. Ces

croyances et pratiques religieuses contribuent à donner des réponses aux questions existentielles comme « d'où venons-nous ? », « pourquoi suis-je sur Terre ? », « pourquoi cette situation m'arrive-t-elle ? » (Koenig, 2012). Le sens donné à une situation vécue permettrait probablement d'expliquer l'impact de la religion sur le traumatisme. Un aspect primordial dans le processus pour faire face à un traumatisme psychique serait le fait de donner un sens à l'expérience qui est vécue. Ici, le rétablissement serait perçu comme un parcours intérieur qui permet d'atteindre un niveau satisfaisant et à donner un nouveau sens à la vie (Karlsson, 2009).

Dans cette perspective, Steger et Frazier (2005) ont menés deux études sur des étudiants aux Etats-Unis ; ils ont testé l'hypothèse selon laquelle le sens donné par la religion serait un moyen pour faire face à la souffrance psychique. Ils ont trouvé que la foi donne un sens à la vie et que celui-ci influence positivement sur l'estime de soi, l'optimisme et sur le sentiment de satisfaction ressenti. Les résultats de cette étude ont également montré que les pratiques religieuses quotidiennes comme la prière et le bien-être contribuent à donner du sens à la vie (Revercez, 2022).

2.3.3. Les rôles/ fonctions de la religion dans le coping

Pargament, Koenig et Perez (2000) identifient cinq rôles ou fonctions de la religion dans le coping qu'on peut nommer comme suit : la signification, le contrôle, le confort/spiritualité (protection), intimité/spiritualité (lien social) et la transformation de vie (Sistiva, 2009).

❖ *La signification*

Selon Geertz (1973), la religion joue un rôle dans la recherche de signification. En situation de choc, la signification donnée à l'évènement vécue offre une contextualisation de la situation et facilite sa compréhension et son intégration. Les stratégies de coping religieux en lien avec cette fonction sont : la réinterprétation religieuse dans les termes relatifs à la bonté de Dieu, la réinterprétation de Dieu puissant, la réinterprétation démoniaque et la réinterprétation des pouvoirs de Dieu (douter de son pouvoir).

❖ *Le contrôle*

Dans des situations potentiellement traumatiques, la religion peut donner une sensation de maîtrise et de contrôle de la situation. Cette fonction comporte : le coping religieux collaborateur (agir en cohésion avec Dieu), la soumission religieuse passive (remettre la situation entre les mains de Dieu), la soumission active (faire ce qui est possible à son niveau et laisser Dieu faire le reste).

❖ *Le confort/spiritualité*

Le confort apporté par la religion serait lié au besoin de protection de l'individu. Par cette fonction, la religion essaie de réduire la crainte pour l'individu de vivre dans un monde périlleux en lui donnant l'opportunité de ressentir la présence de Dieu. Cette fonction inclut la recherche du soutien spirituel, la distraction religieuse, la purification religieuse, la connexion spirituelle, le mécontentement spirituel et la démarcation des barrières religieuses.

❖ *Intimité/spiritualité*

Cette fonction touche la dimension sociale de la religion. Elle est aussi un mécanisme de solidarité et d'identité sociale. Une bonne relation intime avec les autres membres de la communauté chrétienne est encouragée au travers des méthodes spirituelles. Les stratégies qui correspondent à cette fonction sont : le support du pasteur et des membres de l'Eglise, l'aide religieuse à l'autre et le conflit interpersonnel avec le responsable religieux ou avec les autres membres de l'Eglise.

❖ *La transformation de vie*

A l'opposé des fonctions précédentes qui tendent à garder l'individu dans sa position initiale, la religion encourage aussi à de grands changements dans la vie, prioritairement au niveau des valeurs et des principes. Elle comporte : la recherche de la direction religieuse, la conversion religieuse et le pardon religieux.

2.3.4. Présentation de la théorie De Kenneth Pargament

La théorie du coping religieux/spirituel de Pargament a été mise sur pied en 1997 lors des travaux chez des chrétiens orthodoxes. Elle permet d'explorer la façon dont les individus utilisent leur foi et leurs pratiques religieuses pour faire face aux défis et aux stress de la vie. Elle présente la religion comme un processus de recherche c'est-à-dire comme un processus dynamique de recherche de signification en relation avec le sacré, et non comme un ensemble statique de croyances. Pour Pargament, la religion ajoute une dimension unique au processus de coping en offrant des méthodes spécifiques par lesquelles les gens essaient de conserver ou de transformer ce qui leur est précieux. Elle utilise également l'approche individuelle, où Dieu peut être perçu comme un collaborateur actif dans le processus de résolution de problèmes, ou comme une force qui contrôle les résultats sans intervention directe. La religion peut influencer de manière significative les résultats du coping, en aidant les individus à trouver un sens à leur souffrance et à maintenir l'espoir ; elle peut aussi fournir du soutien et du réconfort. Pargament suggère que la religion peut être intégrée de manière plus complète dans le processus de traitement pour aider les individus à faire face aux défis de la vie. La théorie du coping religieux

de Pargament met en lumière l'importance de la religion et de la spiritualité dans la manière dont les gens gèrent les situations stressantes et trouvent un sens à leur expérience. Elle souligne également la nécessité pour les professionnels d'être attentifs aux croyances religieuses et spirituelles dans leur pratique.

De nombreuses études montrent que la R/S a un grand impact en ce qui concerne l'espoir, l'optimisme, le sentiment que la vie a un sens, l'estime de soi et le sentiment de contrôle (Koenig, 2012). Dans ce sens, Cook (2017) a réalisé une méta-analyse dans laquelle la religion influencerait positivement l'estime de soi. Cela pourrait sembler paradoxale dans la mesure où l'on sait que la religion prône l'humilité, ce qui augmente le sentiment de culpabilité et une mauvaise estime de soi si le croyant ne met pas en pratique les traditions religieuses (Revercez, 2022).

Les religions ont des valeurs, des principes que le croyant doit suivre car ils comportent les différentes façons d'agir et de traiter les autres. Si le croyant les respecte, alors cela réduirait la probabilité pour lui de se retrouver dans des situations qui favorisent un déséquilibre émotionnel tel que : le divorce, l'avortement, la consommation de drogue ou d'alcool qui peut découler sur des comportements de délinquance et générer des conséquences néfastes sur la santé mentale (Koenig, 2012). En plus de ceci, la religion met en exergue des valeurs tels que : l'amour, la bienveillance, l'altruisme ; ce qui favorise des émotions positives et contribue à éloigner les difficultés personnelles.

❖ *Le sentiment de contrôle*

La majorité des travaux sur la religion ont montré un rapport positif entre le sentiment de contrôle interne de l'individu et le vécu de la situation traumatique. Ceci pourrait sembler absurde car très souvent on a l'impression que la R/S est en direct avec un contrôle externe c'est-à-dire que c'est le transcendant qui contrôle tout et aucun contrôle n'est en la possession de l'individu. Ce qui résulte de ceci est que les croyances religieuses et spirituelles, la religiosité, les prières et autres activités procurent un sentiment de contrôle indirect à l'individu qui fait face à une situation difficile, ce qui réduit au maximum son désir de contrôler directement la situation (Cook, 2017 ; Ellison et Burdette, 2011 ; Pargament et al., 1988). En 1988, Pargament et ses collègues ont proposés trois approches de la religion qui aident l'individu à reprendre le contrôle sur la situation vécue :

- *Une approche autodirigée* : elle permet à la personne d'avoir recours aux valeurs religieuses, aux ressources en lien avec la religion, ceci activement. Cette approche procure une plus haute estime de soi et un plus grand sentiment de contrôle. On peut

l'a commenté ainsi : "Dieu m'a mis sur cette terre et m'a donné les compétences et les forces pour résoudre mes problèmes moi-même." Le style Autodirigé ressemble à la description d'une religion humaniste de Fromm (1960) qui met l'accent sur le pouvoir de la personne plutôt que sur le pouvoir de Dieu, et sur le but de l'autoréalisation. Il est également évident dans les vues déistes de Dieu, et dans une certaine mesure dans la théologie du processus contemporain, qui considère le rôle de Dieu dans les affaires humaines comme passif.

- *Une approche passive* : cette approche consiste pour l'individu à se mettre de côté, en laissant à Dieu toute la responsabilité et le pouvoir de résoudre les problèmes auxquels il fait face. Elle procure une estime de soi et un sentiment de contrôle plus faible, car Dieu est souverain et on ne peut rien y faire. Ce style est similaire au concept de religion autoritaire de Fromm qui met l'accent sur l'omnipotence de la divinité et l'insignifiance relative de la personne, et sur le but de se soumettre aux pouvoirs de Dieu (Fromm, 1960). Roberts (1984) a également discuté d'une théologie "Autre-Mondaine" qui met l'accent sur une approche personnelle passive des problèmes de ce monde, des problèmes qui seront résolus finalement par Dieu.
- *Une approche collaborative* : elle permet de voir Dieu comme un collaborateur, un partenaire avec qui travailler pour trouver une solution à la situation vécue. Cette approche est liée à une estime de soi et un sentiment de contrôle plus grand, car l'individu prend activement part à la recherche de solution. Les perspectives religieuses cohérentes avec une approche collaborative de la résolution de problèmes se trouvent dans les traditions juive et chrétienne. Abelson (1969) affirme que dans la tradition rabbinique, les gens sont vus comme des "co-participants" avec Dieu. Dieu incite la personne à faire ce qui est juste par la voix intérieure du Saint-Esprit. Ainsi, un rôle clairement actif est défini pour l'individu et Dieu. Hart (1984) cite plusieurs versets du Nouveau Testament qui reflètent également une orientation Collaborative. Par exemple, il cite Paul : "Je peux tout faire par celui qui me fortifie."

En 2011, Ellison et Burdette ont mené une étude chez une population américaine et ont trouvé que la façon avec laquelle ils vivent leur religion et la pratiquent chaque jour a un impact sur leur sentiment de contrôle. Ces mêmes auteurs ont également remarqué que les personnes qui croient en l'existence d'une vie après la mort ont un plus grand sentiment de contrôle. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que ces personnes bien que n'ayant pas la capacité de contrôler toutes les situations qui se produisent, arrivent à percevoir le monde comme étant contrôlé par

une force divine. Elles pensent qu'il y a une raison à tout ce qui se produit dans leur vie, ce qui est une grande source de sécurité pour elles.

Directivité / Style de coping	Dieu	Homme
Autodirigé		×
Collaboratif	×	×
Passif	×	

Tableau 1 : Résumé des styles de coping religieux selon Pargament

2.3.5. Pratiques du CR/S

Les pratiques religieuses aidant les personnes qui font face au stress à s'adapter à la situation en s'appuyant sur la religion. Il s'agit de la méditation, de la prière, de l'étayage et de la relation avec le transcendant (Pargament, 1997).

❖ *La méditation des Saintes Ecritures*

Elle est une pratique spirituelle qui vise à approfondir la relation avec le transcendant et à cultiver une conscience de sa présence. Elle repose souvent sur des textes bibliques, tels que les Ecritures Saintes, les Psaumes ou les enseignements des saints. La méditation implique généralement de se retirer dans un lieu calme, de se concentrer sur un passage biblique ou une phrase courte, et de réfléchir en profondeur sur son sens et son application dans la vie quotidienne. Cela peut inclure la contemplation silencieuse de la présence de Dieu ou la pratique de l'écoute intérieure pour recevoir des inspirations divines. L'objectif de la méditation est de favoriser l'union avec l'Être Suprême, de cultiver la présence de l'Esprit-Saint et d'approfondir la compréhension des enseignements et des valeurs religieuses. Elle peut aider à nourrir la foi, à trouver la paix intérieure, à recevoir des révélations spirituelles et à vivre une vie plus alignée sur les enseignements de Jésus-Christ.

Pargament et Exline (2013, p.212) définissent la méditation des Saintes Ecritures comme « une forme de méditation qui implique de lire, d'étudier, de réfléchir et de prier sur les textes sacrés, dans le but de nourrir sa vie spirituelle, d'approfondir sa relation avec le divin et de trouver un sens et une orientation pour sa vie ». Les principaux aspects psychologiques de la méditation de Saintes Ecritures sont :

- La dimension contemplative et réflexive, qui permet à l'individu de s'immerger dans les enseignements religieux et d'en faire l'expérience de manière profonde ;

- La recherche d'un lien spirituel et d'une connexion avec le divin, le sacré ou les traditions religieuses,
- Le rôle de la méditation des Ecritures dans le développement personnel, la recherche de sens et l'orientation de la vie ;
- Les bénéfices potentiels en termes de régulation émotionnelle, de gestion du stress et de bonne santé psychologique.

❖ *La prière*

Elle est une pratique spirituelle et religieuse qui implique la communication ou la connexion avec une puissance divine, une force supérieure ou une entité spirituelle. Elle peut prendre différentes formes selon les croyances et les traditions religieuses, mais elle implique généralement l'expression de gratitude, de louange, de demande, de repentance ou de méditation. La prière peut être individuelle, se déroulant dans le cadre privé de la pensée ou du recueillement personnel, ou elle peut être collective, se produisant dans le contexte d'une communauté de croyants réunis pour des rituels ou des cérémonies religieuses. La prière peut servir de moyen de connexion spirituelle, de recherche de guidance, de réconfort émotionnel, de renforcement de la foi, de demande d'aide, de guérison ou de transformation personnelle. Elle peut également être considérée comme un moyen d'entrer en relation avec une réalité spirituelle plus vaste et de s'ouvrir à une dimension transcendante de l'existence.

Selon la psychologie clinique, la prière peut être définie comme une pratique spirituelle et religieuse qui consiste en une communication intentionnelle et émotionnelle avec une entité transcendante, généralement appelée "Dieu, le divin ou le sacré". En 2003, le psychologue Hood (p. 125) définit la prière comme « *une forme de communication interpersonnelle entre l'individu et une entité transcendante, dans laquelle l'individu exprime ses pensées, ses sentiments et ses demandes, tout en étant à la recherche d'une relation significative avec le sacré* ». Dans cette définition, Hood met en évidence la dimension communicative et interpersonnelle de la prière, qui permet à l'individu d'exprimer ses états intérieurs ; la recherche d'un lien significatif avec une entité transcendante, qui peut être perçue comme une source de réconfort, de guidance ou de soutien ; le rôle de la prière dans la régulation des émotions et la gestion des difficultés de la vie.

❖ *Le soutien communautaire*

Le soutien communautaire religieux se réfère à la dimension sociale de la religion et de la spiritualité, où les individus trouvent du soutien, de l'aide et du réconfort au sein de leur communauté religieuse ou spirituelle. Celui-ci peut prendre différentes formes. Il peut s'agir de la présence de la communauté de croyants qui partagent des valeurs et des croyances

similaires, et qui offrent un réseau de soutien émotionnel, pratique et spirituel. Cela peut inclure des interactions sociales régulières, telles que des rencontres de groupe, des prières en commun, des célébrations religieuses, des rituels et des pratiques de guérison. Le soutien communautaire peut également englober des ressources matérielles, telles que des services d'aide, des programmes d'assistance sociale et des institutions caritatives mises en place par des groupes religieux ou spirituels. Ces ressources sont souvent destinées aux besoins des membres de la communauté et à les soutenir dans des moments de difficultés ou de crise. Pour Pargament, le soutien communautaire joue un rôle important dans le traumatisme car il peut fournir un sentiment d'appartenance, de solidarité et de connexion sociale, ainsi qu'un cadre de sens et de valeurs partagées.

Busso, Rappaport et Prilleltensky (2002) décrivent le soutien communautaire comme « *un réseau de relations et de ressources qui fournit un sentiment d'appartenance, d'acceptation et d'assistance aux membres d'une communauté, contribuant ainsi à leur santé mentale et à leur capacité de surmonter les adversités* ». Les différents aspects du soutien communautaire selon la psychologie clinique sont :

- Les relations sociales et le sentiment d'appartenance au sein de la communauté ;
- L'accès à des ressources et à un soutien pratique (aide, information, service, etc.) ;
- La valorisation et la reconnaissance de l'individu par la communauté ;
- L'implication et la participation active des membres de la communauté ;
- L'entraide, la solidarité et la cohésion sociale au sein du groupe.

❖ *Le culte*

Il est un ensemble d'activités et de pratiques rituelles et religieuses qui sont effectuées dans le cadre d'une communauté de croyants. Il englobe des comportements tels que la prière, la méditation, la participation à des cérémonies et des rituels, ainsi que l'engagement dans des traditions et des enseignements spécifiques. Pargament souligne que le culte peut être une source de réconfort, de sens et de connexion pour les individus, car il leur permet de se relier à quelque chose de plus grand qu'eux-mêmes, que ce soit une puissance divine, une force spirituelle ou une communauté de croyants partageant des valeurs et des croyances similaires. De façon générale, le culte favorise la spiritualité, l'expression de la foi et la recherche de la transcendance.

2.4. PSYCHOLOGIE ET SPIRITUALITÉ

2.4.1. La psychologie et la spiritualité/religion

Pendant plusieurs années, la psychiatrie a vu la religion comme nuisible pour la santé mentale. Au XIX^{ème}, les neurologues Pierre Charcot et Sigmund Freud étaient réfractaires à la religion car ils l'associaient à des troubles névrotiques (Hyman et Handal, 2006 ; Koenig, 2012). Freud alla jusqu'à affirmer que la religion est une pathologie, un danger pour la santé mentale du sujet et que celle-ci devrait être séparée de la psychiatrie. Cette vision négative entre religion et santé mentale a perduré jusqu'au XX^{ème} siècle. Ainsi, l'on a omis de prendre en compte les croyances de l'individu lors de l'administration des soins en santé mentale durant la grande partie du XX^{ème} siècle (Dein, 2005) ; nombreux ont ignoré les ressources religieuses de leurs patients ou les ont considérés comme pathologique et néfaste pour lui (Koenig, 2012). Cependant, certains psychiatres tels que Carl Jung et Erickson ne partageaient pas cette vision ; ils considéraient la religion comme une source de sens (Casey, 2013 ; Pargament, 2002). Malgré ces divergences, les recherches scientifiques sur le sujet ont grandi en proportion vers la fin des années 1990 ; l'intérêt des psychologues et psychiatres va croissant en ce qui concerne "le rôle de la religion et de la spiritualité dans la santé mentale" (Casey, 2013 ; Ellison et Fan, 2008).

De nos jours, après plusieurs siècles de débats et de recherches scientifiques, il a été prouvé et accepté dans la littérature que la religion/spiritualité (R/S) n'a pas un impact négatif et pathologique sur la santé mentale, au contraire elle serait plutôt un facteur de ressource pour le bien-être de personne (Koenig, 2009).

2.4.2. La religion/ spiritualité et la santé mentale

L'intérêt de la recherche scientifique pour la R/S et leur impact sur la psychologie s'est accru. En 1972, Comstock a publié un article dans lequel était présenté l'épidémiologie du lien entre la mortalité et la fréquentation des églises dans la population générale (Casey, 2013). Néanmoins, à cause de la diversité des définitions des concepts, les recherches portant sur l'apport de la R/S sur la santé mentale sont souvent difficiles à interpréter. En 2002, Traphagan précise que le fait d'utiliser la religion comme un instrument n'a pas beaucoup de valeur, parce que ce domaine présente trop d'expériences religieuses différentes. Pour lui, l'on devrait se servir des échelles dans des contextes particuliers, c'est-à-dire dans le cadre historique et culturel où elles ont été créées sans utiliser les mêmes « critères » pour toutes les recherches. Avec Vacon (2008), il continue en disant que la religion se définit suivant un contexte culturel

Judéo-chrétien. 6700 articles sur le sujet ont été publiés entre 2000 et 2008, et ils présentaient pour la majorité l'impact positif que la R/S a sur la santé mentale (Casey, 2013). Bien que le lien positif entre R/S soit clair, l'on ne comprend toujours pas comment et pourquoi ce lien existe (George, Ellison et Larson, 2002). En 2012, Koenig avait collecté les études faites sur la R/S jusqu'en 2010 afin de faire une méta-analyse dans le but de trouver une relation entre R/S et santé mentale et physique. En comparant ces études, il a omis le fait que chacune de ces études a sa propre définition de religion et qu'elles ont été menées sur des populations différentes, ce qui rend difficile l'interprétation des résultats et le leur caractère généralisant.

2.4.3. La religiosité et psychologie

Une modalité qui peut donner de mieux voir le lien entre la religion et une bonne santé mentale est la religiosité, qui est le fait pour une personne de s'adonner à des comportements religieux comme : la prière, la participation à des services religieux, les cultes, les rituels, etc. (Mitha et Adatia, 2016). Majoritairement, la littérature montre que la religiosité promeut une bonne capacité d'adaptation face au stress et inhibe la dépression, le suicide, les abus de substances (Kendler et *al.*, 1997 ; Koenig, 2009, 2012 ; Koenig et *al.*, 2001 ; Smith et *al.*, 2003). Ces comportements religieux feraient office de moyen de protection, de contrôle lorsque l'individu serait confronté à des situations potentiellement incontrôlables (Cook, 2017). En 2015, Mosqueiro et *al.* ont mesuré l'impact de la religiosité sur les caractéristiques de résilience chez des patients dépressifs et ont observé que la religiosité est associée à la résilience, à une meilleure qualité de vie et à une baisse de la fréquence de suicide chez ces patients. Pour eux, la transcendance est un aspect de la religiosité et elle est aussi liée aux émotions positives et au bien-être Mosqueiro et *al.*, 2015 ; Rutten et *al.*, 2013).

Chez des personnes souffrant de maladies mentales comme les troubles bipolaires, la religiosité a été présentée comme particulièrement efficace (Russinova et *al.*, 2002), avec plusieurs marqueurs de bien-être (Koenig et *al.*, 2012) ; bien qu'on ne sache pas avec certitude de quelle façon elle agit pour procurer la bonne santé psychologique (Mosqueiro et *al.*, 2015). Le fait également d'assister régulièrement à des services religieux contribue à la baisse de la mortalité (Powell et *al.*, 2003). Cette participation aux services religieux est une source de lien et d'étayage ; il a été démontré que l'étayage renforce le contrôle perçu chez l'individu. Mais en 2011, Ellison et Burdette ont prouvé que le contrôle direct est rendu à la baisse chez des personnes qui prient et prennent part à des services religieux en espérant un changement. Cependant, bien que le contrôle direct soit bas, le contrôle indirect quant à lui est rendu à la

hausse chez ces mêmes individus (Revercez, 2022). La R/S favoriserait des conséquences dans la plupart du temps positives sur les comportements de santé (Fredrickson, 2002).

La motivation religieuse intrinsèque est une exception à ce qui vient d'être développé, dans la mesure où la personne ici utilise la religion pour des bénéfices ou des raisons secondaires, des valeurs externes à celles de la religion comme le statut social, le réseau qu'elle apporte, l'envie de satisfaire d'autres personnes, l'obligation, etc. Cette façon d'aborder la religion correspond souvent à un mauvais indice de santé mentale (Pargament, 2002). Ainsi, Pargament a déduit que l'impact positif de la religion sur le bien-être est fonction des motivations de l'individu et de la façon dont celui-ci appréhende sa religion. C'est ce que Koenig (2008) a qualifié comme des personnes appartenant à un groupe religieux mais non spirituel. À côté, il se trouve la motivation religieuse intrinsèque qui se résume comme l'investissement personnel que l'individu met sur pied dans sa recherche d'un bien-être spirituel au travers de la religion, et qui favorise très souvent une bonne santé mentale (Smith et al., 2003).

Pour évaluer les aspects multidimensionnels de l'orientation religieuse de l'individu dans ses travaux, Pargament (1997) utilise plusieurs mesures dont : l'importance de la religion pour l'individu, ou saillance religieuse, a été évaluée à l'aide d'un élément de type Likert en cinq points allant de « pas du tout » à « très religieux ». La fréquence de la participation aux services religieux a été mesurée à l'aide d'un élément de type Likert, avec six réponses différentes allant de « jamais » à « deux fois ou plus par semaine ». La fréquence de la prière en dehors de l'église a été étudiée à l'aide d'un item de type Likert avec sept alternatives allant de « jamais » à « une ou plusieurs fois par jour ». La mesure dans laquelle la religion représente une force motrice centrale dans la vie de l'individu a été mesurée à l'aide de l'échelle de motivation religieuse intrinsèque de Hoge (1972). L'échelle d'orientation religieuse extrinsèque de Feagin a été utilisée pour mesurer la mesure dans laquelle l'individu est impliqué dans la religion pour des raisons externes (par exemple, le gain social, l'approbation sociale). Pour évaluer le degré d'approche de l'individu à l'égard de la religion du point de vue de la recherche de sens, l'échelle Quest a été utilisée (Batson et Ventis, 1984). L'échelle de contrôle de Dieu en huit éléments de Kopplin (1976) a été utilisée pour mesurer le sentiment de contrôle de l'individu par Dieu. Enfin, l'adhésion à la doctrine religieuse orthodoxe a été évaluée à l'aide d'une version révisée de l'échelle de l'orthodoxie de Batson (Batson et Ventis, 1984). Ces échelles et ces items ont été largement utilisés dans des études antérieures et ont démontré leur fiabilité et leur validité en tant que mesures de la religiosité personnelle.

Smith et Tyler cité par Pargament (1997) ont conceptualisé la compétence individuelle en termes de trois dimensions :

- *Attitude envers soi-même* : La mesure dans laquelle les sujets se perçoivent positivement a été évaluée à l'aide de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg (1972). La mesure dans laquelle les sujets s'attribuent le contrôle sur les événements de leur vie et sur le hasard a été étudiée à l'aide des échelles de contrôle personnel et de contrôle du hasard de Levenson (1971).
- *L'attitude à l'égard du monde* : La mesure dans laquelle l'individu a une opinion positive des autres a été mesurée à l'aide d'une échelle d'intolérance aux différences composée de huit éléments des échelles d'intolérance à l'ambiguïté de Martin et Westie (1959) et de Budner (1962) et de deux éléments élaborés par les chercheurs. Un exemple d'élément de l'échelle est « J'ai du mal à accepter les gens qui sont différents de moi ».
- *Résolution de problèmes* : L'échelle Behavioral Attributes of Psychosocial Competence (BAPC) de Tyler (1978) a été utilisée pour évaluer la capacité de l'individu à résoudre des problèmes de manière active et planifiée. Des données probantes à l'appui de la fiabilité et de la validité de chacune de ces échelles ont été présentées dans des recherches antérieures.

2.5. RAPPORT ENTRE TRAUMATISME PSYCHIQUE ET RELIGION

La majeure partie des travaux analysés par Koenig (2012) présentent l'apport de la R/S sur le processus pour faire face à l'adversité sous diverses formes, externes (désastres naturels, actes de terrorisme, conflits armés, etc.) comme internes (prédispositions génétiques à une pathologie). Ceci pourrait être dû au fait que la religion apporte un sentiment de contrôle à l'individu qui fait face à l'adversité (Revercez, 2022). Durant des périodes difficiles, les individus font recours à la religion pour surmonter la crise. Exemple : durant la période la pandémie de Covid-19, entre février et mars 2020, 50% des recherches sur Google contenaient le mot « prier » (et ses dérivés) ; ceci dans 95 pays (Bentzen, 2020). Lors des situations difficiles et de crises, la religiosité chez les personnes croyantes a tendance à s'accroître ; car elle est alors utilisée comme stratégie d'adaptation. Une étude de Sysma et *al.* (2018) a montré que durant les événements du 11 septembre 2001, nombreux sont les américains qui ont utilisé la religion et ses composantes comme stratégie d'adaptation au stress vécu à ce moment-là car la foi peut aider à donner un sens aux adversités (Revercez, 2022).

Pargament (1997) propose que les situations stressantes sont évaluées sous le prisme de la religion. Ainsi, la religion permettrait d'accéder à plus de ressources cognitives, émotionnelles et comportementales qui aideraient à faire face aux situations difficiles. La religion permettrait également de donner une signification aux événements vécus à travers divers croyances associées, ce qui donnerait plus de possibilités aux individus de s'adapter aux événements (Bergevin, 2019). Le niveau d'engagement à la spiritualité (pratiques et croyances) aurait plus d'impact face à l'anxiété que les croyances spirituelles en elles-mêmes. L'engagement religieux fournit à l'individu un support d'étayage plus grand avec beaucoup plus de connexion avec les autres. Il mène des personnes vers un mode de vie sain, et les aide dans la quête d'un sens et d'un but pour leurs vies, particulièrement durant les périodes de souffrance. Une méta-analyse de Ano et Vasconcelles (2005), montre que le coping religieux permettrait une plus grande adaptation psychologique face au stress perçu, ceci dans la vie quotidienne et lors des périodes de crise.

La religion peut être vue comme une puissante source d'espoir et d'affirmation pour l'individu en période de traumatisme psychique (Milstein, 2019), en fonction du vécu de la foi par celui-ci. La vision d'un Dieu qui dirige et qui punit peut avoir un impact sur la santé mentale et sur le sentiment de contrôle de la personne concernée (Pargament, 2002).

2.6. QUELQUES MODÈLES THÉORIQUES DE LA SPIRITUALITÉ/RELIGION

2.6.1. Conception africaine de la religion

John Mbiti dans son livre « *African Religions and Philosophy* » (1969) affirme que dans de nombreuses sociétés africaines traditionnelles, la religion occupe une place centrale dans la vie quotidienne et dans les rituels communautaires. Les croyances religieuses africaines sont souvent basées sur le concept de l'existence d'un monde spirituel peuplé de divinités, d'ancêtres et d'autres êtres surnaturels. Les systèmes de croyances africaines mettent l'accent sur l'interaction entre le monde des esprits et le monde matériel, et sur l'importance de maintenir l'équilibre et l'harmonie avec la nature et la communauté. Dans de nombreuses traditions africaines, il existe un fort lien avec les ancêtres et une vénération des esprits. Les ancêtres sont considérés comme des intermédiaires entre les êtres humains et les divinités, et on leur rend hommage par des rituels, des offrandes et des prières. Ces pratiques visent à obtenir la protection, la guérison, la fertilité, la prospérité et d'autres bénédictions de la part des ancêtres et des esprits.

Il est également important de souligner que l'influence des religions importées, telles que l'islam et le christianisme, est également significative sur le continent africain. L'islam a

été présent en Afrique depuis plusieurs siècles, principalement à travers les échanges commerciaux et les migrations, et il est devenu une religion importante dans de nombreuses régions d'Afrique du Nord, de l'Ouest et de l'Est. Le christianisme a également été introduit en Afrique par le biais de la colonisation européenne et s'est répandu dans de nombreuses parties du continent. Dans de nombreux cas, les croyances et les pratiques religieuses africaines traditionnelles coexistent avec l'islam et le christianisme, donnant lieu à des formes de syncrétisme religieux où des éléments des différentes religions sont caractéristiques de la diversité religieuse en Afrique.

2.6.2. La religion du point de vue de la psychanalyse

❖ L'approche freudienne de la religion

Sigmund Freud (1856-1939), le fondateur de la psychanalyse, avait une perspective plutôt critique de la religion. Dans ses écrits, il a proposé différentes théories sur la religion et a exprimé des opinions qui ont suscité des débats et des controverses. Pour Freud, la religion était une tentative de l'humanité de faire face à des aspects inquiétants de la vie, tels que la mort, l'incertitude et la détresse émotionnelle. Il considérait la religion comme une illusion collective et une forme d'illusion consolatrice. Pour lui les croyances religieuses étaient basées sur des désirs infantiles refoulés et des projections de figures parentales idéalisées. Il pensait également que la religion était une manifestation de la pensée magique, où les individus attribuent un pouvoir surnaturel à des forces invisibles pour se sentir protégés et rassurés.

Dans *Totem et Tabou* (1913), Freud postule que les sociétés primitives étaient basées sur un système de totémisme, où des animaux ou des objets naturels étaient vénérés comme des ancêtres communs. Selon Freud, le totem représentait le père primitif, une figure d'autorité omnipotente et interdite, et les membres du groupe se sentaient liés par des tabous et des interdictions envers ce totem. Freud propose que l'origine de la religion remonte à un événement primordial, qu'il appelle le « parricide primordial ». Selon sa théorie, les fils se sont rebellés contre le père primitif, l'ont tué et ont ensuite ressenti une culpabilité intense envers cet acte. Pour apaiser cette culpabilité et maintenir l'ordre social, les fils auraient établi des règles et des rituels religieux, créant ainsi les premières formes de religion.

Freud interprète également le sacrifice rituel comme un moyen symbolique de revivre et de répéter ce parricide primordial. Il voit dans le rituel religieux une tentative de rétablir une relation harmonieuse avec le père primitif, en offrant des sacrifices pour apaiser sa colère et obtenir sa protection. Freud a développé l'idée de l'illusion religieuse dans son ouvrage *L'avenir d'une illusion* (1927), dans lequel il soutenait que la religion était une tentative de

satisfaire les besoins émotionnels profonds de l'individu, mais qu'elle était fondamentalement basée sur des illusions et des fantasmes. Il considérait la religion comme une tentative de créer un père divin idéalisé pour compenser la perte de la figure paternelle réelle.

❖ L'approche jungienne

Jung (1875-1961) avait comme ses prédécesseurs une grande ouverture d'esprit. Il avait vécu avec un père protestant et une mère qui s'intéressait au spiritualisme et à l'ésotérisme. Il a grandement été impacté par ces différentes approches qu'il observait chez ses parents. Grâce à ses nombreux voyages, il a découvert d'autres doctrines tels que : le bouddhisme, l'hindouisme et le taoïsme ; celles-ci l'ont guidé dans la mise sur pied de ses différentes théories. Il a travaillé et a eu des rapports amicaux avec Freud jusqu'au jour où ils ont eu une divergence d'opinion concernant la spiritualité. Pour Jung, la religion peut être une réelle source de profit pour l'individu qui la vit.

Dans son livre « *Psychologie et Religion* » cité par Branchi (2014, p.38), Jung tient ces propos : « *La religion me semble être une attitude particulière de l'esprit humain, que l'on pourrait désigner, conformément à l'acceptation primitive du mot religio, en disant : c'est une attitude d'observation attentive et de considération minutieuse de certains facteurs dynamiques, jugés par l'homme comme étant des "puissances" : esprits, démons, dieux, lois, idées ou idéaux ou tels autres noms que l'homme a pu donner aux facteurs dont il fait l'expérience dans son univers [...] il est exact que chaque confession se base, d'une part, à son origine sur une expérience directe du numinosum puis, d'autre part, sur la pistis, c'est-à-dire, sur la fidélité (loyauté), sur la foi et la confiance à l'égard d'une expérience précise des faits "numineux" et la modification de conscience qui en a résulté... On pourrait donc dire que l'expression "religion" désigne l'attitude particulière d'une conscience qui a été modifiée par l'expérience du numinosum* ». D'après cette théorie Jungienne, la religion est une disposition de l'esprit en relation avec la dimension du numineux (sacré).

Selon Jung, la quête du sacré modifie la conscience humaine ; la religion est constituée de la connexion au sacré et la relation à la conscience humaine. Il affirme que l'expérience avec le sacré est vue par l'être humain comme la valeur suprême qui peut être volontaire ou involontaire ; positive ou négative. Jung pense qu'un "valeur" peut éblouir ou même posséder l'être humain de façon inconsciente. C'est-à-dire par un élément psychologique ayant en lui une énergie considérable, ou encore l'accepter consciemment. Pour lui, la religion serait vue comme un cordon qui relie depuis la nuit des temps les êtres humains de différentes générations entre eux, qu'ils en soient conscients ou non.

En se basant sur l'étude du contenu des rêves, Jung (1958) a mis sur pied la théorie des « archétypes » qui stipule que « [...] *des formes ou images de nature collective, qui se manifestent pratiquement dans le monde entier comme éléments constitutifs des mythes et en même temps comme produits autochtones, individuels, d'origine inconscience* ». Avec le vécu, les archétypes réunis aux mythes sont mis en éveil et produisent la formation d'images dans la conscience individuelle (Branchi, 2014, p.39). L'énergie connectée à ces archétypes leur confère un caractère numineux qui peut être perçu dans les expériences et les symboles religieux. Jung affirme que « *Dieu est une image psychique archétype et donc inconsciente, qui exerce une action puissante sur l'âme ; et que les symboles religieux et pratiques ont été le premier chemin que les humains ont appris et lié à nos archétypes* » (Branchi, 2014, p.39). Le divin est assimilé au langage du mythe, il est chargé de libido et d'énergie en lien avec son symbole spirituel. Ainsi, la fondation de la religion a trait au rapport développé avec les archétypes.

L'objectif de Jung n'est pas de démontrer l'existence de Dieu, mais plutôt de présenter sa recherche d'un point de vue scientifique. Il désire que dans la pratique thérapeutique, une aide adéquate soit donnée aux patients en prenant en compte le versant psycho-spirituel. Il explique que : « *le psychologue, s'il assume une attitude scientifique, ne doit pas prendre en considération la prétention de chacune des croyances à être la seule et éternelle vérité. Il doit porter son attention sur le côté humain du problème religieux, car il s'occupe de l'expérience religieuse primordiale, indépendamment de ce que les confessions en ont fait* » (Branchi, 2014, p.40). Selon lui, il est nécessaire de considérer l'expérience du numineux et la conséquence qu'elle peut avoir sur le psychisme du patient ainsi que sur ses rapports aux autres et au monde. C'est la nature même de la religion qui importe, ainsi que la façon dont elle est intériorisée.

Jung estimait que la religion possède un potentiel énorme en ce qui concerne la production des symboles et que ceux-ci pourraient être utilisés lors des prises en charge thérapeutiques pour favoriser un développement personnel. D'après lui, « *les forces psychologiques apparaissant dans les symboles religieux, et il est donc impossible de séparer complètement les questions religieuses et psychologiques* ». Dans sa théorie, Jung met en évidence la nécessité de mettre ensemble les volets religieux et psychologique, et d'en faire une analyse commune ; car selon lui, ces deux aspects sont intrinsèques à l'homme. Quand il parlait de Psychologie, il la pensait ainsi : « *psychologie des profondeurs, comme une redécouverte et une reformulation de la spiritualité occidentale* » et il n'a pas voulu comparer son orientation à la psychologie à une philosophie de vie ou à la religion (Branchi, 2014, p.40).

PARTIE 2 : CADRE MÉTHODOLOGIQUE

CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

*[...] la connaissance commence par la tension entre savoir et non-savoir :
pas de problème sans savoir – pas de problème sans non-savoir.*

(Popper, 1979, p. 76 ; voir Dumez, 2010, p. 9)

Il est question dans ce chapitre de présenter de façon détaillée le protocole de recherche mis sur pied pour mener à bien cette étude. Dans un premier temps, nous allons rappeler la problématique de notre étude en terme de question, hypothèse et objectif de recherche ; ensuite nous présenterons le cadre de l'étude ainsi que le type et la méthode de recherche adoptée ; et enfin, nous allons expliquer le procédé de collecte et d'analyse des données utilisé.

3.1. RAPPEL DE LA PROBLÉMATIQUE

3.1.1. Rappel du problème

En nous appuyant sur les travaux de K. Pargament qui a consacré une grande partie de sa carrière à l'étude du coping religieux et de la spiritualité en relation avec la santé mentale, il a examiné comment la religion peut être utilisée comme ressource pour faire face à des situations stressantes, y compris au TSPT. Sistica (2009) affirme que Pargament soutient que la religion peut fournir un étayage social, des significations et des croyances qui peuvent aider les individus à surmonter le traumatisme. De même, certains auteurs tels que : Cohler, Stott et Musick, 1995 ; Corin et Lauzon, 1992 ; Ehrensaft, 2002 ; Ehrensaft et Tousignant (2006) ont montré la nécessité de prendre en compte l'importance de la culture dans la manière de concevoir l'adaptation au stress ; parce que pour faire face à cela certains individus se tournent vers la religion pour rechercher un sens, un but à la situation vécue (Emmons, 2005 ; Snyder, Sigmon et Feldman, 2002) ainsi que des systèmes de valeurs (Emmons, 2005 ; Roccas, 2005).

Dans le contexte camerounais la culture est majoritairement religieuse. Après un évènement potentiellement traumatique où les victimes n'ont pas toujours la possibilité de recevoir des soins psychologiques, la prise en compte des stratégies d'adaptation axées sur leur culture (religion) s'avère nécessaire. Ceci nous a amené à nous interroger sur l'apport de la religion chrétienne dans le processus pour faire face au traumatisme psychique.

3.1.2. Rappel de la question de recherche

Cette étude pose le problème de l'apport du coping religieux dans processus pour une victime de TSPT de faire face efficacement aux symptômes d'intrusion. Pour mieux cerner ce problème, nous nous sommes posés la question de recherche : « *Quel est l'apport de la religion/spiritualité dans le processus d'ajustement psychique face au stress post-traumatique présent chez les victimes de conflits armées au Cameroun ?* »

3.1.3. Rappel de l'objectif général

La question de recherche et l'hypothèse laissent voir que l'objectif général de cette étude est d'appréhender l'apport de la religion dans le processus d'ajustement psychologique

des populations victimes de guerre faisant face au traumatisme psychique. Cela passera par le fait : d'examiner les mécanismes par lesquels la religion peut contribuer à la gestion du stress post-traumatique chez ces populations ; de comprendre comment les croyances religieuses, les pratiques spirituelles et la participation communautaire religieuse peuvent contribuer à la récupération et à la reconstruction de la vie après des traumatismes liés à la guerre. Cette évaluation se fera spécifiquement au travers de l'examen du discours des participants ; il s'agira dans un premier temps d'identifier les rôles de la religion dans le processus pour faire face au traumatisme, et dans un deuxième temps de saisir la mise en œuvre de ces mécanismes

3.2. HYPOTHÈSE GÉNÉRALE

Selon Pargament (1997), les individus utiliseraient leurs croyances religieuses pour faire face aux défis et aux traumatismes de la vie ; contrairement à ce qu'affirme Freud. C'est pourquoi dans cette étude portant sur la relation entre le coping religieux et le processus pour faire face aux symptômes présents après un évènement d'extrême adversité, potentiellement traumatique ; l'hypothèse suivante a été formulée : « *Le coping religieux/ spirituel joue un rôle important dans l'ajustement psychique chez des individus victime de guerre, pour les aider à faire face efficacement au traumatisme psychique* ».

Hypothèse	Variables	Modalités	Indicateurs	Indices
	VI : Coping religieux	Autodirigé	S'inspirer des enseignements religieux	S'inspire des enseignements religieux pour résoudre ses problèmes
			Sentiment de contrôle sur ma vie	
			Possession du sens de la paix et du confort	
			Dieu m'a tout donné	Elle a à sa disposition tout ce dont il a besoin pour résoudre ses problèmes (Parole de Dieu, enseignements, Clergé, communauté)
		Passif	Prier et lire la Bible pour éviter de penser à mes problèmes	Face à un problème, la personne lit la Bible, prie et laisse Dieu agir
			Dieu résout mes problèmes à ma place	Dieu est là pour me faciliter la vie et résoudre mes problèmes
			C'est la volonté de Dieu	Tout ce qui m'arrive vient de Dieu, donc c'est normal que je le laisse résoudre mes problèmes
		Collaboratif	S'appuyer sur l'amour de Dieu	Grâce à l'amour de Dieu, je développe la foi nécessaire pour surmonter mon problème

			Dieu m'aide dans la résolution des problèmes	Avec l'aide de Dieu, je m'inspire d'une figure religieuse pour m'en sortir
			Dieu me montres comment gérer les problèmes	Dans la prière, Dieu me dit comment résoudre mes problèmes
	VD : Traumatisme psychique	Confrontation avec le réel de la mort	Soi	En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques
			L'autre	En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes
				En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche.
				Etre exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques
		Trauma	effroi	représentations
				affects
			Soudaineté	Perception
			Sentiment de surprise	
Stress post-traumatique	Intrusions	Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants		

				Rêves répétitifs de l'évènement traumatique
				Réactions dissociatives (flashbacks [scènes rétrospectives])
			Modifications cognitive et de l'humeur	Incapacité de se rappeler un aspect important de l'évènement traumatique
				Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde
				Distorsions cognitives persistantes, le sujet se blâme ou blâme d'autres personnes.
				État émotionnel négatif persistant (crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).
				Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.

				Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
				Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).
			Évitement	Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques
				Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) associés à un ou plusieurs événements traumatiques

Tableau 2 : Tableau synoptique des différentes variables et modalité

3.3. TYPE DE RECHERCHE

Pour Pinard (2004), le choix d'une approche de recherche se fonde sur plusieurs éléments. Mis à part ceux relatifs à la problématique, la nature de la question ou des objectifs de recherche, d'autres éléments contribuent de façon plus ou moins implicite à ce choix, tel que le contexte de la recherche et les intérêts de l'intervenant-chercheur associé à ce contexte. En effet, le contexte de la recherche dans lequel s'insère un chercheur influence ses choix, tant sur le plan d'action à employer que sur la recherche elle-même. Ainsi, nous avons deux types de recherche classique : la recherche qualitative et la recherche quantitative.

3.3.1. Recherche qualitative

Dès le XIXe siècle, dans le domaine de la recherche en psychologie, Wundt, James et Dilthey ont tous les trois contribué au développement d'une démarche qualitative pour étudier la conscience humaine. Il faudra attendre plus d'un demi-siècle (1960) pour que la recherche qualitative refasse surface en science humaine et sociale et quasi un siècle en psychologie. En effet, la psychologie, dominée durant toute cette période d'abord par le comportementalisme, puis par le cognitivisme, majoritairement orienté vers les méthodes quantitatives, a commencé à faire l'objet d'importantes critiques de la part des sciences humaines et sociales et de quelques psychologues. Dès les années 1930, une minorité de psychologues formés à l'approche quantitative ont fait le constat des limitations des techniques quantitatives pour étudier l'être humain et l'expérience humaine (Luria, 1973 ; Vygotski, 1927). Puis, ce constat a de nouveau été fait dans les années 1980-1990 (Bruner, 1990 ; Giorgi, 1998) ; se référant à des travaux issus des sciences humaines et sociales (Ovambe, 2016).

La recherche qualitative est cette recherche qui montre et analyse les intentions, les discours, les actions et interactions des acteurs, de leur point de vue et du point de vue du chercheur. L'approche qualitative préconise la recherche-action qui met l'accent sur l'expérience subjective de l'individu dans ses rapports avec son environnement. La compréhension de ce qui est vécu et la recherche du sens au vécu individuel sont prioritaires à tout autre objectif (Pinard, 2004). La recherche qualitative s'efforce d'analyser les acteurs ou agents comme ils agissent. Elle s'appuie sur leurs discours, leurs intentions (le pourquoi de l'action), les modalités de leurs actions et interactions (le comment de l'action). C'est ce qu'il est convenu d'appeler, dans une tradition qui remonte à Dilthey en passant par Weber, et qui se retrouve chez Popper, la démarche compréhensive. L'adjectif « compréhensif » décrit beaucoup mieux le sens de ce type de recherche et ses enjeux que l'adjectif « qualitative ». Il demande pourtant une explication. Ici, l'accent est mis sur l'expérience de la personne, telle

qu'elle l'a vécue : « *l'accent est placé sur les perceptions et les expériences des personnes, leurs croyances, leurs émotions et leurs explications des événements sont considérées comme autant de réalités significatives* » Mayer et al., (2000) cité par Ovambe, 2016. Il ne s'agit pas d'empathie, au sens où il faudrait entrer dans l'identité des acteurs étudiés, leurs émotions, leurs pensées, pour les partager. Il s'agit plus justement d'une « logique de situation » au sens de Popper, l'objectivation des éléments d'un contexte d'action et d'interaction. C'est-à-dire que l'on se place bien dans le cadre d'une démarche scientifique, objectivant et susceptible d'être critiquée justement dans la mesure où elle a objectivé. Popper parle des « *actions, interactions, buts, espoirs et pensées* » (Popper cité par Dumez, 2016).

Etant donné la nature subjective du thème étudié et le caractère explorateur du travail, la méthodologie choisie pour atteindre les objectifs de recherche est qualitative, de type descriptif. Cette méthodologie permet de mieux saisir les représentations et les significations que les individus construisent, en se centrant sur les perspectives et les expériences des participants, plutôt que sur celles du chercheurs Sistiva, 2009.

Dans le cadre de notre étude, la recherche qualitative est pertinente dans la mesure où elle accorde la priorité au point de vue des différents acteurs impliqués dans cette recherche ; c'est-à-dire qu'elle permet de rendre compte du coping religieux dans le processus des victimes de stress post-traumatique à faire face aux symptômes d'intrusions vécus. Dans cette optique, la démarche qualitative permet amplement de faire ressortir ces différentes notions pour une meilleure compréhension.

3.3.2. Méthode de recherche

Le mot « méthode » vient du grec « *methodos* » qui veut dire « route, voie, direction qui mène à un but » (Nkoum, 2015, p.59). C'est donc la voie, le chemin tracé à l'avance pour aller vers un but, pour atteindre un objectif. Ardoino et Berger (2010) cité par Ovambe (2016) définissent la méthode comme « *un ensemble ordonné de manière logique, de principes, de règles, d'étapes permettant de parvenir à un résultat* ». Le chemin choisi pour mener à bien et

atteindre les objectifs de cette étude est la méthode clinique qui selon Lagache (1949), elle est le socle de la discipline “psychologie clinique”.

3.3.2.1. Méthode clinique

D’après Reuchlin (1969), « L’expression de méthode clinique en psychologie » a été utilisée pour la première fois en 1896 par le psychologue américain Winter, qui était élève de Wundt et successeur de Keen Cattell à l’université de Pensylvanie ; ceci s’est fait à des fins pratiques de préventions des déficiences. Pour Revault d’Allonnes et *al.* (1989)

La démarche clinique est avant tout interpersonnelle. [...] Elle est centrée sur une ou des personnes en situation et en interaction, son objectif étant de comprendre la dynamique et le fonctionnement psychique propre à une personne dans sa singularité irréductible ; propre à plusieurs personnes, groupes de personnes ou catégories de personnes, selon certaines variables : l’histoire personnelle, la structure de la personnalité, les situations.

Dans la même lancée, Lagache signale que dès 1947, la dimension de recherche est devenue une dimension centrale de la démarche clinique et concoure à cet effet à la construction de la connaissance scientifique. « *La recherche clinique vise à produire des connaissances nouvelles à partir de l’étude approfondie du sujet humain considéré dans sa singularité* » (Bourguignon, 2006, p 35). Cette approche singulière vise une approche holistique afin de rompre avec l’idéal d’une approche globale du sujet, sujet considéré dans sa totalité.

A la suite de Lagache qui présente la méthode clinique comme l’étude approfondie d’un cas individuel qu’il soit normal ou pathologique, Widlöcher parle de la notion d’anomalie et son utilisation. Selon Canguilhem : « *L’anomalie est ce qui se donne à voir, ce qui tranche sur le fond uni du champ perçu. On se trouve ainsi libéré de la question insoluble des normes et de la distinction entre le normal et le pathologique. Ce qui se donne à voir est plus extensif que le pathologique* » (Canguilhem, 1966, cité par Widlöcher, 1995, p.11). La méthode clinique ne devrait pas être confondue avec la psychopathologie.

La recherche clinique a des objectifs restreints car il est illusoire de vouloir saisir la personne totale en situation, vu la complexité de l'être humain. Elle vise davantage à « découper l'objet » à étudier et à le définir avec précision en tant que représentation, comportement, dynamique intrapsychique (Moro, 2000). D'autre part, selon Lavarde (2008), la recherche clinique vise avant tout la recherche de sens (compréhension) et non la recherche de causalités ; l'objectif premier est d'établir des faits, de les décrire et de dégager des facteurs explicatifs visant leur compréhension plus que leur reproduction, ces faits cliniques étant par nature non reproductibles. Cependant, la mise en évidence de faits, de mécanismes, de régularités permet d'atteindre de façon générale l'au-delà des singularités individuelles. On peut ainsi dire que les objectifs de la recherche clinique sont entre autre de « *saisir les lois générales du fonctionnement psychologique à partir de l'individu singulier* » (Moro, 2000).

Pour Lavarde (2008), la diversité des objectifs en méthode clinique a pour conséquence l'existence d'une grande variété de recherches. Ces recherches portent sur les mécanismes qui déterminent le fonctionnement normal et/ou pathologique dans des situations individuelles ou groupales (familles, groupes de pairs, de collègues d'amis...), en fonction du contexte. Ces recherches sont menées dans différents environnements (crèches, écoles, institutions, habitats collectifs ou privés...) suivant les différents domaines concernés (santé, éducation, jeunesse, adolescence, parentalités, couple). Elle ajoute qu'au-delà de leurs différences, les objectifs de ces recherches ont des points communs : Établir des liens entre différents phénomènes, attitudes et/ou comportements ; dégager des processus généraux que l'on va pouvoir modéliser ; décrire les caractéristiques d'un phénomène ou d'une population en suivant cette population (études longitudinales) afin de montrer l'évolution de ses caractéristiques et les régularités possibles qui se manifestent ; comparer un individu à lui-même sur une longue période pour suivre l'évolution de son état.

Pour cette étude, le choix a été porté sur la méthode clinique car elle permet avant tout la considération de la singularité et de la totalité de chaque participant impliqué dans une situation. Et dans cette recherche, l'idée est de ressortir la singularité des individus présentant des symptômes d'intrusions et la particularité du coping religieux dans le processus pour y faire face. Egalement, il sera question d'appréhender le vécu traumatique dans sa globalité, et cela n'est possible qu'avec la méthode clinique qui insiste sur la diversité (Ovambe, 2016).

3.3.2.2. Etude de cas

L'étude de cas est une description fine ou une étude détaillée d'un cas. Généralement, le 'cas' renvoie à un individu, un groupe d'individu, une institution ou un peuple. Dans une

étude de cas, le chercheur recueille des données au travers des observations et/ou des entretiens. Dans celle-ci, le chercheur en plus d'utiliser des données qualitatives, peut également utiliser des données quantitatives récoltées à l'aide des tests psychologiques. « *Cette méthode vise typiquement à rendre compte de la singularité et de la complexité du cas en présentant le plus de détails possibles sur celui-ci* » Borst et Cachia (2022). Ils continuent en disant que l'étude de cas a pour but de susciter de nouvelles hypothèses qui pourront être testées à l'aide de la méthode expérimentale. Elle ne sert pas à fournir des liens de causalité entre différents événements. Mais elle donne la possibilité de proposer de nouvelles approches théoriques comme celles réalisées par S. Freud et qui a donné naissance à la thérapie psychanalytique.

L'étude de cas permet de décrire des pathologies rares mais également de réfuter ou de valider des hypothèses théoriques dans certains cas. En plus, cette méthode donne des informations sur le comportement et le fonctionnement mental comme aucune autre méthode ne pourrait le faire. De ce fait, la psychologie est une discipline qui utilise des méthodes dont l'objectif principal est de faire ressortir les lois générales des comportements et du fonctionnement mental. Mais dans une perspective clinique, il est nécessaire de compléter cet aspect de la discipline en mettant l'accent sur la particularité et la singularité de chaque individu. Et c'est exactement ce que fait l'étude de cas (Borst et Cachia, 2022).

Dans cette étude, l'étude de cas permet de rendre compte de deux notions qui sont mises en jeu, en l'occurrence le coping religieux et le symptôme d'intrusion dans le TSPT. De ce fait, elle est plus appropriée pour rendre compte de la complexité du phénomène comme le TSPT et ses symptômes.

Dans cette recherche, la méthode clinique est utilisée suivant ses deux niveaux, c'est-à-dire la clinique à main nue et la clinique à main armée. En premier niveau, des échelles (puls et échelle de la religion) seront utilisées pour la sélection des participants de l'étude et en second niveau elle s'appuiera sur l'observation et l'entretien en vue de mieux appréhender le phénomène étudié et avoir une description détaillée du cas étudié.

3.4. CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTS

3.4.1. Critères de sélection

Pour sélectionner des participants pour cette étude, la technique d'échantillonnage non probabiliste intentionnel a été appliquée. Cette technique consiste à laisser le choix des individus qui feront partie de l'échantillon se faire au hasard, car selon Gautier (2009), « *les techniques non probabilistes ou du moins certaines d'entre elles, semblent souvent plus satisfaisantes, plus 'scientifiques' même que les techniques probabilistes* ». Ces techniques non

probabilistes ont l'avantage d'être le plus souvent facile à comprendre et à appliquer ; elles sont de qualité inégale. Lors d'une étude, ce qui intéresse le chercheur ce n'est pas les différences interindividuelles mais plutôt les variabilités à l'intérieur même de(s) individu(s) étudié(s). Dans cette logique, l'échantillon retenu est aussi pertinent que 'le choix raisonné'. En effet, chaque individu est unique, singulier en raison de son vécu (Makani, 2023).

L'échantillonnage intentionnel (par choix raisonné) utilisé dans cette étude consiste à choisir des participants suivant une liste de critères d'inclusion précis établie à l'avance, à interroger les individus à l'avance pour voir s'ils possèdent les critères d'inclusion recherchés. Se basant sur sa connaissance de la population générale, le chercheur va utiliser son jugement pour choisir des participants qui seront à même de fournir les informations liées au but de l'étude. Les échantillons non probabilistes sont formés sans que tous les individus qui le constituent ne soient choisis par un processus aléatoire. Ceci veut dire que chaque individu de la population n'a pas une chance égale de faire partie de l'échantillon. Ce type d'échantillon est choisie sur la base des caractéristiques de la population voulue. Etant donné qu'il est très souvent difficile, voire impossible d'obtenir un échantillon probabiliste dans la pratique de la recherche, les chercheurs se portent vers des techniques d'échantillonnage non probabiliste. Cet échantillonnage a pour avantage de choisir un nombre de participants restreints et de les étudier dans leur contexte de vie, car ce qui est important ici c'est moins la population que les expériences et les événements rapportés par les participants (Fortin et Gagnon, 2016).

Cet échantillonnage est important pour cette étude parce que la méthode utilisée est la méthode qualitative qui ne s'intéresse pas seulement au choix des participants ou au type d'évènement à observer, mais aussi au contexte. Il permet d'avoir un échantillon représentatif du phénomène à étudier ceci dans un contexte particulier.

❖ Critères d'inclusion

Pour pouvoir participer à l'étude, les participants doivent au préalable remplir chacun de ces critères :

- *Avoir donné leur consentement libre et éclairé*
- *Etre Camerounais* : l'étude menée est essentiellement pour un contexte africain et particulièrement camerounais. Parce que de plus en plus le pays fait face à des conflits sociopolitiques qui engendrent des traumatismes psychiques chez les habitants. Cette étude serait un moyen d'identifier les stratégies mis en place par ces populations, et de s'appuyer dessus pour les aider à surmonter la souffrance vécue.

- *Vivre au Cameroun présentement* : l'étude porte particulièrement sur des personnes vivant au pays parce que c'est la réalité camerounaise (culturelle) de gestion de traumatisme psychique que nous voulons évaluer. Nous n'admettons pas les personnes qui se sont déplacées car les réalités culturelles, le contexte n'est pas le même que celui que nous étudions dans cette recherche ; ce qui pourrait facilement biaiser nos résultats.
- *Etre âgé entre 30-45 ans* : la recherche effectuée se focalise sur les personnes adultes, sur les manifestations du traumatisme psychique dans leur catégorie. Nous allons sur la base selon laquelle les adultes car les enfants, les adolescents et les adultes ont des problématiques différentes, ce qui en les mélangeant pourrait causer des biais pour cette étude. D'autre part, la réalité du terrain nous a contraint à choisir cette population.
- *Avoir été exposé directement ou indirectement à la secte islamique BH* : le Cameroun passe et est passé par de nombreux conflits armés. Mais celles qui nous intéressent ou du moins les victimes dont nous nous intéressons dans le cadre de ce travail sont les victimes de BH.
- *Avoir un score minimal de 34 au test du PCL-S* : qui traduit un Trouble de Stress Post-Traumatique.

❖ Critères de non inclusion

Pour cette recherche, les personnes présentant ces caractéristiques n'ont pas été incluses :

- Ne pas être Camerounais,
- Ne pas vivre au Cameroun présentement,
- Etre âgé entre 30-45 ans,
- N'avoir pas été exposé directement ou indirectement à la secte islamique BH,
- Avoir un score maximal de 34 au du traumatisme.

❖ Les critères d'exclusion

Les personnes n'ayant pas effectué la recherche jusqu'au bout sont celles :

- Ayant changé d'avis et décidé de ne pas continuer avec l'étude,
- Ayant des difficultés d'expression, d'écoute ou d'attention,
- N'ayant pas répondu à toutes les questions du questionnaire (PCL-S).

3.4.2. Caractéristiques des participants

Participants	Mme P	Mme I	Mr J
Age	39 ans	35 ans	45 ans
Genre	Féminin	Féminin	Masculin
Rang dans la fratrie	13 ^e /13	2 ^e /12	6 ^e /10
Région d'origine	Extrême-Nord	Extrême-Nord	Extrême-Nord
Profession	Ménagère	Couturière	Cultivateur
Statut matrimonial	Mariée	Veuve	Marié
Nombre d'enfants	10	09	11
Affiliation religieuse	Evangelique	Pentecôtiste	Protestant
Cause du traumatisme	Mort d'un voisin	Perte de son mari	Mort d'un proche

Tableau 3 : Caractéristiques sociodémographiques des participants à l'étude

3.5. INSTRUMENT DE COLLECTE DE DONNÉES

La méthode de collecte de données est l'instrument que le chercheur utilise pour entrer en possession des informations dont il aura besoin pour son étude. Son choix dépend de la nature de la question de recherche. Pour bien choisir la méthode de collecte de données, le chercheur doit se rassurer que l'instrument qu'il aura en main répond aux définitions conceptuelles des variables sous-jacentes au cadre conceptuel théorique de l'étude, et se rassurer que l'instrument offrira une fidélité et une validité suffisantes (Fortin et Gagnon, 2016).

En psychologie et particulièrement en psychologie clinique, l'entretien est l'une des méthodes qui permet d'avoir le maximum d'informations sur l'individu : sa biographie, ses événements de vie, ses croyances, ses représentations et émotions. Il existe trois types d'entretiens : l'entretien directif, l'entretien semi-directif et l'entretien non directif (Borst et Cachia, 2022). Ce qui sera utilisé dans cette étude est l'entretien semi-directif car il permet au(x) participant(s) de la recherche d'associer librement leurs idées et pensées sur chacune des questions, ce qui servira de cadre à son récit. Il donne également la possibilité au chercheur d'avoir un guide dans lequel il aura préparé à l'avance le contenu des questions qu'il abordera avec le(s) participant(s) ; celui-ci est libre de choisir l'ordre de passage des questions et même de le changer durant l'entretien.

Ce type d'entretien est aussi utilisé dans la méthode clinique développée par Jean Piaget qui sert à tester des hypothèses sur le développement intellectuel de l'enfant autour d'un problème auquel il doit apporter une solution. Le chercheur va certes demander à l'enfant de justifier ses réponses mais il doit aussi observer les réactions de celui-ci face aux suggestions qui lui sont faites ; il a aussi le défi de s'arrimer au vocabulaire et aux réponses de l'enfant. Cette méthode a permis à l'auteur de décrire de façon détaillée les stades de développement de l'intelligence chez l'enfant (Borst et Cachia, 2022).

3.5.1. Instrument de collecte de données : Guide d'entretien

Considéré comme le moyen par excellence pour essayer de comprendre l'autre (Fontana et Frey, 1994), l'entretien établit un contact direct entre le chercheur et les participants à l'intérieur de leur environnement naturel, ce qui pourrait ressembler à une conversation informelle. Pour mener à bien l'entretien semi-dirigé, le chercheur utilise un guide d'entretien qui est un outil ayant une structure générale et qui oriente la discussion en fournissant une base de comparaison des réponses. La nature des questions, leur formulation et leur ordre sont déterminés à l'avance ; les questions sont inspirées par le sujet de l'étude et l'ordre des questions est flexible et le chercheur peut commencer par poser des questions générales et progressivement, faire recours à des questions plus précises sur le phénomène étudié (Fortin et Gagnon, 2016).

3.5.2. Présentation du guide d'entretien

Pour cette recherche, le guide d'entretien utilisé est constitué ainsi qu'il suit (Annexe 5) :

- Identification du participant,
- Thème 1 : traumatisme psychique,
- Sous thème 1 : la survenue du traumatisme psychique,
- Sous thème 2 : les manifestations et conséquences du traumatisme sur la vie de l'individu,
 - Thème 2 : coping religieux/ spirituel,
- Sous thème 1 : le vécu de la religion/ spiritualité par l'individu,
- Sous thème 2 : l'impact du coping religieux sur le stress post-traumatique.

Nous nous sommes appuyés sur ce guide pour mener à bien les différents entretiens.

3.5.3. LE SITE DE L'ÉTUDE

Le site de l'étude est selon Amin cité par Makani (2023) le contexte spatial dans lequel se déroule la recherche. Autrement dit, il s'agit de l'espace qui environne la recherche et le site

précis où se fait la collecte des données. La présente étude s'est déroulée au sein de SIL Cameroun jadis appelée Société Internationale de Linguistique et la collecte de donnée s'est faite dans ses locaux de Maroua.

❖ *Justification du choix de la SIL Cameroun*

SIL Cameroun a été choisi pour cette étude pour 03 principales raisons :

- La population de notre étude est constituée de personnes victimes du conflit avec la secte islamique Boko Haram et souffrants de TSPT ; et cette secte a principale agit dans la région de l'Extrême Nord.
- La méthode que nous tentons de comprendre est essentiellement utilisée par la SIL Cameroun.
- Nous avons la possibilité d'avoir notre population d'étude tout près, de loger avec elle.

❖ *Présentation de la SIL Cameroun*

SIL Maroua est situé dans la région de l'Extrême-Nord, dans la ville de Maroua. L'historique de la SIL Cameroun révèle qu'elle a été premièrement créée en 1969 à Yaoundé, c'est-à-dire quelques années après l'accession du Cameroun à son indépendance. Et c'est quelques années plutard que la filiale de Maroua voit le jour. Sa mise en place s'est faite pour le service des communautés linguistiques du Cameroun, ceci par la recherche linguistique, l'alphabétisation, la traduction des Saintes Ecritures et de fructueux partenariats avec diverses organisations. Cette organisation consacre également une partie de ses objectifs à travailler auprès des populations victimes de conflits internes, en les aidants à faire face et à sortir des divers traumatismes causés par la situation dans laquelle ils se trouvent. En plus de l'Extrême-Nord, SIL travaille également avec les victimes de conflit armé dans le Nord-Ouest et Sud-Ouest.

La SIL est essentiellement constitué d'un personnel international (des nationaux et des expatriés). Chacun occupe une fonction bien précise. La direction est assurée par :

- La directrice générale,
- La secrétaire exécutive,
- Le leader team EG
- La directrice des ressources humaines,
- Le directeur du développement et de la coopération,
- Le directeur du service des langues,

- La gérante des finances.

La SIL regorge également en son sein un service de counseling à l'intérieur duquel l'on retrouve une psychologue et un médecin ; ainsi que de quatre conseillers responsables du suivi des personnes souffrantes de traumatisme psychique victimes de guerre.

3.5.4. Déroulement des entretiens

Après la soumission des participants aux critères de sélection, les entretiens ont pu débuter. Ceux-ci étaient tous volontaires à prendre part à cette étude et également libres de ne pas prendre part à un entretien ou de refuser de s'ouvrir sur un sujet donné (Giordano, 2003). Les rencontres et les entretiens avec les participants se sont déroulées dans les locaux de SIL Cameroun.

Selon la disponibilité des participants, le temps passé avec eux était en moyenne vingt-cinq minutes par personne. Chaque participant a été rencontré plusieurs fois, pour pouvoir atteindre le principe de saturation d'après Mayer et al., 2000. Principe qui stipule que l'on atteint une saturation lors des entretiens lorsque ceux-ci n'apprennent plus rien de nouveau au chercheur et n'apporte plus une meilleure compréhension du phénomène, en comparaison à ce qui a déjà été appris. De plus, le fait pour le chercheur de rencontrer le(s) participant(s) plusieurs fois permettent l'installation d'une bonne alliance thérapeutique et le développement d'une relation de confiance. Ainsi, le chercheur pourra de temps à autre revenir sur des points qu'il juge obscure et pareillement, l'individu qui raconte son histoire a la possibilité de se préparer aux différentes rencontres (Giordano, 2000).

Basé sur les recommandations en ce qui concerne la conduite d'un entretien de Gighlione et Blanchet (1991) cité par Ovambe (2016), la conduite des entretiens a commencé avec la présentation de la consigne (façon dont les entretiens seront menés durant les séances ainsi que des différents thèmes à aborder) par l'intervieweur aux interviewés. Lors de l'entretien, l'intervieweur est appelé à user des techniques de relance pour recadrer les échanges.

Les rencontres se sont déroulées comme suit :

- La première étape a consisté à présenter passer le PSL-S aux participants afin de mesurer le score de chaque participant au TSPT. Mais avant cela, nous avons fait connaître l'objectif de la recherche effectuée et cherché le consentement éclairé des participants. Du temps a également été consacré à répondre aux questionnements des participants (ceux qui en avaient), à les rassurer de la totale confidentialité des

entretiens, ceci pour créer un climat rassurant. Au terme de cette rencontre, les participants ont été sélectionnés suivant les critères d'inclusion de cette étude.

- La deuxième étape a été le début véritable des échanges avec les participants. Ceux-ci ont fait leur présentation en donnant leurs caractéristiques sociodémographiques. Ensuite, ils ont parlé des causes du traumatisme dont ils font l'objet. Les entretiens ont été enregistrés par l'enregistreur de notre téléphone portable, ceci avec l'accord des participants. La retranscription s'est faite progressivement. Cette étape traitait des manifestations et des conséquences du traumatisme sur divers plans de leur vie.
- La troisième étape a permis d'aborder les stratégies adoptées par le participant pour faire face à la situation potentiellement traumatique, et particulièrement en ce qui concerne son rapport subjectif à la religion/ spiritualité avant, pendant et après le traumatisme psychique.
- La quatrième étape : elle a porté sur l'apport du coping religieux comme stratégie pour gérer le traumatisme, du point de vue du participant.
- Lors de la cinquième étape, il a uniquement été question de se rassurer si les participants avaient des ajouts ou des éclaircissements sur ce qu'ils avaient dit lors des interviews.

Il convient de préciser que chaque participant a été dûment remercié pour sa disponibilité et ses bonnes dispositions pour prendre part à cette étude. Après tous ces entretiens, nous avons un ensemble de données qu'il fallait analyser. Cette analyse devait se faire par une technique d'analyse bien précise.

❖ Utilisation d'un interprète

Dans notre pratique en tant que psychologue clinicien, nous sommes amenés à ne pas être figés, mais à progresser avec les années pour mieux s'adapter aux contextes socioculturels qui nous entourent. Au vu des nombreux déplacements dû aux problèmes sociaux comme les guerres, le psychologue est de plus en plus amené lors de l'exercice de sa fonction à interagir avec des personnes de langues et de cultures différentes. Ainsi, l'utilisation d'un interprète qui va assister à l'entretien clinique pour traduire les échanges est nécessaire. Cette situation est particulière parce qu'elle admet non plus deux personnes habituellement rencontrées en entretien clinique, mais plutôt trois personnes (Bounaira, 2009).

Du latin « *traducere* » qui veut dire "faire passer", la notion de traduction tient une place importante car « *elle suppose un aménagement temporel et permet le passage d'une langue à une autre qui ne peut avoir lieu sans interprète* » (Bounaira, 2009, p. 48-49).

Le travail d'interprétation n'est pas juste une traduction de mots, elle est accompagnée d'une transmission de sens autant que les façons de dire propres à chaque langue le permettent. L'interprète est également confronté aux limites de la traduction ainsi que de ses impossibilités. La prise de contact entre l'interprète et le psychologue se fait grâce à une relation constituée d'échanges de diverses formes comme : les paroles, les attitudes, les gestes, les regards. « *Le dispositif d'entretien clinique avec interprète agit également comme une loupe grossissante sur la complexité des mouvements transférentiels et identificatoires siégeant dans toute relation intersubjective* » (Bounaira, 2009, p.50). Dans la plupart des cas et dans le nôtre particulièrement, l'interprète n'a pas reçu une formation professionnelle à la traduction. Ce sont ses compétences bilingues qui nous ont donné de demander son apport en tant qu'interprète dans le cadre de notre étude.

3.6. TECHNIQUES D'ANALYSE DES DONNÉES

L'analyse des données qualitatives est un processus inductif composé d'allers et retours entre la collecte des données qui représente la réalité des participants à une étude et les conceptualisations empiriques et théoriques qui se dégagent de cette réalité. Ce processus consiste à fracturer, examiner, comparer, catégoriser et conceptualiser les données, Corbin et Strauss (2008) cité par Fortin et Gagnon, 2016).

Le défi de l'analyse qualitative consiste de donner une signification à la masse de données recueillies. Cela suppose de réduire le volume des renseignements bruts, d'éliminer les données changeantes, de déceler les tendances significatives et de construire un cadre de référence qui permet de communiquer l'essence de ce que les données révèlent (Platton, 2002). Au cours d'un entretien, les données collectées sont qualitatives et peuvent être étudiées grâce à des outils d'analyses spécifiques telles que l'analyse de contenu et l'analyse thématique (Borst et Cachia, 2022).

3.6.1. Analyse de contenu thématique

Dans l'analyse de contenu, il s'agit de lire le récit des individus en fragment, ceci pour mieux appréhender le contenu afin de le coder selon les catégories établies au préalable durant la lecture. En effet, il est question d'une analyse axée sur « *les contenus, unités de signification supposées véhiculées par un contenant (le langage), traversant donc ou ignorant sa réalité matérielle* » (Giust-Desprairies et Lévy, 2003). L'objectif est de sélectionner, condenser, catégoriser, regrouper et organiser les informations reçues. Pour Berelson cité dans Giust-Desprairies et Lévy (2003), il s'agit donc d'un alignement systématique du contenu manifeste

d'un récit. L'analyse de contenu a pour but d'analyser les données qualitatives recueillies en vue de révéler le sens du discours et d'identifier les différentes catégories sémantiques présents dans celui-ci.

Dans l'analyse thématique, le chercheur répertorie un ensemble de thème sur la base de ses premières lectures du récit du participant au préalable transcrit. Dans le second temps, il met sur pied une grille d'analyse thématique dans laquelle sont reportés les différents thèmes identifiés dans le discours, ceci en catégories et en sous-catégories. En dernier lieu, il va utiliser cette grille d'analyse pour coder chaque élément du discours recueilli lors des différentes séances d'entretiens. Dans cette analyse qui se fait suivant des thématiques, le chercheur répertorie un ensemble de thème sur la base de ses premières lectures du récit du participant au préalable transcrit. Dans le second temps, il met sur pied une grille d'analyse thématique dans laquelle sont reportés les différents thèmes identifiés dans le discours, ceci en catégories et en sous-catégories. En dernier lieu, il va utiliser cette grille d'analyse pour coder chaque élément du discours recueilli lors des différentes séances d'entretiens (Ovambe, 2016).

3.6.2. Grille d'analyse des entretiens

Thèmes	Codes	Indices	codes	Observations		
				-	0	+
Coping autodirigé	A	Sentiment de contrôle sur ma vie	a			
		Possession du sens de la paix et du confort	b			
		Dieu m'a tout donné	c			
Coping passif	B	C'est la volonté de Dieu	d			
		Dieu résout mes problèmes à ma place	e			
		Prier et lire la Bible pour éviter de penser à mes problèmes	f			
Coping collaboratif	C	Proximité avec Dieu	g			
		Aide dans la résolution des problèmes	H			

		Dieu me montres comment gérer les problèmes	i			
Traumatisme psychique	D	Confrontation avec le réel de la mort	j			
		Trauma	k			
		Stress post - traumatique	l			

Tableau 4 : Grille d'analyse des entretiens

Légende : (0) : absent ; (-) : présent de façon minime ; (+) : le signe plus représente des éléments significatifs (deux fois et plus) qui seront utilisés dans l'analyse thématique.

3.7. CONSIDÉRATION ÉTHIQUE

L'objet d'étude en psychologie et particulièrement en psychologie clinique est l'être humain. Du moment que notre étude touche à la personne, nous devons prendre en compte un certain nombre de précautions et adopter une approche Kantienne, selon laquelle : « *le sujet humain est une fin et non un moyen* ». Les précautions qui doivent être prises sont de divers ordre et nous empêchent de porter atteinte à l'identité du sujet, d'utiliser des approches intrusives qui touchent à son intimité et de ne pas déshumaniser « l'objet » en l'instrumentant (Ovambe, 2016). Afin de respecter cette éthique, des précautions ont été prises à l'endroit des participants, à savoir :

- Les sujets ont été informés de la nature de la recherche, des buts visés et de l'utilisation des résultats ; ainsi que de la confidentialité et de l'anonymat des différents entretiens qui auront lieu. Les individus étaient libres de donner leur accord de participation ou de la refuser. Ceux qui ont accepté, l'ont fait de leur plein gré.
- Etant d'avis que le traumatisme est très douloureux et que tout au long de l'étude, les participants devraient faire appel à des souvenirs difficiles. Des stratégies d'écoute et de relaxation ont été mises sur pied en vue de les aider en cas de besoin.

PARTIE 3 : CADRE OPÉRATOIRE

CHAPITRE 4 : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES DONNÉES

« L'histoire, c'est celle de millions de prédateurs sans pitié. Nous. Et de leurs millions de victimes sans défense. Nous aussi. » (Exposition «Le futur-t-il un avenir?», Parc d'aventures scientifiques, Frameries, Belgique)

Cette partie est consacrée à la présentation et à l'analyse des résultats de la recherche. Dans la première sous partie, il sera question de faire une présentation des participants ; dans la seconde sous partie sera présenté le contexte d'émergence du traumatisme psychique des participants. La troisième sous partie fera l'objet des différents plans d'émergence du traumatisme ; la quatrième sous partie fait état des différentes stratégies de coping axées sur la religion utilisée par les participants pour faire face au traumatisme. Enfin, la cinquième sous partie évalue la relation entre le coping religieux et le symptôme d'intrusion dans le TSPT. Tout au long de ce chapitre, des extraits des entretiens avec des participants viendront illustrer nos propos.

4.1. PRÉSENTATION DES PARTICIPANTS

Pour cette recherche, les cas de trois (03) participants ont été retenus. Ils ont été nommés madame P, madame I et monsieur J.

4.1.1. Madame I

Madame I est un membre de la communauté Hdi. Elle est couturière. Elle est âgée de 35 ans et est de sexe féminin et elle est la 2eme sur 12 enfants, 2 sont morts et ils sont maintenant au nombre de 8 enfants ; l'aîné est un homme. Mme I est de la région de l'Extrême-Nord, du village Turu. Elle est chrétienne d'une église de réveil. Elle été mariée pendant 16 ans et est aujourd'hui veuve ; elle est mère de 6 enfants mais en en élève 9 car après le décès de leur mari, sa coépouse est partie en lui laissant ses enfants. Elle est arrivée dans les locaux de SIL Cameroun en février 2023. Elle y est à cause du mal être causé par la perte de son mari et le départ de sa coépouse. Nous avons mesuré son degré de souffrance au travers du PCL-S et nous sommes rendu compte qu'elle souffre d'un état de stress post-traumatique important avec un score de 77 ; cela se vérifie également par la durée de ses symptômes qui sont présents depuis plus de 6 mois. Madame I souffre du stress post-traumatique depuis plus d'un an car l'évènement traumatique avait eu lieu en février 2022. A son arrivée, elle présente les symptômes suivant : de fortes réactions physiques l'empêchant de respirer normalement, des pensées et souvenirs en rapport avec l'évènement vécue, des difficultés à s'endormir et à le rester endormi, le repli sur soi, la perte d'intérêt pour les activités qui la passionnaient au par avant, être constamment sur ses gardes et dans un état d'alerte, être incapable de d'avoir des sentiments d'amour pour les personnes qui lui sont proches.

Nous avons émis le désir de la rencontrer dans le cadre de notre recherche. A cette demande, elle a répondu favorablement.

4.1.2. Monsieur J

Monsieur J est également membre de la communauté Hdi à l'Extrême-Nord du pays, dans le village Turu. Il est un papa de 11 enfants et est âgé de 43 ans. Il est cultivateur et commerçant de profession. Il est de la religion protestante. Il est marié depuis 28 ans, et est le 6^e enfant sur 10 enfants. Les aînés sont 4 hommes et une femme. J'étais commerçant mais avec les attaques de BH et ma santé qui va mal, je suis maintenant cultivateur. Je suis de la religion protestante. Il est arrivé dans les locaux de SIL Cameroun en février 2023. Il y est à cause du mal être la perte d'un proche. Nous avons mesuré son degré de souffrance au travers du PCL-S et nous sommes rendu compte qu'il souffre d'un état de stress post-traumatique important avec un score de 69 ; cela se vérifie également par la durée de ses symptômes qui sont présents depuis plus de 6 mois. Monsieur J souffre du stress post-traumatique depuis plus d'un an car l'évènement traumatique avait eu lieu en octobre 2022. A son arrivée, Monsieur J présentait les symptômes suivant : des souvenirs, pensées et images perturbants en relation avec l'évènement ; il évitait de parler ou de penser de l'évènement traumatique ; il évitait des situations, des lieux qui lui faisaient penser à l'évènement stressant ; il se sentait comme si son avenir était raccourci et ne lui appartenait plus ; il était irritable, avec des bouffées de colère qu'il n'arrivait pas à expliquer ou à comprendre ; il avait des difficultés à se concentrer.

Nous avons émis le désir de la rencontrer dans le cadre de notre recherche. A cette demande, elle a répondu favorablement.

4.1.3. Madame P

Madame P est un membre de la communauté Hdi. Elle est ménagère. Elle est âgée de 39 ans et est de sexe féminin. Mme P est de la région de l'Extrême-Nord, du village Turu. Elle est de la religion protestante. Elle est mariée et mère de 9 enfants, elle est enceinte du 10^{ème}. Elle est arrivée dans les locaux de SIL Cameroun en février 2023. Elle y est à cause du mal être dû à la perte d'un voisin proche. Ce mal être a été évalué à l'aide du PCL-S et elle a obtenu un score de 44, qui est un signe de la présence du stress post-traumatique moyen ; et cela d'autant plus que ses symptômes durent depuis plus de 6 mois. L'évènement traumatique qui a affecté cette dame a eu lieu en janvier 2022. Elle vient chercher de l'aide parce qu'elle présente les symptômes suivant : elle est perturbée par des rêves répétés en rapport avec l'évènement ; elle se sent bouleverser lorsque quelque chose lui rappelle l'évènement traumatique ; elle éprouve des réactions physiques (battements de cœur, difficultés respiratoire, sueurs froides) lorsque quelque chose lui rappelle l'évènement stressant ; elle perdu de l'intérêt pour des activités qui

la passionnaient ; elle se sent distante et couper des autres personnes ; elle éprouve des difficultés de concentration.

Nous avons émis le désir de la rencontrer dans le cadre de notre recherche. A cette demande, elle a répondu favorablement.

4.1.4. Résultat diagnostics

Participants	Mme P	Mme I	Mr J
Motif de la consultation	Insomnie	Tête qui fait mal	Insomnie
Evènement traumatique	Mort de son voisin	Perte de son mari	Mort d'un ami proche
Degré du traumatisme	Score : 44 Traumatisme moyen	Score : 77 Traumatisme important	Score : 69 Traumatisme important
Diagnostic (DSM-5)	TSPT	TSPT	TSPT

Tableau 5 : Tableau récapitulatif de l'analyse cas par cas

4.2. ANALYSE DU DISCOURS VERBAL

4.2.1. Analyse thématique des données

Cette analyse transversale a fait ressortir quatre (04) thèmes important dans cette étude : la genèse tu traumatisme psychique chez les différents participants ; la manifestation du traumatisme psychique chez ces derniers ; le rapport subjectif à la religion/ spiritualité ; et l'impact de la religion/ spiritualité sur l'état de stress post-traumatique.

4.2.1.1. Genèse du traumatisme

Ce qui nous intéresse ici est la façon dont le traumatisme a fait son apparition dans la vie du participant. Nous retenons de là que c'était lors d'un évènement subit, violent et indescriptible.

Crocq en 1999 définit le traumatisme psychique comme « *un phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un évènement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur* » (Ovambe, 2016). Il provient de cet évènement une très grande peur, avec une incapacité à donner un sens à celui-ci.

En ce qui concerne le type de traumatisme dont ces participants sont victimes, ces personnes font face aux attaques de la secte BH de façon continuelle dans leur village. En 2003, Solomon et Heider ont proposé la catégorie de traumatismes psychique de type IV pour

désigner effectivement les traumatismes en cours. Ce qui fait leur différence avec les autres types de traumatismes, est le fait que ceux-ci (type IV) se poursuivent dans le présent. Nous voyons cela dans le discours des participants. Etant donné qu'au moment de la descente sur le terrain pour la collecte de ces données, l'évènement potentiellement traumatique se poursuivait dans la vie des participants, nous nous accordons avec Solomon et Heider (2003) pour dire que ces personnes sont victimes d'un traumatisme psychologique de type IV.

4.2.1.2. Evènement traumatogène

Chez ces trois participants, le traumatisme psychique s'est développé lors de l'attaque de la secte islamique Boko Haram. Il s'agit principalement du ressenti lors du décès d'un être proche.

Pour Mme P, c'est lors du décès de son voisin tué par BH que son traumatisme a commencé.

Elle raconte : « Le jour-là, les BH sont montés puisque c'est un peu du côté, à la frontière là, ils sont montés et ils sont allés trouver la personne et ils l'ont tué (...) » Dj+

Pour Mme I, c'est lorsque son mari et elle, ont rencontré les BH sur leur chemin du retour d'une visite de condoléance, et que ceux-ci ont tiré et tué son mari que son traumatisme a émergé.

Elle relate : « Les BH ont tué le mari de ma sœur, (...) et ils ont poursuivi mon mari et lui ont donné des coups de fusil. (...) » Dj+

Pour Mr J, il a sombré dans le traumatisme psychique lorsque BH a attaqué leur village, a tué des personnes et détruit leurs biens.

Il dit : « Le jour-là, BH est venu et moi-même à peine j'ai réussi à me sauver de leurs mains. » Dj+ Dk+

Au travers de ces discours, nous pouvons voir l'évènement qui a été à l'origine du traumatisme psychique chez chacun de nos participants : il y a la mort du Voisin de Mme P, la mort du mari de Mme I et le décès d'un ami proche de M. J. Toutes ces ayant été tué par les BH, certains sous le regard de nos participants.

4.2.1.2.1. La soudaineté

Nous disons qu'il s'agit d'une situation exceptionnelle, qui sort de l'ordinaire et du quotidien pour venir menacer la vie ou l'intégrité physique ou mentale de l'individu. Cette situation est terrifiante et prend le sens d'une rencontre avec la mort. L'évènement

potentiellement traumatique peut être un évènement soudain, brutal et qui menace l'individu, car il ne s'y attend pas (Crocq, 2003).

Mme I dit : « *En ce temps-là, j'étais vraiment traumatisée, j'étais en train de marcher comme ça là, subitement je tombe à terre parce que j'étais vraiment traumatisée (...) ils ont dit qu'il faut fermer ta bouche, c'est ce qu'ils m'ont dit et moi je tremblais et je suis assise à terre et ils ont poursuivi mon mari et lui ont donné des coups de fusil. Lorsque moi je suis tombée à terre là, j'étais évanouie, je ne savais plus tout ce qui se passait et en ce temps-là.* » Dj+

M. J dit : « *je suis tombé malade au même instant jusqu'à ce qu'on m'a amené à l'hôpital* ». Dk+

Au travers des mots tels que : « subitement », « au même instant » exprimés par les participants, nous pouvons imaginer la surprise qui a été la leur lorsqu'ils se sont retrouvés face à cette situation. Le fait que Mme I se soit évanouie peut également révéler la soudaineté de l'évènement traumatique.

4.2.1.2.2. Le sentiment d'impuissance

De nombreuses études portant sur le traumatisme psychique présentent plusieurs types de sentiments négatifs auxquels les victimes de traumatisme doivent faire face. Parmi ces sentiments, on peut citer le sentiment d'impuissance, le sentiment de rejet, le sentiment de trahison, le sentiment d'invulnérabilité (Ovambe, 2016). Dans cette étude, les sentiments exprimés par les victimes de guerre souffrant de traumatisme psychique sont : le sentiment d'impuissance, le sentiment de vulnérabilité.

Mme P dit : « *Bon ce qui me fait mal dans tout ça c'est que ces mauvais gens-là ont visé sur turu pour les faire chasser complètement, c'est ça qui me fait mal (...). Actuellement même, jusqu'à présent on passe nuit dehors, éveillé, on ne dort même pas* ». Dl+

Mme I dit : « *je me disais comment je vais faire avec ces enfants voilà le père est mort, ma coépouse qui était avec moi est partie aussi et m'a abandonné aussi les enfants, tout ça. Il y a du temps où je commence à... la pensée sur ces choses-là me vient des fois et quand ça me vient, je commence à pleurer, à pleurer, à pleurer... et j'entre dans ma chambre, je pleure, je pleure (...) et après maintenant l'idée me vient que toutes ces choses-là, ça n'a pas commencé avec moi et ça ne finira pas avec moi, donc c'est là ce qui m'aide dans tout ça* ». Dl+ Bf+

Mr J dit : « *En ce temps-là, d'un d'abord mon père est vieux, on le portait en partant sinon il ne peut pas se tenir lui-même et puis voilà encore le problème qui est arrivé là, je me disais comment je vais faire.* » Bf+

Le sentiment d'impuissance ressenti par les participants se perçoit au travers de leur discours. Mme P relève le fait qu'ils ne savent pas quoi faire et par crainte des BH, ils sont

obligés de passer la nuit dehors (sur la montagne) ; c'est leur seule source de salut jusqu'ici. Après la mort de son mari, Mme I se sent totalement désemparée et démunie face aux nouvelles responsabilités qui lui incombent, prendre soin de ses enfants en l'absence de leur père. M. J quant à lui, face à cette situation ne sait pas quoi faire, il se sent vider.

4.2.1.2.3. Le sentiment de vulnérabilité

En 2005, Paulhan et Bourgeois affirment que les personnes souffrant de traumatisme psychique passent également par des moments dépressifs avec un sentiment constant de vide, de désespoir, de colère, de tristesse, de faible estime de soi, de culpabilité, de honte, d'être quelqu'un de différent ; avec un état de qui-vive, de sursaut permanent.

Mme I relate : « *J'étais en train de marcher comme ça là, subitement je tombe à terre parce que j'étais vraiment traumatisée (...) ils ont dit qu'il faut fermer ta bouche, c'est ce qu'ils m'ont dit et moi je tremblais et je suis assise à terre (...). Moi-même je me sentais comme déjà un cadavre, je ne savais même plus que je suis dans le monde, je n'avais pas grand-chose, ça fait 4 semaines que j'étais à l'hôpital et on m'a dit que la tension a trop baissé et qu'il fallait que je mange beaucoup de sel.* » D1+

Dans ce discours, Mme I exprime son sentiment de vulnérabilité face à ces personnes qui ont tué son mari, elle raconte comment elle est tombée à terre, elle tremblait et elle a fini par s'évanouir. A son réveil, elle était dans un hôpital.

4.2.2. Manifestation du traumatisme

4.2.2.1. Les céphalées et problèmes psychosomatiques

Les personnes victimes de traumatisme psychique souffrent souvent de maux de tête à répétition. La plupart du temps, ces maux de tête n'ont pas une cause organique décelable (Lalumière, 2003). La douleur ressentie à la tête par ces personnes varie en intensité en fonction de la tension psychologique dont l'individu est confronté en ce qui concerne le traumatisme psychique. Ces troubles psychosomatiques en particulier les maux de tête, les problèmes de nuque et de dos, l'asthme, les problèmes digestifs, le syndrome de colonne irritable et le trouble du cycle menstruel sont observés chez la femme (Ovambe, 2016). Tout cela montre la pression et le bouleversement psychique dont doit faire face la personne souffrant de stress post-traumatique (Ladouceur, 2009).

Mme P dit : « *Ça m'a tremblé, j'avais même froid comme un froid qui fait trembler quelqu'un là, le corps tremblait ce jour... c'est-à-dire que je ne dors pas.* » D1+

Mme I dit : « *c'est ce qu'ils m'ont dit et moi je tremblais et je suis assise à terre (...). Lorsque moi je suis tombée à terre là, j'étais évanouie, ... le fait que de temps en temps ça me*

gonflait la tête (la tête gonfle comme si on l'a tapé sur la tête) là... En ce temps-là, j'étais vraiment traumatisée, j'étais en train de marcher comme ça là, subitement je tombe à terre parce que j'étais vraiment traumatisée » D1+

Mr J dit : « Ce jour-là, ça m'a vraiment traumatisé, je suis tombé malade au même instant jusqu'à ce qu'on m'a amené à l'hôpital. Ce n'était pas une maladie, le traumatisme m'a pris et je suis tombé malade. En plus de ça aussi, je passais des nuits sans dormir et voilà encore le problème. C'est ça qui m'a pris, je suis tombé malade jusqu'à ce qu'on m'a amené à l'hôpital. » D1+

Les différents participants ont manifesté un trouble psychosomatique dû à l'évènement traumatique : Mme P raconte comment elle tremblait et avait froid en plein jour ; Mme I quant à elle s'est mise à trembler au point de tomber à terre et de s'évanouir, elle avait de violents maux de tête. M. J est carrément tombé malade à la suite de cet évènement.

4.2.2.2. Le repli sur soi

Certaines personnes souffrant de stress post-traumatique manifestent des comportements comme l'insomnie, la nervosité, une prépondérance à s'effrayer facilement, une sensation constante de danger ou de désastre imminent, un comportement d'irritabilité et de violence. D'autres individus peuvent ressentir un épuisement chronique, et voir chaque acte de la vie quotidienne devenir un fardeau. Celui-ci alterne les phases d'abattement et d'irritabilité, ce qui crée un repli sur soi devant l'incompréhension de son entourage (Ovambe, 2016).

Mme P dit : « j'ai du mal à parler de la bonne manière, même avec mon mari ; je n'arrive pas à bien manger, c'est ça qui me dérange... Je n'ai plus eu autre chose, mais seulement que dans ma tête, je pensais seulement quitter le village » Dk+

Après avoir assisté à l'assassinat de son voisin, Mme P a vu son attitude et son comportement vis-à-vis des choses et des personnes changées ; ceci notamment avec son mari avec qui jusqu'ici elle s'entendait bien. Mais depuis l'incident, ça ne va et elle n'arrive plus à bien s'alimenter normalement.

4.2.2.3. Les cauchemars et pensées intrusives

Lalumière (2003) présente le comportement des personnes souffrant de traumatisme psychique comme caractérisé par des cauchemars fréquents, ces personnes peuvent voir se répéter en une ou plusieurs nuits un même rêve reflétant tout ou partie de l'évènement traumatique. Kotler et *al.* cité par Ovambe (2016) ont proposé que les personnes souffrant de TSPT ont de permanents souvenirs intrusifs très précis, visuels, auditifs et chargés d'émotions ;

ceci comme si la situation traumatique se reproduisait à l'instant t, mais plus avec des impressions sensorielles qu'avec des pensées.

Mme I dit : « la pensée sur ces choses-là me vient des fois (...). Il y a du temps où je commence à... » D1+

Mme P dit : « ça se manifeste en... c'est-à-dire que je ne dors pas, j'ai du mal à parler de la bonne manière. » D1+

Mr J dit : « Je passais des nuits sans dormir et voilà encore le problème. C'est ça qui m'a pris, je suis tombé malade jusqu'à ce qu'on m'a amené à l'hôpital. » D1+

Nos participants relèvent ici le fait qu'ils avaient du mal à dormir à cause des pensées et images en rapport avec l'évènement traumatique qui ne cessaient de les hanter. Au point qu'ils ne sachent plus quoi faire pour avoir une vie normale.

4.2.3. Le rapport subjectif à la religion

4.2.3.1. Le rapport à la prière

D'un point de vue psychologique, la prière permet à l'individu d'exprimer ses pensées, ses émotions et ses demandes, tout en cherchant à établir un lien avec le surnaturel (Hood, 2003). Ainsi, la prière peut être considérée comme une pratique psychologique importante pour de nombreuses personnes, en leur offrant un espace d'expression et de connexion avec le sacré.

Mme I dit : « Je me confie dans la prière, j'ai 3 jours dans la semaine que je consacre à la prière pour moi personnellement. » Dg+

M. J dit : « J'ai une journée par semaine pour prier et jeûner, chaque samedi. » Dg-

Mme P dit : « Je me confie seulement en prière, ça c'est la seule solution que je fais. » Bf-

Au travers de ces éléments du discours, les participants montrent leur tendance à se tourner vers la prière ; ils peuvent exprimer toutes leurs émotions et sentiments sans craindre un jugement. Ils y trouvent du réconfort. Mme P par exemple trouve que la seule personne qui puisse l'aider dans cette situation c'est Dieu et elle se connecte à lui par la prière.

4.2.3.2. Le rapport aux Saintes écritures

Selon la psychologie clinique, la méditation des Saintes Ecritures peut être définie comme une pratique de méditation et de réflexion contemplative sur les textes sacrés ou les enseignements religieux, dans le but de développer une connexion spirituelle, d'approfondir sa

compréhension de la tradition et de favoriser son développement personnel et sa croissance intérieure (Pargament et Exline, 2013).

Mme I dit : « *Les jours que je consacre à la prière c'est toujours ensemble avec l'étude de la Bible (...). Chaque fois je prends ma Bible je regarde ces versets et je lis et ça me console beaucoup, je me souviens beaucoup plus de 1 Pierre 5 : 7 "Et déchargez-vous sur lui (Dieu) de tous vos soucis, car lui-même (Dieu) prend soin de vous" qu'on a transformé en chanson, vraiment c'est ça qui me console beaucoup.* » De+

M. J dit : « *Je n'ai jamais regretté ma relation avec Dieu. Je suis toujours fidèle à la Parole de Dieu depuis que j'ai cru (...). Je me bats pour la lecture de la Bible, parce que lire la Bible c'est ça qui me donne aussi la vie.* » Cg-

Ils voient dans les Saintes Ecritures une réponse à leurs questions et un moyen de se connecter au sacré.

4.2.3.3. Le rapport avec la communauté d'appartenance

Le soutien communautaire selon la psychologie clinique fait référence à l'ensemble des ressources et des relations sociales disponibles au sein d'une communauté, qui permettent aux individus de se sentir soutenus, valorisés et inclus, favorisant ainsi leur bonne santé psychologique et leur capacité à faire face aux défis de la vie (Busso, Rappaport et Prilleltensky, 2002).

Mme I dit : « *Actuellement, ce qui m'aide beaucoup pour tout cela c'est que ma relation avec Dieu est vraiment renforcé je peux dire, parce que avant même pour aller à l'église c'est des fois que je pars mais actuellement depuis que ces choses-là sont arrivées, j'ai constaté que vraiment j'ai beaucoup de frères en Christ, j'ai beaucoup de frères en Christ parce que chacun vient avec des conseils, ils me conseillent beaucoup et là ça m'a vraiment réconforté jusqu'à ce que maintenant même pour aller dans les groupes à l'église, je suis même déjà la première je peux dire, parce que vraiment j'ai des frères qui m'aident beaucoup dans la prière, avec des conseils en Christ. Je continu, je ne manque pas l'église. Il n'y a rien qui a changé, on a de bonnes relations. Je suis même membre du groupe des femmes.* » Cg+ Ab+

M. J dit : « *Je n'ai rien contre les membres de l'église, nous sommes en bonne relation. Si ce n'est pas dans le cas où je suis malade, je pars toujours à l'église.* » Aa-

Au travers de leur discours, nous observons que le fait d'appartenir à un groupe est très important pour nos participants, car cela les aide à faire face à la souffrance. Les conseils donnés par les autres membres et le fait de sentir qu'on n'est pas seul mais que d'autres sont présents au cas où on a besoin d'eux procure une certaine paix et élimine les sentiments d'impuissance et de vulnérabilité ; car alors on sait qu'on n'est pas seul.

4.2.4. L'impact du coping religieux sur le stress post-traumatique

4.2.4.1. L'auto directivité

De ce point de vue, c'est la responsabilité de l'individu de résoudre les problèmes. Face à cette responsabilité, l'individu adopte une attitude active de résolution de problèmes. Bien que Dieu ne soit pas directement impliqué dans ce processus, ce style n'est pas anti-religieux. Au contraire, Dieu est perçu comme donnant aux gens la liberté et les ressources pour diriger leur propre vie (Pargament et *al.*, 1988).

Aucun élément dans le discours de nos participants ne montre qu'ils font preuve d'auto directivité.

4.2.4.2. La passivité

En contraste direct avec le style Autodirigé, certains individus semblent reporter la responsabilité de la résolution des problèmes à Dieu. Plutôt que de résoudre activement les problèmes eux-mêmes, ils attendent que les solutions émergent grâce aux efforts actifs de Dieu. De ce point de vue Reportez, Dieu est la source des solutions, plutôt que la personne (Pargament et *al.*, 1988).

Aucun élément dans le discours de nos participants ne montre qu'ils font preuve de passivité.

4.2.4.3. La collaborativité

Un troisième style de résolution de problèmes, Collaboratif. Dans ce style, la responsabilité du processus de résolution de problèmes est partagée conjointement par l'individu et Dieu. Ni l'individu ni Dieu ne sont considérés comme des participants passifs. Au contraire, les deux participants sont considérés comme des contributeurs actifs travaillant ensemble pour résoudre les problèmes (Pargament et *al.*, 1988).

M. J dit : « Dieu m'aide beaucoup dans tout cela et m'a accordé aussi que je sois ancien de l'église, je suis responsable (...). Qu'il faut que je me confie totalement à mon Seigneur et je me suis confier à Dieu et c'est ça même qui m'a fait que même je ne voudrais plus quitter le village comme les autres ont quitté et ont abandonné le village, moi je ne fais pas ça parce que j'ai mis ma confiance en Dieu et que Dieu fasse ce qu'il veut. Moi je me confie en mon Seigneur et le Seigneur est entrain de m'aider. Ça c'est la première des choses même (...). Ce que moi je demande, je veux que le Seigneur m'aide dans ma situation et que je voudrais que les trucs de BH là finissent car jusqu'à présent il y a toujours des attaques, mais ce n'est pas successive comme avant. Donc je voudrais que le Seigneur m'aide et qu'il élimine,

enlève tous ces problèmes là pour que je finisse bien ma vie dans mon village. Hier là même, ils (BH) ont enlevé les choses dans un quartier proche de chez nous même ici. » Ch+

***Mme P dit :** « Je n'ai pas grand-chose, seulement que je demande à ce que les gens prient, continuent à prier pour nous parce que je n'ai pas dans ma tête l'envie de quitter ce village, j'aime beaucoup mon village. » Cg+ Ch+*

***Mme I dit :** « Dieu a montré sa puissance dans ma vie. Parce que à chaque fois que j'avais toujours des inquiétudes, voyant comment je dois faire pour vivre, comment mes enfants vont faire pour continuer leurs études. J'ai vu dans tout ça le Seigneur qui a agi et a fait sa volonté ; donc je sais que Dieu est là en train d'écouter ma prière et je crois que le Seigneur va agir (...). Je prends ma Bible ; je lis, je lis et après maintenant l'idée me vient que toutes ces choses-là, ça n'a pas commencé avec moi et ça ne finira pas avec moi, donc c'est là ce qui m'aide dans tout ça. » Ch+ Cg+*

***M. J dit :** « Depuis que j'ai cru en Dieu, avant BH, je me bats dans la parole de Dieu ; je suis toujours en relation avec mon Seigneur. Bien que je ne sais pas l'avenir, mais pour le moment, je me bats avec la Parole de Dieu (...). Pour recevoir le nécessaire afin d'avoir plus de forces dans la Parole de Dieu. » Aa-*

A partir de ce discours, nous observons qu'aucun de ces participants n'essaie de résoudre la situation lui-même, mais ils se confient en Dieu et lui font confiance pour les aider à surmonter efficacement la situation ou à gérer le problème de BH.

Nous constatons que malgré la présence des trois styles de coping religieux (autodirigé, passif et collaboratif) chez nos participants, le style dominant dans l'analyse est le coping religieux de style collaboratif. Comme on pouvait s'y attendre, les trois styles de résolution de problèmes semblent refléter des orientations différentes en matière de religion. L'intérêt et les pratiques religieuses ne font pas partie du style de résolution de problèmes autodirigé. Dans la mesure où les individus se définissent eux-mêmes comme la source de la définition et de la solution du problème, ils peuvent ressentir moins le besoin de s'impliquer religieusement. Cependant, il est important de noter que tous les membres de l'échantillon entretenaient des relations avec leur communauté religieuse.

4.3. ANALYSE DU DISCOURS NON VERBAL

L'analyse du discours non verbal est l'étude des éléments de communication qui ne sont pas transmis par des mots, tels que les gestes, les expressions du visage, les postures et les mouvements du corps. Cette approche permet d'examiner les significations sous-jacentes et les dynamiques interpersonnelles qui se manifestent à travers les comportements non verbaux des participants (Knapp et Hall, 2013).

4.3.1. Analyse du discours non verbal de Madame I

L'analyse du discours non verbal de Madame I passe par ses différentes postures lors des séances d'entretien. Ainsi, elle donne l'image d'une personne qui a pris du temps pour s'apprêter ; elle est bien vêtue (ensemble pagne) et est très propre. Toutes les fois où elle est venue au programme, elle était toujours bien habillée et propre. Ceci pourrait traduire le fait qu'elle vive une souffrance sur le plan psychologique, elle ne laisse pas cela transparaître.

Elle est très souriante lors de nos échanges ; à la voir, on ne dirait pas qu'elle a un problème. Mais dès lors qu'on aborde le problème qui l'amène et la perte de son mari, sa mine change. Elle se croise les bras et baisse la tête en signe de fermeture ou de protection ; toutefois, son ton reste assez fort, elle parle normale mais donne l'impression au travers de ses regards d'une personne qui va fondre en larme d'un moment à l'autre. Le discours de Madame I est également marqué par des silences courts et répétés ; ce qui peut renvoyer à une souffrance enfouie et dont on cherche les mots pour la qualifier ou pour l'expliquer. Elle évite de nous regarder dans les yeux, car leur culture interdit à la femme de regarder des personnes qu'elles considèrent supérieur à elles dans les yeux.

Vers la fin des séances, nous voyons une personne différente, qui n'a pas peur de s'ouvrir. Nous avons l'impression que progressivement, elle fait face à sa souffrance et semble bien décider à surmonter la perte de son mari et de se reconstruire.

4.3.2. Analyse du discours non verbal de Monsieur J

Dès le début, nous remarquons que Monsieur J n'est pas très à l'aise en notre présence, ce qui ne facilite pas l'alliance thérapeutique. Bien qu'il souffre beaucoup de la perte d'un ami proche, il ne se sent pas libre d'exposer sa douleur. Ceci d'autant plus que dans leur culture, il est interdit aux hommes de montrer de l'impuissance face à une situation, ou un quelconque sentiment de vulnérabilité. Lors du rite d'initiation des hommes, on leur interdit formellement de verser des larmes quel que soit la situation. Donc dans ce cas, il se montre dur et fort.

Lors des échanges, il garde très souvent les jambes allongées et croisées ainsi que les bras croisés sur sa poitrine. Il a un regard vif et n'hésite pas à nous regarder droit dans les yeux. Et a un ton de voix plutôt calme. Malgré cette image d'une personne sûre d'elle et qui contrôle la situation qu'il tente de projeter, nous voyons une personne qui souffre intérieurement et qui s'empêche de montrer sa douleur à cause du regard de la société (peut-être surtout à cause de la présence de l'interprète).

4.3.3. Analyse du discours non verbal de Madame P

Madame P à son arrivée, donne l'image d'une personne apeurée et qui ne se retrouve pas dans cet environnement qui n'est pas le sien. Elle est vêtue d'un t-shirt, d'un pagne et d'un foulard, elle est propre mais pas soignée dans son apparence elle donne l'image d'une personne dont la tenue vestimentaire n'est pas sa prioritaire. Ce peut être compréhensible dans la mesure où après plus de six mois du décès d'un de ses voisins proches, elle n'arrive toujours pas à se défaire des images en relations avec cette tragédie.

Lors des échanges, elle utilise beaucoup de silence. Parfois, on observe qu'elle est dépassée par la situation, elle parle en secouant la tête comme si ce simple geste pourrait d'un coup effacer ces souvenirs qu'elle garde enfouit dans sa mémoire. De temps à autre, elle va secouer les épaules et donner l'impression qu'elle est confuse ou submergée par ses émotions. Le regard dans le vide, la tête baissée, elle peut rester silencieuse un bon moment avant de répondre à la question qui lui a été posée. De temps en temps, elle va pleurer doucement avant de reprendre la parole, et a un regard fuyant.

4.4. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

Les résultats de cette étude proviennent des données collectées auprès de trois victimes de guerre dans l'Extrême-Nord du Cameroun. Il s'agit de deux dames âgées de 39 et de 35, et d'un homme de 43 ans. Ces personnes ont été victimes du traumatisme psychique dû aux attaques de la secte islamique Boko-Haram dans leur village. L'analyse thématique a fait ressortir quatre thèmes principaux. Il s'agit du contexte de la genèse du stress post-traumatique, du vécu traumatique sur ses différents plans, des stratégies d'adaptations adoptées, enfin de la relation entre le coping religieux et le stress post-traumatique.

Le traumatisme psychique dans cette étude est survenue chez ces individus suite aux attaques répétées de la secte BH. Il a émergé suite à divers facteurs : le décès des personnes de l'entourage proche. L'évènement potentiellement traumatique a été le décès de son voisin pour Mme P, le décès de son mari pour Mme I et le décès d'une personne qui lui était proche pour Mr J. Le type de traumatisme psychique auquel nous sommes confrontés ici est celui de type IV, car il apparut chez les participants de façon soudaine, intense, imprévisible, indescriptible et incontrôlable. En plus de tout ceci, il continu dans le temps, la situation potentiellement traumatique n'a pas encore pris fin. Les sentiments éprouvés par ces participants traumatisés sont le sentiment d'impuissance, le sentiment d'incompréhension, le sentiment de

vulnérabilité. Ces individus ont également ressenti de la tristesse, de la culpabilité, du désespoir et de la honte.

Les discours de ces participants ont montré la présence d'un traumatisme sur quatre plans principalement : le plan émotionnel, le plan psychosomatique, le plan comportemental et le plan cognitif. Sur le plan émotionnel, il a noté une perte d'intérêt pour les activités jadis passionnantes, le repli sur soi, la colère, le détachement avec une forme d'anesthésie émotionnelle, les difficultés de communication, les difficultés relationnelles, l'isolement profond, l'incompréhension et le sentiment d'être un étranger pour ses proches. Sur le plan comportemental, il a été observé l'agitation durant le sommeil, les cauchemars répétés, les flashbacks, l'agressivité. Sur le plan psychosomatique, il a été relevé l'apparition des douleurs corporelles. Sur le plan cognitif, il a été relevé la présence d'images intrusives, la répétition et l'envahissement dans les pensées de l'évènement potentiellement traumatique, les difficultés de concentration et de mémorisation, la baisse des capacités de jugement et de discernement.

En ce qui concerne les stratégies d'adaptation utilisées par ces participants lors de leur vécu traumatique, il s'est agi essentiellement des stratégies d'adaptation axées sur la religion. Nous avons noté la recherche du sens qui permet à l'individu de comprendre la situation vécue et de lui donner une interprétation (Geertz, 1973) ; la recherche du contrôle qui procure un sentiment de maîtrise de la situation, de collaborer avec Dieu pour la résoudre ; la recherche du confort qui donne à l'individu une sensation de produire, et réduit la peur de vivre dans un monde dangereux ; la recherche de l'intimité avec autrui par un mécanisme de solidarité et d'étayage ; et la transformation de vie qui pousse l'individu à la conversion et au changement de valeurs, de principes, de direction, etc. Nous avons souligné dans ces résultats l'absence des stratégies d'adaptation centrées sur les émotions et le problème.

L'étude a également fait ressortir une relation entre le coping religieux et le traumatisme psychique chez ces participants. Elle a montré certains processus psychiques liés au coping religieux qui ont eu un impact sur le traumatisme psychique des victimes. Quatre fonctions ont été relevées. Il s'agit de la recherche du sens, la recherche du contrôle, recherche du confort et la spiritualité (étayage), et la recherche de l'intimité et la spiritualité. Le traumatisme psychique a orienté les participants vers les stratégies d'adaptations axées sur la religion ; ceci parce que les expériences traumatiques empêchent l'apprentissage de nouvelles réponses comportementales (Ovambe, 2016). Les participants se sont alors tournés vers le coping religieux tel qu'ils avaient déjà appris à répondre auparavant. Ainsi, les pratiques religieuses entreposées dans la mémoire à long terme de ces victimes de stress post-traumatique ont fait en sorte qu'elles s'y réfèrent dans leur processus pour faire face au traumatisme psychique.

CHAPITRE 5 : INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS ET PERSPECTIVES DE L'ÉTUDE

Paysages de convulsions fortes, de traumatismes forcenés, comme d'un corps que la fièvre travaille pour l'amener à l'exacte santé.

Antonin Artaud (1947). Le suicidé de la société.

Ce chapitre est principalement consacré à l'interprétation des résultats obtenus après la collecte des données et à leur discussion. Dans cette perspective, il nous revient dans un premier temps de faire la synthèse de ces résultats. Ensuite, de les interpréter à l'aide des théories sur lesquelles s'appuie notre étude. Enfin, il sera question de présenter les implications et les perspectives de cette étude.

5.1. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Dans cette section, nous allons interpréter les résultats de l'étude à l'aide de la théorie cognitive et comportementale, ceci pour appréhender l'apport du coping religieux dans le processus pour faire face au stress post-traumatique des victimes de conflits armés, ce qui est l'objectif de cette étude.

5.1.1. Rappel des théories

5.1.1.1. Rappel de la théorie de l'Ego Affectif

La théorie du Moi duel de Hartmann ne traite pas spécifiquement de la genèse du traumatisme psychique, mais elle fournit un cadre pour comprendre comment le traumatisme peut affecter le fonctionnement du Moi.

Selon cette théorie, le Moi autonome ou Moi conflictuel ou Moi-plaisir est associé aux pulsions instinctuelles et aux besoins immédiats de l'individu ; il est dominé par les pulsions et les désirs inconscients ; il cherche à satisfaire les besoins et les impulsions de l'individu, sans tenir compte des réalités externes ; il est le siège des conflits intrapsychiques et des mécanismes de défense. Tandis que le Moi synthétique ou Moi fonctionnel ou Moi-réalité est responsable de l'adaptation aux exigences de la réalité et de la société. Le Moi synthétique joue un rôle crucial dans la régulation des impulsions du Moi autonome et dans la gestion des tensions internes et externes ; il est responsable du contact avec la réalité extérieure ; il gère les fonctions adaptatives comme la perception, la pensée, la mémoire, etc. ; il permet à l'individu de s'ajuster aux exigences du monde réel.

Selon Hartmann (1967), ces deux aspects du Moi coexistent et interagissent constamment. Un équilibre entre ces deux dimensions est nécessaire pour une adaptation saine à l'environnement. Des perturbations dans cette dynamique entre le Moi-réalité (Moi fonctionnel) et le Moi-plaisir (Moi conflictuel) peuvent mener à des problèmes psychologiques tel que le trouble de stress post-traumatique.

5.1.1.2. Rappel de la théorie du Coping Religieux

Pargament (1997) dans sa théorie sur le coping religieux/spirituel présente cinq fonctions de la religion comme stratégie d'adaptation. Ce sont : la fonction de recherche de signification, la fonction de contrôle, la fonction de transformation de vie, la fonction d'intimité/ spiritualité, la fonction de confort / spiritualité. Face à une situation stressante, l'individu va se servir de sa relation subjective à la religion pour remplir chacune de ces fonctions.

En plus de ces fonctions de la religion dans les situations stressantes, Pargament a également conceptualisé des styles de coping religieux, au nombre de trois (3) : le coping religieux de style autodirigé, le coping religieux de style passif et le coping religieux de style collaboratif. Selon lui, face à un événement traumatique, chaque personne aura tendance à faire recours à l'un de ces styles de coping, cela suivant la relation qui entretient avec le sacré, sa communauté religieuse et les diverses pratiques religieuses.

5.1.2. Apport des théories

Dans cette partie, nous allons présenter la contribution de chaque théorie dans la compréhension des résultats de l'étude. Nous parlerons des théories du Moi duel (Hermann, 1967) et du Coping religieux/spirituel (Pargament, 1997). Cette dernière est utilisée pour appréhender la contribution des stratégies d'adaptations axées sur la religion/spiritualité dans le processus pour faire face au stress post-traumatique des victimes civiles de conflit armé ; ce qui est l'objectif de notre étude. La théorie du Moi duel est convoquée pour explorer le développement du traumatisme psychique ainsi que la mise sur pied des stratégies d'adaptation ou de défense par le Moi.

5.1.2.1. Apport de la théorie de « l'ego affectif »

- La théorie du Moi duel explore le développement du traumatisme psychique sous divers aspects :

Lorsqu'une personne est confrontée à un traumatisme psychique, sous forme d'évènement traumatisant ou répété, cela a un impact significatif sur le fonctionnement du Moi. Le Moi synthétique peut être débordé par l'intensité des émotions et des sensations associées au traumatisme, ce qui rend difficile la régulation des impulsions du Moi autonome. Dans de tels cas, le Moi autonome peut prendre le dessus, entraînant des réactions impulsives, une

hyperactivation des mécanismes de coping ou une dissociation pour échapper à l'expérience traumatique.

Face à un évènement traumatique, le Moi-réalité tend à se briser. Pour se protéger de cet évènement traumatique trop intense, le Moi peut se cliver en deux parties distinctes : un Moi dit "normal" et un Moi dit "traumatisé". Ce clivage permet de maintenir une partie du Moi préservée de l'expérience traumatique, mais engendre une dissociation intrapsychique. Un évènement traumatique peut perturber durablement l'équilibre dynamique entre le Moi-réalité et le Moi-plaisir. Le Moi-plaisir peut alors prendre le dessus, avec un déni de la réalité traumatique, ou à l'inverse le Moi-réalité peut devenir trop rigide et inhiber l'expression des émotions liées au trauma. Cette perturbation de l'équilibre contribue à l'installation d'un traumatisme psychique. Lorsque le Moi-réalité et le Moi-plaisir entrent de manière récurrente en conflit sans qu'un équilibre ne soit trouvé, cela crée une tension intrapsychique importante. Cette situation conflictuelle non résolue se traduit par des symptômes du traumatisme psychique. Le fonctionnement psychologique est alors marqué par une désorganisation interne et une difficulté à s'adapter de manière harmonieuse, ce qui engendrera un trouble de stress post-traumatique.

Lorsqu'un évènement particulièrement choquant ou menaçant survient, le Moi-réalité habituellement chargé de gérer la relation à la réalité, peut se trouver submergé et perdre temporairement sa capacité à faire face à la réalité ; ne pouvant plus assurer ses fonctions d'adaptations. Avec l'effondrement du Moi-réalité, le Moi-plaisir se retrouve sans défense face à l'évènement traumatique. Cette partie du Moi, dominée par les pulsions et les désirs inconscients, n'est pas équipée pour gérer seule une expérience aussi intense et déstabilisante. Ainsi, l'effondrement brutal du Moi-réalité et l'exposition non-filtrée du Moi-plaisir à l'évènement traumatique provoque une désorganisation psychologique soudaine et intense. Cette rupture de l'équilibre habituel entre les deux aspects du Moi est à l'origine du caractère traumatique de l'expérience. De même, après l'évènement, la dynamique entre le Moi-réalité et le Moi-plaisir peut rester durablement perturbée ; cela peut s'expliquer par le clivage du Moi, un déni de la réalité et une rigidité excessive du Moi-réalité, contribuant à l'installation d'un traumatisme psychique.

La désorganisation soudaine de l'équilibre entre le Moi-réalité et le Moi-plaisir engendre un sentiment d'impuissance et de perte de contrôle chez l'individu qui se retrouve privé des capacités adaptatives du Moi-réalité, l'individu se sent démuni et incapable de faire face à la

situation traumatique. Cette désorganisation psychologique provoquée par l'évènement traumatique entraîne une désintégration temporaire du Moi. La perte de l'unité du Moi accentue encore le sentiment d'impuissance et de vulnérabilité face à la situation. La dynamique entre les deux Moi peut être perturbée pour un long moment, ce qui contribuera à l'installation d'un sentiment chronique d'impuissance et d'incapacité à maîtriser sa propre existence. C'est ainsi que nos participants dans leurs discours vont faire ressortir l'impuissance et la vulnérabilité ressentie :

***Mme I dit :** « Je me disais comment je vais faire avec ces enfants voilà le père est mort, ma coépouse qui était avec moi est partie aussi et m'a abandonné aussi les enfants ».*

***Mr J dit :** « Je me disais comment je vais faire. »*

***Mme I relate :** « J'étais en train de marcher comme ça là, subitement je tombe à terre parce que j'étais vraiment traumatisée (...) ils ont dit qu'il faut fermer ta bouche, c'est ce qu'ils m'ont dit et moi je tremblais et je suis assise à terre (...). Moi-même je me sentais comme déjà un cadavre, je ne savais même plus que je suis dans le monde. »*

D'autre part, le Moi synthétique peut également réagir au traumatisme en développant des stratégies de coping centrées sur les émotions, le problème et/ou l'évitement. Par exemple, une personne victime d'un traumatisme peut développer des stratégies pour faire face à la douleur émotionnelle intense. L'on trouve également des personnes qui s'appuient sur la religion/ spiritualité. La mise en place des stratégies d'adaptation, également appelées stratégies de coping, est étroitement liée à la théorie du Moi duel. Les stratégies de coping font référence aux efforts cognitifs et comportementaux déployés par un individu pour faire face aux défis, aux stress et aux demandes de la vie.

➤ La mise sur pied des stratégies d'adaptation ou de défense par le Moi.

Cette théorie du Moi duel de Hartmann souligne le rôle du Moi synthétique (fonctionnel, réalité) dans la mise en place des stratégies de coping pour gérer les tensions internes et externes. Les stratégies de coping sont mises en œuvre par le Moi synthétique afin de réguler les impulsions du Moi autonome (conflictuel, plaisir) et de favoriser l'adaptation aux exigences de la réalité. Comprendre cette dynamique est utile pour développer des compétences d'adaptation et promouvoir une bonne santé psychologique. La mise en place des stratégies d'adaptation par le Moi suite à un évènement traumatique peut s'expliquer de la manière suivante :

Après l'effondrement initial du Moi-réalité face à l'évènement traumatique, le Moi cherche à rétablir un nouvel équilibre entre ses deux aspects. Ce processus est progressif et a pour objectif de restaurer les capacités adaptatives du Moi-réalité tout en intégrant l'impact de l'expérience traumatique. Pour faire face à cette situation, le Moi va développer de nouvelles fonctions et compétences au-delà de celles qui ont été perturbées. Ces nouvelles compétences peuvent impliquer les capacités d'introspection, de régulation émotionnelle et de résolution de problèmes (mécanismes de coping).

Selon cette théorie, le Moi synthétique est responsable de la régulation des impulsions du Moi autonome et de l'adaptation aux exigences de la réalité et de la société. Ainsi, les stratégies de coping sont en grande partie mises en œuvre par le Moi synthétique pour gérer les tensions internes et externes. Lorsqu'une personne est confrontée à des situations stressantes ou à des évènements difficiles, le Moi synthétique mobilise des stratégies de coping pour rétablir l'équilibre et favoriser l'adaptation. Ces stratégies peuvent être de nature cognitive, émotionnelle ou comportementale.

Au niveau cognitif, les stratégies de coping peuvent impliquer la réévaluation des pensées négatives ou des interprétations erronées de la situation, la recherche de soutien social. Par exemple, une personne confrontée à un traumatisme psychique va utiliser des stratégies cognitives pour identifier des stratégies alternatives ou solliciter l'aide de sa communauté ou réexaminer la situation afin de la voir d'un autre point de vue. Mme I dans ce discours utilise une stratégie cognitive pour voir sa situation sous un autre angle :

Mme I dit : « Je prends ma Bible ; je lis, je lis et après maintenant l'idée me vient que toutes ces choses-là, ça n'a pas commencé avec moi et ça ne finira pas avec moi, donc c'est là ce qui m'aide dans tout ça. »

Au niveau émotionnel, les stratégies de coping peuvent inclure l'expression émotionnelle, la régulation des émotions ou l'acceptation des émotions difficiles. Par exemple, une personne confrontée à une perte peut utiliser des stratégies émotionnelles pour exprimer sa tristesse, trouver des moyens de se consoler ou chercher un soutien affectif auprès d'autres personnes. Nous pouvons constater cela au travers de ces propos.

Mme I dit : « J'ai constaté que vraiment j'ai beaucoup de frères en Christ ; j'ai beaucoup de frères en Christ parce que chacun vient avec des conseils, ils me conseillent beaucoup et là ça m'a vraiment réconforté jusqu'à ce que maintenant même pour aller dans les groupes à l'église, je suis même déjà la première je peux dire, parce que vraiment j'ai des frères qui m'aident beaucoup dans la prière, avec des conseils en Christ. Je suis même membre du groupe des femmes. »

Au niveau comportemental, les stratégies de coping peuvent impliquer l'adoption de comportements adaptatifs pour faire face au stress ou à l'adversité. Cela peut inclure l'engagement dans des activités de relaxation, l'exercice physique, la planification et l'organisation, ou l'évitement des situations stressantes lorsque cela est approprié. Par exemple, une personne confrontée à des difficultés relationnelles peut utiliser des stratégies comportementales pour prendre des pauses régulières, pratiquer des techniques de relaxation ou éviter temporairement les interactions stressantes.

Dans les cas les plus sévères, le Moi peut être amené à se réorganiser en profondeur pour intégrer l'expérience traumatique. C'est le cas par exemple de Mme I qui après avoir abandonné sa confiance en Dieu et les pratiques religieuses se retrouve à y retourner pour chercher du réconfort ; cela implique un changement de comportement de sa part.

Mme I dit : « Quand les BH sont arrivés, c'était vraiment troublant jusqu'à ce qu'on a quitté aller vivre ailleurs. Je ne me sentais pas en moi-même. J'avais même déjà abandonné l'église. Après ça quand on est revenu au village, on a suivi un cours à Maroua et ça m'a réconforté ; vraiment j'ai encore repris ma relation avec le Seigneur jusqu'aujourd'hui. »

M. J dit : « Dieu m'aide beaucoup dans tout cela et m'a accordé aussi que je sois ancien de l'église, je suis responsable (...). Qu'il faut que je me confie totalement à mon Seigneur et je me suis confié à Dieu et c'est ça même qui m'a fait que même je ne voudrais plus quitter le village comme les autres ont quitté et ont abandonné le village, moi je ne fais

Enfin, le Moi cherche à trouver un nouvel équilibre fonctionnel, en s'appuyant sur ses capacités adaptatives. Ce processus d'ajustement psychologique permet de reconstruire un sentiment de cohérence et de maîtrise, malgré les séquelles du traumatisme.

Le Moi met donc en place diverses stratégies de défense psychologique pour se protéger contre les effets déstabilisants de l'évènement traumatique. Cela peut prendre la forme de mécanismes de coping axés sur la spiritualité comme : la méditation des Saintes Ecritures, la prière, la recherche du soutien communautaire, etc.

5.1.2.2. Apport de la théorie du « coping religieux »

➤ Apport des différents styles de coping religieux/ spirituel

A la suite d'un évènement traumatique, le traumatisme psychique crée un sentiment de perte de sens et de contrôle sur sa vie ; la religion/spiritualité peut fournir un cadre interprétatif permettant de donner un sens à l'évènement traumatique, de le situer dans une perspective plus

large. Cette compréhension aide la victime à se créer un sentiment de cohérence et de maîtrise face à la souffrance.

Mme I dit : « Je prends ma Bible ; je lis, je lis et après maintenant l'idée me vient que toutes ces choses-là, ça n'a pas commencé avec moi et ça ne finira pas avec moi, donc c'est là ce qui m'aide dans tout ça. »

Monsieur J : « Bien que je ne sais pas l'avenir, mais pour le moment, je me bats avec la Parole de Dieu (...). Il faut que je me confie totalement à mon Seigneur et je me suis confier à Dieu et c'est ça même qui m'a fait que même je ne voudrais plus quitter le village comme les autres ont quitté et ont abandonné le village, moi je ne fais pas ça parce que j'ai mis ma confiance en Dieu et que Dieu fasse ce qu'il veut. Moi je me confie en mon Seigneur et le Seigneur est entrain de m'aider. »

La foi et les pratiques religieuses quant à eux offrent des ressources pour réguler les émotions difficiles comme les sentiments d'impuissance et de vulnérabilité, le repli sur soi, les pensées et images intrusives, le désespoir. Nous voyons également que cela amène nos participants comme Mme P a pardonné à ceux qui leur font du mal, à ne pas développer de la rancune à leur endroit. Ce qui naturellement lui donne de réguler ses émotions et d'améliorer son état psychologique.

Madame P : « Je me confie seulement en prière, ça c'est la seule solution que je fais (...). Il m'a aidé en ce que la rancune n'est plus en moi, je ne garde plus rancune contre quelqu'un et je pardonne aussi facilement quelqu'un, même les mauvais gens-là. Même si je fais la prière, quand même, je les ai pardonnés dans mon cœur ; ce sont les choses qui m'ont aidé. »

Madame I : « Ce qui m'aide dans tout cela, il y a du temps où je commence à... la pensée sur ces choses-là me vient des fois et quand ça me vient, je commence à pleurer, à pleurer, à pleurer... et j'entre dans ma chambre, je pleure, je pleure, après un instant, quelque chose me dit de prendre ma Bible, je prends ma Bible ; je lis, je lis et après maintenant l'idée me vient que toutes ces choses-là, ça n'a pas commencé avec moi et ça ne finira pas avec moi, donc c'est là ce qui m'aide dans tout ça (...). Dieu merci, je n'ai pas de problème, j'ai une bonne relation avec mon Dieu. Je me confie dans la prière, j'ai 3 jours dans la semaine que je consacre à la prière pour moi personnellement. Les jours que je consacre à la prière c'est toujours ensemble avec l'étude de la Bible. »

Monsieur J : « Je suis toujours fidèle à la Parole de Dieu depuis que j'ai cru. Les BH quand même sont venus, j'ai été troublé, mais par la grâce de Dieu ça va. »

La foi en un être supérieur bienveillant, les cultes et la connexion à une communauté procurent un sentiment de sécurité et d'espoir. Cela permet de surmonter plus facilement les moments de souffrance intense.

Madame I : « Je continu, je ne manque pas l'église. Il n'y a rien qui a changé, on a de bonnes relations (...). Actuellement, ce qui m'aide beaucoup pour tout cela c'est que ma relation avec Dieu est vraiment renforcée je peux dire (...). Dieu a montré sa puissance dans ma vie. »

Monsieur J : « Je n'ai rien contre mon Dieu, je suis toujours en relation avec mon Seigneur. Bien que je souffre de la maladie, mais je suis toujours avec mon Dieu (...). Je me bats pour la lecture de la Bible, parce que lire la Bible c'est ça qui me donne aussi la vie (...). Dieu m'aide beaucoup dans tout cela et m'a accordé aussi que je sois ancien de l'église, je suis responsable (...). Je n'ai pas grand-chose, seulement que je demande à ce que les gens prient, continuent à prier pour nous parce que je n'ai pas dans ma tête l'envie de quitter ce village, j'aime beaucoup mon village. »

L'implication religieuse fournit un réseau de soutien communautaire et émotionnel précieux. Le sentiment d'appartenance à un groupe partageant les mêmes valeurs et croyances renforce l'estime de soi et le sentiment de contrôle. Ces liens sociaux et ce sentiment d'appartenance à une communauté favorisent l'ajustement psychologique nécessaire pour faire face au stress post-traumatique.

Madame I : « Je suis même membre du groupe des femmes (...). J'ai constaté que vraiment j'ai beaucoup de frères en Christ, j'ai beaucoup de frères en Christ parce que chacun vient avec des conseils, ils me conseillent beaucoup et là ça m'a vraiment réconforté jusqu'à ce que maintenant même pour aller dans les groupes à l'église, je suis même déjà la première je peux dire, parce que vraiment j'ai des frères qui m'aident beaucoup dans la prière, avec des conseils en Christ. »

Monsieur J : « Je n'ai rien contre les membres de l'église, nous sommes en bonne relation. Si ce n'est pas dans le cas où je suis malade, je pars toujours à l'église. »

Certaines personnes développent à travers leur marche spirituelle une nouvelle compréhension d'elles-mêmes et de leur place dans le monde. Cette transformation du soi

inclut un sentiment de croissance personnel, de connexion à quelque chose de plus grand que soi. Le processus de reconstruction identitaire aide aussi à dépasser les effets les plus dommageables du traumatisme.

Madame I : « Avant BH, j'avais de bonnes relations avec mon Dieu, je participais même dans plein de groupes. Quand les BH sont arrivés, c'était vraiment troublant jusqu'à ce qu'on a quitté aller vivre ailleurs. Je ne me sentais pas en moi-même. J'avais même déjà abandonné l'église. Après ça quand on est revenu au village, on a suivi un cours à Maroua et ça m'a réconforté ; vraiment j'ai encore repris ma relation avec le Seigneur jusqu'aujourd'hui. »

Madame P : « Il m'a aidé en ce que la rancune n'est plus en moi, je ne garde plus rancune contre quelqu'un et je pardonne aussi facilement quelqu'un, même les mauvais gens-là. Même si je fais la prière, quand même, je les ai pardonnés dans mon cœur ; ce sont les choses qui m'ont aidé. »

Les cultes religieux/spirituels offrent des moyens symboliques d'exprimer et d'apaiser la souffrance psychique. Cela contribue à la reconstruction d'un sentiment de sécurité et de maîtrise de la situation.

Madame I : « ça m'a beaucoup aidé et ce sont les versets que j'ai trouvé dans les cours de l'atelier de Maroua-là même qui m'aide beaucoup parce que chaque fois je prends ma Bible je regarde ces versets et je lis et ça me console beaucoup, je me souviens beaucoup plus de 1 Pierre 5 : 7 « Et déchargez-vous sur lui (Dieu) de tous vos soucis, car lui-même (Dieu) prend soin de vous. » qu'on a transformé en chanson, vraiment c'est ça qui me console beaucoup. Actuellement, ça va beaucoup mieux. »

Au vue de tout ce qui précède, le constat que nous faisons dans cette étude est que la stratégie de coping religieux/spirituel la plus utilisée par les participants est le coping religieux de style collaboratif. Et autant les femmes que les hommes sont portés à la développer.

➤ Apport des différentes fonctions du coping religieux/ spirituel

D'autre part, en utilisant les résultats obtenus par Pargament et *al.* (2000) comme référence dans cette recherche, nous pouvons voir une similitude en ce qui concerne les différentes fonctions de la religion dans le processus pour faire face au trouble de stress post-traumatique.

C'est ainsi que nous avons relevé cinq (05) fonctions du coping religieux chez les victimes civiles souffrant de stress post-traumatique tel que décrit par Pargament et *al.* (2000) :

- La fonction de signification : la religion fournit un cadre de signification et de compréhension des événements difficiles, permettant ainsi de leur donner du sens. Et de se faire une raison devant la situation vécue.

Madame I : « *Toutes ces choses-là, ça n'a pas commencé avec moi et ça ne finira pas avec moi, donc c'est là ce qui m'aide dans tout ça.* »

Monsieur J : « *Bien que je ne sais pas l'avenir, mais pour le moment, je me bats avec la Parole de Dieu.* »

- La fonction de contrôle : la religion donne un sentiment de contrôle et de maîtrise face à des situations incontrôlables, en s'appuyant sur la foi en un Être supérieur ou en un dessein divin. Malgré la situation difficile, M. J garde le sentiment de maîtrise, il croit que quelque chose de positif va se produire et même si cela ne se produit pas au moment attendu, cela se produira, car il sait que son Dieu est au contrôle.

Monsieur J : « *Bon, j'ai un enfant actuellement qui a obtenu son Baccalauréat. Par manque de moyen, j'ai prolongé qu'il va continuer ses études l'année prochaine parce que je n'ai pas de moyens. Bon et puis peut-être que Dieu fera quelque chose pour l'année prochaine (...). Il faut que je me confie totalement à mon Seigneur et je me suis confier à Dieu et c'est ça même qui m'a fait que même je ne voudrais plus quitter le village comme les autres ont quitté et ont abandonné le village, moi je ne fais pas ça parce que j'ai mis ma confiance en Dieu et que Dieu fasse ce qu'il veut. Moi je me confie en mon Seigneur et le Seigneur est entrain de m'aider.* »

Madame P : « *Je n'ai pas grand-chose, seulement que je demande à ce que les gens prient, continuent à prier pour nous parce que je n'ai pas dans ma tête l'envie de quitter ce village, j'aime beaucoup mon village.* »

- La fonction d'espoir et de transformation de vie : la religion inspire l'espoir et facilite une transformation positive face à l'adversité.

Madame I : « *Avant BH, j'avais de bonnes relations avec mon Dieu, je participais même dans plein de groupes. Quand les BH sont arrivés, c'était vraiment troublant jusqu'à ce qu'on a quitté aller vivre ailleurs. Je ne me sentais pas en moi-même. J'avais même déjà abandonné*

l'église. Après ça quand on est revenu au village, on a suivi un cours à Maroua et ça m'a réconforté ; vraiment j'ai encore repris ma relation avec le Seigneur jusqu'aujourd'hui. »

- La fonction de réconfort et de soutien : les pratiques et communautés religieuses offrent un soutien émotionnel et social, en procurant un sentiment de réconfort et de connexion.

Madame I : *« J'ai constaté que vraiment j'ai beaucoup de frères en Christ, j'ai beaucoup de frères en Christ parce que chacun vient avec des conseils, ils me conseillent beaucoup et là ça m'a vraiment réconforté jusqu'à ce que maintenant même pour aller dans les groupes à l'église, je suis même déjà la première je peux dire, parce que vraiment j'ai des frères qui m'aident beaucoup dans la prière, avec des conseils en Christ (...). Je me souviens beaucoup plus de 1 Pierre 5 : 7 « Et déchargez-vous sur lui (Dieu) de tous vos soucis, car lui-même (Dieu) prend soin de vous. » qu'on a transformé en chanson, vraiment c'est ça qui me console beaucoup. »*

Monsieur J : *« Je n'ai jamais regretté ma relation avec Dieu. Je suis toujours fidèle à la Parole de Dieu depuis que j'ai cru. »*

Madame P : *« Je me confie seulement en prière, ça c'est la seule solution que je fais (...). Il m'a aidé en ce que la rancune n'est plus en moi, je ne garde plus rancune contre quelqu'un et je pardonne aussi facilement quelqu'un, même les mauvais gens-là. Même si je fais la prière, quand même, je les ai pardonnés dans mon cœur ; ce sont les choses qui m'ont aidé. »*

- La fonction d'intimité avec le divin : l'engagement religieux permet d'établir une relation intime apaisante avec une entité divine.

Madame I : *« Dieu merci, je n'ai pas de problème, j'ai une bonne relation avec mon Dieu. Je me confie dans la prière, j'ai 3 jours dans la semaine que je consacre à la prière pour moi personnellement. Les jours que je consacre à la prière c'est toujours ensemble avec l'étude de la Bible. »*

En résumé, nous pouvons dire que le recours à des stratégies de coping religieux/spirituel est associé à une diminution significative des symptômes du traumatisme psychique chez les personnes ayant vécu des événements traumatiques. Le sentiment de connexion à une divinité favorise une perspective plus sereine face à la souffrance psychique. Cet effet bénéfique est particulièrement marqué pour le coping religieux de style collaboratif, comme la recherche de l'aide de Dieu et du soutien communautaire. Le coping religieux de style collaboratif fournit à l'individu souffrant de traumatisme psychique les capacités et les ressources nécessaires pour le développement de nouvelles perspectives et de ressources

personnelles suite à un évènement traumatique. De même, l'engagement dans des pratiques spirituelles stimule un processus d'ajustement psychologique. Enfin, le fait de faire partie d'une communauté religieuse offre un soutien émotionnel et pratique qui joue un rôle clé dans la guérison des traumatismes et contribue à atténuer les effets désagréables du traumatisme psychique. Toutefois, nous tenons à préciser que l'efficacité de ces stratégies de coping religieux/ spirituel varie en fonction des contextes culturelles et des croyances individuelles des personnes. Dans le cas de notre étude, le style de coping collaboratif est plus bénéfique que les styles de coping autodirigé et passif.

➤ **Interprétation en fonction de l'affiliation religieuse**

Il est constaté dans cette étude que l'affiliation religieuse n'a pas un grand impact sur le processus pour sortir du stress post-traumatique. Les trois participants à cette recherche sont de trois dénominations différentes Mme P est évangélique, Mme I est pentecôtiste et M. J est protestant. Mais nous constatons que les trois ont développé le coping religieux/spirituel de style collaboratif. Les pentecôtistes tout comme les évangélistes mettent davantage l'accent sur une expérience émotionnelle et charismatique de la présence divine, comme le parler en langue, les manifestations de l'Esprit Saint. Cela influence la manière dont ils cherchent du réconfort et de la force face au traumatisme psychique. Ces religions encouragent les croyants à rechercher la guérison miraculeuse et la délivrance du traumatisme par la prière et l'intervention divine. Les protestants évangéliques accordent généralement une plus grande importance au soutien et à l'accompagnement de la communauté de croyants, ce qui facilite un coping religieux collaboratif, car ils travaillent en partenariat avec le divin.

➤ **Interprétation en fonction du genre, de l'âge et du rang dans la fratrie**

Nous avons également constaté que l'âge, le sexe et le rang dans la fratrie peuvent avoir un impact sur le style de coping religieux priorisé ainsi que sur les capacités d'adaptation.

• **L'âge**

En fonction de leur âge, les personnes font différemment face au traumatisme psychique :

Les personnes de 35 ans comme Mme I, ont une plus grande résilience face au traumatisme psychique, avec un retour plus rapide à un fonctionnement normal. Elles ont une meilleure capacité à utiliser des stratégies de coping adaptées comme la recherche du soutien communautaire. Elles ont un risque plus faible de développer un trouble de stress post-traumatique ou d'autres problèmes de santé mentale (Bonanno et al., 2012).

Les personnes de 39 ans comme Mme P les adultes d'une quarantaine d'années font face à des défis spécifiques, ils ont tendance à présenter des symptômes plus sévères et

persistants de stress post-traumatique, en raison d'un vieillissement plus rapide du cerveau. Cependant, leur plus grande expérience de vie peut aussi favoriser certaines capacités d'adaptation (Ogle et al., 2013).

Les adultes entre 40-50 ans comme M. J qui a 43 ans font preuve d'une résilience plus variable face au traumatisme. Certains développent des troubles mentaux chroniques, tandis que d'autres s'adaptent bien grâce à leur maturité émotionnelle. L'adaptation dépend beaucoup des ressources personnelles et sociales mobilisées (Bonanno et Mancini, 2012).

Ces différences au niveau des âges de chaque participant nous aident à mieux comprendre les résultats collectés et également l'analyse qui a été faite.

- ***Le genre***

Les femmes présentent généralement un risque plus élevé de développer un trouble de stress post-traumatique suite à un événement traumatique, comparé aux hommes. Cette différence s'explique par des facteurs biologiques, tels que la réactivité émotionnelle plus importante chez les femmes, ainsi que par des facteurs socioculturels liés à la socialisation et aux rôles de genre (Tolin et Foa, 2006).

Cependant, les femmes démontrent aussi de meilleures capacités d'adaptation à long terme, grâce à une recherche plus active du soutien communautaire (Olf et al., 2007).

Nous sommes du même avis que ces auteurs, car lorsqu'on observe les résultats diagnostics de certains participants, on se rend effectivement compte de ceci : au test du PCL-S, nous observons que le score de Mme I est 77 tandis que celui de M. J est de 69. Ce qui signifie que Mme I est souffre d'un stress post-traumatique plus sévère que M. J. mais dans le long terme, nous avons constaté que Mme I se remettait plus rapidement et mieux que M. J (cela a été abordé dans l'analyse non verbal).

- ***Le rang dans la fratrie***

Les enfants nés en second dans une famille à l'exemple de Mme I qui est 2^{ème}/ 12 enfants, semblent présenter une plus grande capacité d'adaptation et de résilience face aux événements traumatiques que les aînés. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les cadets bénéficient souvent d'un soutien et d'une attention accrues de la part des parents suite aux défis rencontrés par l'aîné. De plus, les cadets développent généralement des stratégies de coping plus efficaces pour faire face aux adversités, ayant pu observer et apprendre des expériences de leur aîné (Adler et Kessler, 2021). Ces enfants présentent généralement une meilleure capacité d'adaptation sociale et émotionnelle. Ils font preuve d'une plus grande autonomie et indépendance dans la résolution de problèmes, car souvent moins surprotégés que les aînés, ils

apprennent à se débrouiller et à trouver des solutions par eux-mêmes. Ils ont tendance à être plus créatifs et à adopter une perspective originale sur les situations. Ils développent généralement une plus grande capacité d'empathie et de compréhension des autres. Ils montrent aussi souvent plus de flexibilité et d'adaptabilité dans leurs comportements. Le fait d'être le deuxième enfant semble conférer de nombreux avantages en terme d'adaptation aux situations difficiles.

Selon une étude d'Erickson et al. (2023), les enfants qui naissent plus tard dans de grandes fratries (à partir de 5ème enfant dans une famille de 10 enfants par exemple) à l'exemple de M. J qui est 6^{ème}/10 enfants semblent présenter des capacités d'adaptation face au traumatisme psychique légèrement plus faible que les cadets de fratries plus petites. Ils ont tendance à développer davantage de problèmes de comportement et d'anxiété suite à un évènement traumatique, contrairement aux autres. Ils bénéficient d'un soutien parental et familial plus limité à cause du grand nombre d'enfants. Ils ont moins d'opportunités de développer des stratégies de coping efficaces. Cependant, ils démontrent tout de même une bonne résilience et capacité d'adaptation, bien que légèrement moindre que leurs cadets de fratries plus restreintes.

Dans une revue de la littérature, Bergström et al. (2022), les enfants nés dans les derniers rangs de très grandes fratries (à partir de 10 enfants) à l'exemple de Mme P qui est 13^{ème}/13 enfants, présentent très souvent un risque plus élevé de problèmes de santé mentale et de comportement suite à un évènement traumatique. Ils ont d'énormes difficultés à développer des stratégies de coping efficaces, du fait du manque d'attention et de ressources parentales. Ils ont une moins grande résilience émotionnelle et psychologique, en raison du contexte familial plus chaotique et stressant.

5.1.3. Relation entre coping religieux et traumatisme psychique

La notion de religion est apparue en psychologie dès le début du siècle dernier, avec William James (1902) qui écrit sur "les variétés de l'expérience religieuse" pour évaluer l'efficacité de la religion quant à son impact positif dans la vie d'un individu. Dans cette perspective, on parlera de coping religieux/spirituel (Pargament, 1997) qui verra le jour. Plus tôt, la notion de traumatisme psychique avait déjà été étudiée de façon spécifique (Freud, 1920). Toutefois, quel que soit la période, la relation entre religion et traumatisme psychique s'explique au travers des stratégies mis sur pied par le Moi fonctionnel pour faire face aux évènements stressants du quotidien (Hartmann, 1967). Sous le spectre de l'approche psychanalytique, les résultats de notre étude révèlent l'action du coping religieux de style

collaboratif comme étant l'une des stratégies mise sur pied par le Moi fonctionnel pour s'aider à faire face efficacement au traumatisme psychique.

L'étude montre que les céphalées et problèmes psychosomatiques, le repli sur soi, les cauchemars et pensées intrusives, l'évitement observés chez les personnes souffrantes de trouble de stress post-traumatique se sont vus être atténués, voire même disparaître chez certains participants grâce au coping religieux de style collaboratif. Ces résultats sont en accord avec les travaux de Pargament (1997) selon lesquels face à des situations particulièrement stressantes et qui menaceraient la vie de l'individu, celui-ci serait plus à même selon son contexte et la relation subjective qu'il entretient avec la religion à mettre sur pied des stratégies de coping religieux/ spirituel orienté vers différent style de coping (collaboratif, autodirigé ou passif).

En résumé, tout comme pour l'ensemble des stratégies d'adaptation, l'efficacité des stratégies de coping spirituelles varie en fonction du type et du niveau de stress vécu. Les stratégies spirituelles peuvent être autant à connotation positive que négative, religieuse ou spirituelle. Elles varieront entre autres en fonction des croyances des individus.

5.2. PERSPECTIVES DE L'ÉTUDE

Depuis plusieurs années, le Cameroun est le terrain de nombreux conflits armés. C'est pourquoi, dans la présente étude, à la lumière des modèles théoriques du Moi duel (Hartmann, 1967) et du Coping religieux (Pargament, 1997), et en utilisant l'approche psychanalytique, nous avons tenté de montrer que le coping religieux/ spirituel joue un rôle important dans le processus pour faire face au traumatisme psychique. Pour y parvenir, nous avons focalisé notre intérêt sur des victimes civiles de conflit armé atteints de trouble de stress post-traumatique. Ceci signifie que nous avons privilégié l'individu au détriment de son groupe (famille, communauté).

L'analyse et l'interprétation des données collectées chez nos participants, révèle que ceux-ci souffriraient d'un état de stress post-traumatique qui se manifeste selon Ovambe (2023) par : des céphalées et problèmes psychosomatiques, le repli sur soi, les cauchemars et pensées intrusives, l'évitement. Selon lui, ces symptômes apparaissent chez des personnes ayant été confrontées à des situations qui menacerait leur intégrité physique (ou celui d'un proche), ou qui susciterait d'intenses sentiments d'impuissance, de vulnérabilité et de peur.

En étudiant l'apport du coping religieux dans le processus pour faire face au TSPT chez des victimes civiles de guerre. L'étude a révélé que cette stratégie axée sur la religion contribue

à un fort ajustement psychologique au travers des différents styles de coping religieux/spirituel. Par ailleurs, il a été révélé dans l'étude que les victimes civiles de guerre souffrant de stress post-traumatique avaient essentiellement adoptés des stratégies d'adaptation axées sur le coping religieux de style collaboratif. Pour investiguer davantage sur le coping chez ces participants, nous envisageons une étude longitudinale. Cette recherche aura pour objectif d'identifier plus spécifiquement et profondément les méthodes religieuses adaptatives utilisées par ces victimes civiles pour faire face au traumatisme psychique.

Cette étude révèle la nécessité d'une prise en compte de l'aspect religieux comme stratégie d'adaptation dans le processus pour faire face au stress post-traumatique. Plus concrètement, elle propose de tenir compte de la foi de l'individu lors des bilans psychologiques et lors de l'administration des psychothérapies lorsqu'on est en face des cas de traumatisme de guerre. Elle montre également que le choix de la psychothérapie axée sur la religion chez certains patients pourrait être plus efficace qu'une autre, car à ce niveau on prend l'individu sur un plan holistique. Cette étude met également en exergue l'utilité du rapport subjectif de l'individu à la religion pour aider les personnes souffrant de trouble de stress post-traumatique. Pour le personnel de la santé, notamment ceux qui font la prise en charge du traumatisme psychique, l'étude réitère l'apport de la prise en compte du rapport subjectif de l'individu à la religion. Elle révèle que le coping religieux de type collaboratif a un grand impact sur l'aménagement psychologique des personnes souffrantes de conflits psychiques à l'origine du trouble de stress post-traumatique.

Pour continuer à questionner l'impact du coping religieux sur le traumatisme, une étude clinique objectivant est envisageable. Il s'agira d'évaluer l'influence des scores du coping religieux sur l'ajustement psychologique des victimes de guerre souffrant de stress post-traumatique.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Peut-on effacer la mémoire d'un enfant ? Enfouir un traumatisme ? L'empêcher de grossir, de faire racines, de ronger une vie ? Pourquoi pas, après tout. [...] Pour vivre avec un traumatisme, il faut l'affronter, le verbaliser, l'accepter.

Michel Bussi

Cette étude intitulée « *Coping religieux/ spirituel et traumatisme psychique chez des victimes de conflit armé au Cameroun : Une étude de cas* » ; a été abordée sous l'angle de la psychopathologie et clinique. Le problème à résoudre était celui de l'apport du coping religieux dans le processus pour une victime de guerre de faire face au TSPT. C'est dans cette perspective que la question suivante a été posée « *Quel est l'apport de la religion/spiritualité dans le processus d'ajustement psychique face au traumatisme psychique présent chez les victimes de conflits armés au Cameroun ?* »

En utilisant une approche psychanalytique et en s'appuyant sur la théorie du Moi duel de Heinz Hartmann ainsi que sur la théorie du coping religieux de Pargament, nous avons formulé l'hypothèse selon laquelle « *Le coping religieux/ spirituel joue un rôle important dans l'ajustement psychique chez des individus victime de guerre, pour les aider à faire face efficacement au traumatisme psychique* ». Par conséquent, l'objectif visé par cette étude était celui d'appréhender l'apport de la religion dans le processus d'ajustement psychologique des populations victimes de guerre faisant face au traumatisme psychique. N'étant pas la première à aborder cette thématique, il nous est revenu d'explorer la documentation scientifique y relative.

Les chapitres un et deux concernent la littérature sur le traumatisme psychique et le coping religieux, ainsi que les interrelations entre le traumatisme psychologique et le coping religieux. Pour ce qui est du traumatisme psychique, nous avons visité son historique, les conceptions sur l'évènement potentiellement traumatique, les types de traumatismes psychique, les modèles explicatifs du traumatisme psychique, et l'état de stress post-traumatique. Concernant la notion de coping religieux, nous avons parcouru les concepts de coping et de religions / spiritualité ; nous avons vu le lien entre psychologie et religion, coping et religion ; et nous avons vu l'impact du coping religieux sur le traumatisme psychique. En ce qui concerne les interrelations entre le coping religieux et le stress post-traumatique, nous nous sommes attardés sur l'apport du coping religieux dans le processus pour faire face au traumatisme psychique. Cette investigation nous a conduit à la recherche des théories pouvant nous guider dans cette étude.

Nous nous sommes servis de la théorie du Moi duel de Hartmann (1967) pour fournir une perspective sur la manière dont le traumatisme peut perturber l'équilibre entre le Moi autonome et le Moi synthétique ; et aussi pour expliquer le rôle du Moi synthétique dans la mise en place des stratégies de coping pour gérer les tensions internes et externes tout en favorisant l'adaptation aux exigences de la réalité. La théorie du coping religieux de Pargament (1997) nous a aidé à mettre en lien les stratégies de coping mis sur pied par le Moi duel pour

se défendre lors d'un évènement traumatique et la spiritualité. Ces deux théories nous ont aidé à conduire notre recherche. Mais au-delà de ces appuis théoriques, il nous a fallu une méthodologie bien définie.

Pour ce travail, nous avons utilisés la méthode clinique. Nous nous sommes particulièrement servis de l'étude de cas. Cette méthode a été choisie pour sa capacité à fournir une analyse détaillée du phénomène étudié dans son contexte. La recherche qualitative qui a pour objet d'étude quant à elle l'étude des phénomènes humains en vue de plus de compréhension et d'explication a été le type de recherche utilisé. Suivant nos critères d'inclusion et d'exclusion, l'échelle de traumatisme (PCL-S), nous avons pu obtenir trois participants. Il s'agit des individus victimes de guerre et souffrant de TSPT de Mme P, Mme I, Mr J ; âgés respectivement de 39, 35 et 43 ans. Après l'élaboration du guide d'entretien, les données ont été collectées au travers des entretiens semi-directifs. Nous nous sommes entretenus avec chacun des participants. La technique d'analyse de contenu des entretiens axées sur une analyse longitudinale et une analyse transversal a été utilisée pour l'analyse des résultats.

Il ressort des résultats de cette étude que le traumatisme psychique est apparu chez ces participants de façon soudaine, intense, imprévisible, indescriptible et incontrôlable. Puis il s'est installé sur les divers plans (émotionnel, comportemental, psychosomatiques et cognitif). Ces participants ont essentiellement adopté les stratégies de coping axées sur la religion/spiritualité. Ces résultats ont été interprétés à travers l'approche psychanalytique.

Les résultats de cette étude accordent donc une pertinence clinique à l'hypothèse de départ qui était de montrer "le rôle que joue le coping religieux dans l'ajustement psychique chez des individus victime de guerre, pour les aider à faire face efficacement au traumatisme psychique. En perspective, pour continuer à questionner l'impact du coping religieux sur le traumatisme psychique chez des victimes de guerre, une clinique objectivante peut être envisagée. Il s'agira alors d'évaluer l'influence des scores du coping religieux sur l'ajustement psychologique des victimes de guerre souffrant de stress post-traumatique. Comme implication, cette étude a réitéré la nécessité d'une prise en compte du rapport subjectif de l'individu à la spiritualité, ceci lors de la prise en charge psychologique.

➤ **Vécu et impact du contre-transfert lors de cette recherche**

La prise en compte du contre-transfert dans l'étude du traumatisme psychique est importante dans la mesure où le sujet du traumatisme psychique suscite très souvent des réactions émotionnelles fortes chez le chercheur, notamment de l'empathie, de l'anxiété, de la

tristesse, etc. Il est donc nécessaire d'identifier et de gérer ces réactions pour éviter qu'elles n'interfèrent avec l'objectivité de la recherche.

Parfois, nous avons remarqué que nous nous identifions beaucoup à certains participants, notamment ceux qui avaient perdu des choses que nous possédions ; nous trouvions cela injuste. Cela pouvait nous conduire à être plus attentive à leurs témoignages ou à les valoriser de manière disproportionnée. Malgré nos efforts pour rester neutre, nous avons parfois eu conscience de porter des jugements, même implicites, sur les choix de vie ou les comportements de certaines personnes. Cela pouvait influencer la manière de questionner les participants et d'interpréter leurs réponses. La peur de blesser ou de traumatiser lors des entretiens en abordant des sujets sensibles, nous a fait ressentir de l'appréhension à trop approfondir certains aspects, de peur de faire revivre des émotions douloureuses aux participants. Cette retenue a pu limiter l'exploration de certains thèmes importants. Le désir de « sauver » ou de « réparer » nous a quelques fois poussé à vouloir à tout prix « aider » ou « améliorer » la situation de certains participants que je perdais un peu notre rôle de chercheur neutre et nous nous retrouvions à déprimer car ne pouvant pas les « sauver » ou les « aider » au-delà de ce que nous faisons déjà. Ainsi, nous nous sommes retrouvées plusieurs fois en larme à cause de la détresse de nos participants. Après des séances d'entretiens, nous ressentions de la fatigue, voire de l'épuisement, ce qui a pu se traduire par une écoute moins attentive ou un manque d'enthousiasme dans nos relances.

Pour tenter de limiter l'impact de ces réactions contre-transférentielles sur la qualité des données recueillies, nous avons mises sur pieds quelques stratégies comme la rédaction systématique de nos impressions et réactions émotionnelles à l'issue de chaque entretien, pour mieux les identifier et les prendre en compte ; la discussion de façon régulière de ces aspects contre-transférentiels avec l'équipe de recherche, afin de bénéficier d'un regard extérieur ; l'entraînement à une écoute plus active et empathique, tout en maintenant une posture neutre et objective ; veiller à ne pas interrompre les participants de manière prématurée et à laisser une place suffisante à l'expression de leurs points de vue.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Adler, N., et Kessler, R.C. (2021). Birth order and resilience to trauma : A longitudinal study of sibling pairs. *Journal of traumatic stress*, 34(2), 345-358.
- Ai, A. L., Peterson, C., et Huang, B. (2003). The Effect of Religious-Spiritual Coping on Positive Attitudes of Adult Muslim Refugees From Kosovo and Bosnia *International Journal for the Psychology of Religion*, 13(1), 29-47.
- Alhasnawi, S., et al. (2009). Trauma and psychiatric disorders in Iraq. *Archives of General Psychiatry*, 66(9), 978-986.
- Ameline, A. (2017). Religion et discrimination. Université de Nantes.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd). Elsevier Masson.
- Aron, R. (1995). *Sociologie de la guerre*, éditions Gallimard.
- Barrois, C. (1998). Traumatisme second ; le rôle aggravant des milieux socioprofessionnel, familial, médical dans l'évolution du syndrome de stress post traumatique. *Anale medico-psychologique*, 7(156), 579-584.
- Béguet, V. (2011). Entre psychopathologie et religion/ spiritualité : le sens « guérisseur ». *Ethnologies*, 33 (1), 219-238.
- Bergevin, S. (2019). Etude su coping spirituel, du bien-être spirituel et de l'adaptation au stress chez les 16-24 ans fréquentant un centre d'éducation aux adultes. Université du Québec à Trois-Rivières.
- Bergström, M., Fransson, E., Modin, B., Berlin, M., Gustafsson, P.A., et Hjern, A. (2020). Fifty moves a years : is there an association between joint physical custody and psychosomatic problems in children ? *Journal of epidemiology and community health*, 74(3), 192-198.
- Bonanno, G.A., et Mancini, A.D. (2012). Beyond resilience and PTSD : Mapping the heterogeneity of responses to potential trauma : theory, research, practice, and policy, 4(1), 74.
- Bonanno, G.A., Westphal, M., et Mancini, A.D. (2011). Resilience to loss and potential trauma. *Annual review of clinical psychology*, 7, 511-535.
- Borst, G. et Cachia, A. (2022). *Les méthodes en psychologie* (3^{ed}). Que sais-je ?
- Bounaira, W. (2009). L'entretien en présence d'un interprète, 8 (271), 48-50.

- Bourdon, D.-E. (2021). Les croyances fondamentales et les stratégies d'adaptations dans la thérapie cognitivo-comportementale pour le TSPT. Université du Québec à Montréal.
- Branchi, S. (2014). Spiritualité, troubles anxieux-dépressifs et qualité de vie dans le champ de la santé et de la maladie. Université de Lorraine – Site de Metz.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2001). CONCEPTS, STRESS, COPING : le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Recherche en soins infirmiers*, 1(67), 68-80.
- Busso, N., Rappaport, J., et Prilleltensky, I. (Eds.). (2002). Handbook of community psychology. Springer Science et Business Media.
- Castro, S. (2005). Violence sociopolitique, Stress Post Traumatique et le fait religieux pour y faire face : une étude comparative en Colombie, 5(2), 97-107.
- Castro, S. (2009). *Trauma, religion et culture : Les divers rôles de la religion dans le processus pour faire face à la violence organisée en Colombie*. Université du Québec à Montréal.
- Centre de recherche sur l'épidémiologie des catastrophes (CRED). (2020). EM-DAT : The Emergency Events Database.
- Chapelle, N. (2013). *L'enfer du retour : témoignages et vérités sur le syndrome post-guerre*. Paris : le Grand livre du mois.
- Clausewitz, C. V. (1995). Les types de guerre. Editions Champ Vallon.
- Collier, P. (2003). Les coûts économiques des conflits armés. Edition Banque mondiale.
- Comité International de la Croix Rouge (CIRC). (2019). Les conséquences humanitaires des conflits armés. Edition CIRC.
- Crocq, L. (1999). Les traumatismes psychiques de guerre. Odile Jacob.
- Crocq, L. (2014). Traumatismes psychiques : Prise en charge psychologique des victimes. Elsevier Masson.
- David, C-P., et Schmitt, O. (2020). La guerre et la paix : Définir les termes, 47-91.
- Dumez, H. (2016). Méthodologie de la recherche qualitative : : *Les 10 questions clés de la démarche compréhensive* (3^{ed}). Vuibert.
- Durkheim, E. (1968). Les formes élémentaires de la vie religieuse (5 ed.). Paris : Presses Universitaires de France.

- Dursun, P., et al. (2019). Prevalence of post-traumatic stress disorder among military personnel after deployment to combat zones : A meta-analysis. *Journal of Military and Veterans'Health*, 27(3), 9-22.
- Ehlers, A., et Clark, D., M. (2000). A cognitive model of post-traumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319-345.
- Erikson, J., Samuelsson, K., et Hägglöf, B. (2023). Birth order and trauma response in large families. *Family process*, 62(1), 123-139.
- Fazel, M., et al. (2005). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries : Risk and protective factors. *The Lancet*, 365(9467), 1309-1315.
- Forgues, B., Vandangeon-Derumez, I., Garreau, L. (2007). Analyses longitudinales. Dans, *Méthodes de recherche en management* p. 411-442.
- Fortin, M.-F., et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (3e édition). Chenelière Éducation.
- Freud, S. (1927). Totem et tabou. Paris : PUF.
- Freud, S. (1995). L'avenir d'une illusion (6 ed.). Paris : PUF.
- Gallegos, C.A., et al. (2020). Posttraumatic stress disorder among survivors of Cyclone Idai in Mozambique : A population-based survey. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 1-8.
- Geninet, I. et Marchand, A. (2007). La recherche de sens à la suite d'un évènement traumatique. *Santé mentale au Québec*, 32(2), 11-35.
- Geninet, I., et Marchand, A. (2008a). La recherche de sens à la suite d'un événement traumatique. *Santé mentale au Québec*, 32(2), 11-35.
- Grawitz, M. (2001). *Méthodes des sciences sociales* (11^{ed}). Dalloz.
- Hadi, A., et al. (2018). Post-traumatic stress disorder, depression, and anxiety among Syrian refugees in Jordan : Findings from a mental health needs assesment. *Conflict and Healyh*, 12(1), 1-10.
- Hartmann, H. (1967). Commentaire sur la théorie psychanalytique du Moi (1950). *Revue française De psychanalyse : organe officiel de la Société psychanalytique de Paris*, XXXI (3).

- Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCR). (2021). Global Trends : Forced Displacement in 2020.
- Herman, J. (1997). *Trauma and recovery: The aftermath of violence from domestic abuse to political terror*. New York : Basic Books.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD : A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391.
- Hill, P. C. et Pargament, K. I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of Religion and spirituality. Implications for Physical and Mental health research. *American psychologist*, 58(1), 441-448.
- Hood, R.W. (2003). *Handbook of the Psychology of Religion an Spirituality*. Guilford Press.
- Howard, M. (1984). *La guerre, origines et théories*, éditions du Seuil.
- Human Rights Watch. (2021). Cameroon.
- International Crisis Group. (2021). Cameroon.
- Jalloh, M.F., et al. (2018). Impact of Ebola experiences and risk perceptions on mental health in Sierra Leone, July 2015. *BMJ Global Health*, 3(2), e000471.
- Jeandel, J. (2016). *Quand la voix de Dieu fait appel : l'exemple de Saint Augustin*. Université de Côte d'Azur.
- Johnson, K., et al. (2010). Association of sexual violence and human rights violations with physical and mental health in territories of the Eastern Democratic Republic of the Congo. *JAMA*, 304(5), 553-562.
- Josse, E. (2007). Le traumatisme psychique : Quelques repères notionnels. *JIDV 15* (Tome 5, numéro 3-Juillet 2007).
- Josse, É. (2019). *Le traumatisme psychique chez l'adulte* (2e éd., révisée et augmentée). De Boeck supérieur.
- Kaldor, M. (2013). *Typologie des conflits armés*, éditions Fayard.
- Karam, E.G., et al. (2014). Cumulative traumas and risk thresholds : 12-months PTSD in the World Mental Health (WMH) surveys. *Depression and Anxiety*, 31(2), 130-142.
- Keegan, J. (1976). *Histoire de la guerre*, éditions Perrin.

- Kendler, K. S., Liu, X.-Q., Gardner, C. O., McCullough, M. E., Larson, D., et Prescott, C. A. (2003). Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and Substance use disorders. *American journal of psychiatry*, 160(3), 496-503.
- Kinyanda, E., et al. (2012). Prevalence and risk factors of major depressive disorder in HIV/AIDS as seen in semi-urban Entebbe district, Uganda. *BMC Psychiatry*, 12(1), 1-11.
- Knapp, M.L., et Hall, J.A. (2013). *Nonverbal Communication in Human interaction*. Cengage Learning.
- Koenen, K.C., et al. (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 47(13), 2260-2274.
- Koenig, H. G., McCullough, M. E., et Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health*. New york : Oxford University Press.
- Ladouceur, R., Marchand, A., et Boisvert, J.-M. (2009). *Les troubles anxieux : Approche cognitive et comportementale*. Montréal : Gaétan Morin.
- Lalumière, M. (Maj) (2003). *Stress au Combat : Menace Pour les Membres des Forces Canadiennes*. <http://198.231.69.12/papers/csc29/exnh/lalumiere.htm> consulté le 20 Août 2015.
- Lasserre, F., et Lebœuf, A. (2008). *Guerres et environnement*. Editions Presses de l'Université.
- Lazarus, R. S., et Folkman, S. (1984). « Stress, appraisal, and coping ». New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Lazarus, R., et Launier, R. (1978). « Stress-related transactions between persons and environment », in L. A. Pervin et M. Lewis (Eds), *Perspectives in international psychology*, New York, Plénum, p. 287-327.
- Le Bailly, M. (1993). *Le statut de la représentation chez Freud (de 1915 à 1923) et chez Lacan (de 1936 à 1953)*. Goethe – Institut Toulouse.
- Lebigot, F. (2006). *Le traumatisme psychique*. Ministère de la Communauté française.
- Lebigot, F. (2009). *Le traumatisme psychique : Stress et trauma*, 9(4) : 201-204.
- Makani, W. (2023). *Désétayage social et capacité de symbolisation chez le déplacé interne de la crise dite anglophone dans le nord - ouest Cameroun*. Université de Yaoundé1.
- Marie Anaut, *Trauma, vulnérabilité et résilience*, connexions 2002/ 1 (°77), p. 101-118

- Mbarga, O., et Douanla, B. (2023). Promouvoir la résilience chez les soldats africains engagés dans les opérations. Generis.
- Mbiti, J. (1969). Religions et philosophie africaines.
- Münkler, H. (2003). Les nouvelles guerres. Editions Flammarion.
- Neugebauer, R., et al. (2009). Post-traumatic stress disorder after the genocide in Rwanda : A population-based study of predictors of clinically relevant cases in an eastern province. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(8), 693-699.
- Neuner, F., et al., (2008). Psychological trauma and evidence for enhanced vulnerability for posttraumatic stress disorder through previous trauma among West Nile refugee. *BMC Psychiatry*, 8(1), 1-11.
- Ogle, C.M., Rubin, D.C., Berntsen, D., et Siegler, I.C. (2013). The frequency and impact of exposure to potentially traumatic events over the life course. *Clinical psychological science*, 1(4), 426-434.
- Olf, M., Langeland, W., Draijer, N., et Gersons, B.P. (2007). Gender differences in posttraumatic stress disorder. *Psychological bulletin*, 133(2), 183.
- OMS. (2013). Guidelines for the management of conditions that are specifically related to stress. Geneva : World Health Organisation.
- OMS. (2019). Global statut report on violence prevention 2019. Geneva : World Health Organisation.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2020). Mental Health and Psychosocial Support during the COVID-19 Pandemic.
- Ovambe, M. (2016). Etat acrophobie et vécu traumatique au parcours du combattant chez les Recrues de l'armée camerounaise : Une étude de cas. Université de Yaoundé 1.
- Oxford Research Group. (2020). The Global Costs of violence : How to Calculate the Cost of Armed Conflict and Terrorism.
- Papazian-Zohrabian, G. (2018). *Traumas, Traumatisme, Adaptation et Résilience : Quels concepts pour quelles pratiques ?* Université de Montréal.
- Pargament, K. (1997). The psychology of religion and coping : theory, research, practice. The guilford press.

- Pargament, K. I., Zinnbauer, B. J., Scott, A. B., Butter, E. M., Zerowin, J., et Stanik, P. (1998). Red flags and religious coping : Identifying some religious warning signs among people in crisis. *Journal of clinical psychology*, 54(1), 77-89.
- Pargament, K., Hathaway, W., Kennell, J., Grevengoed, N., Newman, J., Jones, W. (1988). Religion and the problem-solving process : Three styles of coping. *Journal of the scientific study of religion*, 27(1) : 90-104.
- Pargament, K.I., et Exline, J.J. (2013). *APA handbook of psychology, religion, and spirituality (Vol 1) : Context, theory, and research*. American Psychological Association.
- Paris, R., et Sisk, T. (2009). *Guerres civiles et construction de la paix*. Editions Karthala.
- Park, C. L. (2005). Religion as a meaning-making framework in coping with life stress. *Journal of Social Issues*, 61(4), 707-729.
- Rapport du Secrétaire Général de l'ONU sur la protection des civils dans les conflits armés. (2021).
- Revercez, M. (2022). *La résilience, la spiritualité et la religion chez les adultes ayant vécu un parcours d'exil*. Université de Liège.
- Robert, M. (1988). *Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie (3^{ed})*. Edisem.
- Roberts, B., et al. (2009). Factors associated with post-traumatic stress disorder and depression amongst internally displaced persons in northern Uganda. *BMC Psychiatry*, 9(1), 1-10.
- Roquefort, D. (2002). *L'envers d'une illusion ; Freud et la religion (Texte Révisés)*. Ramonville Saint-Agne, 2002, Erès, p.210.
- Seal, K.H., et al. (2009). Prevalence of mental disorders among US military personnel in the combat zone : A meta-analysis, *Archives of General Psychiatry*, 66(3), 250-258.
- Serge, A. L. (2022). *Violences sexuelles et traumatisme : une approche clinique et projective du fonctionnement psychique des adolescents victimes au Cameroun*. Université de Lausanne.
- Sharan, P., et al. (2006). Trauma and mental health in relation to the 2004 tsunami : Overview of five countries. *International Journal of Social Psychiatry*, 52(4), 293-298.
- Siegenthaler, E. (2019). *Perspectives croisées sur la classe d'intégration et le quotidien : quand les réfugiés et les enseignants racontent leurs expériences*. Université de Neuchâtel.

- Simich, L., Beiser, M., et Mawani, F. N. (2003). Social support and the significance of shared experience in refugee migration and resettlement. *Western journal of nursing research*, 25(7), 872-891.
- SIPRI Yearbook. (2021). Stockholm International Peace Research Institute (SIPRI).
- Spitz, É., Costantini, M.-L., et Baumann, M. (2007). Détresse psychologique et stratégie de coping des étudiants de première années universitaire. *Stress et trauma*, 7(3), 217-225.
- Steel, Z. et al. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement : A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 302(5), 537-549.
- Stoltenborgh, M., et al. (2011). A global perspective and child sexual abuse : Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16(2), 79-101.
- Tarquinio C. et Auxéméry Y. (2022). Manuel des troubles psychotraumatiques : De l'identité traumatisée aux personnalités multiples, cairn info, p. 117-142.
- Terr , L.C. (1991). Childhood traumas. *Am. J. Psychiatry*, 148, 10-20.
- Thabet, A.A., et al. (2008). Trauma, PTSD, anxiety, and depression among Palestinian children in the Gaza Strip. *British Journal of Psychiatry*, 194(3), 274-279.
- Tolin, D.F., et Foa, E.B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder : a quantitative review of 25 years of research. *Psychological bulletin*, 132(6), 959.
- Tremblay, G., et L'Heureux, F. (2002). L'intervention psychosociale auprès des hommes : Un modèle émergent d'intervention clinique. *Intervention*, 116, 13-25.
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). (2019). Mental Health and Psychosocial Support for refugees, Asylum Seekers and Internally Displaced Persons.

ANNEXES

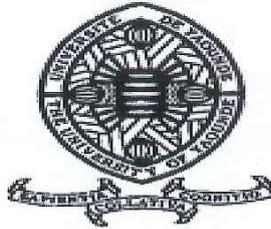
Annexe 1 : ATTESTATION DE RECHERCHE

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix - Travail - Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DES ARTS LETTRES ET
SCIENCES HUMAINES



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace - Work - Fatherland

UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF ARTS LETTERS
AND HUMANS SCIENCES

ATTESTATION DE RECHERCHE

Je soussigné **NGUIMFACK Léonard**, Professeur des Universités, Coordonnateur adjoint du Laboratoire de Psychologie du développement et du mal développement, atteste que **TIWA LONTSI Carine**, Matricule **18I376** a libellé son sujet de Master II, option Psychopathologie et Clinique ainsi qu'il suit : « *Coping religieux/spirituel et traumatisme psychique chez des victimes de conflit armé au Cameroun : Une étude de cas* ».

Ce travail de recherche qui s'effectuent sous la direction du **Docteur ONDOUA Laura** de l'Université de Yaoundé I nécessitent une investigation sur le terrain, en vue de la collecte des données indispensables à sa finalisation.

En foi de quoi la présente attestation lui est délivrée pour valoir et servir ce que de droit.

Fait à Yaoundé le

Coordonnateur du Laboratoire de
Développement et de Mal
développement

P.O. Coordonnateur Adjoint

Ngumfack Léonard
Professeur Titulaire des Universités

Annexe 2 : FORMULAIRE DU CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRE

Je soussigné(e), Mr/Mme/Mlle

Avoir été sollicité(e) à participer aux travaux de mémoire de master de *Tiwa Lontsi Carine*, étudiante en Master II à l'Université de Yaoundé I, Département de Psychologie, dont le sujet est intitulé « *Coping religieux et stress post-traumatique chez des victimes de conflit armé au Cameroun : Une étude de cas* » a pour objectif principal de comprendre les stratégies d'adaptation religieux mis en place par ces derniers pour faire face au traumatisme psychique. Ce mémoire est dirigé par le Docteur Ondoua Laura de l'Université de Yaoundé I. cette étude n'implique aucun risque, mais certaines questions pourraient engendrer de l'inconfort. La participation à cette étude se fait sur base volontaire et n'est pas rémunérée. Vous avez le droit de ne pas y participer ou de stopper votre participation à n'importe quel moment, sans aucune justification. Les données seront traitées de façon anonyme et confidentielle. Si vous souhaitez davantage d'information à propos de l'étude, vous pouvez nous contacter via le 674 19 61 64 ou par mail à l'adresse : karinetiwa@gmail.com.

- J'ai bien compris l'objectif de cette étude ;
- J'ai reçu toutes les réponses aux questions que j'ai posé ;
- Les risques et bénéfices m'ont été présentés et expliqués ;
- J'ai bien compris que je suis libre d'accepter ou de refuser d'y participer ;
- Mon consentement ne décharge pas l'étudiant chercheur de ses responsabilités, je conserve tous mes droits garantis par la loi.

J'accepte librement de participer à cette étude dans les conditions précisées.

Fait à Yaoundé le

Etudiant chercheur

Participant(e)

Annexe 3 : CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

(1) Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.

(2) La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

(1) Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions.

(2) Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse.

(3) Impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication).

(4) Sentiment de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause.

(5) Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause.

C. Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

(1) Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme.

(2) Efforts pour éviter les activités, les endroits où les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme.

(3) Incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme.

(4) Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.

(5) Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.

(6) Restriction des affects (p. ex., pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie).

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

(1) Difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu.

(2) Irritabilité ou accès de colère.

(3) Difficultés de concentration.

(4) Hypervigilance.

(5) Réaction de sursaut exagérée.

E. La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier si : Aigu : si la durée des symptômes est de moins de trois mois.

Chronique : si la durée des symptômes est de trois mois ou plus.

Spécifier si : Survenue différée : si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress.

APA, DSM-IV, 1994, pp. 209-211 (Ovambe, 2016)

Annexe 4 : PTSD CHECKLIST FOR DSM-IV (PCL-S), WEATHERS, LITZ, KEANE, PALMIERI, MARX ET SCHNURR (2011)

PCL-S

Nom : _____ Prénom : _____ Âge : _____ Sexe : _____ Date : / / .

Instructions

Veillez trouver ci-dessous une liste de problèmes et de symptômes fréquents à la suite d'un épisode de vie stressant. Veuillez lire chaque problème avec soin puis veuillez entourer un chiffre à droite pour indiquer à quel point vous avez été perturbé par ce problème dans le *mois précédent*.

L'événement stressant que vous avez vécu était (décrivez-le en une phrase) : _____

Date de l'événement : ____ / ____ / ____

	Pas du tout	Un peu	Parfois	Souvent	Très souvent
1. Être perturbé(e) par des souvenirs, des pensées ou des images en relation avec cet épisode stressant.	1	2	3	4	5
2. Être perturbé(e) par des rêves répétés en relation avec cet événement.	1	2	3	4	5
3. Brusquement agir ou sentir comme si l'épisode stressant se reproduisait (comme si vous étiez en train de le revivre).	1	2	3	4	5
4. Se sentir très bouleversé(e) lorsque quelque chose vous rappelle l'épisode stressant.	1	2	3	4	5
5. Avoir des réactions physiques, par exemple battements de cœur, difficultés à respirer, sueurs lorsque quelque chose vous a rappelé l'épisode stressant.	1	2	3	4	5
6. Éviter de penser ou de parler de votre épisode stressant ou éviter des sentiments qui sont en relation avec lui.	1	2	3	4	5
7. Éviter des activités ou des situations parce qu'elles vous rappellent votre épisode stressant.	1	2	3	4	5
8. Avoir des difficultés à se souvenir de parties importantes de l'expérience stressante.	1	2	3	4	5
9. Perte d'intérêt dans des activités qui habituellement vous faisaient plaisir.	1	2	3	4	5
10. Se sentir distant ou coupé(e) des autres personnes.	1	2	3	4	5
11. Se sentir émotionnellement anesthésié(e) ou être incapable d'avoir des sentiments d'amour pour ceux qui sont proches de vous.	1	2	3	4	5
12. Se sentir comme si votre avenir était en quelque sorte raccourci.	1	2	3	4	5
13. Avoir des difficultés pour vous endormir ou rester endormi(e).					
14. Se sentir irritable ou avoir des bouffées de colère.	1	2	3	4	5
15. Avoir des difficultés à vous concentrer.	1	2	3	4	5
16. Être en état de super-alarme, sur la défensive, ou sur vos gardes.	1	2	3	4	5
17. Se sentir énérvé(e) ou sursauter facilement.	1	2	3	4	5

Score total | _ | _ | _ | _ |

Annexe 5 : GUIDE D'ENTRETIEN

Préambule

Bonjour Madame/ Monsieur,

Je suis étudiante en Psychologie à l'Université de Yaoundé 1. Je fais une étude sur l'apport de religion face au processus pour faire face au traumatisme psychique. Je m'intéresse surtout aux victimes de guerre souffrant de stress post-traumatique. Avant d'y arriver, s'il vous plaît j'aimerais que vous me permettiez de prendre des notes pendant notre échange. Je vous garantis de la confidentialité de ces entretiens.

Identification

Identifiant :

Fratrie :

Age :

Niveau d'étude :

Sexe :

Religion :

Ethnie :

Région d'origine :

Motif de consultation :

- **Thème 1** : traumatisme psychique,
 - Sous thème 1 : la survenue du traumatisme psychique,
 - Sous thème 2 : les manifestations et conséquences du traumatisme sur la vie de l'individu,
- **Thème 2** : coping religieux/ spirituel,
 - Sous thème 1 : le vécu de la religion/ spiritualité par l'individu,
 - Sous thème 2 : l'impact du coping religieux sur le stress post-traumatique.

Annexe 6 : CORPUS DES ENTRETIENS AVEC MADAME I

Etudiante : Merci d'avoir accepté de participer à cette étude en signant le consentement éclairé. Maintenant que vous connaissez qui nous sommes et quel est l'objectif de cette recherche, nous souhaitons que vous commenciez par faire une présentation civile détaillée de vous.

Madame I : Je suis un membre de la communauté Hdi. Je suis couturière. Je suis âgée de 35 ans et je suis de sexe féminin. Je suis veuve j'ai été mariée pendant 16 ans. Je suis 2eme sur 12 enfants, 2 sont morts et nous sommes maintenant au nombre de 8 enfants. L'aîné est un homme. Je suis de la région de l'Extrême-Nord, du village Turu. Je suis chrétienne d'une église de réveil. Je suis veuve ; et mère de 6 enfants mais j'élève 9 car après le décès de notre mari, ma coépouse est partie en me laissant ses enfants. Je suis arrivée dans les locaux de SIL Cameroun en février 2023. Je suis là à cause du mal être dû à la perte de son mari et le départ de sa coépouse. Je ne connaissais rien, on est venu me dire qu'il y'a un enseignement à Maroua et on m'a désigné et c'est comme ça que je suis allée. J'étais sous le choc à cause de la mort de son mari.

Etudiante : Qu'est-ce qui s'est passé pour que le traumatisme commence chez vous ?

Madame I : En ce temps-là, j'étais vraiment traumatisée, j'étais entrain de marcher comme ça là, subitement je tombe à terre parce que j'étais vraiment traumatisée, je me disais comment je vais faire avec ces enfants voilà le père est mort, ma coépouse qui était avec moi est partie aussi et m'a abandonné aussi les enfants, tout ça. Ce qui m'a réjoui pour que je me retrouve actuellement parce que quand on parle ici et là dans les ateliers de l'église, il y a aussi des aides qu'on me donne, tout ça m'aide à rétablir.

Etudiante : Qu'est-ce qui s'est passé le jour où votre mari est décédé ?

Madame I : On était dans un village dans une ville appelée Madadali, parce que les BH ont tué le mari de ma sœur, nous ont était parti pour rendre condoléance à la famille et au retour maintenant, mon mari et moi, on a trouvé des gens comme des soldats en brousse et on se disait est-ce qu'il y a des soldats en brousse, on se posait la question. Mon mari a dit que ce sont les mauvais gens-là il faut vraiment fuir et chacun suivait son chemin et on courait. Comme mon mari était un homme, lui il a quand même avancé et ces gens sont venus ils m'ont arrêté, ils ont dit qu'il faut fermer ta bouche, c'est ce qu'ils m'ont dit et moi je tremblais et je suis assise

à terre et ils ont poursuivi mon mari et lui ont donné des coups de fusil. Lorsque moi je suis tombée à terre là, j'étais évanouie, je ne savais plus tout ce qui se passait et en ce temps-là, on portait déjà le cadavre de mon mari, et moi on m'a porté, on m'a amené à l'hôpital, j'ai passé la nuit là-bas. Le matin alors je suis retournée à la maison, on avait déjà enterré mon mari en ce temps-là, comme on avait enterré, je ne savais pas, le traumatisme m'a encore pris et j'étais devenue comme une folle, actuellement, la santé va beaucoup mieux parce qu'on m'a amené à l'hôpital, on m'a traité, le fait que de temps en temps ça me gonflait la tête (la tête gonfle comme si on l'a tapé sur la tête) là c'est fini, actuellement ça va beaucoup mieux, j'étais tellement traumatisée.

Etudiante : Qu'est-ce que vous avez ressenti à ce moment-là, quand vous avez repris connaissance ?

Madame I : Moi-même je me sentais comme déjà un cadavre, je ne savais même plus que je suis dans le monde, je n'avais pas grand-chose, ça fait 4 semaines que j'étais à l'hôpital et on m'a dit que la tension a trop baissé et qu'il fallait que je mange beaucoup de sel.

Etudiante : Qu'est-ce qui vous a le plus fait mal dans cette histoire ?

Madame I : Ce qui me fait plus mal, un d'abord c'est la mort de mon amour (son mari), deuxièmement, l'étude de mes enfants parce que je ne sais plus quoi faire pour soutenir ces enfants dans leurs études, voilà les plus grandes choses qui me dérangent, même jusqu'aujourd'hui, cela me fait mal.

Etudiante : Qu'est-ce qui vous a aidé jusqu'ici pour gérer ce traumatisme ?

Madame I : Ce qui m'aide dans tout cela, il y a du temps où je commence à... la pensée sur ces choses-là me vient des fois et quand ça me vient, je commence à pleurer, à pleurer, à pleurer... et j'entre dans ma chambre, je pleure, je pleure, après un instant, quelque chose me dit de prendre ma Bible, je prends ma Bible ; je lis, je lis et après maintenant l'idée me vient que toutes ces choses-là, ça n'a pas commencé avec moi et ça ne finira pas avec moi, donc c'est là ce qui m'aide dans tout ça.

Etudiante : Avant les attaques de BH, comment était sa relation avec Dieu, y a-t-il eu des changements depuis ?

Madame I : Avant BH, j'avais de bonnes relations avec mon Dieu, je participais même dans plein de groupes. Quand les BH sont arrivés, c'était vraiment troublant jusqu'à ce qu'on a quitté

aller vivre ailleurs. Je ne me sentais pas en moi-même. J'avais même déjà abandonné l'église. Après ça quand on est revenu au village, on a suivi un cours à Maroua et ça m'a réconforté ; vraiment j'ai encore repris ma relation avec le Seigneur jusqu'aujourd'hui.

Etudiante : Comment est votre relation avec Dieu aujourd'hui (prière, étude des Saintes écritures, rapport avec la communauté) ?

Madame I : Dieu merci, je n'ai pas de problème, j'ai une bonne relation avec mon Dieu. Je me confie dans la prière, j'ai 3 jours dans la semaine que je consacre à la prière pour moi personnellement. Les jours que je consacre à la prière c'est toujours ensemble avec l'étude de la Bible. Je continue, je ne manque pas l'église. Il n'y a rien qui a changé, on a de bonnes relations. Je suis même membre du groupe des femmes.

Etudiante : Comment votre relation avec Dieu vous a aidé à pouvoir gérer tout ça ?

Madame I : Actuellement, ce qui m'aide beaucoup pour tout cela c'est que ma relation avec Dieu est vraiment renforcée je peux dire, parce que avant même pour aller à l'église c'est des fois que je pars mais actuellement depuis que ces choses-là sont arrivées, j'ai constaté que vraiment j'ai beaucoup de frères en Christ, j'ai beaucoup de frères en Christ parce que chacun vient avec des conseils, ils me conseillent beaucoup et là ça m'a vraiment réconforté jusqu'à ce que maintenant même pour aller dans les groupes à l'église, je suis même déjà la première je peux dire, parce que vraiment j'ai des frères qui m'aident beaucoup dans la prière, avec des conseils en Christ. Dieu a montré sa puissance dans ma vie. Parce que à chaque fois que j'avais toujours des inquiétudes, voyant comment je dois faire pour vivre, comment mes enfants vont faire pour continuer leurs études. J'ai vu dans tout ça le Seigneur qui a agi et a fait sa volonté ; donc je sais que Dieu est là entrain d'écouter ma prière et je crois que le Seigneur va agir.

Etudiante : Comment l'atelier de l'Eglise sur le TH vous a aidé à pouvoir gérer votre traumatisme ?

Madame I : ça m'a beaucoup aidé et ce sont les versets que j'ai trouvés dans les cours de l'atelier de Maroua-là même qui m'aide beaucoup parce que chaque fois je prends ma Bible je regarde ces versets et je lis et ça me console beaucoup, je me souviens beaucoup plus de 1 Pierre 5 : 7 « Et déchargez-vous sur lui (Dieu) de tous vos soucis, car lui-même (Dieu) prend soin de vous. » qu'on a transformé en chanson, vraiment c'est ça qui me console beaucoup. Actuellement, ça va beaucoup mieux. Seulement ça vient de temps en temps quand il y a un cas que les BH

ont commis, peut-être qu'ils ont tué quelqu'un et que mon cœur a senti cela là ; bon ça peut arriver, mais ça ne dure pas. Si non quand même je peux dire que ça va beaucoup mieux.

Etudiante : Est-ce que vous avez autre chose à ajouter ?

Madame I : Moi j'ai seulement la joie ; que le Seigneur vraiment vous donne la manière d'aller plus en avant comme vous le faites actuellement pour aider des personnes comme moi, ce n'est que ça que je peux dire.

Etudiante : Nous vous remercions pour votre disponibilité. S'il y'a autre chose, nous vous ferons part. merci !

Annexe 7 : GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS AVEC MADAME I

Thèmes	Code s	Indices	codes	Observations		
				-	0	+
Coping autodirigé	A	Sentiment de contrôle sur ma vie	a			Aa
		Possession du sens de la paix et du confort	b		0	
		Dieu m'a tout donné	c		0	
Coping passif	B	C'est la volonté de Dieu	d		0	
		Dieu résout mes problèmes à ma place	e			Be
		Prier et lire la Bible pour éviter de penser à mes problèmes	f			Bf
Coping collaboratif	C	Proximité avec Dieu	g			Cg
		Aide dans la résolution des problèmes	h			Ch
		Dieu me montres comment gérer les problèmes	i			Ci
Traumatisme psychique	D	Confrontation avec le réel de la mort	j			Dj
		Trauma	k			Dk
		Stress post - traumatique	l			Dl

Annexe 8 : CORPUS DES ENTRETIENS AVEC MONSIEUR J

Etudiante : Merci d'avoir accepté de participer à cette étude en signant le consentement éclairé. Maintenant que vous connaissez qui nous sommes et quel est l'objectif de cette recherche, nous souhaitons que vous commenciez par faire une présentation civile détaillée de vous.

Monsieur J : Je suis membre de la communauté Hdi à l'Extrême-Nord du pays, dans le village Turu. Je suis un papa de 11 enfants et est âgé de 43 ans. Je suis marié depuis 28 ans. Je suis le 6^e enfants sur 10 enfants. Les aînés sont 4 hommes et une femme. J'étais commerçant mais avec les attaques de BH et ma santé qui va mal, je suis maintenant cultivateur. Je suis de la religion protestante. Elle est arrivée dans les locaux de SIL Cameroun en février 2023. Je suis là à cause du mal être dû à la perte d'un proche. Ce qui m'a poussé à aller à Maroua c'est que quand quelqu'un part à une formation, il y a quelque chose qu'il va bénéficier. Pour recevoir le nécessaire afin d'avoir plus de forces dans la Parole de Dieu. Il y a un trouble que les BH ont ramassé tout ce qui est dans la maison, tout ce qui est comme vivre, comme bien matériel. Ils ont tout ramassé, mais pas pour moi seul, même tout le village ; donc personne ne dort chez lui. Ça se sont des choses troublantes quand même. Dans la vie et surtout dans cette situation, quand quelqu'un est en difficulté, là même tu sens que je suis entrain de souffrir. Et si tu ne pars pas dans la Parole de Dieu, ça te console. Dans ma grande famille, ce n'est que moi seul qui est au village actuellement, tous sont partis.

Etudiante : Comment le traumatisme a commencé chez vous ?

Monsieur J : Le jour-là, BH est venu et moi-même à peine j'ai réussi à me sauver de leurs mains.

Etudiante : Qu'est-ce que vous avez ressenti à ce moment-là ?

Monsieur J : Ce jour-là, ça m'a vraiment traumatisé, je suis tombé malade au même instant jusqu'à ce qu'on m'a amené à l'hôpital.

Etudiante : Vous souffrez de quelle maladie pour qu'on vous amène à l'hôpital ?

Monsieur J : Ce n'était pas une maladie, le traumatisme m'a pris et je suis tombé malade. En plus de ça aussi, je passais des nuits sans dormir et voilà encore le problème. C'est ça qui m'a pris, je suis tombé malade jusqu'à ce qu'on m'a amené à l'hôpital.

Etudiante : Qu'est-ce qui vous a le plus fait mal quand ça s'est passé ?

Monsieur J : En ce temps-là, d'un d'abord mon père est vieux, on le portait en partant sinon il ne peut pas se tenir lui-même et puis voilà encore le problème qui est arrivé là, je me disais comment je vais faire.

Etudiante : Avez-vous ressenti autre chose par rapport à ce qui s'est passé ?

Monsieur J : Ce qui me traumatise même actuellement là, j'ai voulu que mes enfants fassent une étude approfondie, je n'ai pas les moyens et voilà encore des problèmes chaque jour autour de moi, c'est ça qui me traumatise même. Bon, j'ai un enfant actuellement qui a obtenu son Baccalauréat. Par manque de moyen, j'ai prolongé qu'il va continuer ses études l'année prochaine parce que je n'ai pas de moyens. Bon et puis peut-être que Dieu fera quelque chose pour l'année prochaine.

Etudiante : Comment allez-vous depuis notre dernier échange, y a-t-il du nouveau ?

Monsieur J : Je vais beaucoup mieux. La maladie que j'ai là, des fois je me sens mieux, des fois je suis malade. Avant c'était la typhoïde, mais maintenant je ne sais pas si ce sont les pensées concernant BH qui reviennent. Ma maladie était même avant BH, depuis même les années 2000. Il n'y a pas quelque chose de nouveau depuis, seulement le fait que les BH continuent à nous persécuter là, c'est ça qui est de nouveau, ça même suffit même déjà une maladie. Actuellement tu ne peux pas arriver à la maison tôt le matin, tu ne peux pas arriver à la maison tard le soir. Mercredi passé, les BH sont partis avec le petit frère de ma femme. Ils l'ont arrêté et parti avec lui, ils l'ont kidnappé. Les BH ont fait des embuscades dans les maisons, puisque chaque soir les maisons sont abandonnées. Et dans la nuit, les BH ont occupé ces maisons-là, ils ont passé nuit là-bas. Quand eux alors ils sont rentrés à la maison tôt le matin, bon ... ils étaient à 3. Les BH sont sortis, bondis sur eux et deux personnes ont pu quand même se sauver, mais lui il n'a pas eu la chance de se sauver. Les ceux-là c'était des femmes.

Etudiante : Comment avez-vous géré cette situation traumatisante, quelles sont les stratégies que vous avez utilisées ?

Monsieur J : Bon hein..., pour moi, ce qui m'a beaucoup aidé c'est que lorsqu'on était à Maroua pour l'atelier « ce que l'Eglise peut faire pour guérir des traumatismes » là. Bon quand on était là-bas, vraiment j'ai eu vraiment du réconfort et c'est ça qui m'aide même jusqu'aujourd'hui. Pour le manger, le peu qu'on cultive c'est ça que j'utilise pour le manger ;

mais pour se dire qu'aller à la recherche d'argent ailleurs ou bien travaillé, trouver les moyens là, je n'ai plus cette force là parce que mon corps physique même est malade.

Etudiante : Avant les attaques de BH, comment était sa relation avec Dieu ? y a-t-il eu des changements depuis ?

Monsieur J : Depuis que j'ai cru en Dieu, avant BH, je me bats dans la parole de Dieu ; je suis toujours en relation avec mon Seigneur. Bien que je ne sais pas l'avenir, mais pour le moment, je me bats avec la Parole de Dieu. S'il faut même énumérer, il y a beaucoup qui ont suivi mon exemple. Je n'ai jamais regretté ma relation avec Dieu. Je suis toujours fidèle à la Parole de Dieu depuis que j'ai cru. Les BH quand même sont venus, j'ai été troublé, mais par la grâce de Dieu ça va. Actuellement même, jusqu'à présent on passe nuit dehors, éveillé, on ne dort même pas.

Etudiante : Comment est votre relation avec Dieu aujourd'hui (prière, étude des Saintes écritures, rapport avec la communauté) ?

Monsieur J : Je n'ai rien contre mon Dieu, je suis toujours en relation avec mon Seigneur. Bien que je souffre de la maladie, mais je suis toujours avec mon Dieu. J'ai une journée par semaine pour prier et jeûner, chaque samedi. Bien que je ne vois pas clairement quand même, je me bats pour la lecture de la Bible, parce que lire la Bible c'est ça qui me donne aussi la vie. Je n'ai rien contre les membres de l'église, nous sommes en bonne relation. Si ce n'est pas dans le cas où je suis malade, je pars toujours à l'église. Dieu m'aide beaucoup dans tout cela et m'a accordé aussi que je sois ancien de l'église, je suis responsable.

Etudiante : Comment se passait votre relation avec Dieu avant la situation ?

Monsieur J : Même avant ou même pendant là, j'ai mis ma confiance sur Dieu, je n'ai même pas de problèmes entre moi et Dieu, même si je suis dans les problèmes actuels.

Etudiante : Comment les histoires bibliques vous ont aidé à exprimer votre souffrance ?

Monsieur J : Ces histoires là ça m'a beaucoup aidé et ce sont ces histoires qui m'ont rappelé qu'il faut que je me confie totalement à mon Seigneur et je me suis confié à Dieu et c'est ça même qui m'a fait que même je ne voudrais plus quitter le village comme les autres ont quitté et ont abandonné le village, moi je ne fais pas ça parce que j'ai mis ma confiance en Dieu et que Dieu fasse ce qu'il veut. Moi je me confie en mon Seigneur et le Seigneur est entrain de m'aider. Ça c'est la première des choses même.

Etudiante : Dans cette situation, qu'est-ce que vous pensez que Dieu peut faire pour vous aider à sortir de là ?

Monsieur J : Ce que moi je demande, je veux que le Seigneur m'aide dans ma situation et que je voudrais que les trucs de BH là finissent car jusqu'à présent il y a toujours des attaques, mais ce n'est pas successive comme avant. Donc je voudrais que le Seigneur m'aide et qu'il élimine, enlève tous ces problèmes là pour que je finisse bien ma vie dans mon village. Hier là même, ils (BH) ont enlevé les choses dans un quartier proche de chez nous même ici.

Etudiante : Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Monsieur J : Pour moi il n'y a pas autre chose, seulement que je voudrais que vous m'aidiez dans la prière pour que je continue ma relation avec le Seigneur, et aussi pour mon fils qui vient d'obtenir son Baccalauréat, c'est un enfant paralysé, il n'a pas ses deux jambes, pour que je le laisse à Maroua seul je n'ai pas les moyens, donc c'est ça ma difficulté donc je voudrais que vous me mettiez dans la prière pour tout ça. Je n'ai pas grand-chose à dire, seulement que vous pensez à ce village, prier pour nous les chrétiens pour qu'il y ait quand même un reste dans ce village, ce n'est que ça. Parce que actuellement, toute personne a les larmes aux yeux actuellement.

Etudiante : Nous vous remercions pour votre disponibilité. S'il y'a autre chose, nous vous ferons part. merci !

Annexe 9 : GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS AVEC MONSIEUR J

Thèmes	Codes	Indices	codes	Observations		
				-	0	+
Coping autodirigé	A	Sentiment de contrôle sur ma vie	a	Aa		
		Possession du sens de la paix et du confort	b		0	
		Dieu m'a tout donné	c		0	
Coping passif	B	C'est la volonté de Dieu	d		0	
		Dieu résout mes problèmes à ma place	e		0	
		Prier et lire la Bible pour éviter de penser à mes problèmes	f			Bf
Coping collaboratif	C	Proximité avec Dieu	g	Cg		
		Aide dans la résolution des problèmes	h			Ch
		Dieu me montres comment gérer les problèmes	i		0	
Traumatisme psychique	D	Confrontation avec le réel de la mort	j			Dj
		Trauma	k			Dk
		Stress post - traumatique	l			DI

Annexe 10 : CORPUS DES ENTRETIENS AVEC MADAME S

Etudiante : Merci d'avoir accepté de participer à cette étude en signant le consentement éclairé. Maintenant que vous connaissez qui nous sommes et quel est l'objectif de cette recherche, nous souhaitons que vous commenciez par faire une présentation civile détaillée de vous.

Madame P : Je suis membre de la communauté Hdi. Je suis ménagère et âgée de 39 ans. Je suis de sexe féminin. Je suis de la région de l'Extrême-Nord, du village Turu. Je suis de la religion protestante. Je suis mariée et mère de 9 enfants, je suis enceinte du 10ème. Je suis arrivée dans les locaux de SIL Cameroun en février 2023. Je suis là à cause du mal être dû à la perte d'un voisin proche.

Etudiante : Qu'est-ce qui s'est passé ce jour ?

Madame P : Le jour-là, les BH sont montés puisque c'est un peu du côté, à la frontière là, ils sont montés et ils sont allés trouver la personne et ils l'ont tué.

Etudiante : Comment le traumatisme a commencé chez vous ?

Madame P : Ça m'a tremblé, j'avais même froid comme un froid qui fait trembler quelqu'un là, le corps tremblait ce jour.

Etudiante : à part ce froid avez-vous ressenti autre chose ?

Madame P : Je n'ai plus eu autre chose, mais seulement que dans ma tête, je pensais seulement quitter le village.

Etudiante : Quand BH est arrivé, qu'est-ce qui vous a le plus fait mal ?

Madame P : Bon ce qui me fait mal dans tout ça c'est que ces mauvais gens-là ont visé sur turu pour les faire chasser complètement, c'est ça qui me fait mal.

Etudiante : Au-delà de tout ça, quels sont les manifestations du traumatisme chez vous ?

Madame P : ça se manifeste en... c'est-à-dire que je ne dors pas, j'ai du mal à parler de la bonne manière, même avec son mari ; je n'arrive pas à bien manger, c'est ça qui me dérange.

Etudiante : Comment faites-vous pour gérer ça ?

Madame P : Je me confie seulement en prière, ça c'est la seule solution que je fais.

Etudiante : Comment l'atelier de l'Eglise sur le TH vous a aidé à pouvoir gérer votre traumatisme ?

Madame P : L'atelier m'a beaucoup aidé, il m'a aidé en ce que la rancune n'est plus en moi, je ne garde plus rancune contre quelqu'un et je pardonne aussi facilement quelqu'un, même les mauvais gens-là. Même si je fais la prière, quand même, je les ai pardonnés dans mon cœur ; ce sont les choses qui m'ont aidé.

Etudiante : Est-ce qu'il y a autre chose que vous aimeriez ajouter par rapport à tout ça

Madame P : Je n'ai pas grand-chose, seulement que je demande à ce que les gens prient, continuent à prier pour nous parce que je n'ai pas dans ma tête l'envie de quitter ce village, j'aime beaucoup mon village.

Etudiante : Nous vous remercions pour votre disponibilité. S'il y'a autre chose, nous vous ferons part. merci !

Annexe 11 : GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS AVEC MADAME P

Thèmes	Codes	Indices	codes	Observations		
				-	0	+
Coping autodirigé	A	Sentiment de contrôle sur ma vie	a		0	
		Possession du sens de la paix et du confort	b		0	
		Dieu m'a tout donné	c		0	
Coping passif	B	C'est la volonté de Dieu	d		0	
		Dieu résout mes problèmes à ma place	e	Be		
		Prier et lire la Bible pour éviter de penser à mes problèmes	f	Bf		
Coping collaboratif	C	Proximité avec Dieu	g			Cg
		Aide dans la résolution des problèmes	h			Ch
		Dieu me montres comment gérer les problèmes	i		0	
Traumatisme psychique	D	Confrontation avec le réel de la mort	j			Dj
		Trauma	k			Dk
		Stress post - traumatique	l			DI

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE.....	i
REMERCIEMENTS.....	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	v
LISTE DES ANNEXES	vi
RÉSUMÉ	viii
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
0.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE.....	2
0.2. FORMULATION ET POSITION DU PROBLÈME.....	6
0.3. QUESTION DE RECHERCHE	9
0.4. OBJECTIF DE L'ÉTUDE.....	9
0.5. ORIGINALITÉ ET PERTINENCE DE L'ÉTUDE	9
0.6. INTERÊT DE L'ÉTUDE	10
0.6.1. Intérêt social.....	10
0.6.2. Intérêt culturel.....	11
0.6.3. Intérêt clinique	11
0.7. LEVIERS THÉRAPEUTIQUES.....	12
0.8. CLARIFICATION DES CONCEPTS FONDAMENTAUX DE L'ÉTUDE.....	13
0.8.1. Coping religieux/ spirituel	13
0.8.2. Traumatisme psychique	16
0.8.3. Victime.....	17
0.8.4. Conflit armé	20
PARTIE 1 : CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE	23
CHAPITRE 1 : ÉTAT DES LIEUX SUR LE TRAUMATISME PSYCHIQUE	24
1.1. PRÉSENTATION DU TRAUMATISME PSYCHIQUE.....	25
1.1.1. Historique.....	25
1.1.1.1. La guerre russo-japonaise.....	25
1.1.1.2. La première guerre mondiale (1914-1918).	25
1.1.1.3. La Seconde Guerre mondiale : un conflit armé long et meurtrier.....	26
1.1.1.4. La guerre du Vietnam et la propension du traumatisme psychique.	27
1.1.2. Définition de l'évènement traumatique/ traumatogène.....	28
1.1.2.1. Caractéristiques de l'évènement traumatique selon le DSM	29
1.2. LES TYPES DE TRAUMATISME PSYCHIQUE.....	30

1.2.1. Le traumatisme de type I.....	30
1.2.2. Le traumatisme de type II	31
1.2.3. Le traumatisme de type III.....	32
1.2.4. Le traumatisme de type IV.....	32
1.3. TRAUMATISME PSYCHIQUE	33
1.3.1. Trouble de stress post-traumatique selon le DSM	33
1.3.2. Traumatisme psychique du point de vue psychanalytique	36
1.3.2.1. La confrontation avec le réel de la mort.....	36
1.3.2.2. L'effroi	37
1.3.2.3. La soudaineté.....	37
1.3.2.4. La perception.....	38
1.4. LES FACTEURS QUI INTERVIENNENT DANS LE TRAUMATISME PSYCHIQUE.....	38
1.4.1. La vulnérabilité génétique.....	38
1.4.2. La vulnérabilité pré-morbide	39
1.4.3. L'étayage (soutien social).....	40
1.4.4. La résilience	42
1.4.5. Les stratégies d'adaptation.....	44
1.5. MODÈLE EXPLICATIF DU TSPT.....	45
1.5.1. Approche cognitive.....	45
1.5.1.1. Le modèle de traitement émotionnel.....	46
1.5.1.2. Le modèle cognitif	47
1.5.2. Approche phénoménologique du traumatisme	48
1.5.2.1. Modèle de la confrontation avec le réel de la mort	48
1.5.2.2. Modèle du moment propulsif, arrêt du temps de Barrois.....	48
1.5.3. Approche psychanalytique du traumatisme	49
1.5.3.1. Modèle de l'effraction du pare excitation de Freud et Lebigot.....	49
1.5.3.2. Modèle de l'ego effectif : débordement des fonctions d'adaptation à l'environnement de Kardiner	50
1.5.3.3. Modèle du Moi-duel de Heinz Hartmann	51
CHAPITRE 2 : ÉTAT DE LIEUX SUR LE COPING RÉLIGIEUX.....	58
2.1. PRÉSENTATION DU COPING.....	59
2.1.1. Les types de coping.....	61
2.1.2. Le sens donné à la situation vécue dans le coping.....	62

2.2. DÉFINITION DE LA NOTION DE SPIRITUALITÉ.....	64
2.2.1. Spiritualité, histoire et évolution.....	64
2.2.2. Définition de la notion de spiritualité.....	69
2.2.3. Définition de la notion de religion.....	71
2.2.4. Spiritualité et religion : quelques précisions.....	71
2.3. ÉTAT DE LIEUX DU COPING RÉLIGIEUX.....	73
2.3.1. Présentation du coping religieux.....	73
2.3.2. La question du sens.....	74
2.3.3. Les rôles/ fonctions de la religion dans le coping.....	75
2.3.4. Présentation de la théorie De Kenneth Pargament.....	76
2.3.5. Pratiques du CR/S.....	79
2.4. PSYCHOLOGIE ET SPIRITUALITÉ.....	82
2.4.1. La psychologie et la spiritualité/religion.....	82
2.4.2. La religion/ spiritualité et la santé mentale.....	82
2.4.3. La religiosité et psychologie.....	83
2.5. RAPPORT ENTRE TRAUMATISME PSYCHIQUE ET RELIGION.....	85
2.6. QUELQUES MODÈLES THÉORIQUES DE LA SPIRITUALITÉ/RELIGION....	86
2.6.1. Conception africaine de la religion.....	86
2.6.2. La religion du point de vue de la psychanalyse.....	87
PARTIE 2 : CADRE MÉTHODOLOGIQUE.....	90
CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....	91
3.1. RAPPEL DE LA PROBLÉMATIQUE.....	92
3.1.1. Rappel du problème.....	92
3.1.2. Rappel de la question de recherche.....	92
3.1.3. Rappel de l'objectif général.....	92
3.2. HYPOTHÈSE GÉNÉRALE.....	93
3.3. TYPE DE RECHERCHE.....	98
3.3.1. Recherche qualitative.....	98
3.3.2. Type de recherche.....	99
3.3.2.1. Méthode clinique.....	100
3.3.2.2. Etude de cas.....	101
3.4. CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTS.....	102
3.4.1. Critères de sélection.....	102
3.4.2. Caractéristiques des participants.....	105

3.5. INSTRUMENT DE COLLECTE DE DONNÉES.....	105
3.5.1. Instrument de collecte de données : Guide d’entretien.....	106
3.5.2. Présentation du guide d’entretien.....	106
3.5.3. LE SITE DE L’ÉTUDE.....	106
3.5.4. Déroulement des entretiens.....	108
3.6. TECHNIQUES D’ANALYSE DES DONNÉES.....	110
3.6.1. Analyse de contenu thématique.....	110
3.6.2. Grille d’analyse des entretiens.....	111
3.7. CONSIDÉRATION ÉTHIQUE.....	112
PARTIE 3 : CADRE OPÉRATOIRE.....	113
CHAPITRE 4 : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES DONNÉES.....	114
4.1. PRÉSENTATION DES PARTICIPANTS.....	115
4.1.1. Madame I.....	115
4.1.2. Monsieur J.....	116
4.1.3. Madame P.....	116
4.1.4. Résultat diagnostics.....	117
4.2. ANALYSE DU DISCOURS VERBAL.....	117
4.2.1. Analyse thématique des données.....	117
4.2.1.1. Genèse du traumatisme.....	117
4.2.1.2. Evènement traumatogène.....	118
4.2.2. Manifestation du traumatisme.....	120
4.2.2.1. Les céphalées et problèmes psychosomatiques.....	120
4.2.2.2. Le repli sur soi.....	121
4.2.2.3. Les cauchemars et pensées intrusives.....	121
4.2.3. Le rapport subjectif à la religion.....	122
4.2.3.1. Le rapport à la prière.....	122
4.2.3.2. Le rapport aux Saintes écritures.....	122
4.2.3.3. Le rapport avec la communauté d’appartenance.....	123
4.2.4. L’impact du coping religieux sur le stress post-traumatique.....	124
4.2.4.1. L’auto directivité.....	124
4.2.4.2. La passivité.....	124
4.2.4.3. La collaborativité.....	124
4.3. ANALYSE DU DISCOURS NON VERBAL.....	125
4.3.1. Analyse du discours non verbal de Madame I.....	126

4.3.2. Analyse du discours non verbal de Monsieur J	126
4.3.3. Analyse du discours non verbal de Madame P	127
4.4. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS.....	127
CHAPITRE 5 : INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS ET PERSPECTIVES DE L'ÉTUDE	129
5.1. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS	130
5.1.1. Rappel des théories	130
5.1.1.1. Rappel de la théorie de l'Ego Affectif	130
5.1.1.2. Rappel de la théorie du Coping Religieux	131
5.1.2. Apport des théories.....	131
5.1.2.1. Apport de la théorie de « l'ego affectif »	131
5.1.2.2. Apport de la théorie du « coping religieux ».....	135
5.1.3. Relation entre coping religieux et traumatisme psychique	143
5.2. PERSPECTIVES DE L'ÉTUDE	144
CONCLUSION GÉNÉRALE	146
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	150
ANNEXES	159