

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

CENTRE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE SCIENCES
HUMAINES, SOCIALES ET ÉDUCATIVES

UNITÉ DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE SCIENCES
HUMAINES ET SOCIALES

DÉPARTEMENT DE SOCIOLOGIE



THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

POST GRADUATE SCHOOL FOR HUMAN,
SOCIAL AND EDUCATIONAL SCIENCES

DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR
HUMAN AND SOCIAL SCIENCES

DEPARTMENT OF SOCIOLOGY

**NORMES THÉRAPEUTIQUES ET INTÉGRATION
SOCIALE DES PERSONNES HYPERTENDUES
DANS LA VILLE DE YAOUNDÉ.**

Thèse présentée en vue de l'obtention du Doctorat Ph.D en Sociologie

Spécialisation : Population et développement

Par

Luther Ivan TCHIATAGNE FOSSI

Master de sociologie

Sous la codirection de

Valentin NGA NDONGO

Professeur émérite

Et

Yves Bertrand DJOUDA FEUDJIO

Maître de Conférences



Juillet 2023

À mes parents, Gaspard FOSSI et Mathurine NGANDEUNEU

REMERCIEMENTS

Pour aboutir à ce document, nous avons travaillé sous la direction du Professeur Valentin Nga Ndongo. Il a toujours été disponible et a mis à notre disposition son conseil expérimenté tout au long de ce travail. Qu'il trouve dans cette production la marque de notre reconnaissance et de notre profonde estime. Il a bien voulu associer le Professeur Yves Bertrand Djouda Feudjio à la direction de ce travail. Ce dernier n'a ménagé aucun effort pour nous encourager, pour nous alimenter de ses conseils tant sur le plan académique que professionnel. Que ces deux artisans de notre production scientifique trouvent en ces quelques mots, l'expression de notre gratitude et de notre pleine satisfaction.

Nous souhaitons remercier l'équipe dirigeante de l'Université de Yaoundé I qui produit et garantit le cadre indispensable à la production de documents scientifiques. Nos remerciements vont également à tout le personnel enseignant du département de sociologie dirigé par le Professeur Armand Félix Leka Essomba pour la qualité et la diversité des enseignements qui y sont dispensés.

Sincère gratitude à notre famille qui a mis à notre disposition tous les moyens pour nous soutenir dans la production de ce travail.

Notre reconnaissance va aussi à l'endroit de nos camarades et amis pour l'encouragement tout au long du processus.

Ce travail n'aurait jamais vu le jour si les personnes interviewées n'avaient pas ouvert parfois les portes physiques de leurs maisons, et toujours permis des accès particuliers à leurs vies. Leur disponibilité, leur ouverture et leur franchise ont permis de collecter les données présentées dans ce document. Souvent de bonne humeur, parfois pas très en santé, quelques fois perturbées par les limitations que leur impose l'hypertension, elles ont mis à notre disposition leur temps pour nous raconter leur vécu face à ce que tous reconnaissent comme un « ennemi invisible ». Merci à Mme Mvom Angeline qui a accepté de nous recevoir au sein de l'association (ACADIAH) où elle travaille à soigner et à encourager les malades de diabète et d'hypertension. Qu'elle trouve en cette production l'expression de notre encouragement dans cette œuvre sociale. Merci aux proches de personnes hypertendues qui ont bien voulu s'exprimer sur la maladie, nous permettant ainsi de mieux saisir les contours de la question d'intégration sociale chez les personnes hypertendues. Que ceux-ci trouvent dans la soutenance de cette thèse, l'expression de notre encouragement pour la lutte contre cette maladie qu'ils doivent combattre sans cesse.

RÉSUMÉ

Cette thèse porte sur l'intégration sociale des personnes hypertendues dans la ville de Yaoundé. Elle s'inscrit dans un contexte d'augmentation des cas de la prévalence de l'hypertension artérielle au Cameroun (de 22% à 30,9% entre 2010 et 2019). Ce sont des millions de Camerounais qui en souffrent. Lorsqu'un malade est déclaré hypertendu, ce dernier se voit prescrire un ensemble de normes thérapeutiques qui visent à traiter la maladie. Ces normes thérapeutiques ou biomédicales entrent pourtant en contradiction avec celles qui régissaient le fonctionnement de la personne hypertendue au sein de son groupe social ou familial avant le diagnostic. Or, ce qui confère à une personne son statut de membre, de personne intégrée dans un groupe, c'est précisément sa capacité à être conforme aux normes en vigueur dans ce groupe. Il se pose donc un problème lié à la tension entre les attentes qu'un groupe formule à l'endroit d'un acteur social et le nouveau régime normatif prescrit par la médecine pour traiter la pathologie.

La présente thèse propose d'interroger ce qui permet à la personne hypertendue de conserver son statut de membre, et donc de rester intégrée à un groupe alors même que les normes thérapeutiques auxquelles elle est soumise diffèrent de celles qui ont cours dans les groupes qu'elle fréquente. La population cible retenue pour ce travail est constituée principalement des personnes hypertendues. Les proches d'hypertendus sont également pris en compte. En se servant de la technique d'échantillonnage par choix raisonné, l'enquête de terrain a été réalisée dans la ville de Yaoundé, notamment au sein d'une association de prise en charge et dans quelques ménages (8 au total) au sein de la même ville. Les techniques de collecte de données se sont fondées sur une approche qualitative, d'où l'utilisation des techniques telles que l'observation directe, les entretiens semi-directifs (22 au total) et les récits de vie (6 au total). Les approches qui ont été retenues dans le cadre de ce travail sont l'ethnométhodologie de Harold Garfinkel, l'interactionnisme symbolique, notamment dans son pendant développé par Erving Goffman et la théorie des réseaux développée notamment par des auteurs comme Mark Granovetter et Emmanuel Lazega.

La première partie de cette thèse a permis de déterminer que les personnes hypertendues sont effectivement à risque de perdre leur statut de membre, de personnes intégrées à cause du respect des nouvelles normes que le traitement leur impose. Dans la seconde partie, il a été possible de constater que si l'intégration sociale est menacée elle n'est pas totalement perdue car une dynamique binaire se met en place entre les malades qui développent les stratégies et les personnes de leur réseau social (et principalement familial) qui mettent des ressources à la disposition du malade. Dans la troisième partie du travail, il apparaît que si l'intégration sociale de ces malades est possible, c'est parce que suite à ce conflit de normes engendré par la nécessité de soigner la maladie, les personnes hypertendues et des acteurs de leur réseau social négocient les conditions de la nouvelle vie commune. Mais, contrairement aux négociations qui font l'objet de diffusion dans les media, les « *ordres sociaux négociés* » se font dans les interactions entre les individus. L'intégration sociale des personnes hypertendues n'est donc pas la conséquence d'un décret, mais une construction interactive entre les acteurs directement impactés par le changement de normes, et négociée au cours des échanges où les acteurs sociaux s'influencent mutuellement et trouvent des compromis.

Mots clés : Intégration sociale, normes thérapeutiques, hypertension artérielle, négociation, interaction

ABSTRACT

This thesis focuses on the social integration of hypertensive people in the city of Yaoundé. It takes place in a context of increasing prevalence of hypertension in Cameroon (22% to 30,9% between 2010 et 2019). Millions of Cameroonians suffer from it. When a patient is declared hypertensive, he or she is prescribed a set of therapeutic norms aimed at treating the disease. However, these therapeutic or biomedical norms are in contradiction with those that governed the functioning of the hypertensive person within his social or family group before the diagnosis. From a sociological point of view, what gives a person his or her status as a member, as a person integrated into a group, is precisely his or her capacity to conform to the norms in force in the group to which he or she belongs. There is therefore a problem related to the tension between the expectations that a group formulates towards a social actor and the new normative regime prescribed by medicine to treat the pathology.

The thesis proposes to question what allows the hypertensive person to maintain his or her status as a member, and thus to remain integrated into a group, even though the therapeutic norms to which he or she is subjected differ from those of the groups he or she attends. The target population for this work is mainly people with hypertension. The relatives of hypertensive patients are also taken into account. Using the purposive sampling technique, the field survey was carried out in the city of Yaoundé, notably in a care association based in Tsinga and in a few households (8 in total) in the same city. The data collection techniques were based on a qualitative approach, hence the use of techniques such as direct observation, semi-structured interviews (22 in total) and life histories (6 in total). The approaches that were used were Harold Garfinkel's ethnomethodology, symbolic interactionism, particularly in its counterpart developed by Erving Goffman, and the network theory developed by authors such as Mark Granovetter and Emmanuel Lazega.

At the end of the investigation, the main results were structured in three parts of two chapters each. In the first part, the study found that people with high blood pressure are indeed at risk of losing their status as members, as integrated people, because of the new norms that the treatment imposes on them. In the second part, it was possible to observe that if social integration is threatened, it is not totally lost because a binary dynamic is set up between the patients who develop strategies and the people in their social network (and mainly family) who make resources available to the patient. In the third part of the work, it appears that if the social integration of these patients is possible, it is because following this conflict of norms generated by the need to treat the disease, the hypertensive persons and the actors of their social network negotiate the conditions of the new common life. But, unlike the negotiations that are broadcast in the media, the "negotiated social orders" are made in the interactions between individuals. The social integration of hypertensive people is therefore not the consequence of a decree, but an interactive construction between the actors directly impacted by the change of norms, and negotiated during exchanges where the social actors influence each other and find compromises.

Key words: *Social integration, therapeutic norms, hypertension, negotiation, interaction*

LISTE DES ABRÉVIATIONS, ACRONYMES ET SIGLES
--

ABRÉVIATIONS

Cf.	:	Confer
Coll.	:	Collection
Éd.	:	Édition
H.	:	Heure
M.	:	Monsieur
Mme	:	Madame
mmHg	:	Millimètre de mercure
N°	:	Numéro
Vol.	:	Volume

ACRONYMES

ACADIAH	:	Association camerounaise du diabète et de l'hypertension
CRÉDOC	:	Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie
DASH	:	Dietary approaches to stop hypertension
INPES	:	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSERM	:	Institut national de la santé et de la recherche médicale
MAPA	:	Mesure ambulatoire de la pression artérielle
MINSANTÉ	:	Ministère de la Santé publique

SIGLES

AVC	:	Accident vasculaire cérébral
CNPS	:	Caisse nationale de prévoyance sociale
DRSP	:	Délégation régionale de la santé publique
FCFA	:	Franc de la communauté financière africaine
HTA	:	Hypertension artérielle
IEC	:	Information, éducation et communication
OMS	:	Organisation mondiale de la santé
PA	:	Pression artérielle

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PREMIÈRE PARTIE : DU DÉPISTAGE DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE À LA RUPTURE DES HABITUDES.....	34
CHAPITRE I : LE VÉCU DES PERSONNES HYPERTENDUES AVANT LE DÉPISTAGE.....	36
CHAPITRE II : L'INTERVENTION DE LA MÉDECINE : DU DIAGNOSTIC DE LA MALADIE AU CHANGEMENT DU SYSTÈME NORMATIF.....	79
DEUXIÈME PARTIE : STRATÉGIES DE TRAITEMENT DÉVELOPPÉES PAR LES PERSONNES HYPERTENDUES ET RESSOURCES DES GROUPES SOCIAUX. UNE COMBINAISON POUR L'INTÉGRATION SOCIALE.....	128
CHAPITRE III : LES STRATÉGIES D'INTÉGRATION DES PERSONNES HYPERTENDUES.....	130
CHAPITRE IV : LE RÔLE DES RÉSEAUX SOCIAUX DANS L'INTÉGRATION SOCIALE DES PERSONNES HYPERTENDUES.....	179
TROISIÈME PARTIE : L'INTÉGRATION SOCIALE DES PERSONNES HYPERTENDUES. UNE CONSTRUCTION ESSENTIELLEMENT PROFANE FONDÉE SUR UN ORDRE NÉGOCIÉ EN PERMANENCE.....	237
CHAPITRE V : L'INTÉGRATION SOCIALE COMME NÉGOCIATION.....	240
CHAPITRE VI : L'INTÉGRATION SOCIALE, UNE CONSTRUCTION INTERACTIONNELLE.....	285
CONCLUSION.....	328
BIBLIOGRAPHIE.....	341
ANNEXES.....	355

INTRODUCTION

I. CONTEXTE

L'hypertension artérielle est une pathologie qui est classée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) parmi les maladies non transmissibles¹. Elle revêt également un caractère chronique, ce qui signifie que lorsqu'une personne en est atteinte, elle ne peut en guérir.² L'Organisation Mondiale de la Santé qualifie l'hypertension artérielle de « *tueur silencieux et invisible qui se manifeste rarement par des symptômes tangibles* »³. Le caractère de « tueur silencieux » dont il est question ici fait référence à ce que la maladie n'est pas perceptible par le porteur, mais s'avère souvent fatale lorsque survient une attaque. En effet, l'hypertension artérielle fait partie des pathologies qui favorisent la survenance des accidents cardiovasculaires. Ne présentant pas de symptômes, elle peut causer des dégâts importants dans l'organisme de la personne qui en souffre sans qu'elle ne s'en rende compte, au point de causer des morts subites.

*L'hypertension peut entraîner de nombreuses complications et notamment de graves lésions cardiaques. Elle peut provoquer un durcissement des artères diminuant le flux sanguin et l'apport d'oxygène au cœur. [...] L'hypertension peut également provoquer l'éclatement ou l'obstruction d'une artère qui irrigue le cerveau et l'alimente en oxygène, et entraîner un accident vasculaire cérébral.*⁴

C'est à cause de sa capacité à causer des ravages dans la population que l'hypertension artérielle est considérée par l'OMS comme un problème de santé publique majeur. En 2013, selon cette organisation, « *les maladies cardio-vasculaires sont responsables d'environ 17 millions de décès par an dans le monde, soit près d'un tiers de la mortalité totale. Sur ce chiffre, 9,4 millions de morts par an sont imputables aux complications de l'hypertension* »⁵. En août 2021, l'OMS estime que « *1,28 milliard de personnes dans le monde âgées de 30 à 79 ans sont atteintes d'hypertension, et que la plupart d'entre elles (les deux tiers) vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire.* »⁶ Les modélisations et prévisions sur la croissance de la maladie indiquent que si elle suit sa courbe, la prévalence de la maladie pourrait augmenter de 60 %, atteignant ainsi 1,56 milliards de personnes dans le monde d'ici 2025⁷. L'Afrique sera le

¹ Organisation Mondiale de la Santé, « Hypertension et Covid-19. Note d'information scientifique », en ligne sur <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/342639/WHO-2019-nCoV-Sci-Brief-Hypertension-2021.1-fre.pdf>, 17 juin 2021, p. 1

² Organisation Mondiale de la Santé, « Hypertension et Covid-19 », idem

³ Organisation Mondiale de la Santé, *Panorama Mondial de l'hypertension. Un « tueur silencieux » responsable d'une crise de santé publique mondiale*, Journée mondiale de la santé, 2013, p. 5

⁴ Organisation Mondiale de la Santé, « Hypertension », en ligne sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>, 25 août 2021, consulté le 19 mars 2022 à 09h52

⁵ Organisation Mondiale de la Santé, *Panorama...* idem

⁶ Organisation Mondiale de la Santé, « Hypertension », idem

⁷ Walters Tabi Arrey et al., « Hypertension, an Emerging Problem in Rural Cameroon: Prevalence, Risk Factors, and Control », in *International Journal of Hypertension*, vol. 2016, 2016, p. 1

continent avec la plus grande incidence de l'hypertension d'ici 2030⁸. Cette maladie est donc une cause importante de mortalité et son taux de prévalence influence fortement la morbidité mondiale.

L'Organisation Mondiale de la Santé estime que l'hypertension artérielle touche environ un tiers des adultes de plus de 25 ans dans le monde, ce qui signifie un milliard de personnes hypertendues dans le monde sur les sept milliards que compte la planète⁹. La répartition qui est faite de ces chiffres indique que l'Afrique est classée en tête des régions les plus concernées. À l'autre extrémité, parmi les taux de prévalence les plus bas dans le monde se situe la région des Amériques avec un taux de prévalence équivalent à 35 % des adultes. Au Canada, qui fait partie de cette région à prévalence la plus basse au monde, la proportion des personnes atteintes d'hypertension s'élève à 1 canadien sur 4, soit 24 % d'hommes et 23 % de femmes.¹⁰

La prévalence des maladies cardiovasculaires est en forte progression en Afrique.¹¹ C'est d'ailleurs dans ce continent qu'il y a la plus forte prévalence de l'hypertension, comparé aux autres régions du monde¹² : « *l'Afrique présente le plus grand taux de prévalence d'HTA dans le monde, avec 46 % d'adultes âgés de plus de 25 ans atteints* »¹³. Cette pathologie est donc un facteur important qui influence la morbidité de cette région du monde.

Dans une étude sur la prévalence de l'hypertension artérielle au Cameroun,¹⁴ les auteurs ont pu constater que la prévalence de la maladie s'élevait à un taux proche des 34,3 % chez les hommes tandis que les femmes atteignaient les 31,3 %.¹⁵ Cette répartition n'est pas égale dans toutes les tranches d'âge de la population. Ainsi, la prévalence chez les moins de 35 ans est en moyenne de 24 %. Dans la tranche de 35 à 44 ans, la prévalence de cette pathologie augmente avec une moyenne de 35,3 %. En moyenne 54,4 % des personnes âgées entre 45 et 54 sont

⁸ Boukaré Doulougou, *Hypertension artérielle dans la population adulte du Burkina Faso : Prévalence, Détection, Traitement et Contrôle*, Thèse de doctorat Ph. D en santé publique option épidémiologie, Université de Montréal, 2014, p. 21

⁹ Organisation Mondiale de la Santé, « Journée mondiale de la Santé : mesurez votre tension artérielle pour rester en bonne santé. Communiqué de presse de l'OMS du 03 avril 2013 », en ligne sur <https://www.who.int/fr/news/item/03-04-2013-world-health-day-2013-measure-your-blood-pressure-reduce-your-risk>

¹⁰ Government of Canada, Statistics Canada, *Le Quotidien — Rapports sur la santé : tension artérielle, hypertension et principaux facteurs de risque*, diffusé le 20 février 2019, en ligne sur <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/190220/dq190220a-fra.htm>

¹¹ Aurèle Tankeu, et al., « Spécificités de la prise en charge de l'hypertension artérielle chez le patient diabétique sub-saharien », in *Médecine des Maladies Métaboliques*, vol. 11, n° 2, mars 2017, p. 148.

¹² Organisation Mondiale de la Santé, « Journée mondiale de la Santé... », op. cit.

¹³ Aurèle Tankeu, et al., idem, p. 149

¹⁴ Barthelemy Kuate Defo et al., « Blood pressure and burden of hypertension in Cameroon, a microcosm of Africa: a systematic review and meta-analysis of population-based studies », *Journal of Hypertension*, vol. 37, n° 11, November 2019

¹⁵ Barthelemy Kuate Defo et al., op. cit, p. 2194

atteints d'hypertension. La tranche la plus affectée par cette maladie se trouve à plus de 55 ans. Cette dernière présente une prévalence moyenne située à 66,4 %. Les résultats obtenus dans cette étude montrent qu'à mesure que l'âge augmente, le nombre de personnes hypertendues augmente. Cela permet de constater que l'âge est un facteur de risque important de l'apparition de l'hypertension artérielle.

Répartition de la prévalence de l'HTA dans la population camerounaise

Catégorie	Prévalence
Hommes	34,3%
Femmes	31,3%
Moins de 35 ans	24%
35-44 ans	35,3%
45-54 ans	54,4%
55 ans et +	66,4%

Source : Extraction de données issues de Barthelemy Kuate Defo et al., 2019

Divers discours de professionnels de la santé dans les media permettent de se rendre compte de l'ampleur de l'hypertension artérielle dans la société camerounaise. Cette pathologie à elle seule représente environ 30 % des admissions hospitalières¹⁶. La prévalence de l'hypertension artérielle en 2015 était estimée à 29,7 %¹⁷ dans le pays. Pourtant, dans les années précédentes la prévalence était moins importante comme l'indique un document mis en ligne par le Ministère de la santé publique du Cameroun : « *cette prévalence était estimée par l'OMS à 22% en 2010 [...] et à 19% en 2016 [...]. Par ailleurs, des études nationales menées ont montré une prévalence urbaine de l'hypertension artérielle à 29,7% [...] et 30,9% [...].* »¹⁸ Le constat est donc que la maladie continue de prendre de l'ampleur dans le pays.

Soigner l'hypertension implique de suivre un certain nombre de protocoles élaborés par les médecins et autres spécialistes de la santé. Les prescriptions allant dans ce sens regroupent deux catégories majeures d'actions : la prise de médicaments le cas échéant, et l'adoption de nouveaux comportements. Pour ce qui est du changement des comportements, le traitement de la maladie consiste à contrôler son évolution grâce à des médicaments et à un certain nombre de pratiques :

[...] avoir une alimentation équilibrée, réduire sa consommation de sel, éviter l'usage nocif de l'alcool, pratiquer régulièrement une activité physique et fuir le tabac. L'accès à des médicaments de bonne qualité qui soient à la fois efficaces et d'un coût abordable

¹⁶ Alain Claude Nkeubeng, « Aux sources... une progression vertigineuse », in *Espoir Santé*, n° 001, juin 2011, p.6

¹⁷ Ministère de la Santé publique, *Plan National de Développement Sanitaire PNDS 2016-2020*, Yaoundé, août 2016, p. 15.

¹⁸ Ministère de la santé publique - Organisation mondiale de la Santé, *Rapport de suivi des 100 indicateurs clés de Santé du Cameroun en 2019*, Yaoundé, 2019, p. 74

est également crucial, en particulier au niveau des soins de santé primaires. Comme pour les autres maladies non transmissibles, la prise de conscience contribue à une détection précoce tandis que l'auto-prise en charge aide à favoriser la prise régulière des médicaments et l'adoption de comportements plus sains, et permet de mieux maîtriser le problème.¹⁹

II. PROBLÈME

L'hypertension artérielle ne se manifeste pas par des signes objectifs prématurés qui puissent permettre à une personne qui en est victime de savoir clairement qu'elle en est atteinte. Cette pathologie n'est contrôlée, pour ce qui concerne sa détection, que par la médecine dite moderne à travers ses instruments dont le plus remarquable est le tensiomètre. Ce sont donc les médecins qui sont les « experts » de ce dysfonctionnement et qui prescrivent une batterie de mesures pour le combattre. Pour déterminer un cas d'hypertension, l'acteur social doit se référer à l'avis du personnel médical et par conséquent se fier aux instruments de la médecine moderne. S'il veut « guérir », le patient doit également suivre le traitement que lui propose les médecins.²⁰

La combinaison des traitements médicamenteux et de mesures diététiques est primordiale chez les patients d'ascendance africaine, si on prend en considération leur sensibilité accrue au sel. [...] Dès lors, un régime pauvre en sel et riche en potassium, comme proposé par l'étude Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH), devrait être conseillé à ces patients.²¹

D'autres recommandations telles que la réduction de consommation de l'alcool ou l'interdiction de fumer sont également prescrites aux personnes malades d'hypertension.

Au vu de ce qui précède, il ressort que le traitement de l'hypertension artérielle implique deux pans essentiels : une intervention de la médecine à travers l'administration des médicaments d'une part, et d'autre part l'adoption par le malade de nouveaux comportements personnels, culturels et sociaux prescrits également par les médecins. Le changement de comportement exigé ici dans le cadre de la thérapie anti hypertensive se fait dans un cadre social et culturel bien précis, et par effet d'entraînement, impose *a priori* des restructurations chroniques dans l'univers social de la personne malade. Ces restructurations touchent à la manière dont la personne hypertendue interagit avec les autres membres de son réseau social ;

¹⁹ Organisation Mondiale de la Santé, *Panorama Mondial de l'hypertension. Un « tueur silencieux » responsable d'une crise de santé publique mondiale*, op. cit. p.5

²⁰ Cf. Boukaré Doulougou, op. cit. pp. 14-16

²¹ Fabien Cane et al., « Hypertension artérielle chez les patients d'ascendance africaine », in *Revue médicale suisse*, n°13, 2017, p.1579

elles touchent également aux pratiques et aux normes qui régissent les relations entre la personne hypertendue et son entourage.

Il apparaît dès lors une difficulté relative à ce que les personnes hypertendues doivent conserver leur place, leur intégration dans les groupes sociaux tout en suivant des prescriptions médicales qui s'opposent à des éléments pratiques et normatifs effectifs au sein du groupe social. Les prescriptions médicales ne sont donc pas *a priori* sans conséquences sur les modalités d'être en société des personnes malades. À chacun des nouveaux comportements prescrits par le corps médical correspondent des pratiques passées qui constituent une routine entre la personne, son groupe d'appartenance et ses fréquentations au sens large. Par exemple, suivre un régime alimentaire sans sel ou mauvais cholestérol impose à la personne malade de ne plus consommer les mêmes repas que les autres membres de sa famille ou ses amis. Telles que présentées, les exigences du traitement de l'hypertension ont pour conséquence de mettre la personne malade à l'écart des autres, même si elle est physiquement présente dans le même lieu. Il en est de même pour ce qui est de ne pas fréquenter des lieux qui contrarient les émotions. Il en résulte donc que la personne hypertendue qui doit respecter les exigences de la médecine se retrouve *de facto* exclue d'un certain nombre de connivences et de pratiques sociales.

Par ailleurs, des travaux comme celui de Cassandre Ville ont démontré que la personne humaine cherche toujours à s'identifier à un groupe dont elle est prête à adopter les valeurs et à intérioriser les normes pour se sentir intégrée, même pour des choses *a priori* intimes²². Cette intégration consiste à construire une identité conforme aux pratiques et attentes que le groupe formule à l'endroit de l'individu. C'est en réussissant cette opération que l'acteur social parvient à trouver sa place, à occuper un statut et à être responsable d'un certain nombre de rôles. C'est en assumant rôles et statuts conférés par un groupe social que l'individu est considéré comme intégré. Les personnes hypertendues n'échappent pas à cette exigence. Alors que la médecine leur prescrit des pratiques qui les excluent des habitudes, de certains rôles et portent atteinte à leur statut, elles doivent réussir à se réinventer et trouver des moyens d'être ou de continuer à être intégrées dans la société en général et aux groupes auxquels elles s'identifient en particulier.

Ce phénomène est *a priori* proportionnellement plus présent en milieu urbain qu'en milieu rural à cause de ce qu'il existe davantage de personnes hypertendues en milieu urbain qu'en milieu rural. Cela crée une plus grande proportion de personnes qui font face à ce conflit entre

²² Cassandre Ville, « L'intériorisation des normes : une analyse discursive des pratiques dépilatoires des femmes à Montréal », in *Anthropologie et Sociétés*, vol. 40, n°3, 2016, pp. 279–296

les normes et pratiques préexistantes dans le groupe social et celles recommandées par le corps médical pour prendre en charge leur maladie. À ce sujet, Laurent Fourcade note ceci :

Au Kenya, l'étude longitudinale d'une population migrant d'une zone rurale vers la ville de Nairobi a objectivé une augmentation significative de la [tension artérielle] dans cette population, associée à la constatation de différentes modifications biométriques et biologiques : les sujets ayant migré en ville avaient un poids corporel et une fréquence cardiaque plus élevés, et une plus forte excrétion urinaire de sodium. Ces constatations sont avant tout expliquées par un changement de régime alimentaire des nouveaux citadins, plus calorique et à plus forte teneur sodée, tandis que l'élévation de la fréquence cardiaque témoigne d'une hyperactivité du système nerveux sympathique.²³

Suivant les propos ci-dessus, le besoin de respecter les prescriptions médicales, notamment non pharmacologiques, se trouve *de facto* moins important dans les zones rurales que dans les zones urbaines. L'auteur indique plus loin qu'il existe une alimentation plus favorable à combattre l'hypertension dans les villages qu'en ville, tout en soulignant que l'occidentalisation de l'alimentation est déjà présente dans les métropoles africaines et obère la lutte contre la pathologie :

[...] un [régime DASH], ou son équivalent utilisant des denrées locales n'est pas facilement applicable dans les villes africaines, sans compter son caractère paradoxalement onéreux. À ce titre, le régime alimentaire traditionnel riche en hydrates de carbone et pauvre en graisses est relativement protecteur. Mais même en milieu rural, les habitudes alimentaires tendent à se modifier, au profit d'une occidentalisation progressive du régime comportant des denrées manufacturées salées et hypercaloriques. Ce type d'alimentation est déjà largement répandu en milieu urbain.²⁴

La question du conflit entre les normes et pratiques sociales et les normes thérapeutiques dans les villes se pose donc. C'est afin de questionner les personnes hypertendues que cette étude est menée avec pour but de comprendre les stratégies et les pratiques d'intégration sociale des malades qui se trouvent dans le milieu urbain de Yaoundé.

III. PROBLÉMATIQUE

Les questions relatives à l'hypertension artérielle ainsi qu'à l'intégration sociale ont fait l'objet de nombreuses études et réflexions qui ont été rendues publiques à travers des rapports, des articles et des ouvrages notamment. Les principaux axes abordés autour de ces questions par les différents auteurs peuvent être classifiées pour les besoins de cette étude portant sur l'intégration des personnes hypertendues en milieu urbain.

²³ Laurent Fourcade, « L'hypertension artérielle en Afrique subsaharienne actualité et perspectives », in *Médecine Tropicale*, n° 67, 2007, p. 560

²⁴ Laurent Fourcade, op. cit., p. 564

Le concept d'intégration sociale

L'intégration sociale est un concept né en même temps que la fondation de la sociologie en France, au XIXe siècle. Le père fondateur de la sociologie française, Émile Durkheim, l'a utilisé à plusieurs reprises dans ses divers ouvrages. Si le concept n'était pas encore forgé de manière formelle, il renvoyait cependant, et ce dès les premiers ouvrages d'Émile Durkheim, à une réalité que l'auteur essayait de faire paraître. Ian Gough and Gunnar Olofsson précisent à cet effet que c'est davantage dans les travaux d'Émile Durkheim que ce concept a véritablement commencé à être abordé avec précision : « *The emergence of differentiation²⁵/integration theories can be located in the last half of the nineteenth century, in the works of Karl Marx, Herbert Spencer and especially Emile Durkheim.* »²⁶

Ainsi, Émile Durkheim a écrit plusieurs ouvrages qui précisent le contenu du concept d'intégration. Dans *De la division du travail social*, il aborde déjà la question de l'intégration en précisant que si la révolution industrielle a permis de passer d'une société à solidarité mécanique à une société à solidarité organique, il est toujours nécessaire de travailler à l'intégration, et cela passe par la division du travail.²⁷

Durkheim analysed the forms and effects of social differentiation in his first major work, Division of Labour. He also developed a theory of social integration, not least by analysing the lack of integration leading to anomie in his work on Suicide. His focus was the transformation of a traditional social order grounded on status hierarchies to a society with an increasing division of labour, provoking class conflicts and lacking a natural, or easy-to-find, principle of integration.²⁸ [...] However, for Durkheim the question remained open how the division of labour, which was the basis of different interests and conflicts, could at the same time be the basis for a normative integration.²⁹

Dans l'étude qu'il a faite en 1897 sur le suicide, Émile Durkheim précise le rôle central du concept d'intégration sociale pour les sociétés et les individus.

Le suicide égoïste vient de ce que la société n'a pas sur tous les points une intégration suffisante pour maintenir tous ses membres sous sa dépendance. Si donc il se multiplie outre mesure, c'est que cet état dont il dépend s'est lui-même répandu à l'excès ; c'est

²⁵ La notion de différenciation est davantage l'œuvre de Herbert Spencer, ainsi que le souligne Nils Mortensen dans l'ouvrage ce même ouvrage dirigé par Ian Gough et Gunnar Olofsson. Mortensen précise que Spencer est le premier à avoir associé les concepts de différenciation et d'intégration dans la théorie sociologique (Cf. p. 14 de l'article dans l'ouvrage *Capitalism and Social Cohesion* dirigé par Gough et Olofsson).

²⁶ Ian Gough and Gunnar Olofsson, « Introduction: New Thinking on Exclusion and Integration », in *Capitalism and Social Cohesion*, Ian Gough and Gunnar Olofsson (dir.) Palgrave Macmillan, 1999, p. 1

²⁷ Catherine Rhein, « Intégration sociale, intégration spatiale », in *L'Espace Géographique*, vol.31, n° 3, 2002, p. 195.

²⁸ Ian Gough and Gunnar Olofsson, op. cit. pp 1-2

²⁹ Ian Gough and Gunnar Olofsson, op. cit. p. 2

*que la société, troublée et affaiblie, laisse échapper trop complètement à son action un trop grand nombre de sujets. Par conséquent, la seule façon de remédier au mal, est de rendre aux groupes sociaux assez de consistance pour qu'ils tiennent plus fermement l'individu et que lui-même tienne à eux. Il faut qu'il se sente davantage solidaire d'un être collectif qui l'ait précédé dans le temps, qui lui survive et qui le déborde de tous les côtés. À cette condition, il cessera de chercher en soi-même l'unique objectif de sa conduite et, comprenant qu'il est l'instrument d'une fin qui le dépasse, il s'apercevra qu'il sert à quelque chose. La vie reprendra un sens à ses yeux parce qu'elle retrouvera son but et son orientation naturels.*³⁰

Il apparaît dans le passage ci-dessus un nombre d'éléments importants qui renseignent sur l'explication durkheimienne du concept d'intégration. Pour l'auteur, la catégorie de ceux qui pratiquent le type de suicide *égoïste* est constituée de personnes qui ne sont pas intégrées à la société. Ces personnes ne sont pas *solidaires* du groupe. Cela provient de deux éléments. D'abord, l'insuffisance d'intégration provient du fait que la société ne sait pas *tenir* l'individu, lui donner un sentiment d'appartenance au groupe grâce à des mécanismes antérieurs et supérieurs à l'individu. D'autre part, l'individu quant à lui est indépendant du groupe car il ne tient pas au groupe, ce qui entraîne une séparation, une absence d'intégration qui cause la croissance du taux de suicide égoïste, mais également, dans une certaine mesure du suicide anémique.

De cette posture durkheimienne, l'intégration peut être comprise à la lumière de la manière dont la société œuvre pour donner des rôles et des statuts à ses membres afin de s'assurer qu'elle les tient. L'intégration sociale chez Émile Durkheim « *concerne la façon dont un groupe social attire à lui l'individu, se l'approprie en quelque sorte ; ce processus passe par des interactions fréquentes entre les membres du groupe, par l'existence de passions uniformes dans le groupe et, enfin, par la poursuite de buts communs* »³¹. À côté de cela, un individu intégré est une personne qui travaille à conserver des rôles et des statuts qui le maintiennent dans des liens de solidarité avec la société. Il s'agit donc d'un double mouvement entre l'individu et le groupe social.

Cette approche durkheimienne de l'intégration a souvent été critiquée, notamment pour la dimension quelque peu passive de l'individu. Ce dernier est cantonné dans un rôle de reproduction et en quelque sorte dépouillé de sa capacité à innover. Dans la sociologie américaine, Talcott Parsons, un autre auteur qui a poursuivi les travaux d'Émile Durkheim sur l'intégration sociale, s'est également vu reprocher l'arrière-plan uniformiste, conservateur et

³⁰ Émile Durkheim, *Le Suicide*, Paris, Félix Alcan, 1897, pp. 428-429

³¹ Philippe Steiner, *La sociologie de Durkheim*, Paris, La Découverte, 4^e éd., 2005, p. 43

consensuel de ce concept.³² Cela était dû à l'orientation théorique de ces auteurs qui était fondée sur le fonctionnalisme. Cependant, malgré les critiques sur les présupposés sur lesquels repose la conception durkheimienne de l'intégration sociale, le concept s'est posé comme l'un des éléments de la sociologie. Il a d'ailleurs fait l'objet de plusieurs études et précisions au fil de l'histoire.

C'est dans une volonté d'apporter une contribution à la construction du concept d'intégration sociale que David Lockwood écrit : « *Whereas the problem of social integration focuses attention upon the orderly or conflictful relationships between the actors, the problem of system integration focuses on the orderly or conflictful relationships between the parts, of a social system.* »³³. Il distingue ainsi l'intégration sociale et l'intégration systémique. Pour David Lockwood, tout n'est pas intégration sociale. Il existe deux ordres qu'il faut considérer lorsque l'on étudie des phénomènes comme le changement social. L'intégration sociale renvoie à la manière dont les acteurs entretiennent des relations consensuelles ou conflictuelles, tandis que l'intégration systémique renvoie à la manière dont les groupes sociaux entretiennent des relations consensuelles ou conflictuelles. Un des éléments importants dans la conception de l'intégration sociale par David Lockwood est que ce dernier envisage que l'intégration sociale n'exclut pas la possibilité d'existence de conflits au sein de la société. Au contraire, il discerne clairement que l'intégration sociale peut revêtir une dimension conflictuelle, même s'il critique la pensée des auteurs comme Dahrendorf qui pensent que le changement social ne provient que d'un basculement de pouvoir entre les divers groupes en conflit dans la société :

*Dahrendorf and Rex assert that social change is a result of the shifting balance of power between conflict groups [...]. Now, while social change is very frequently associated with conflict, the reverse does not necessarily hold. Conflict may be both endemic and intense in a social system without causing any basic structural change. Why does some conflict result in change while other conflict does not?*³⁴

La distinction que fait David Lockwood entre intégration sociale et intégration systémique s'est diffusée dans la sociologie britannique, notamment avec les travaux de Margaret Archer³⁵ et de Nils Mortensen. Ce dernier prend quelques lignes dans un article pour préciser l'origine

³² « *This focus on cohesion and integration marked both Parsons and Durkheim as consensus theorists, and by implication as conservatives, for a couple of generations of sociologists.* » Ian Gough and Gunnar Olofsson, op. cit. p. 2

³³ David Lockwood, « Social Integration and System Integration », in *Social Change: Exploration, Diagnoses, and conjectures*, George K. Zollschan and Walter Hirsch (dir.), Schenkman Publishing Company, p. 371

³⁴ David Lockwood, op. cit. p. 375

³⁵ Margaret Archer, « Social Integration and System Integration: Developing the Distinction » in *Sociology* vol. 30, n°4, November 1996, pp. 679-699

linguistique de l'intégration : « *The word 'integration' comes from the Latin integer, meaning whole, complete, essential. When one speaks about an integral part of something one points at something essential which keeps the rest together.* »³⁶. Mortensen précise en outre que dans les discussions scientifiques sur l'intégration sociale, une distinction est faite entre l'intégration comme état et l'intégration comme processus.

Ces dernières décennies en France, Serge Paugam s'est posé comme un des auteurs les plus spécialisés sur la question de l'intégration sociale en sociologie. Plusieurs de ses travaux reviennent sur divers aspects du concept d'intégration sociale.

Dans un article paru en 1990, Serge Paugam soutient que :

*[...] le concept d'intégration, au sens sociologique, exprime l'idée d'interdépendance plus ou moins étroite entre les éléments d'un système social envisagé comme un système. De cette interdépendance, résulte la cohésion de la société. [...] L'intégration est un concept clé dans la mesure où il s'efforce de penser le rapport de l'individu au groupe.*³⁷

En apportant cette définition à l'intégration sociale, Serge Paugam participe à ramener ce concept dans le champ sociologique. Il en ressort que l'intégration ne concerne pas seulement une catégorie sociale, mais qu'elle est visible et palpable en se référant à la manière dont les individus se définissent et se positionnent par rapport à un ou des groupes sociaux. Ainsi, l'intégration ne renvoie pas seulement à la position de l'immigré au sein de la société comme plusieurs travaux et le discours politique en France notamment veulent le faire penser. Il s'agit davantage d'une réalité qui concerne chaque individu dans ses rapports avec les groupes qui l'entourent. Cette précision de Serge Paugam est assez capitale pour ce qui concerne la distanciation épistémologique que le sociologue doit opérer vis-à-vis des notions sociales ou récupérées par la société. Elle est également importante dans le cadre de la présente étude sur l'intégration sociale des personnes hypertendues en ce qu'elle permet d'inscrire cette recherche dans la tradition sociologique des études sur l'intégration sociale.

À ce stade, il convient de dire que l'étude sur l'intégration sociale des personnes hypertendues s'intéresse à la manière dont les individus qui sont déclarés hypertendus travaillent à repreciser le contenu de leur relation avec les divers groupes auxquels ils participent suite à la « rupture biographique » causée par les exigences de la prise en charge de leur maladie.

³⁶ Nils Mortensen, « Mapping System Integration and Social Integration », in *Capitalism and Social Cohesion*, Palgrave Macmillan, 1999, p. 13

³⁷ Serge Paugam, « Insertion, intégration, participation », in *Recherches et Prévisions*, n° 20, juin 1990. p. 8

Dans *Le lien social*,³⁸ Serge Paugam soutient que le lien social possède quatre dimensions. Le premier type de lien c'est le « lien de filiation ». Il s'agit de ce lien qui est fondé sur la parenté, l'appartenance à une famille. Le second lien est le « lien de participation organique ». Celui-ci provient de la division du travail social. Cela signifie que le lien social se crée et se maintient dans la sphère professionnelle où la compétence de l'acteur social est sollicitée. Le troisième type de lien social est fondé sur ce que Serge Paugam appelle « lien de participation élective », et concerne les différents groupes auxquels l'individu décide de participer. Il s'agit entre autres de l'amitié, les associations, les bandes, etc. Le quatrième type de lien est le « lien de citoyenneté », qui renvoie à la position qu'occupe l'individu en tant que citoyen et sa capacité à participer à la vie de la cité.

Ces différents types de liens déterminent, comme précisé ci-dessus, les sphères sociales d'appartenance des individus. Ce sont autant de lieux où l'intégration des acteurs sociaux est mise à l'épreuve. Et Serge Paugam en déduit que l'intégration sociale est inégale pour les divers acteurs à cause des ressources que ces derniers peuvent tirer des sphères dans lesquelles ils évoluent. Serge Paugam pense que ces ressources sont fondées sur la protection et sur la reconnaissance que le groupe ou la société en général peut apporter à l'individu³⁹. Serge Paugam désigne la protection et la reconnaissance comme étant les éléments principaux que les individus peuvent mobiliser pour assurer leur intégration au sein d'un groupe ou de la société à un niveau macrocosmique. Ainsi, toute personne fait partie d'un groupe et ce groupe lui accorde une sorte de *capital* composé de ces deux éléments qui l'aident en retour à trouver sa place au sein du groupe.

Dans cette perspective de Serge Paugam, il apparaît clairement que c'est la quantité de protection et de reconnaissance que le groupe attribue à une personne qui détermine à la fois son sentiment d'intégration, mais également sa capacité d'intégration au sein du groupe social d'abord, et ensuite dans la société globale. Se fondant sur cette posture, les personnes marginales ou désignées comme exclues seraient celles qui ne disposent ou ne se servent pas suffisamment de ce capital pour faciliter leur intégration dans l'environnement, qu'il soit micro ou macrosocial.

Il faut cependant ajouter ici que la mise à disposition de ces capitaux nécessaires à l'intégration n'implique pas nécessairement que l'acteur social s'en servira. C'est dire que

³⁸ Serge Paugam, *Le lien social*, Paris, PUF, Coll. « Que sais-je », 2^e édition, 2010.

³⁹ Igor Martinache, « L'Intégration inégale. Serge Paugam (dir.) Paris, Puf, coll. « Le lien social », 2014, 512 p. ISBN : 978-2-13-056333-4 », in *Idées économiques et sociales*, vol 178, n°4, 2014, p. 76

l'intégration est nécessairement, et au moins, une dynamique binaire. Ainsi, pour qu'il y ait intégration, c'est-à-dire acceptation des règles du jeu et conformité avec les normes, il faut à la fois que le groupe donne ces ressources dont parle Serge Paugam à l'individu, mais également que l'individu à son tour accepte de s'en servir. Cela implique, dans une certaine mesure, la volonté de l'individu de s'identifier au groupe social auquel il appartient ou désire s'intégrer. Toute dichotomie, tout hiatus entre les ressources mises à disposition et les objectifs poursuivis peut entraîner un autre phénomène.

L'intégration est donc davantage un processus constant qu'un état. En réalité, il y a toujours des ajustements à faire pour être intégré afin de conserver rôles et statuts, ou alors de conquérir de nouveaux rôles et statuts, et ainsi étendre son espace social. Appliqué aux personnes hypertendues, le changement de statut entraîne une nécessité d'ajustement en vue de l'intégration dans un groupe. Que ce soit dans le groupe de personnes hypertendues ou alors dans le groupe social.

Dans le cadre de cette étude, l'intégration fait partie des concepts clés qu'il est question d'observer. Les différentes définitions, même les plus politisées ou alors celles qui ont des relents de science idéologique, font ressortir un certain nombre d'éléments communs au concept d'intégration sociale. La synthèse des lectures présentées ci-dessus indique que ce concept se caractérise par l'interrogation du lien qui maintient ou unit l'individu à un ou des groupes sociaux. Ainsi, l'attachement ou les modes d'attachement de l'individu à un ou des groupes constitue un critère important qui détermine le concept d'intégration sociale.

Se fondant par ailleurs sur les travaux récents de Serge Paugam, et plus particulièrement son ouvrage sur l'intégration inégale, il est possible de constater que les individus ont tendance à adhérer à des groupes en fonction de la protection et de la reconnaissance que ces groupes leur accordent. Cette perspective permet de mettre en lumière des éléments importants de l'attrait des groupes et présume que lorsqu'un individu s'attache ou se détache d'un groupe, c'est parce que ces éléments sont soit peu présents ou peu ressentis par les individus qui constituent le groupe. Dit ainsi, l'intégration sociale suppose une interaction entre le groupe qui doit avoir une capacité intégratrice et les individus qui doivent accepter de se conformer au groupe, que ce groupe soit considéré comme marginal ou non. Dans cette optique, l'étude sur l'intégration des personnes hypertendues se fondera sur la manière dont les personnes hypertendues trouvent des moyens de s'attacher à un groupe social ou à la société globale en trouvant des astuces pour faire partie d'un groupe ou conserver une place au sein d'un groupe social.

En pratique, il sera question, et cela de façon prioritaire, d'interroger la manière dont les personnes hypertendues travaillent à conserver, malgré les nécessités de la prise en charge de la maladie qui s'y opposent *a priori*, un statut et des liens au sein des groupes auxquels ils participent, tout en essayant de se construire une identité convenable pour être considérées comme intégrées. Il sera également question d'interroger les groupes sociaux sur les mécanismes mis sur pied et participant à l'intégration sociale des personnes hypertendues.

Inégalité dans la connaissance du statut d'hypertendu

En se basant sur les études et rapports divers⁴⁰, il apparaît qu'il existe une inégalité dans la connaissance des personnes hypertendues de leur statut selon l'espace géographique et la région du monde. En effet, en prenant l'exemple du Canada, 84 % des personnes souffrant de cette pathologie savent qu'elles en sont atteintes. Par contre, en région subsaharienne, le nombre de personnes atteintes d'hypertension et au courant de cet état est assez faible.⁴¹ D'ailleurs, dans une étude nationale de 2015 menée par Samuel Kingue⁴² et al, indique que le pourcentage de personnes qui connaissent leur statut s'élève à 14,1%, soit une faible proportion statistique. Cette disparité permet de se rendre compte qu'entre le nombre de personnes hypertendues connaissant leur statut au Canada et au Cameroun, il y a presque une proportion inversée. Cela peut amener à s'interroger sur l'intégration sociale de la minorité de personnes hypertendues connaissant leur statut de malade au Cameroun.

Prévalence de l'hypertension artérielle dans certains pays d'Afrique

Dans sa thèse de doctorat, Boukaré Doulougou élabore une distribution de la prévalence de l'hypertension artérielle dans certains pays en Afrique⁴³. Il en ressort que la prévalence de l'hypertension artérielle augmente avec l'âge dans plusieurs pays du continent. Ainsi, au Burkina Faso, la tranche située des 18-29 ans compte plus de 10 % de personnes atteintes tandis que la tranche des 60-69 ans dépasse largement les 60 % de prévalence. Le constat indiquant qu'avec l'augmentation de l'âge il y a augmentation de la prévalence se vérifie également avec d'autres pays du continent. En Égypte, plus on monte en âge, plus le pourcentage des personnes hypertendues augmente. Ainsi, on quitte de moins de 10 % autour des 30-39 ans pour aboutir à

⁴⁰ Government of Canada, Statistics Canada, *Le Quotidien*, et Aurèle Tankeu, et al., op. cit, p.149

⁴¹ Aurèle Tankeu, et al., op. cit, p.149

⁴² Samuel Kingue et al., « Prevalence and Risk Factors of Hypertension in Urban Areas of Cameroon: A Nationwide Population-Based Cross-Sectional Study », in *The Journal of Clinical Hypertension*, vol 17, n° 10, October 2015, p. 819

⁴³ Boukaré Doulougou, op. cit. p. 22

60 % dans les 70-79 ans. Dans le document, Boukaré Doulougou présente la situation dans sept pays différents (Burkina Faso, Ghana, Sénégal, Égypte, Tanzanie, Mozambique, Afrique du Sud) et aboutit à une courbe de prévalence qui croît à mesure que l'âge augmente. Au Burkina Faso par exemple, les 18-29 ans ont une prévalence d'un peu plus 10 % tandis que les 60-69 ans en sont à plus de 60 %. En Afrique du Sud, les 18-29 ans sont environ 7 % à être hypertendus contre 56 % environ pour les 70-79 ans.

Hypertension et dépistage précoce en Afrique subsaharienne

L'OMS et le corps médical soutiennent que l'hypertension artérielle est mieux prise en charge lorsqu'elle est détectée suffisamment tôt. Ce dépistage précoce permet d'éviter que la maladie ne s'installe au point de causer des dégâts dans l'organisme de la personne malade. En effet, pour l'OMS, « *si l'hypertension est détectée précocement, il est possible de réduire les risques d'infarctus du myocarde, d'insuffisance cardiaque ainsi que d'accident vasculaire cérébral et d'insuffisance rénale* »⁴⁴. Il y a donc un enjeu majeur de santé publique lié à la mise sur pied de campagnes de dépistage ou de diagnostic de l'hypertension artérielle. Cependant, l'Afrique subsaharienne en général se trouve confrontée à des difficultés de mise en place d'un dispositif de diagnostic précoce de la maladie, que ce soit dans la population générale ou même chez les patients diabétiques qui ont de plus grands risques cardiovasculaires que le reste de la population.⁴⁵ La nécessité du dépistage précoce de l'hypertension se heurte en Afrique subsaharienne à des contraintes économiques et matérielles qui ne facilitent pas son implémentation.

*L'HTA du sujet diabétique, en Afrique sub-saharienne, pose [...] un problème diagnostique dans un contexte de ressources limitées, où la mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA) et l'automesure sont inaccessibles pour la majeure partie de la population. À la proportion déjà élevée de patients non sensibilisés, réduisant le taux de consultations dans les formations hospitalières, s'ajoute un nombre croissant de sujets non diagnostiqués par la mesure de la pression artérielle au cabinet et faussement rassurés.*⁴⁶

Face à ce faible taux du dépistage précoce de l'hypertension artérielle en Afrique subsaharienne, il peut être intéressant de se questionner sur les politiques mises en œuvre pour faciliter l'intégration sociale des personnes qui sont diagnostiquées hypertendues. Il est

⁴⁴ Organisation Mondiale de la Santé (OMS), *Panorama Mondial de l'hypertension...* op. cit. p. 21,

⁴⁵ Aurèle Tankeu, et al., op. cit, p.149

⁴⁶ Aurèle Tankeu, et al., op. cit, p.149.

également possible de s'interroger sur la place qu'occupe cette maladie dans la société camerounaise, ainsi que sur le rapport des populations à celle-ci.

L'hypertension et le jugement des personnes malades par la société

Dans « *Hypertension artérielle et habitudes de vie dans les journaux québécois : désocialisation, responsabilisation individuelle et réprobation morale* », David Hughes et Johanne Collin⁴⁷ ont montré que les media abordent l'hypertension comme une maladie qui provient des mauvaises habitudes des personnes malades. C'est donc le malade qui est considéré comme responsable de sa maladie, car c'est lui qui a adopté les comportements qui ont conduit au déclenchement de celle-ci. Dans cette perspective, la société jette donc un regard accusateur sur la personne qui souffre d'hypertension. Cet article permet de montrer que l'hypertension introduit un mode de relation qui peut être conflictuel entre les personnes malades et les autres membres de la société. Ce jugement est une forme de sanction que les journaux formulent à l'endroit des personnes hypertendues. Or, par le fait même que les journaux québécois accusent les hypertendus de cette partie du monde d'être responsables de leur maladie, il y a une sorte de rupture qui se pose entre les personnes malades et les personnes en bonne santé. Les personnes malades étant « irresponsables » tandis que les autres seraient plus responsables. Si cette étude met en avant cette fracture qui sépare malades et non malades, elle n'aborde cependant pas les stratégies développées par les personnes hypertendues ou en encore par les groupes sociaux pour faciliter l'intégration sociale des personnes hypertendues.

Dans le cadre de cette étude, les personnes malades seront interrogées sur ce qu'elles font pour conserver leur attachement au groupe social ou dans les interactions alors que les prescriptions médicales altèrent *a priori* cet attachement. Une autre question consistera à rechercher ce que les groupes sociaux, les proches de malades, mettent sur pied pour le pas créer une séparation et maintenir un lien avec les personnes hypertendues.

Cadre conceptuel de la recherche

Les diverses orientations données au concept d'intégration sociale par les auteurs jusqu'ici suffisent à préciser la perspective dans laquelle cette étude se déroule. Il s'agit de mener une recherche sur les conditions qui permettent que se réalise l'intégration sociale des personnes hypertendues. Les concepts fondamentaux de ce travail sont donc ceux d'intégration sociale et

⁴⁷Johanne Collin et David Hughes, « Hypertension artérielle et habitudes de vie dans les journaux québécois : désocialisation, responsabilisation individuelle et réprobation morale », in *Aporia*, vol.2, n° 4, pp. 36-46.

de normes thérapeutiques. Pour ce qui est du premier, dans son fondement et dans le déroulement de cette recherche, ses caractéristiques s'éloignent des conceptions idéologiques fondées sur les discours politiques. Il ne s'agit donc pas de parler d'intégration en lien avec l'immigration ou d'autres considérations du genre.

L'intégration sociale dont il sera question tout au long de cette thèse se départit des conceptions ordinaires qui considèrent notamment qu'intégration, insertion, assimilation sont identiques. En réalité, le présent travail s'inscrit dans une perspective sociologique. Il s'inscrit donc dans la lignée de travaux réalisés dans cette discipline en définissant l'intégration sociale comme un concept de la sociologie. Pour cela, la définition retenue de l'intégration sociale intègre une dimension sociale, c'est-à-dire interactive. Cette étude considère l'intégration sociale comme une dynamique binaire par laquelle les individus et les groupes sociaux travaillent à maintenir un attachement interdépendant.

Les éléments de ce complexe binaire sont tout d'abord les groupes sociaux. Ceux-ci peuvent prendre diverses appellations ou être dotées de diverses caractéristiques. Il s'agira concrètement de proches ou de la famille des personnes hypertendues, d'associations, de milieux professionnels et autres. Le deuxième élément de la binarité c'est la personne hypertendue. C'est donc en considérant que l'action commune de ces deux entités participe à construire l'intégration sociale des personnes hypertendues en milieu urbain que cette thèse sera conduite.

De ce qui précède, il est possible de faire ressortir les dimensions du concept d'intégration sociale. La première dimension est un mouvement que la personne hypertendue réalise pour garder un attachement à la société. En clair, pour qu'il soit possible de parler d'intégration sociale, il faut que l'individu hypertendu pose des actes qui manifestent, expriment et concrétisent son attachement au maintien de la relation avec le groupe social auquel il veut s'intégrer. Cette dimension se décline en deux composantes : l'expression de la demande et le développement de stratégies d'intégration sociale par la personne hypertendue. Les indicateurs qui permettront de saisir la première composante, à savoir l'expression de la demande sont notamment : la diffusion de l'information au sujet de la maladie, l'expression des nouveaux besoins pharmacologiques, l'expression des nouvelles exigences relationnelles, l'expression des besoins en termes d'alimentation, la demande implicite à travers les épisodes de maladie. Ces indicateurs sont analysés dans ce travail comme expression d'une demande d'intégration que la personne malade formule à l'endroit des autres acteurs qui peuvent garantir son intégration.

La deuxième composante de cette dimension c'est le développement de stratégies par les personnes hypertendues pour conserver leur statut de membre et partant leur intégration. Les indicateurs qui ont été retenus ici sont entre autres : le refus de prendre les médicaments, le refus de suivre un régime alimentaire, les stratégies d'occultation du statut d'hypertendu, la création d'un entre-soi, les techniques pour préserver sa santé sans perdre son statut de membre, céder à la négligence dans le respect des prescriptions médicales. Ces stratégies sont analysées dans ce travail comme des moyens dont usent les personnes hypertendues pour conserver leur intégration au sein des groupes sociaux.

Parmi les indicateurs annoncés pour l'analyse de la première dimension, ceux relatifs au refus du respect des normes thérapeutiques et à l'occultation du statut de malade peuvent sembler contradictoires au regard de la perspective annoncée, car ils ressortiraient d'une forme de continuité qui n'altère pas l'intégration sociale de la personne hypertendue. Mais ces indicateurs sont analysés ici comme l'expression de la volonté que l'individu manifeste à rester attaché au groupe par le fait que cette dissimulation lui permet de conserver la « protection » et la « reconnaissance »⁴⁸ qui participent à renforcer le sentiment d'intégration sociale.

La seconde dimension du concept d'intégration sociale dans le cadre de cette thèse, c'est le mouvement des groupes sociaux vers les individus. Il s'agit de tout ce que font les divers groupes sociaux (famille, associations, milieu professionnel...) qui gravitent autour des personnes hypertendues pour créer les conditions de leur intégration sociale. Deux composantes sont également identifiées et analysées dans le cadre de ce travail. La première c'est l'assistance. Les indicateurs retenus ici sont : la quête d'informations sur les exigences thérapeutiques de l'hypertension artérielle, l'assistance dans le respect des mesures pharmacologiques, l'assistance dans le respect des mesures non pharmacologiques.

La deuxième composante c'est la protection. Elle est observée à travers des indicateurs tels que : la redéfinition des nouvelles modalités de vie commune, la gestion de l'annonce des nouvelles stressantes à la personne hypertendue, la performance de rôles de représentation et de réparation, la mise sur pied de nouvelles normes inspirées des exigences diffusées par les normes thérapeutiques.

⁴⁸ Termes utilisés par Paugam dans *Le lien social*.

Concept	Dimensions	Composantes	Indicateurs
Intégration sociale	Mouvement de l'individu vers le groupe	Expression de la demande	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diffusion de l'information au sujet de la maladie ✓ Expression des nouveaux besoins pharmacologiques ✓ Expression des nouvelles exigences dans les relations avec les autres acteurs ✓ Expression des besoins en termes d'alimentation ✓ Demande implicite à travers les épisodes de maladie
		Stratégies	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Refus de prendre les médicaments ✓ Refus de suivre un régime alimentaire ✓ Stratégies d'occultation du statut d'hypertendu ✓ Création d'un entre-soi ✓ Techniques pour préserver sa santé sans perdre son statut de membre ✓ Céder à la négligence dans le respect des prescriptions médicales
	Mouvement du groupe vers l'individu	Assistance	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Quête d'informations sur les exigences thérapeutiques de l'hypertension artérielle ✓ Assistance dans le respect des mesures pharmacologiques ✓ Assistance dans le respect des mesures non pharmacologiques
		Protection	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Redéfinition des nouvelles modalités de vie commune ✓ Gestion de l'annonce des nouvelles stressantes à la personne hypertendue ✓ Rôles de représentation ✓ Rôles de réparation ✓ Mise sur pied de nouvelles normes inspirées des exigences diffusées par les normes thérapeutiques.

Le second concept majeur de cette thèse est celui des normes thérapeutiques, que l'on pourrait encore appeler normes biomédicales. Son importance est liée au fait que c'est lui qui déclenche le « désordre » dans l'intégration sociale de la personne hypertendue. Il possède globalement quatre dimensions.

La première dimension qui revient souvent dans le cadre du traitement de l'hypertension artérielle, c'est le traitement médicamenteux. C'est un des pans sur lesquels s'appuie la riposte contre cette pathologie. Elle se décline en divers indicateurs qui sont observables dans la réalité sociale. Le premier de ces indicateurs, c'est l'achat de médicaments prescrits par le médecin. Le second, c'est la prise de ces médicaments par le patient et le dernier c'est le traitement chronique de la maladie.

La seconde dimension c'est le respect des mesures diététiques. Elles se déclinent également en éléments concrets tels que le fait de chercher à réduire la consommation de sel, considéré comme un des plus grands facteurs aggravants de la pathologie. Cela s'accompagne de la réduction de la consommation de matières grasses, de l'évitement de l'alcool, du tabac et de la lutte contre l'obésité pouvant se traduire par la perte de poids le cas échéant.

L'activité physique est une autre composante des normes thérapeutiques exigée dans le cadre du traitement de l'hypertension artérielle. Ses indicateurs sont la pratique d'une activité physique régulière et l'évitement de la sédentarité.

La gestion du stress est une autre dimension des normes thérapeutiques. Elle se manifeste à travers la réduction des sources de stress et l'adoption de nouveaux comportements face à des situations stressantes.

Concept	Dimensions	Indicateurs
Normes thérapeutiques ou biomédicales	Traitement médicamenteux	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Achat des médicaments ✓ Prise de médicaments ✓ Traitement chronique
	Mesures diététiques	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Réduction de la consommation de sel ✓ Réduction de la consommation de matières grasses ✓ Évitement de l'alcool ✓ Évitement du tabac ✓ Perte de poids
	Activité physique	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pratique d'une activité physique régulière ✓ Évitement de la sédentarité

	Gestion du stress	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Réduction des sources de stress ✓ Nouveaux comportements face aux situations stressantes
--	-------------------	---

C'est ce cadre qui a permis de mener la présente étude. Il précise l'ambition de ce travail qui consistait à s'enquérir de comment les personnes hypertendues et la société en général font pour maintenir un lien, c'est-à-dire un attachement entre elles alors que les hypertendus s'inscrivent dans une nouvelle trajectoire normative et biographique déclenchée par la découverte leur statut et les prescriptions de la médecine.

IV. QUESTIONS DE RECHERCHE

Question principale : Comment les personnes hypertendues font-elles face aux normes thérapeutiques qui mettent à risque leur intégration sociale ?

Questions secondaires :

1. En quoi les normes thérapeutiques participent-elles à mettre à risque l'intégration sociale des personnes hypertendues ?
2. Quelles sont les stratégies développées par les personnes hypertendues pour préserver leur intégration sociale ?
3. Comment les groupes sociaux et les réseaux de relations qu'entretiennent les personnes hypertendues participent-ils à déterminer l'intégration sociale des personnes malades ?

V. HYPOTHÈSES

Hypothèse principale : Pour garantir l'intégration sociale des personnes hypertendues face aux normes thérapeutiques, une action réciproque fondée sur le maintien de l'interaction et de la négociation entre l'individu malade et le groupe social est initiée et entretenue par ces parties.

Hypothèses secondaires :

1. Le changement du système de normes et de valeurs en matière de santé des personnes hypertendues par les prescriptions médicales crée une déconstruction des habitudes, et plus globalement, de l'intégration sociale.
2. Les personnes hypertendues se servent des ressources financières, relationnelles et

culturelles que les groupes auxquels elles appartiennent mettent à leur disposition pour préserver leur intégration sociale.

3. Les groupes sociaux et réseaux de relations dans lesquels participent les personnes hypertendues sont le moyen et la finalité de l'intégration sociale et y participent en adaptant leurs normes et pratiques au nouveau statut des personnes malades.

VI. MÉTHODOLOGIE

1. Cadre théorique

Malgré le « *babélisme* »⁴⁹ et le « *foisonnement des modèles théoriques* »⁵⁰ en sociologie décrit par Valentin Nga Ndongo, « *la sociologie est une entreprise de production des connaissances sur la société, dont elle cherche essentiellement, comme toute autre science, du reste, à établir et à maîtriser les lois de fonctionnement et d'évolution.* »⁵¹ Cette recherche a retenu trois modèles théoriques parmi la pluralité de modèles existants pour examiner la réalité étudiée.

1.1. L'ethnométhodologie

L'ethnométhodologie est une théorie qui pose que la réalité sociale n'est pas produite que par des experts d'une question donnée. Selon cette théorie, les acteurs sociaux ne sont pas des personnes passives qui subissent les phénomènes. Ils sont à un certain degré auteurs de la réalité sociale et développent des méthodes profanes qui leur permettent de comprendre leur monde et d'agir en fonction des situations auxquelles ils font face. Pour construire leur monde tant sur le plan des idées que sur le plan des pratiques, les acteurs sociaux développent ce que les fondateurs de la théorie, notamment Garfinkel, ont appelé les « *ethnométhodes* ».

Ces ethnométhodes servent à la compréhension du monde et à l'action pratique des acteurs sociaux. Dans le cadre de cette étude, il s'est agi de se rapprocher des acteurs sociaux pour interroger leurs méthodes « *profanes* » développées pour permettre l'intégration sociale des personnes hypertendues en milieu urbain camerounais. Comme le souligne Alain Coulon lorsqu'il parle de l'ethnométhodologie,

⁴⁹ Valentin Nga Ndongo, « Qu'est-ce que la sociologie », in Nga Ndongo, Valentin et Kamdem, Emmanuel (dir.) *La sociologie aujourd'hui : une perspective africaine*, Paris, L'Harmattan, coll. « Sociologie Africaine », 2010, p. 20

⁵⁰ Valentin Nga Ndongo, op. cit. p. 25

⁵¹ Valentin Nga Ndongo, op. cit. p. 33

*Il faut considérer les faits sociaux comme des accomplissements pratiques. Le fait social n'est pas un objet stable, il est le produit de l'activité continue des hommes qui mettent en œuvre des savoir-faire, des procédures, des règles de conduite, bref, une méthodologie profane dont l'analyse constitue la véritable tâche du sociologue.*⁵²

Pour rendre opérationnel ce cadre théorique, il convient de commencer par le rapporter à la réalité qui est étudiée. L'intégration est envisagée dans cette recherche comme un processus construit. Cette construction se fonde sur la capacité des personnes hypertendues et des groupes sociaux à produire le réel. Selon l'ethnométhodologie, les acteurs qui construisent la réalité n'en sont souvent pas des experts, c'est-à-dire des personnes qui ont des connaissances poussées et spécifiques dans le domaine de la réalité sur lequel elles agissent. C'est effectivement le cas dans ce travail. Les acteurs qui sont interrogés ne sont pas des « experts » formés dans les questions d'intégration sociale. Ils ne reçoivent pas non plus un appui ou des conseils, tant dans la mise en place des normes médicales que dans la mise sur pied des éléments nécessaires à l'intégration sociale.

Ce sont donc des profanes qui sont censés garantir cette intégration des personnes hypertendues au quotidien. Pour ce faire, ils se fondent sur une « *méthodologie profane* » en se servant des connaissances et d'une rationalité à laquelle ils ont accès et qui leur sert à la pratique quotidienne. L'intégration sociale des personnes hypertendues apparaît comme une énigme qui se pose aux acteurs sociaux, plus précisément aux malades et à leur entourage immédiat (famille, amis, milieu professionnel, bref réseau social). Ce sont les méthodes de résolution de cette énigme qui intéressent dans ce travail, justifiant *ipso facto* le recours à cette théorie qui s'avère importante car elle sert à analyser les actions de ces profanes, hypertendus et groupes sociaux, qui sont souvent en première ligne et doivent se « débrouiller » pour trouver les moyens de l'intégration, que ce soit en développant leurs propres stratégies, ou en consultant des « spécialistes » sur la base des connaissances dont elles disposent.

Ainsi, les stratégies d'intégration sociale développées par les personnes hypertendues et les groupes sociaux ont été identifiées et analysées grâce à ce cadre théorique.

1.2. L'interactionnisme symbolique

L'interactionnisme symbolique est la seconde théorie qui a été utilisée dans le cadre de cette étude. Cette théorie pose que pour observer les faits sociaux, il faut porter une attention particulière aux interactions entre les acteurs sociaux. C'est donc lors des échanges entre les

⁵² Alain Coulon, *L'ethnométhodologie*, Paris, PUF, coll. « QSJ », 1987, p. 20

personnes que se construit la réalité sociale. C'est lors de ces interactions que se déterminent le contenu et le sens des faits sociaux : « *la signification des objets provient de ce qu'on leur donne sens au cours de nos interactions. [...]L'interaction est définie comme un ordre négocié temporaire, fragile qui doit être reconstruit en permanence afin d'interpréter le monde* ». ⁵³ La réalité sociale est donc dynamique, se définit et se transforme lors des interactions sociales. Or l'interaction commence dès lors qu'il y a deux individus en présence dont les agissements ont un sens l'un pour l'autre. C'est par cet échange de sens que se produisent à la fois la réalité, le sens de la réalité, l'influence, les décisions sur les actions présentes et l'anticipation sur celles futures.

L'interactionnisme veut dès lors saisir la société comme en train de se construire au sein des relations sociales. Cette théorie indique donc que pour saisir la réalité sociale, il faut considérer un certain nombre d'éléments dont la rationalité d'un acteur agissant en relation avec d'autres acteurs. Sous cette perspective, le sens et la définition de la société ne se décident pas toujours dans des instances macrosociales : il suffit d'un faisceau interactionnel avec un certain contenu pour donner du sens à la réalité sociale. Sans toutefois remettre en question l'importance des groupes sociaux, l'interactionnisme apporte une vision du monde qui donne plus de pouvoir à l'individu dans la dynamique sociale que ne le font les théories holistes.

Cet aspect, cet apport est précisément ce qui a été trouvé comme intéressant pour la conduite de cette étude. La thèse s'inscrit en effet dans une vision selon laquelle les personnes hypertendues sont dotées d'une certaine rationalité et construisent le contenu de l'intégration sociale au fil des échanges. Ce concept n'est donc pas envisagé dans ce travail comme une donnée indépendante de la volonté des acteurs impliqués, il en est plutôt le résultat. Par ailleurs, l'orientation théorique voulue à travers le choix de cette théorie est clairement fondée sur l'idée selon laquelle en observant directement ou par des entretiens les interactions sociales, il est possible de voir clairement l'intégration sociale s'y construire au quotidien.

L'interactionnisme a servi à observer comment se construit l'intégration des personnes hypertendues en milieu urbain camerounais. Pratiquement, l'interactionnisme symbolique a permis d'analyser les rapports inter entités (individu-groupe, individu-individu). L'analyse de ces rapports et l'observation des interactions a débouché sur la détermination des pratiques interactionnelles qui participent à la construction de l'intégration sociale des personnes hypertendues. Il s'est alors agi de questionner les interactions entre les malades et les autres acteurs sociaux pour en déduire le mode de relation et le type d'organisation qui en découle,

⁵³ Alain Coulon, op.cit. p. 12

ainsi que les enjeux de cette interaction.

Cette théorie a permis de voir comment le concept d'intégration se construit de façon pratique, à travers les interactions entre les individus. Mais cette interaction n'a pas été observée uniquement au niveau individuel, mais également au niveau de la relation individu-groupe. Ce sont les diverses interactions entre binômes d'entités qui participent à définir la notion d'intégration et en même temps à réaliser ou non l'intégration des personnes hypertendues.

1.3. La théorie des réseaux

La théorie des réseaux sociaux fait partie des théories en sciences sociales qui permettent de comprendre les diverses relations que les individus entretiennent entre eux au sein d'un groupe. Les éléments de sociométrie tiennent une bonne partie de leur fondement sur l'analyse des relations que les acteurs sociaux entretiennent entre eux.

Selon Emmanuel Lazega, « *Un réseau social est généralement défini comme un ensemble de relations d'un type spécifique (par exemple de collaboration, de soutien, de conseil, de contrôle ou d'influence) entre un ensemble d'acteurs* »⁵⁴. Le réseau social est donc un capital dont dispose l'acteur social pour se positionner dans un groupe ou dans la société à un niveau plus large. Dans ce réseau social, il existe un ensemble d'enjeux qu'il convient pour le chercheur de découvrir et d'expliquer. Ce d'autant plus que « *Le comportement d'un acteur n'est pas seulement déterminé par les relations observées ici et maintenant, dans un seul réseau, mais par son intégration dans plusieurs.* »⁵⁵.

Cette mise au point d'Emmanuel Lazega permet de comprendre que le réseau social d'une personne donne une indication de son intégration sociale. Plus un acteur social est attaché à la société à travers les relations qu'il noue et entretient avec les autres, plus il en est considéré comme membre. Sous ce rapport, l'intégration sociale n'est pas un décret, mais une construction. Elle se bâtit à mesure que se tissent les liens entre les individus.

Sous ce rapport, un auteur comme Mark Granovetter indique qu'il existe des liens faibles et des liens forts. Ces différents liens jouent sur la capacité des acteurs sociaux à s'intégrer en

⁵⁴ Emmanuel Lazega, « Analyse de réseaux et sociologie des organisations », in *Revue française de sociologie*, vol. 35, n° 2, p. 293

⁵⁵ Emmanuel Lazega, op. cit. p. 296

densifiant leur réseau social. Dans un article,⁵⁶ l'auteur indique même que dans certaines circonstances, les liens faibles peuvent être plus forts pour favoriser l'intégration sociale que les liens forts car ils donnent accès à des nouvelles possibilités de relations.

Dans le cadre de cette thèse, la théorie des réseaux sociaux a été utile pour déterminer comment le réseau social participe à favoriser leur intégration sociale de la personne hypertendue. Il a été question de partir des divers liens entretenus entre les acteurs, des relations construites dans le cadre du rapport que les acteurs hypertendus entretiennent avec la maladie. Cette théorie a également permis de déterminer quel pan du réseau social est davantage impliqué dans la construction de l'intégration sociale. Les réseaux sociaux ont aussi permis de découvrir en quoi la reconfiguration, la recomposition ou la conservation des relations sociales participent à construire socialement l'intégration sociale.

2. Les techniques de collecte de données

2.1. L'observation directe

Parmi les techniques de collecte des données qui ont été utilisées pour comprendre l'intégration sociale des personnes hypertendues, il y a l'observation directe. Cette technique a permis de collecter les informations à travers les organes la vue et l'ouïe principalement. Elle a servi à percevoir, mémoriser et noter les actions, les paroles, les comportements relatifs à l'intégration sociale des personnes hypertendues. Car selon Stéphane Beaud et Florence Weber, observer c'est percevoir, mémoriser, noter et « *le chercheur procède directement lui-même au recueil des informations, sans s'adresser aux sujets concernés* »⁵⁷. Le chercheur est donc en immersion dans la société avec laquelle il garde une certaine distance qui pour ne pas influencer sur le cours de sa production.

Il a alors été question au cours de cette étude d'observer les pratiques, les comportements, les propos, les expressions corporelles produits par les acteurs et relatifs à l'intégration sociale des personnes hypertendues. Cette observation s'est faite dans les lieux divers où se produit la société. Ainsi, la rue, les marchés, les lieux de rassemblement, les domiciles, les sièges d'associations d'association et d'autres ont été investis pour observer l'observation des stratégies d'intégration sociale des personnes hypertendues.

⁵⁶ Mark Granovetter, « The Strength of weak ties », in *American Journal of Sociology*, vol. 78, n° 6, 1973, pp. 1360-1380

⁵⁷ Raymond Quivy et Luc Van Campenhoudt, *Manuel de recherches en sciences sociales*, Paris, Dunod, 1995, p. 164

2.2. L'entretien semi-directif

« *L'entretien de recherche vise la production par B d'un discours continu sur un thème donné, ce qui n'est possible que si A s'abstient de poser des questions* »⁵⁸. L'entretien semi-directif a permis d'interroger les personnes hypertendues et les autres acteurs sociaux, afin de collecter les informations sur l'intégration sociale des personnes hypertendues. En pratique, il était question de se rendre auprès des personnes définies par l'échantillonnage pour les échanger avec elles de manière libre, tout en cadrant l'échange autour des items préalablement définis. L'entretien semi-directif a permis de collecter des données sur le statut accordé aux personnes hypertendues, les pratiques d'intégration, la place de l'hypertension dans la société entre autres. L'objectif était d'interroger les acteurs sociaux jusqu'à atteindre la saturation.

2.3. Les récits de vie et étude de cas

Le récit de vie est un outil de collecte de données qualitatives. Son déploiement lors d'une enquête en sciences sociales permet de saisir les événements importants de la vie d'une personne avec laquelle le chercheur s'entretient. Ces événements peuvent être liés au vécu actuel de l'acteur, mais ils peuvent aussi se trouver dans le passé de l'individu. En ce sens, le récit de vie permet de comprendre la trajectoire d'un acteur social. Il facilite également la compréhension de la genèse et l'évolution d'un phénomène étudié. Cet aspect de temporalité est assez essentiel ainsi que le souligne Delphine Burrick⁵⁹ : « [...] *Le récit de vie constitue une méthode qualitative congruente pour appréhender le sens des phénomènes humains à travers leurs temporalités, tels la construction identitaire individuelle, les trajectoires sociales, les changements culturels [...]* ». Dans le cadre de cette recherche sur l'intégration sociale des personnes hypertendues, il a été question de se servir de cet outil de collecte pour saisir les parcours, tentatives de reconstruction des personnes hypertendues après l'annonce du statut de malade chronique et les prescriptions médicales.

3. Population d'étude et technique d'échantillonnage

Cette étude sur l'intégration sociale des personnes hypertendues en milieu urbain camerounais s'est faite auprès d'une population d'étude diverse. Parce qu'il n'existe pas une base de sondage de cette population, l'occasion a fait le larron, pour parler comme Stéphane

⁵⁸ Alain Blanchet et al, *Les Techniques d'enquête en sciences sociales*, Paris, Dunod, 1987, p.83

⁵⁹ Delphine Burrick, « Une épistémologie du récit de vie », in *Recherches qualitatives*, coll. hors-série « Les Actes », Ottawa, 12 mai 2009, p. 8

Beaud et Florence Weber.⁶⁰ La technique utilisée est donc l'échantillonnage par choix raisonné. En tout lieu où la présence d'une personne hypertendue ou d'un proche d'hypertendu a été indiquée, l'entretien a été initié avec le consentement de l'acteur social pour retracer les dimensions de l'intégration sociale, ainsi que comprendre l'univers social qui participe à cette production.

Les informations des personnes hypertendues et de leurs proches qui ont été rencontrés en divers lieux ont permis de dresser les divers types de relations qui naissent lors de la restructuration requise par les prescriptions médicales. Sur le terrain, au cours d'un séjour au sein d'une association de lutte contre l'hypertension (ACADIAH), la parole a été donnée aux personnes hypertendues en tant qu'individus et à leurs proches issus de différents groupes sociaux pour collecter les informations relatives au sujet qui fait l'objet de cette recherche, à savoir, comment se matérialise l'intégration des personnes hypertendues et leur environnement social.

Pour Stéphane Beaud et Florence Weber,

*Il faut savoir que, sur un terrain, on ne choisit pas ses enquêtés, ce serait peut-être même le contraire. On peut interpréter l'enquête comme un marché où se confrontent une offre explicite de rencontre, de parole (celle de l'enquêteur), et une demande, elle plus souvent implicite, de la part des enquêtés. Ce qui fait qu'on ne choisit pas ses enquêtés sur des critères objectifs. Bien souvent dans l'enquête, c'est l'occasion qui fait le larron.*⁶¹

L'étude a été menée en gardant à l'esprit cette dimension d'opportunité à saisir sur ce marché dont parlent ces auteurs. Nous avons procédé ainsi en diversifiant les sources jusqu'à l'atteinte de la saturation.

Au terme de la collecte des données, il a été possible d'interviewer 20 personnes hypertendues dont 04 victimes d'un AVC, et 08 proches de personnes hypertendues dont 04 proches de victimes d'AVC. Le total de personnes hypertendues et de proches de personnes hypertendues rencontrés est donc de 28. Les acteurs sociaux sont des hommes (13) et des femmes (15). Pour ce qui est de la répartition des AVC selon le genre, 3 sont des hommes pour 1 femme. Ces personnes ont été rencontrées à leur domicile et au sein de l'ACADIAH. Les personnes hypertendues et leurs proches ont été rencontrés dans les divers quartiers de l'espace

⁶⁰ Dans l'ouvrage leur ouvrage : Stéphane Beaud et Florence Weber, *Guide de l'enquête de terrain. Produire et analyser des données ethnographiques*, Paris, La Découverte, coll. « Guides Repères », 1998

⁶¹ Stéphane Beaud et Florence Weber, op. cit., p. 39

urbain de Yaoundé.

Tableau des enquêtés selon le statut

	Hypertendu		Proche d'hypertendu	
Statut	Sans AVC	Victime d'AVC	Sans AVC	Victime d'AVC
Effectif	16	4	4	4
Total	20		8	

Tableau des enquêtés selon le genre

	Homme		Femme	
Statut	<i>Hypertendu sans AVC</i>	<i>Victime d'AVC</i>	<i>Hypertendue sans AVC</i>	<i>Victime d'AVC</i>
Effectif	10	3	14	1
Total	13		15	

4. Considérations éthiques

Afin de garantir l'intégrité des personnes malades, une demande de clairance éthique a été déposée auprès de la Délégation Régionale de la Santé Publique (DRSP) du Centre. L'aval des autorités de cette institution a été obtenu pour mener la recherche. Le consentement des participants à l'étude a été demandé et obtenu avant le début de la collecte. La conduite de l'étude s'est tenue dans des conditions ne mettant pas en danger la santé physique ou mentale des personnes interrogées. Afin de garantir la confidentialité, les enquêtés sont appelés ici par leur prénom, sans autre addition ou mention de leur nom.

VII. DÉFINITION DES CONCEPTS

Intégration sociale : ce concept est de plus en plus utilisé aujourd'hui dans toutes les sphères de la société. C'est dans les discours politiques⁶² qu'elle est plus utilisée, au point qu'il est facile d'oublier que c'est un concept de la sociologie, dont les premières mentions remontent au XIXe siècle lors de la fondation de cette discipline.

⁶² Le concept d'intégration revient souvent dans les batailles politiques que ce soit dans les campagnes électorales, les débats politiques. En France particulièrement, c'est un concept qui revient tout le temps et qui pose quasiment toujours la question de l'intégration des personnes issues de la migration ou alors des personnes naturalisées françaises. L'intégration est globalement vue comme une sorte d'assimilation des individus dans les discours politiques. Mais il ne s'agit là que d'une récupération politique d'un concept né en même temps que l'élaboration de la sociologie, notamment en France avec Emile Durkheim.

Le concept d'intégration désigne chez Émile Durkheim le « *vouloir vivre ensemble* »⁶³. Pour lui, on parle d'intégration quand une société donne une place aux individus qui la composent de manière à créer une certaine cohésion. Ainsi, l'individu qui trouve sa place dans la société est considéré comme intégré. Mais chez Émile Durkheim, l'idée de l'intégration ne pouvait s'envisager que dans le cadre d'une société globale. Il donne une place centrale à l'État, au gouvernement, donc aux entités nationales, pour ce qui est de l'organisation de la société et de la mise en œuvre de l'intégration sociale.

Dans le cadre de ce travail, le contenu de l'intégration sociale ne s'est pas limitée au vouloir vivre ensemble dans la Nation ou dans l'État, mais a porté également, et davantage, sur la volonté des individus à participer à la production de la société en assumant des rôles et en occupant un statut qui leur donne le sentiment d'appartenir aux groupes sociaux. En pratique, l'intégration des personnes hypertendues, dont certaines habitudes et pratiques sont redéfinies par le traitement de la maladie, a eu pour consistance la manière dont les individus et la société travaillent à ce que le malade continue de conserver une place de membre.

Normes thérapeutiques : Ce concept est composé de deux vocables dont la définition permet de mieux comprendre l'ensemble. Selon Jean-Pierre Rey, « *Les normes définissent ce qu'il faut faire dans des circonstances données. Ce sont des règles généralement implicites, qui régissent la manière de penser, de juger, d'éprouver, de parler et d'agir dans le groupe.* »⁶⁴ Cette définition indique que les normes régissent et orientent l'action des individus au quotidien. Elles possèdent également un aspect contextuel. Cela signifie que les normes ne sont pas les mêmes en fonction du groupe dans lequel se trouve l'acteur. La conséquence de cette réalité est qu'un individu peut être jugé par d'autres membres d'un groupe en fonction de ses agissements, propos, réflexions, jugements et de ses émotions exprimées, ce qui peut déterminer des sanctions positives ou négatives à son endroit.

Les normes sont également légitimées par la poursuite d'objectifs définis par un groupe social qui les élabore. C'est à ce niveau qu'un adjectif peut être associé à ce vocable et déterminer une réalité spécifique. On pourra alors parler de normes camerounaises, de normes sanitaires, de normes techniques, etc. Dans le cadre de ce travail, le mot « thérapeutique » ou « biomédical » adjoint au concept de norme indique des règles qui sont élaborées par le corps médical afin de préserver la santé d'une personne hypertendue. Les normes thérapeutiques sont

⁶³ Catherine Rhein, op. cit. p. 195.

⁶⁴ Jean-Pierre Rey et al., *Le Groupe*, Paris, Éditions Revue EPS, coll. « Pour l'action », 2000, p. 18

donc l'ensemble des règles émises par les professionnels de santé pour orienter la conduite de la personne hypertendue vers la stabilisation ou l'amélioration de sa pression artérielle. Ces règles correspondent à un objectif spécifique construit et défini par les médecins et qui s'appliquent dans leur essence aux individus souffrant d'hypertension sociale.

Hypertension artérielle : les médecins la définissent comme une élévation de la tension artérielle associée à dysfonctionnement physiologique. L'hypertension artérielle n'est pas une maladie qui présente des symptômes. Elle est déclarée suite à un diagnostic médical fondé sur des appareils de mesure dont l'un des plus importants est le tensiomètre. Pour l'OMS, on peut soupçonner une hypertension et éventuellement déclarer une personne hypertendue lorsque la pression artérielle mesurée correspond à une certaine valeur :

L'hypertension est définie comme une pression systolique égale ou supérieure à 140 mmHg et/ou une pression diastolique égale ou supérieure à 90 mmHg. Des valeurs normales tant pour la pression systolique que pour la pression diastolique sont particulièrement importantes pour le bon fonctionnement d'organes vitaux comme le cœur, le cerveau et les reins, et pour le maintien général de la santé et du bien-être.⁶⁵

Cette pathologie peut entraîner des conséquences irréversibles sur la santé du patient, notamment un handicap moteur permanent, si elle n'est pas traitée. Le traitement dont il est question peut parfois impliquer la prise de médicaments. Cependant, il implique toujours le changement d'habitudes de vie du patient, ce qui conduit parfois à la redéfinition de son identité et de ses relations avec son milieu social.

Précisions sur l'hypertension en milieu urbain

Dans les études sur l'hypertension artérielle, une comparaison de prévalence est souvent faite entre le milieu urbain et le milieu rural. C'est ainsi que plusieurs études ont démontré que le milieu urbain produisait plus de personnes hypertendues que le milieu rural. À cet effet, Doulogou Boukaré écrit :

Les auteurs se sont intéressés à une différence de prévalence entre le milieu urbain et le milieu rural. Les prévalences de l'HTA sont plus élevées dans le milieu urbain comparé au milieu rural dans la quasi-totalité des études. Si dans les villes les prévalences varient entre 20 et 40 %, dans les campagnes, la prévalence est généralement inférieure à 25 %. Le milieu urbain apparaît comme un facteur de risque de l'HTA en Afrique. En

⁶⁵ Organisation Mondiale de la Santé, *Panorama Mondial de l'hypertension*, Journée mondiale de la santé 2013, p.17

*effet le mode de vie dans les villes africaines (manque d'activité physique, alcool, cigarette) est semblable au mode de vie de l'occident.*⁶⁶

Françoise Raïssa Ntentie et al, ajoutent dans un article :

*The lower percentage of isolated diastolic HTA obtained in our study (23 %) compared to that obtained by Azantsa et al. [...] (32.8 %), would be attributed to the lower degree of urbanization of the city of Kaele compared to the metropolis Yaounde. In fact, the lifestyle of urban population are risk factors for high blood pressure (sedentary lifestyle, high consumption of alcohol ...).*⁶⁷

Ainsi, la ville possède des facteurs qui prédisposent à l'hypertension artérielle. Ces facteurs sont essentiellement liés au mode de vie, aux exigences et contraintes de ce milieu. C'est donc dans les villes que l'on retrouve le plus grand nombre de personnes hypertendues.

VIII. DÉLIMITATION SPATIO-TEMPORELLE

La conduite de ce travail s'est faite dans l'espace urbain camerounais. Ce choix tient à ce que la ville est le lieu où le nombre de personnes hypertendues est le plus élevé en comparaison aux zones rurales⁶⁸. Déjà en 1998, une étude comparative sur la prévalence de l'hypertension en milieu urbain et rural a été menée⁶⁹. Il en est ressorti que conformément aux études précédentes ayant pour objectif de comparer la prévalence de l'hypertension artérielle entre urbanité et ruralité, le milieu urbain compte plus de personnes hypertendues que le milieu rural⁷⁰. Cette dynamique s'est conservée et a également été constatée ultérieurement.

*[...] le mode de vie dans les villes africaines (manque d'activité physique, alcool, cigarette) est semblable au mode de vie de l'occident. Il semble plus propice au développement des maladies non transmissibles telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'asthme.*⁷¹

C'est également *a priori* en ville que se trouvent les plus grands centres de prise en charge des personnes hypertendues. Par ailleurs, il y existe de prime abord des ressources (humaines, médicales, médiatiques et associatives) à même de diffuser des informations sur la maladie et de faire adopter de nouveaux comportements aux acteurs pour une meilleure intégration des personnes hypertendues.

⁶⁶ Boukaré Doulougou, op. cit. p. 23

⁶⁷ Françoise Raïssa Ntentie, et al., « A silent killer in the Far North Region of Cameroon: Increasing prevalence of hypertension among Kaele dwellers », in *International Research Journal of Medicine and Biomedical Sciences*, vol.4, n° 2, 2019, p. 18

⁶⁸ Ministère de la santé publique, *Plan stratégique pour la promotion et le développement des mutuelles de santé au Cameroun 2005 - 2015*, Yaoundé, mars 2006, p. 19

⁶⁹ Jean Claude Mbanya et al., « The prevalence of hypertension in rural and urban Cameroon », in *International Journal of Epidemiology*, 1998:27, International Epidemiological Association 1998, pp.181-185

⁷⁰ Jean Claude Mbanya et al., op. cit. p.183

⁷¹ Boukaré Doulougou, op. cit., p. 23

Dans un document du Ministère de la santé publique, il est indiqué que la région du Centre a un taux de prévalence d'hypertension de 31,8%, alors que certaines études estiment la moyenne nationale entre 29,7 et 30,9%.⁷² Cette région est donc, quelle que soit la statistique considérée, au-delà de la moyenne en ce qui concerne l'hypertension artérielle, son traitement, et par conséquent par les questions d'intégration sociale qui en découlent. Le terrain de l'enquête a été réalisé dans la région du Centre Cameroun, dans le département du Mfoundi, plus précisément dans la ville de Yaoundé. L'enquête s'est déroulée dans des lieux convenus avec les patients hypertendus, notamment dans leurs domiciles, un lieu neutre ou alors au sein de l'ACADIAH. Ces entretiens se sont déroulés durant la période allant de 2020 à 2022.

IX. PLAN DE LA THESE

Le présent travail est subdivisé en trois parties de deux chapitres chacune. La première partie revient sur le vécu des personnes hypertendues avant le dépistage de la maladie, ainsi que sur les ruptures qu'entraînent les normes thérapeutiques de lutte contre l'hypertension artérielle. Dans la seconde partie, les stratégies développées par les personnes hypertendues pour leur intégration sont abordées, tout comme les ressources qui sont mises en place par le groupe social afin de participer à cette intégration sociale. La troisième partie quant à elle indique que l'intégration sociale des personnes hypertendues est rendue possible grâce aux négociations, principalement informelles, qui se déroulent au cours des interactions.

⁷² Ministère de la santé publique du Cameroun– Organisation mondiale de la santé, idem

**PREMIÈRE PARTIE : DU DEPISTAGE DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE À LA
RUPTURE DES HABITUDES**

Introduction

Pour rendre compte de la réalité à laquelle s'intéresse ce travail, la première partie porte sur le contexte dans lequel évoluaient les acteurs sociaux avant le diagnostic de la maladie, ainsi que sur le rôle des prescriptions médicales dans la création d'un problème d'intégration sociale des personnes hypertendues. Le premier chapitre s'intéresse de manière spécifique au vécu des personnes hypertendues avant le dépistage de la maladie. Il se fonde à la fois sur une observation directe et sur les verbatims des personnes directement concernées par la maladie. Cette portion du travail reprecise le cadre qui prévalait dans la vie des personnes hypertendues. Ce cadre est principalement normatif en ce que les règles qui le régissent sont fondées sur une réalité, un mode d'être ensemble connu et partagé qui n'intègre pas toujours la nécessité de prendre en compte l'hypertension artérielle.

Dans un second temps de cette partie qui correspond au deuxième chapitre, c'est aussi une observation directe couplée aux discours des acteurs qui sont utilisés pour rendre compte de la rupture normative que représente le dépistage de l'hypertension chez un acteur social. Cette rupture normative se fait par l'entremise de la médecine, et plus précisément de la médecine dite conventionnelle. Dans ce chapitre, cette médecine apparaît comme le moteur qui crée de la tension à travers les normes thérapeutiques qu'elle prescrit, inscrivant *de facto* la personne hypertendue dans un conflit entre les normes sociales et les normes thérapeutiques.

CHAPITRE I : LE VÉCU DES PERSONNES HYPERTENDUES AVANT LE DÉPISTAGE

Chaque personne grandit dans un environnement social qui le précède et influence son rapport aux choses et aux idées. Selon Philippe Corcuff, « *les réalités sociales sont appréhendées comme des constructions historiques et quotidiennes des acteurs individuels et collectifs* »⁷³. Ce sont ces constructions qui orientent l'action des individus, créant ainsi un cadre normatif, un système de valeurs afin de donner corps à tout cela dans les institutions sociales. Afin de donner corps à tout cela, les institutions sociales sont dotées d'un système des sanctions servant à décourager ou à encourager des actions. Avant le déclenchement de la maladie chez les personnes hypertendues, elles sont donc comme toutes les autres composantes de la société des personnes soumises à des règles et exigences normatives et de valeurs communément partagées et au sein d'un groupe social donné. Cette situation prévaut jusqu'à ce que la maladie apparaisse. L'enquête qui a été menée auprès des acteurs a permis de relever des habitudes de vie dictées par leur appartenance à un groupe social donné auquel ils travaillent à se conformer.

I. Alimentation, activité physique et gestion du stress avant le diagnostic de la maladie

Les groupes sociaux fonctionnent sur la base des règles qui sont communément partagées entre les individus qui les composent. Cette présence de règles entraîne une sorte de routine qui permet à la fois de produire un ordre social et des manières d'être ensemble. Cet état des choses participe à fluidifier, à faciliter et à construire des relations sociales entre les individus appartenant au même groupe. Les normes, valeurs et pratiques permettent aux acteurs sociaux de se reconnaître et d'anticiper leurs actions réciproques, s'inscrivant les uns et les autres dans une logique de prévisibilité des actions. Cela a été constaté dans le cadre de l'observation des personnes hypertendues. Avant le dépistage de la maladie, la personne hypertendue existe dans un univers social clairement défini. En tant que membre de la société, elle participe à un certain nombre d'interactions, occupe des statuts, exerce des rôles conquis ou attribués. Ces éléments participent à la construction de l'identité de la personne. Ils assurent également sa reconnaissance par les autres membres du groupe. La maladie trouve donc toujours un ordre social, généralement négocié et entretenu depuis très longtemps, et qui fixe des repères servant à l'agencement des acteurs du groupe social et de leurs actions. Avant donc qu'interviennent le dépistage et le traitement de la maladie, il existe un modèle de société que le groupe social a mis sur pied dans lequel évolue la personne hypertendue.

⁷³ Philippe Corcuff, *Les Nouvelles sociologies*, Paris, Nathan, 1995, p. 17

I.1. Se nourrir avant le diagnostic de la maladie

L'alimentation est un besoin naturel nécessaire à la survie de l'humain. Ce besoin est comblé par divers aliments qui sont sélectionnés et consommés par les groupes sociaux en fonction d'un certain nombre de préférences. Chaque groupe social élabore ses choix alimentaires et détermine ses recettes culinaires, ce qui le différencie des autres :

Manger, cet acte qui pourrait sembler anodin et banal, constitue pourtant une pratique culturelle dont la compréhension est une porte d'entrée idéale pour saisir l'organisation d'une société. Parce que les pratiques alimentaires jouent le rôle de marqueurs identitaires et occupent une place centrale dans les processus de différenciation sociale, elles sont à la fois le reflet et la source de nombreuses inégalités sociales, qu'il s'agisse de ressources économiques, d'apparence ou encore de santé.⁷⁴

L'alimentation occupe donc bien une place centrale, que ce soit pour des besoins physiologiques que pour faire apparaître un certain nombre de déterminants sociaux. Avant que l'hypertension ne soit dépistée chez une personne, celle-ci vit dans un environnement social qui lui offre un cadre de référence pour ses choix, ses orientations et ses préférences alimentaires. C'est donc presque naturellement que ces personnes qui ne sont pas encore hypertendues se conforment à des pratiques et des normes alimentaires provenant de leur réseau social. Les choix de repas de ces personnes sont assez similaires à ceux des groupes auxquels elles participent. Il est possible de déterminer les modes de consommation alimentaire avant dépistage de la maladie en s'appuyant sur un certain nombre de critères.

I.1.1 L'alimentation des acteurs sociaux dans la sphère familiale avant le dépistage

La famille est un des cadres qui structurent le plus les habitudes alimentaires des acteurs sociaux. Cet environnement influence grandement les orientations alimentaires de ses membres, et ce, dès la socialisation primaire. Lorsque l'enfant naît, il reçoit les préférences, une forme d'inculcation du goût qui agit sur les préférences initiales de l'enfant. À cet effet Benoist Schaal et Robert Soussignan écrivent :

Au cours des premières années, les enfants acquièrent une expertise dans leurs connaissances alimentaires : ils identifient ce que leurs parents consomment (même, et peut-être surtout, si les produits concernés sont prohibés aux enfants), savent parfaitement ce qu'eux-mêmes ou leurs proches apprécient ou rejettent, catégorisent les

⁷⁴ Thibaut de Saint Pol, « Les évolutions de l'alimentation et de sa sociologie au regard des inégalités sociales », in *L'Année sociologique*, vol. 67, n° 1, 2017, p.11.

*objets alimentaires en fonction de leurs propriétés sensorielles, du contexte de leur consommation, de leur valeur sociale ou symbolique.*⁷⁵

C'est dans un environnement familial fortement influencé par les acquis de la socialisation primaire et secondaire qu'évolue le futur patient hypertendu. Les types de repas qui sont consommés par l'enfant sont également des repas qui sont proposés au sein de la famille. Cette pratique s'impose comme une norme au sein du groupe social jusqu'à ce que l'enfant puisse exprimer ses préférences, ses choix ou allergies.

Quand l'enfant grandit et qu'il développe ses préférences alimentaires personnelles, celles-ci ne diffèrent pas fondamentalement de ce que ses plus proches consomment. Lorsque l'acteur qui n'est pas encore hypertendu vit au quotidien avec sa famille, il n'y a pas de différences fondamentales entre ce qu'il consomme et ce que les autres membres de la famille consomment. La famille dont il fait partie et dont il est parfois un des responsables possède une routine alimentaire qui leur garantit la possibilité de manger ensemble les mêmes repas. Ignorant encore son statut de malade, cet acteur social s'alimente selon les pratiques en cours dans la famille dont il est membre.

I.1.1.1 Se nourrir comme les autres

Lors de la collecte des données, une information était récurrente. Avant le dépistage de la maladie, les futurs hypertendus se nourrissaient comme les autres personnes de leur famille. Cela signifie que les mets qui sont cuisinés à la maison sont les mêmes qui sont consommés par toute la famille, indépendamment du statut et du rôle des individus au sein de la parenté.

I.1.1.1.1 Les impératifs culturels de l'alimentation avant hypertension artérielle

En pratique, c'est en général la femme qui est en charge de la préparation et de la cuisson des repas dans les ménages.⁷⁶ Le choix des mets est souvent fonction des habitudes de vie provenant de l'environnement culturel. Ainsi, les ressortissants d'une région cuisinent assez souvent des repas qui leur sont culturellement attribués, en plus d'autres types de repas plus partagés entre toutes les composantes ethniques du pays. Cela a pu être constaté entre autres chez les enquêtés.

⁷⁵ Benoist Schaal et Robert Soussignan, « L'enfant face aux aliments : d'avant-goûts en préférences en programmations », in *Enfance*, vol. 60, n°3, 2008, p. 215.

⁷⁶ Cf. l'article de Martine Bourelly, « Cheffe de cuisine : le coût de la transgression », in *Cahiers du Genre*, n° 48, 2010, p. 127

En livrant son témoignage, Pierre Marie affirme : « *On ne peut pas éviter les nourritures comme le taro ou le pilé*⁷⁷. *Ce sont les nourritures de chez nous* » (Entretien avec Pierre Marie, hypertendu victime d'AVC, Nlongkak, 07/11/2020). Originaire des Hauts-Plateaux dans l'Ouest du Cameroun, cet acteur social indique ainsi l'importance et l'attachement aux mets qui ont à la fois bercé son enfance et qui lui assurent l'expression de son identité culturelle. C'est donc tout naturellement qu'avant le dépistage de la maladie, il se nourrissait de ces repas qui revêtent une dimension plus que nutritionnelle, se dotant d'une seconde dimension affective et culturelle.

Quelques jours après l'entretien réalisé avec son père hypertendu, Stéphanie affirme que le désormais patient a toujours aimé certains repas. Parmi ses favoris, les ignames malaxées qu'il a toujours aimées, longtemps avant son accident vasculaire cérébral : « *mon père aime beaucoup les ignames malaxées.* » Cela faisait partie des réclamations fréquentes en termes d'alimentation. Sur la base de ce qui précède, il est possible de constater que l'un des facteurs qui préside au choix des repas dans les familles s'appuie sur les habitudes issues des aires culturelles et les préférences des membres de la famille.

I.1.1.1.2 Les impératifs économiques dans le choix des repas

Plusieurs contraintes et conditions déterminent le choix des aliments au sein des familles. Parmi ces impératifs, celui fondé sur le revenu se détache et se pose comme incontournable. Avant le dépistage de la maladie chez un de leurs proches, les parents s'assurent de trouver une formule qui leur permet de nourrir toute la maisonnée en tenant compte des contraintes financières.

Il ressort des données collectées sur le terrain que ce n'est pas tant les apports nutritionnels par exemple que les contraintes économiques qui déterminent ce qui est cuisiné dans une maison. Si les membres de la famille cherchent à satisfaire leur satiété, ce n'est pas toujours pour des motifs de diététique. Ainsi, en plus de la variable liée à l'habitude, l'économie est un deuxième facteur qui influence les décisions en termes de mets qui sont présents sur la table des personnes interrogées. En se rendant dans les marchés, les acteurs sociaux cherchent, la plupart du temps, à la fois ce qu'ils ont l'habitude de consommer et ce qui correspond le mieux à leur revenu.

⁷⁷ Dans ce contexte, le pilé est un mets de l'Ouest du Cameroun qui consiste en général en des tubercules (pommes, macabo, patates...) cuits et pilés avec des haricots, mélangés à de l'huile de palme rouge et du sel et du piment. Plusieurs déclinaisons de ce plat existent, notamment avec du plantain ou de la banane. Mais le principe et les autres ingrédients sont souvent identiques : une base, du haricot, de l'huile, du sel, qu'on pile ensemble pour produire une sorte de pâte homogène.

Il en résulte qu'en famille, avant le dépistage de la maladie et plus précisément avant la décision de suivre les consignes médicales, les acteurs sociaux partagent en grande partie le même type d'aliments. Ce partage se fait de façon spontanée sans que les personnes hypertendues en devenir ou leur entourage ne préméditent ou ne prévoient l'irruption de cette maladie qui pose de nouvelles bases dans les relations et dans le rapport aux choses.

L'uniformisation de la nutrition avant le traitement de la maladie répond à la fois à des impératifs pratiques, d'habitude et de cohésion. En servant le même repas à tous les membres de la famille, il y a une règle tacite qui est mise en œuvre, celle du nivelage qui procure un sentiment d'appartenance et de reconnaissance. Ainsi, les repas sont servis en fonction de la capacité de chacun à consommer une certaine quantité. Cela se fait en général en tenant compte de l'âge de la personne que l'on sert. Plus une personne est grande, plus la famille a tendance à lui donner des repas qui correspondent à sa capacité de satiété.

Il existe cependant des facteurs qui peuvent influencer cette uniformité dans la gestion de la nutrition au sein des familles. Cela est particulièrement visible dans le cas de personnes ayant des allergies. Dans ce cas, les personnes en charge de la préparation et de la cuisson des repas en sont informées et tâchent de ne pas offrir un repas qui peut dégrader la santé des personnes qui souffrent de ces allergies. Des cas de « caprices » ont également été répertoriés, mais en règle générale, cela est plutôt rarement pris en compte dans la confection de repas familiaux.

En termes d'exception à l'uniformisation des repas, il est possible de relever les différenciations liées au statut d'une personne au sein de la famille. Cette modalité est particulièrement visible lorsqu'il s'agit de servir un repas à une personne désignée comme un aîné social, une personne en laquelle les autres attribuent un capital social et symbolique élevé. C'est par exemple le cas des pères qui peuvent avoir accès à certaines viandes ou parties de poulet. Cet état de chose n'est pas directement fonction d'un état ponctuel, mais s'inscrit dans une tradition culturelle en usage dans le groupe familial et ethnique.

Eu égard à tout ce qui précède, un constat se dégage clairement, c'est que les groupes familiaux partagent en général le même repas tant qu'il n'y a pas une circonstance exceptionnelle liée à une norme ou à des circonstances particulières.

I.1.1.2 Antécédents familiaux d'hypertension et alimentation des personnes à risque

L'hypertension est une maladie qui possède des facteurs de risque. Parmi ces facteurs de risque identifiés par le corps médical figurent les antécédents familiaux. Pour le corps médical, les descendants de parents hypertendus ont un plus fort risque de développer la maladie au cours de leur vie que les autres. Cela est dû à une combinaison de facteurs à la fois génétiques et sociaux. Parmi les personnes hypertendues qui se sont soumises aux entretiens, quelques-unes ont déclaré avoir au moins un parent qui a souffert ou souffre de la même pathologie. C'est le cas notamment de Gustave Théodore qui dit n'avoir pas été surpris lorsqu'il a découvert son hypertension : « *ce n'était pas une surprise, puisque mon père était hypertendu. Moi, tout petit, je voyais ça, mon père mangeait sans sel et tout ça.* » (Entretien avec Gustave Théodore, hypertendu victime d'AVC, Tsinga, association ACADIAH, 15/06/2021).

Cette présence des personnes hypertendues chez les ascendants a permis aux enquêtés de découvrir la maladie. C'est d'ailleurs dans la famille que la plupart des hypertendus ont appris ce qu'est cette pathologie. En pratique, le premier contact que plusieurs hypertendus ont eu avec la maladie provient d'un cas qui s'est révélé dans la famille. Cette présence d'antécédents familiaux a permis aux acteurs hypertendus de prendre parfois soin de leur parent et de découvrir en même temps les exigences de prise en charge de la maladie, notamment les contraintes d'ordres alimentaires, psychologiques et sociales.

Toutefois, cette proximité avec des personnes hypertendues dans leur entourage n'a pas empêché qu'à leur tour, en tant que descendants de personnes malades, ils développent également la même maladie. Tout se passe comme si la connaissance pratique que les acteurs sociaux ont eue de la maladie et de ses exigences n'a pas pu les prémunir d'en être atteints à leur tour.

Ce travail n'a pas pour vocation d'entrer dans des considérations médicales ou physiologiques. Il est possible de constater cependant que les descendants de personnes hypertendues, quoiqu'ayant côtoyé des personnes malades, n'ont pas toujours adopté des comportements qui auraient pu les prémunir de la maladie. Cela est particulièrement visible dans le domaine de l'alimentation.

Avant d'être hypertendue à son tour, Jeannette avait une grand-mère qui en a souffert. Lorsque le diagnostic de cette grand-mère a été effectué, les prescriptions usuelles ont été faites : réduction du sel, interdiction du cube, réduction de la consommation des matières grasses.

Jeannette a participé à son niveau en tant qu'enfant en essayant de faire respecter ces mesures à sa parente. Mais comme elle l'affirme le jour de l'entretien, sa « *grand-mère trichait* ». Cela signifie qu'en l'absence de personnes pour la surveiller, elle laissait ses repas pour manger ce qui ne lui était pas destiné. Selon les propos de Jeannette : « *Quand j'ai su que j'étais hypertendue, c'est là que je me suis rappelée que ma grand-mère était aussi hypertendue. On lui avait interdit beaucoup de choses [...]. Mais la grand-mère trichait. Quand on n'était pas là, elle mangeait ce qu'elle veut pourtant elle savait que c'est interdit.* ». (Entretien avec Jeannette, hypertendue, Mimboman, 15/11/2020).

En plus de sa grand-mère, Jeannette a eu un oncle qui a été atteint d'hypertension. Celui-ci en est décédé. Selon le témoignage qu'en fait l'enquêtée, son oncle est ne suivait pas du tout les exigences de traitement de l'hypertension : « *Il buvait beaucoup d'alcool et il négligeait les médicaments.* » (Entretien avec Jeannette, hypertendue, Mimboman, 15/11/2020).

Ces deux événements se sont produits alors que Jeannette n'était pas encore hypertendue. La connaissance du statut de ces deux proches parents et des précautions à prendre pour ne pas être malade à son tour n'ont pourtant pas changé ses habitudes alimentaires. Avant d'être atteinte de la pathologie, elle se nourrissait exactement comme en avait l'habitude. En tant qu'épouse et mère, elle a continué à cuisiner en mettant des matières grasses, du cube et du sel pour elle et pour toute sa famille.

Jeanne a une pression artérielle élevée. Cela a été détecté lors d'un examen de routine et les recommandations non pharmacologiques lui ont été faites. Elle n'est pas encore sous traitement. Elle sait ce qu'est la maladie parce qu'elle en a entendu parler, parce qu'elle a grandi avec sa maman qui était hypertendue, et parce qu'elle s'est mariée avec Celestine qui est également hypertendu. Elle a pu participer à la confection de repas pour sa maman dans le but de réduire la tension artérielle de cette dernière. Elle témoigne :

Ma mère par exemple, elle était hypertendue hein. Ma mère. Je sais que maman, son régime était très compliqué. Elle ne mangeait pas pratiquement l'huile et elle prenait légèrement le sel, elle était sous régime, parfois elle était même sous régime sans sel. J'étais tout le temps avec elle, on n'était pas dans la même maison, mais j'étais tout le temps avec elle. C'est elle-même qui préparait pour elle. Elle respectait vraiment son régime. Elle mangeait beaucoup de légumes. [...] C'est les sensations qu'elle avait dans son corps qui l'ont poussée à aller à l'hôpital. C'est là où on avait découvert, il y a une fois où sa tension était montée à 26, et le médecin lui avait demandé qu'est-ce qui la fait marcher ? Elle a dit seulement que c'est Dieu. On l'avait même gardée à l'hôpital. (Entretien avec Jeanne, femme d'hypertendu, Nlongkak, 27/11/2020).

C'est donc suffisamment informé de ce qu'exige le traitement chronique de l'hypertension artérielle que cet acteur s'est mis en couple avec son mari. Ce dernier est atteint d'hypertension depuis 2013. Dans son ménage, Jeanne n'a pas modifié les mets pour l'adapter à sa condition de descendant de personne hypertendue, ou encore pour l'adapter à celle de son mari qui est hypertendu. Les enfants et elle sont chargés de la cuisine dans la maison.

Plusieurs fois sur le terrain, il a été possible de rencontrer des personnes hypertendues ou leurs proches qui ont eu des ascendants atteints de cette pathologie. À chaque fois, les acteurs sociaux qui ont des proches hypertendus ne prennent pas eux-mêmes des mesures pour changer leur alimentation ainsi que celle de leurs proches, dans le sens de respecter ce qu'elles savent pourtant à ce sujet. Ainsi, des mesures telles que la réduction du sel dans les repas, la suppression du cube et la réduction des matières grasses ne sont pas appliquées de prime abord par les hypertendus et leurs proches avant le déclenchement de l'hypertension artérielle. À la question de savoir pourquoi la connaissance de l'hypertension et de ses conséquences n'a pas été un facteur d'anticipation, plusieurs acteurs comme Gustave Théodore, Bernadette ou Jeanne répondent que c'est à cause de la négligence : « *Je vais te dire quoi ? c'est peut-être un peu de négligence. Manque de discipline. Même sans hypertension nous sommes appelés à la discipline dans notre manger et boire.* » (Entretien avec Jeanne, femme d'hypertendu, Nlongkak, 27/11/2020). Vincent dit qu'il ne sentait rien et ne voyait pas la nécessité de changer quoi que ce soit car il se portait bien.

L'on constate que la connaissance des facteurs de l'hérédité ou la présence d'un malade dans l'ascendance ou dans les familles n'a pas d'incidence sur les manières de vivre des proches de malades hypertendus. Cela s'explique par la volonté des acteurs sociaux de faire partie d'un type de société dans lequel ils croient. Plus précisément, cela indique le type de société auquel ils veulent s'identifier et se sentir intégré. Car en fait, les personnes hypertendues et leurs proches savent que c'est en ne respectant pas ce que prescrit le traitement qu'ils sont « ordinaires », qu'ils ne se sentent pas différents, et donc se sentent intégrés.

L'alimentation des acteurs sociaux hypertendus et celle de leurs proches avant la présence d'un cas nécessitant le traitement de la maladie ne subit donc pas de transformations particulières. Les quantités de sel, de matières grasses, de cube ou de sucre ne sont pas particulièrement surveillées, si ce n'est pour s'assurer que la nourriture est assaisonnée plus ou moins selon les saveurs transmises de génération en génération et selon le goût recherché. Avant l'avènement d'un impératif de suivre un traitement prescrit par les médecins, les normes, valeurs

et pratiques en termes de cuisine sont celles qui correspondent aux canons traditionnellement admis par la culture d'appartenance des acteurs sociaux. Les mets sont des héritages culturels qui relèvent du sacré et qui subissent rarement des altérations volontaires qui changent fondamentalement l'esprit qui a été transmis. La cuisine est d'autant plus appréciée par les consommateurs d'une famille qu'elle respecte les codes, symboles et usages communément partagés et reconnus par la majorité des membres du groupe comme conformes à l'héritage admis comme tel au sein du groupe. Lors d'une étude du CRÉDOC menée en 2004, il est ressorti qu'en termes transmission culinaire,

[...] les mères ne cherchent pas à transmettre à leurs enfants un savoir-faire culinaire au sens purement technique du terme : certes, elles considèrent qu'il leur appartient, qu'il est dans leur rôle, de transmettre un certain nombre de « bases » à leur progéniture, mais ce sont bien les valeurs, les représentations attachées à l'alimentation, qui sont au cœur de la transmission⁷⁸.

Ce résultat explique que les femmes transmettent des « bases » qui permettent aux femmes de la génération suivante de cuisiner. Dans le cadre de la présente thèse, il a été observé que les recettes transmises ne changent pas fondamentalement, il y a toujours une certaine base, des éléments qui doivent être respectés lors de la cuisson des repas. Ces bases sont notamment les quantités de sel et d'huile entre autres. En pratique, les propos des acteurs sociaux interrogés permettent de déduire que c'est entre autres la quantité de sel qui participe à démontrer la compétence en cuisine. Ainsi, il y a une définition des normes gustatives qui n'expriment pas seulement la qualité du cuisinier, mais aussi sa capacité à reproduire plus ou moins fidèlement les recettes héritées de l'ancienne génération.

Lors de l'entretien avec Celestine, il se souvient d'une anecdote qui met en relief le lien entre le goût d'un repas et les compétences culinaires du cuisinier dans les représentations sociales. Il y a donc ici une association étroite entre le goût du repas et les compétences culinaires de la personne qui a cuisiné. Dans le cas d'espèce, la capacité à mettre la quantité de sel qu'il faut est déterminante pour valider les capacités du cuisinier. C'est pourquoi une personne qui n'est pas capable de mettre avec précision la quantité de sel qu'il faut est considérée comme incompetente. Il convient de préciser que, dans la pratique, il n'y a pas de mesures objectives qui permettent de savoir que pour telle quantité de soupe ou d'accompagnement, il faut telle quantité de sel. C'est au jugé que les parents transmettent les quantités idéales de cet ingrédient aux enfants. Au terme de tout cela, c'est moins la quantité de

⁷⁸ Agathe Couvreur, *De la transmission à l'apprentissage des savoir-faire culinaires : regards croisés de filles et de mères*, Jean-Pierre Loisel (dir.), Cahier de recherche du CRÉDOC, n° 198, 2004, p.31

sel qui a été mise dans un repas qui indique la compétence de la personne qui a cuisiné : l'élément qui permet de poser le jugement se fonde plutôt sur l'expérience gustative de ceux qui vont consommer le repas. Les acteurs décident qu'une personne sait cuisiner ou pas en fonction de sa capacité à reproduire les saveurs et odeurs auxquelles ils ont été socialisés. C'est pourquoi la capacité à avoir « une bonne main » pour saler convenablement les repas permet de déterminer l'expertise d'une personne en cuisine.

Le jugement qui est porté sur la personne qui a cuisiné peut aller jusqu'à des sanctions négatives, qui se font en général à travers les paroles prononcées en présence ou en l'absence de la personne jugée. Dans une anecdote livrée par Celestine, cette forme de sanction est observable.

[...]Je me rappelle on était allé dans une cérémonie, la femme avait préparé ça, c'est tout le monde qui disait qu'elle n'a pas bien préparé. Elle a mis un peu de sel et les gens ont dit qu'elle n'a pas bien préparé. C'est comme ça que les gens ont murmuré. C'est là où elle est venue dire qu'on doit manger, que les gens ne doivent pas se fâcher. Mais elle n'avait pas bien fait parce qu'elle a forcé tout le monde à manger ça. Le poulet n'était pas bien dans la bouche. Par exemple, poulet sans sel. Donc tu vois.

Elle a fait ça parce qu'elle voulait... C'était une mauvaise manière de faire parce qu'elle s'attendait à ce que beaucoup de gens devaient être là. Elle ne devait pas imposer les règles de la maison aux gens, parce que le poulet ne donnait pas, tout ne donnait pas, parce que ça n'avait pas le sel. Bon les gens ont compris, mais je crois que ce n'était pas normal. (Entretien avec Celestine, hypertendu, Nlongkak, 20/11/2020)

Dans cette portion de discours, l'enquêté met en évidence cette association que les invités ont spontanément faite entre l'absence de sel dans le repas et la compétence de l'hôte en matière de cuisine. Le murmure a été utilisé comme une forme de sanction contre cette femme, qui a été jugée incompétente pour saler le repas, quoique son geste ait été intentionnel.

Au vu de ce qui précède, il est possible de dire que les personnes qui ne sont pas encore déclarées hypertendues ont davantage des exigences semblables à celles des autres membres du cercle social auquel elles appartiennent. Il n'y a donc pas systématiquement de différenciation ou de séparation à la fois dans les attentes et dans les pratiques alimentaires.

Cet état de choses pour ce qui est de l'alimentation est garanti par les habitudes issues de la socialisation. Cette dernière garantit à la fois les normes, valeurs et pratiques auxquels se conforment les individus afin d'assurer une unité, un lien, une cohésion entre les membres d'une même famille. Elle permet également, à travers ces exigences, de garantir que chaque membre trouve sa place et se retrouve dans les pratiques culinaires communément partagées et développe

un attachement aux pratiques, valeurs et normes. C'est en cela que l'alimentation au sein des familles est un élément d'intégration sociale des individus qui la composent.

I.1.2 L'alimentation des acteurs sociaux hors de la famille

Chaque groupe social possède des normes et des valeurs qui régissent son fonctionnement. Celles-ci ne sont pas les mêmes selon que l'on se trouve en famille, en milieu professionnel ou encore dans une association. Lorsque les personnes ne sont pas encore dépistées comme étant hypertendues, leurs comportements alimentaires dans le milieu professionnel et associatif se manifestent selon certaines modalités.

I.1.2.1 La consommation des aliments en milieu professionnel

Avant le dépistage de l'hypertension, les acteurs sociaux qui évoluent dans un milieu professionnel trouvent des moyens de s'alimenter lorsqu'ils ne sont pas à la maison. Pour ceux qui veulent éviter de retourner chez eux durant la pause ou ceux qui ne veulent pas transporter de la nourriture provenant de leur domicile sur leur lieu de travail, plusieurs possibilités s'offrent alors à eux. Ces possibilités se trouvent essentiellement dans les offres de nutrition présentes dans les artères de la ville de Yaoundé. La vente d'aliments y est bien implantée et permet de satisfaire la faim de plusieurs travailleurs durant la journée.

I.1.2.1.1 Manger « dehors »

S'alimenter est un besoin physiologique partagé par tous les êtres vivants. L'homme n'y fait pas exception. La sphère familiale constitue le lieu par excellence où s'acquièrent les préférences en termes de nutrition. Cela se fait par le biais de la socialisation primaire. Mais la maison, le milieu familial n'est pas le seul lieu où peuvent se restaurer les acteurs sociaux.

L'avènement d'une division du travail calquée sur le modèle européen et la structuration de la société africaine selon les propositions des colons, a entraîné une reconfiguration des pratiques non seulement en termes économiques, mais aussi en termes de nutrition et de pratiques alimentaires. Ainsi, la figure du paysan disparaît peu à peu des villes au point où il devient difficile de trouver des petits exploitants qui se nourrissent de ce qu'ils produisent et tirent de la terre. Cet état des choses s'accompagne de la création des postes dans le secteur tertiaire. Ce secteur attire aujourd'hui plusieurs travailleurs des milieux urbains. Avec cette transformation des modes de production et les configurations propres à la ville, il est désormais plus courant pour les citoyens de s'alimenter hors de leurs domiciles. En devenant

fonctionnaires, en travaillant dans des bureaux ou dans des marchés, les acteurs sociaux doivent en effet trouver des moyens de se nourrir durant la journée. Cela implique souvent de devoir dépenser de l'argent pour se nourrir auprès de prestataires qui en ont fait une activité génératrice de revenus.

Plusieurs parmi les personnes qui se sont soumises à l'enquête sont des personnes qui ont une activité professionnelle. Elles sont donc souvent hors du ménage ou de leur famille pendant une bonne partie de la journée. Ces sorties pour motifs professionnels les inscrivent dans la nécessité de se nourrir de cette manière. Ce comportement est fréquent chez les personnes qui n'ont pas encore été dépistées comme hypertendues. Concrètement, lorsque les acteurs sociaux sont hors des domiciles, ils trouvent des moyens de se nourrir durant la journée en attendant l'heure de prendre leur repas à la maison.

Au courant de la journée, il n'y a pas particulièrement de discrimination dans les repas qui sont consommés. La plupart du temps, les acteurs sociaux consomment ce qu'ils ont l'habitude de consommer, et qui leur a été transmis par la socialisation primaire. Il n'est donc pas difficile de voir une personne qui consomme souvent des légumes ou du couscous en rechercher durant la journée ou commander de tels repas. Cette observation permet de constater l'empreinte importante que la socialisation peut avoir dans la vie des individus.

En outre, certaines personnes se décident à découvrir de nouveaux mets, généralement par curiosité ou sous l'impulsion de personnes qui ont l'habitude d'en consommer. Également, lorsque ce n'est pas toujours possible des modes d'alimentation fondées sur les produits de boulangerie-pâtisserie, ou d'autres aliments est observable.

Quel que soit le mode d'alimentation choisi en milieu professionnel, un constat se dégage particulièrement pour ce qui est des personnes qui n'ont pas encore subi un dépistage positif à l'hypertension artérielle. Ce constat est que les questions de régime alimentaire, et plus précisément ceux fondés sur la prévention de l'hypertension artérielle comme la réduction des quantités de sel et de cube ne sont pas particulièrement examinées par les acteurs sociaux lorsqu'ils s'alimentent hors de leur ménage. Ce qui est recherché et qui détermine le choix d'un prestataire pour l'alimentation, c'est d'abord la capacité de ce dernier à produire un repas qui correspond aux goûts et saveurs auxquels les consommateurs sont habitués.

Concrètement, les acteurs sociaux cherchent une nourriture moins chère, qui va les rassasier, leur donner l'énergie qu'ils estiment avoir besoin, et enfin qui est bon au niveau du

goût. Ainsi, si les individus ne parviennent pas à s'alimenter en journée à la maison, ils recherchent des substituts lorsqu'ils sont dans le milieu professionnel et qui leur donnera le sentiment de ne pas être trop dépaysés par rapport à ce qui est davantage proposé à la maison.

I.1.2.1.2 Manger dans les lieux dédiés à la restauration grand public

Lorsque les répondants ont été interrogés sur les lieux où ils se rendaient quand ils étaient de sortie pour travailler afin de s'alimenter avant le dépistage de la maladie, certains ont témoigné qu'ils se rendaient dans des restaurants. Cette tendance est néanmoins peu répandue au sein des personnes qui ont été interviewées. L'alimentation hors domicile ne privilégie pas toujours, chez les enquêtés le choix, du restaurant. Ce dernier est plutôt vu comme un espace réservé pour des sorties entre collègues. Il est également vu comme une sphère qui n'est pas trop fréquentée du fait parfois des prix qui sont assez élevés. Dans la définition qui ressort des entretiens menés, les acteurs sociaux distinguent le restaurant du « tournedos ». Cette distinction se fonde essentiellement sur le prix et sur la qualité du service : le restaurant serait plus cher et mieux construit que les « tournedos ».

Dans ces lieux de restauration, des repas de type africain et dans certains cas européens sont proposés. S'il existe une différence entre les restaurants et les autres lieux de restauration, il reste que la plupart de ces espaces proposent des repas dans lesquels les acteurs qui se rendent peuvent trouver quelque chose à manger dont ils sont familiers. Cette familiarité renvoie tout d'abord à la proposition de repas reconnaissables par la clientèle à travers leur aspect. La familiarité renvoie également à la capacité du repas à être reconnu par les consommateurs comme conformes aux attentes en termes de goût.

Ainsi, afin de satisfaire la clientèle, plusieurs restaurants proposent des mets qui vont correspondre à l'expérience que les consommateurs en ont. Pour ce faire, la politique est de faire correspondre, autant que faire se peut, les niveaux d'assaisonnement qui sont proposés, aux habitudes en termes d'alimentation. Cela implique de mettre des ingrédients tels que le sel et le cube, des matières grasses dans des quantités et des proportions que le consommateur reconnaît facilement. Dès lors, pas de nourriture peu salée ou de mets sans la quantité visuelle d'huile attendue par le client.

I.1.2.1.3 L'alimentation de rue chez les enquêtés

La restauration de rue a cours dans les grandes villes du Cameroun. À Yaoundé par exemple, il est possible de remarquer la présence de vendeurs ambulants qui proposent divers aliments pour apaiser la faim des citoyens. Ces aliments vont des produits à grignoter comme des graines d'arachide, de maïs, des frites de plantains, à des plats cuisinés constitués de mets traditionnels et de type plus généraux comme du riz. Outre ces ambulants qui proposent des produits alimentaires, une offre provenant de personnes ayant trouvé un point de vente permanent fournit des repas pour tous les acteurs sociaux qui en ont besoin au cours de la journée. Ces divers prestataires se partagent des parts de marché, rivalisant de techniques et d'adresse pour conquérir et conserver les clients.

C'est dans cet univers concurrentiel que certains citoyens se nourrissent. Une fois de plus, c'est le goût et le coût de la nourriture, ainsi que le besoin de satiété qui président au choix des aliments. C'est ce qui ressort principalement des entretiens avec les personnes hypertendues. À ce sujet, des personnes interviewées témoignent qu'elles se contentent de manger ce qu'elles trouvent lorsqu'elles sont dehors pour le travail. La précaution n'étant pas dans l'esprit avant le dépistage de la maladie et encore plus fortement avant que n'apparaissent des complications de la maladie, les acteurs sociaux consomment ce qui est proposé comme offre sur le marché et dans les rues en termes d'alimentation.

I.1.2.2 La consommation des aliments en milieu associatif

Il existe une multitude d'associations de divers ordres dans le paysage associatif camerounais. Dans le cadre de cette section, les associations dont il sera question seront celles qui proposent une adhésion à leurs membres sur la base d'une volonté d'être ensemble, sans que ce ne soit les partis politiques. Ainsi, les regroupements de types association des ressortissants d'une région sont inclus dans la circonscription de cette définition et serviront d'illustration. Cette sélection est liée au fait que l'alimentation et la boisson sont souvent réglementées dans ce type d'association.

I.1.2.2.1 Une alimentation soumise à un règlement

Les associations sont des lieux dans lesquels les personnes se retrouvent suivant un critère commun et des intérêts clairement définis. Au Cameroun, plusieurs associations et tontines occupent les espaces ruraux et urbains. Ces associations ont souvent pour rôle de participer au

développement d'une aire culturelle ou géographique, le rassemblement des ressortissants d'une aire culturelle ou encore d'une tontine. Dans la plupart des associations que fréquentent les acteurs sociaux interrogés dans le cadre de cette étude, il y a également un volet relatif à l'assistance des membres en cas d'événement heureux ou malheureux, ainsi que des sanctions applicables en cas de faillite. Tout cela est souvent régi par un règlement écrit ou tacite qui est communiqué à tout nouvel adhérent.

Concrètement, les personnes qui participent à ces associations sont soumises à des règles de conduite qui déterminent leurs rôles, statuts et comportements envers les autres membres de l'association. Celles-ci sont donc à cet égard des microsociétés qui consacrent la « pluralité »⁷⁹ et la diversité des groupes auxquels les individus peuvent participer. Dans cet univers de normatif qu'est l'association, les acteurs sociaux se posent doivent respecter un certain nombre de règles au risque d'être sanctionné.

Les règles auxquelles les acteurs sociaux sont soumis sont diverses. Il y en a qui touchent à l'alimentation au sein du groupe. Elles s'appliquent notamment lors d'événements particuliers comme des visites, des fêtes, des deuils, des accouchements. À ces occasions, les personnes, les repas et boissons qui sont apprêtés sont parfois clairement définis dans le règlement. Ce cadre participe à déterminer le type d'alimentation proposé aux membres.

I.1.2.2.2 Les types de mets présents dans les réunions

Les réunions sont à la fois des lieux de rencontre et de nutrition. Cela n'arrive pas tout le temps, mais chaque année, au moins une fois, les membres d'une association des ressortissants d'une localité se réunissent pour partager un repas ensemble. Cette pratique permet de participer à des moments de sociabilité. À cette occasion, les acteurs sociaux cuisinent différents mets qui vont être consommés par les membres. Ces mets sont de diverses natures en fonction du groupe social considéré. Il existe des mets dits « traditionnels » qui sont cuisinés lors de ces événements réunissant les ressortissants d'une localité. Le type de mets trouvé sur la table est donc fait de repas qui reflètent l'origine ethnique des membres, dans le cadre des associations fondées sur ce critère. C'est ainsi qu'il est possible de retrouver du eru, de l'okok, du taro, du mil accompagné de foléré, par exemple. Ces repas du Nord-Ouest, de l'Ouest, du Centre/Sud Cameroun sont l'expression de l'appartenance à une aire culturelle.

⁷⁹ Notion proposée par Bernard Lahire dans *L'Homme pluriel. Les ressorts de l'action*, Paris, Nathan, 1998,

Les aliments proposés lors de ces rencontres sont aussi l'expression d'un brassage culturel présent dans le milieu urbain camerounais. Cela veut dire que ce n'est pas uniquement dans des associations de ressortissants de telle région qu'il est possible de les trouver. Dans les associations et les repas qui y sont proposés, il n'est pas rare de trouver sur la table du festin des plats qui ne correspondent pas à l'origine ethnique des adhérents. C'est ainsi qu'il est possible de voir du ndolé sur la table des membres d'une association de l'Ouest, ou encore du eru sur une table des membres d'une association des personnes originaires du Centre. Ces entrecroisements donnent de constater que la diversification des menus lors des réceptions passe également par des emprunts d'éléments culturels d'autres régions.

Outre ces modalités, il peut se trouver sur une table de réunion des repas qui sont plus généraux, ne faisant pas immédiatement penser à une région. Parmi ces repas, il y a des aliments rôtis, braisés, du riz à la sauce tomate, des crudités, des produits de la boulangerie et de la pâtisserie. Ces aliments sont des passe-partout qui permettent à des personnes qui veulent consommer autre chose que des mets « traditionnels ».

La présentation qui est faite ici indique le type de repas qui est proposé aux personnes hypertendues qui font partie de ces associations. Il s'agit en fait de repas qui sont ordinairement présentés dans les ménages, dans les familles, les villages du Cameroun. Ils sont donc cuisinés selon des recettes qui ont été transmises, avec éventuellement des déclinaisons diverses. Il convient cependant de dire que la cuisson de ces mets tient compte de cette transmission, c'est-à-dire des ingrédients et méthodes qui ont été véhiculés lors de la socialisation. Ainsi, il n'est pas extraordinaire de voir du ndolé, de l'eru, de l'okok, baigner dans de l'huile. Il n'est pas surprenant de trouver du taro qui se mange avec de la sauce jaune, cela correspond à la transmission de la recette et des manières de cuisiner, et de consommer les repas. Dans cet ordre d'idées, les quantités d'assaisonnement se rapprochent le plus possible, en suivant le modèle de ce qui a l'habitude d'être fait. C'est comme cela que les quantités de sel, d'huile et de cube notamment sont insérées de manière à correspondre aux références habituelles plutôt qu'à d'autres considérations.

Ce qui précède donne indication sur ce que consomment les acteurs sociaux hypertendus avant le dépistage de la maladie. Du sel, de l'huile, du cube, des ingrédients peu recommandés pour combattre l'hypertension artérielle sont abondamment consommés par ces acteurs sociaux, comme le témoigne Christiane dont la mère est hypertendue : « *Quand on prépare comme pour la réunion là, il y a des fois elle dit qu'elle ne mange pas, parce que ça a trop de sel, ce n'est pas*

à son goût. » (Entretien avec Christiane, fille d'hypertendu, Tsinga, association ACADIAH, 15/06/2021). Une grande idée revient dès lors : les repas cuisinés en association ne tiennent pas compte des exigences diététiques favorables à la lutte contre les maladies chroniques, dont fait partie l'hypertension artérielle ; la logique qui les sous-tend est celle de la conformité à la tradition et de la priorité au goût, c'est-à-dire aux goûts déjà connus. En général, les associations ne tiennent pas compte de la présence de personnes hypertendues lors de la conception des menus et de la cuisson des repas.

I.1.2.2.3 Les boissons dans les réunions

Il est assez commun de trouver de la boisson dans les diverses réunions des associations au Cameroun en général et dans sa capitale en particulier. Le comportement des acteurs sociaux qui sont membres de ces associations est régi par le règlement intérieur. Dans certaines associations diverses boissons sont proposées sont des boissons alcooliques, gazeuses sucrées et de l'eau. Dans l'échantillon de personnes interrogées, les boissons les plus représentées dans les associations sont les boissons alcooliques. Elles se déclinent en vin et en bière, la plupart du temps. Ces boissons sont suivies par les boissons gazeuses sucrées, communément appelées « jus », à cause du goût rappelant parfois le goût de certains fruits. L'eau est représentée en plus faible proportion et est pareillement sous consommée par les acteurs sociaux que la bière ou les boissons gazeuses sucrées. Cela permet de constater que les boissons auxquelles sont soumises les personnes hypertendues avant la maladie, et celles qui sont consommées par les autres acteurs sociaux sont des boissons alcooliques qui favorisent l'apparition de l'hypertension artérielle. Paul Émile témoigne justement de ce que c'est à ce type de boissons qu'il était exposé avant le dépistage de la maladie.

I.2. La pratique de l'activité physique avant le diagnostic de la maladie

Sur une page du site internet de l'OMS ⁸⁰, il est possible de lire cette définition :

L'OMS définit l'activité physique comme tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui requiert une dépense d'énergie. L'activité physique désigne tous les mouvements que l'on effectue notamment dans le cadre des loisirs, sur le lieu de travail ou pour se déplacer d'un endroit à l'autre. Une activité physique d'intensité modérée ou soutenue a des effets bénéfiques sur la santé.

⁸⁰ Organisation Mondiale de la Santé, « Activité physique », en ligne sur www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/physical-activity, publié le 26 novembre 2020

L'activité physique est une pratique qui permet à l'individu de perdre des calories afin de contribuer à sa bonne santé. Mais selon cette définition de l'OMS, l'activité physique, pour être efficace, doit être régulière, et se faire à un certain niveau d'intensité. Cela implique que les acteurs doivent suivre une certaine régularité dans leur engagement envers cette pratique. Ainsi, une activité physique non régulière n'est pas de nature à aider le corps à se maintenir en forme ou alors à perdre des calories.

Une des définitions les plus classiques dans la recherche en santé est celle proposée par Caspersen, Powell et Christenson [...] selon laquelle l'activité physique comprend tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui entraîne une dépense d'énergie. L'activité physique ne doit cependant être confondue ni avec l'exercice ni avec la forme physique, parce que même si tous les trois sont reliés, chacun fait référence à des concepts distincts. En effet, l'exercice est une sous-catégorie de l'activité physique qui comprend des mouvements planifiés, structurés et répétés, ayant pour but d'améliorer ou de maintenir la forme physique. Cette dernière, également appelée « condition physique », désigne, en revanche, des attributs que l'individu possède ou acquiert, et qui lui permettent d'exécuter ses tâches quotidiennes avec vigueur et vigilance, et sans fatigue induite.⁸¹

Dans la pratique, et à l'observation dans les grandes villes du Cameroun et plus particulièrement à Yaoundé, plusieurs acteurs sociaux pratiquent une activité physique plus ou moins régulière. Cette activité a pour but de les maintenir en forme. Plusieurs types d'activités physiques sont développés, notamment les activités collectives et les activités individuelles. Les activités individuelles sont pratiquées soit par un acteur seul ou par plusieurs acteurs qui se retrouvent à un lieu donné pour faire des exercices ensemble.

C'est ainsi qu'en parcourant les artères de la ville de Yaoundé, à certaines heures matinales ou du soir, il est possible de voir des groupes de personnes en train de faire des exercices physiques pour « garder la forme », selon leur propre expression.

Avant le dépistage de l'hypertension artérielle chez les personnes qui ont été interrogées dans le cadre de cette étude, plusieurs ne pratiquaient pas une activité physique. Et pour ceux qui en pratiquaient, l'idée était principalement de faire du sport parce que c'est bien pour la santé. Il n'y avait donc pas toujours l'idée de combattre une hypertension dont ils ignoraient la présence et ne soupçonnaient pas être atteints. C'est pourquoi, chez plusieurs des enquêtés, l'activité physique se faisait de manière assez irrégulière.

⁸¹ Daniela González-Sicilia Fernández, *Le rôle de l'activité physique et la sédentarité en âge préscolaire sur les habitudes de vie, le rendement scolaire et le développement psychosocial au début de l'adolescence*, Thèse de doctorat PhD en psychoéducation, Université de Montréal, Août 2019, pp. 3-4

Il n'y a donc pas à proprement parler, une idée de lutte contre l'hypertension artérielle chez les personnes qui pratiquent une activité physique, dans l'échantillon de personnes interviewées. Cette idée est d'autant moins présente que ces acteurs n'ont pas toujours conscience de leur risque à développer une telle maladie. C'est ce qui explique en partie cette irrégularité chez certains acteurs, et cette absence d'activité physique chez d'autres.

I.3. La gestion du stress avant le diagnostic de la maladie

Chaque journée est pleine de situations et d'événements qui viennent stimuler la réflexion et solliciter la réaction des individus. Le stress a donc un aspect positif en ce qu'il permet à la personne humaine de rester en éveil. Mais l'impact de cette réalité porte aussi des éléments qui sont jugés néfastes, s'ils sont trop intenses ou s'ils se répètent souvent sans que la personne puisse y répondre ou sache comment s'en libérer. Ainsi, le stress est à la fois positif et négatif, selon la manière dont il est géré.

Avant le dépistage de l'hypertension, les répondants étaient soumis comme tout le reste des membres à des niveaux de stress plus ou moins élevés. Ce stress provient de divers milieux. Certains proviennent du milieu familial, avec ses contraintes liées à la gestion de la famille, des relations entre différents membres de la famille, la survie au quotidien, et la santé entre autres. Sur le plan professionnel, le stress vécu est relatif au rendement, aux dossiers à traiter, aux performances à atteindre, à la gestion des relations avec collègues et à l'évolution de la carrière.

I.3.1. Se « défouler » grâce à des sorties

Face au stress provenant des divers groupes sociaux auxquels appartiennent individus, certains choisissent, quand ils ne sont pas encore hypertendus, de se débarrasser de leur stress en se « défoulant ». Se défouler est l'expression utilisée par ces répondants pour parler des sorties qu'ils organisent pour se distraire. Il s'agit en général de sorties entre amis ou collègues pour se rendre dans des endroits afin de diminuer la pression induite par le stress. C'est ainsi par exemple que pour ceux qui le peuvent, des voyages sont organisés pour aller hors de la ville pour des week-ends. D'autres usent d'une autre pratique qui consiste à se rendre dans des boîtes de nuit ou dans des bars le soir après le travail pour se distraire. C'est notamment le cas de Vincent et de Paul Émile avant le dépistage de l'hypertension artérielle. Ces deux enquêtés déclarent lors de l'entretien qu'ils aimaient bien ces moments où, après la pression du travail, ils se retrouvaient avec leurs collègues respectifs dans les bars pour consommer des boissons alcoolisées et se détendre.

Pour Vincent, les « sorties » comme il les nomme, étaient pour lui le moment d'évacuer son stress. Avant la maladie, il s'était construit un réseau de relation et avait des personnes sur lesquelles il pouvait compter pour sortir au moment de vouloir réduire le stress. Ces sorties se faisaient dans des bars où il consommait de l'alcool tout en se divertissant avec des commentaires et blagues diverses. Lorsqu'il a été dépisté hypertendu la première fois, le médecin lui a demandé de réduire sa consommation d'alcool. Pour lui, cela signifiait se priver des moments de détente et de distraction vécus avec ses amis. Il a choisi d'ignorer cette consigne car il préférait vivre comme par le passé, gardant ses relations et les habitudes qui leur permettaient de les entretenir. Il a également continué parce qu'il trouvait que c'était le moyen pour lui de combattre le stress et de retrouver un certain équilibre. La veille de son AVC, il était d'ailleurs en train de boire en compagnie de ses connaissances : « *Même à la veille, parce qu'on est parti d'ici la nuit, on s'est arrêté à Makénéké là, on a bu bien là, hein. On est parti pour un deuil. Après le deuil c'est en retournant que ça s'est passé.* » (Entretien avec Vincent, hypertendu victime d'AVC, Nkolbisson, 29/11/2020).

Paul Émile se décrit comme quelqu'un qui aimait la vie avant l'hypertension. Après le travail, il prenait souvent le temps de boire quelques bières avant de rentrer chez lui, afin de se défouler. Suite à son diagnostic, et à l'aggravation de sa santé, il déclare avoir perdu des amis : « *Puisque je dis j'étais quelqu'un qui vivait bien hein ! J'avais des amis de dehors.* » Il ajoute « *Parce qu'il y a des amitiés qui sont dans le vin.* » (Entretien avec Paul Émile, hypertendu, Tsinga, association ACADIAH, 09/06/2021). La consommation d'alcool et les sorties entre amis que cela implique étaient un moyen pour lui de faire face aux contraintes et aux difficultés de la vie, aux pressions du travail. Pour lui, diminuer le stress revenait à retrouver ses amis dans un débit de boisson pour passer du temps à se distraire.

L'exemple de ces deux acteurs apporte des éléments sur la compréhension de la manière de gérer le stress. Se défouler pour eux, diminuer la pression, revient à passer du temps entre amis dans un lieu où ils peuvent consommer des boissons alcooliques tout en discutant de sujets qui n'augmentent pas le stress, prononçant des blagues et commentant des événements qui réduisent la charge de stress vécue. Ce mode de distraction, de réduction du stress est, selon les recommandations médicales, de nature à créer les conditions favorables à l'apparition de l'hypertension artérielle, selon l'OMS. Selon Angeline Mvom, une chose que les personnes hypertendues doivent éviter, c'est justement de consommer de l'alcool, surtout de la bière, trop fréquemment et à l'excès.

I.3.2. Fuir les situations stressantes

Tandis que certaines personnes qui ne sont pas encore hypertendues font face au stress en sortant avec des amis, et en consommant de l'alcool, d'autres font le chemin inverse. Ils préfèrent rester chez eux pour fuir les situations stressantes. C'est le cas de Jacqueline. Elle déclare avoir toujours été casanière depuis sa petite enfance.

Je suis d'une mauvaise nature qui ne se balade pas beaucoup [...] Je suis très casanière, c'est ce qu'on me reproche depuis mon enfance. Même les amis, je n'ai vraiment pas grand monde. Même pour aller au marché, il faut vraiment que je sois au bout, que je ne peux vraiment plus [rires]. Le changement, bon moi j'ai toujours eu ma vie comme ça. C'est comme ça mon passé. J'essaie de... je suis chrétienne, je crois beaucoup à la prière, donc les lectures bibliques. En dehors de l'AVC que j'ai fait en 2008, en deux mille quelque chose là, après l'AVC en 2008, ma mémoire il y a beaucoup de choses qui ont été effacées. Donc j'ai encore fait le coma là, j'ai fait un coma, le Seigneur m'a donné de m'en sortir. Donc la vie bouleversée en tant que telle, non, j'ai toujours eu une vie à l'écart. (Entretien avec Jacqueline, hypertendue victime d'AVC, Tsinga, association ACADIAH, 11/06/2021).

Avant que ne se déclenche l'hypertension artérielle, elle préférait rester à la maison quand elle le pouvait, afin d'éviter les contraintes provenant des interactions avec les autres. Elle a d'ailleurs subi beaucoup de reproches de la part de son entourage sur le fait de toujours vouloir rester à la maison, de ne pas aimer sortir. Elle préfère limiter ses interactions avec les autres pour limiter le stress. Interrogée sur ce qu'elle faisait lorsqu'il arrivait qu'elle soit stressée malgré tout, elle déclare qu'elle sortait pour marcher avant de rentrer à la maison. Face au stress, elle préfère éviter d'abord tant que cela est possible en réduisant les interactions, et lorsque cela arrive quand même, elle choisit de sortir marcher.

I.3.3. Répondre au stress par la volonté de contrôler le cours des événements

Le stress peut être produit par une situation extérieure à l'individu. Face au stimulus qu'il cause, certains acteurs qui ne sont pas encore hypertendus y réagissent en essayant de contrôler la situation stressante. Cela consiste pour les personnes à produire des comportements qui visent à surmonter et inhiber la source de stress. C'est ce qui se passe lorsqu'un acteur social choisit non pas d'éliminer ce qui cause le stress ou de s'en éloigner, mais d'imposer sa volonté à la source du stress. Cette option a été choisie par Bernadette pour faire face au stress que ses enfants lui faisaient vivre avant le diagnostic de sa maladie. Face aux comportements de ses enfants qui entraient dans l'adolescence avec les incidences sur leurs comportements, Bernadette s'est retrouvée pressée par ces enfants dont le comportement ne correspondait pas à ses attentes.

Cela était d'autant plus stressant pour Bernadette que son mari est décédé et que l'éducation des enfants dépendait d'elle. Cette situation a créé une crainte de perdre le contrôle sur les enfants et l'a poussée à vouloir reprendre ce contrôle en imposant sa volonté aux enfants par la force. Elle affirme que pendant cette période, elle était toujours prête à user de violence pour imposer aux enfants la conduite qu'elle attendait d'eux, et donc pour réduire le stress que lui causaient ces enfants qu'elle voulait maintenir sous son contrôle :

Moi-même, avant même la maladie, puisque moi j'ai... je suis... j'ai perdu mon mari très tôt. Et j'ai les enfants. Ça fait longtemps. Ce qui fait que les enfants en grandissant, j'étais comme leur mère et leur père. Ce qui fait qu'il fallait peut-être gronder tout le temps. Donc il faut chercher, donc tu peux être le père et la mère. Être imposant, gronder. Il y avait les interdictions, tu ne dois pas faire ça... donc pour les aider à grandir. [...] C'est bien après [que la maladie s'est déclenchée], peut-être 10, même 15 ans après [le décès de son mari]. Puisque les enfants étaient petits-petits. Donc, il fallait les élever à grandir. Mon premier fils avait peut-être 8 ans ou 10 ans. Ils sont à six. Il fallait qu'ils grandissent sous l'orientation. Je me trouve... encore les garçons, les filles. À un moment donné on peut te simplifier, être délinquant. Il fallait vraiment être dure. Parfois une fois, je me rappelle que parfois je mettais la culotte, que si vous voulez qu'on bagarre, on va bagarrer. Donc quand je fais comme ça, ça les intimide un peu. Il fallait être dure. [...] Sinon, il fallait être dure, être le père, la mère, gronder tout le temps. Ce n'était pas facile. (Entretien avec Bernadette, hypertendue, Nkolbisson, 25/11/2020).

Ce qui précède permet de constater que Bernadette avait une volonté de s'assurer que les choses n'échappent pas à son contrôle. Ces choses qui lui causaient du stress c'était l'éducation de ses enfants. En voulant s'assurer que ces derniers allaient devenir des personnes qui ont réussi leur vie, elle a durci certaines conditions de leur éducation afin d'en faire des individus capables de respecter les normes qui selon elles conduisent au succès. La perte de son mari apparaît comme étant l'élément déclencheur de cette nouvelle donne. Ayant perdu ce partenaire de vie, elle a choisi de ne pas se remarier et de donner jouer le rôle de père et de mère.

Il ressort de ces propos également que dans volonté de contrôler l'éducation de ses enfants, elle s'est assignée ces deux rôles avec des pratiques correspondant aux attentes formulées selon les représentations de genre. La mère peut être non imposante, tandis que le père doit être imposant. Elle s'est donc revêtue de cet attribut qui était nécessaire selon elle pour faire respecter la discipline qu'elle avait conçue pour la socialisation de sa progéniture. Ainsi, en revêtant des caractéristiques perçues comme masculines, Bernadette a quelque peu « travesti » sa « nature » de femme, se chargeant partant d'émotions, d'état d'esprits et de dispositions qui la rendaient vulnérable aux maladies liées aux émotions. Le stress causé par la nécessité de devoir contrôler ce qui se passe, imposer ce contrôle sur les enfants et imposer les normes qui devaient orienter

l'action de ceux-ci ont été, selon elle, la source de l'hypertension. Quand elle parle de « mettre la culotte » elle se réfère à une différenciation de genre sur le vêtement. La culotte, c'est un vêtement d'homme et non de femme. En suggérant que l'origine de son mal est cette nécessité de porter la culotte, elle indique *ipso facto* que la perte de son mari a été la première rupture biographique qui a déclenché l'hypertension chez elle. Elle indique également que c'est ce supplément de charge et de stress qui a causé la maladie.

Ce qu'il est possible de tirer de cette situation, c'est le fait que les acteurs sociaux avant le dépistage de la maladie ne sont pas toujours conscients, pendant qu'ils agissent, des incidences que les émotions et les actions peuvent avoir sur leur santé plus tard. La gestion du stress n'apparaît pas toujours comme une priorité, comme cela apparaît dans la vie de Bernadette. Ce qui est important, c'est la gestion des événements au fur et à mesure qu'ils se présentent, l'improvisation des actions et la non anticipation des conséquences du stress généré par l'action sur la santé cardiovasculaire. C'est *a posteriori* que Bernadette réalise qu'en « intimidant » les enfants, en leur promettant qu'elle est prête à « bagarrer » pour faire respecter sa discipline, en étant « dure » et en « grondant tout le temps », elle créait les conditions de l'avènement de l'hypertension artérielle.

Tout comme c'est le cas pour la gestion du stress, les acteurs sociaux vaquent globalement à leurs occupations avant le diagnostic de l'hypertension sans tenir compte de l'existence de cette maladie.

II. Travail, participation aux associations et sociabilité avant le diagnostic de la maladie

Parmi les personnes qui se sont prêtées à l'entretien, il y en avait qui avaient qui étaient employés et d'autres qui étaient sans emploi. Il y avait également des acteurs qui faisaient partie des associations.

II.1. L'activité professionnelle avant le diagnostic de la maladie

Plusieurs mutations ont été observées dans les sociétés africaines à la faveur de la colonisation. Ces changements ont été largement documentés par Samir Amin⁸². Selon l'auteur, les pays d'Afrique sont essentiellement orientés vers le secteur tertiaire. Cette hypertrophie accentuée par une économie extravertie détermine le type de travaux auxquels les citoyens se livrent en ville. En milieu urbain et plus précisément à Yaoundé, les acteurs sociaux qui ont

⁸² Samir Amin, *Le développement inégal*, Paris, Minuit, 1973

constitué l'échantillon, pratiquent des activités diverses. Les personnes hypertendues et les proches interrogés dans le cadre de cette étude ont révélé qu'ils opéraient principalement dans ce secteur tertiaire.

L'analyse des entretiens fait ressortir que plusieurs personnes interviewées avaient une activité génératrice devenue avant le déclenchement de la maladie. Pour subvenir à leurs besoins et contribuer à satisfaire ceux de leurs proches, les acteurs sociaux avant la maladie développent leur talent pour trouver des moyens de subsistance, quoique certains soient sans exercice d'une activité professionnelle.

II.1.1. Les personnes sans activité professionnelle

Au cours des entretiens, des acteurs sociaux ont déclaré qu'ils n'exerçaient pas une activité professionnelle avant le déclenchement de la maladie. La plupart d'entre elles sont des femmes qui vivent en ville. Elles sont, ce qui est couramment appelé dans les registres d'état civil notamment, des actes de mariage et carte nationale d'identité, des ménagères. Cette catégorie de femme s'occupe principalement de la maison en faisant des travaux domestiques, à l'assurance la cuisine, ainsi que des rôles liés au fonctionnement de la maison. C'est le cas de la maman de Rosine qui est hypertendue. Elle ne travaille pas et s'est donc toujours occupée de la maison avant le déclenchement de la maladie.

À côté de cette catégorie, il y a des acteurs sociaux hypertendus qui étaient des fonctionnaires à la retraite lorsqu'ils ont su qu'ils étaient malades. C'est notamment le cas d'Aboubakar, hypertendu, qui a travaillé pour le Ministère de la Santé publique. La connaissance de l'existence de cette pathologie était présente chez lui. Cette connaissance lui provenait de sa proximité avec le secteur de la maladie. Lorsqu'il était en service, il a souvent participé, pour le compte de son employeur, à la planification d'événements, à des visites sur le terrain (hôpitaux, centres de santé, autres services, entreprises et administrations dépendant du Ministère de la Santé) pour s'assurer que les recommandations sont mises en œuvre.

Les personnes qui n'avaient pas d'activité professionnelle avant le dépistage de la maladie sont peu nombreuses.

II.1.2. Les personnes ayant une activité professionnelle

La majorité des personnes interrogées avaient une activité professionnelle rémunératrice avant la détection de la maladie. C'est durant l'exercice de leurs fonctions que les symptômes les plus graves se sont manifestés. Jeannette et Vincent en font partie.

Avant d'être diagnostiquée hypertendue, Jeannette travaillait dans une entreprise privée de la ville de Yaoundé. Ses journées étaient souvent chargées et elle exerçait son activité sans se douter de quoique ce soit, jusqu'à ce qu'on lui annonce au cours d'une grossesse qu'elle est hypertendue. De son côté, Vincent a été diagnostiqué hypertendu pendant qu'il était salarié au sein d'une entreprise en tant que chauffeur mécanicien. C'est au cours d'une mission avec son supérieur hiérarchique, son « chef » comme il appelle, que la maladie est entrée dans sa phase la plus sévère. Il s'est retrouvé à faire un AVC alors qu'il était en pleine circulation au volant :

Voilà comment ça a commencé, puisque c'était en février, vers le 18 comme ça, en février 2011. Ça m'a pris, je me suis retrouvé un mois après à l'hôpital. [Ça l'a pris, il était au volant]. Je ne mourrais pas seul. Quand ça m'a pris, on a fait deux... parce que ma tension était élevée, il fallait qu'on baisse étant en mission, donc j'ai fait deux jours à l'hôpital à Bangangté. Et je suis revenu, je ne savais qui j'étais hein ! Donc le coma. Quand je suis sorti du coma, c'était la fête, parce qu'on ne comptait plus sur moi hein [on attendait qu'il meure hein]. Sorti du coma, on vient... c'est comme si quelqu'un, bon... mais après maintenant comme j'étais toujours couché, couché, le jour où je mets le pied au sol, ça ne donne pas, voilà. Même, même la main, meerrrde ! C'est comment ? ça va alors ! Depuis je dis que non ! On dit que noooo, tu as eu l'AVC, c'est ça qu'on soigne. [...] Oui, j'étais en train de conduire. Euh... on est parti consommer à Bangangté, Euh... Il y a les dos d'âne pour atteindre l'axe Bangangté. Au moment de traverser, je ne sais pas, peut-être c'est le dos d'âne qui a provoqué, je suis passé et là alors, pap ! mes pieds meurent. Mes pieds meurent, et j'ai dit à celui qui était à mes côtés-là, mon chef, que « ça ne va pas, tirez le frein à main ! » Il a exécuté à la seconde ! hein ! et voilà ! Parce qu'on dit que quand j'ai dit comme ça, mes pieds ne fonctionnaient plus, et pap ! le coma ! Coma, et on m'a transporté à l'hôpital de Bangangté. J'ai fait deux jours, c'est l'ambulance qui est venue me chercher à l'hôpital de Bangangté. J'ai fait un mois [dans le coma]. C'est là qu'après un mois, j'ai dit je suis où ? je suis à Yaoundé. (Entretien avec Vincent, hypertendu victime d'AVC, Nkolbisson, 29/11/2020).

Les propos qui précèdent permettent de noter que Vincent était une personne sur qui son supérieur hiérarchique pouvait compter. Il pouvait faire appel à lui pour des missions hors de la ville de Yaoundé où il résidait et travaillait pour parcourir les centaines de kilomètres qui séparent cette zone urbaine de la région de l'Ouest Cameroun. Son état de santé ne laissait donc pas présager qu'un tel incident se produirait, mettant ainsi à risque l'intégrité physique du chauffeur et des passagers. Cela montre qu'aux yeux de l'employeur comme de l'employé, Vincent, avant cet incident, il était apte à travailler et à produire les résultats satisfaisants pour

son supérieur. M. M., son ami et collègue, indique qu'il était réputé et reconnu par tous ses autres collègues comme un des meilleurs chauffeurs mécaniciens de la société. Ce qui comptait pour Vincent, c'était cette capacité à garantir des dépannages efficaces et assurer une conduite exemplaire lors des missions. La question de l'hypertension artérielle n'était pas présente dans son esprit comme un obstacle pendant qu'il exerçait son service.

Plusieurs acteurs avaient déjà une activité professionnelle plus ou moins formelle avant le diagnostic de la maladie. C'est donc pendant une période d'activité professionnelle que s'est déclarée la maladie chez la plupart des personnes malades. Ce constat permet de comprendre que les personnes hypertendues, avant le déclenchement de la maladie et sa découverte, essayent de faire un travail, qu'il soit domestique ou professionnel, qui leur permet de jouer des rôles précis d'occuper un statut au sein de la société en général, et des groupes sociaux auxquels elles participent et appartiennent.

Ainsi, que les acteurs soient des fonctionnaires ou des salariés du privé, des femmes ménagères ou cultivatrices, des personnes propriétaires de leur propre entreprise plus ou moins formelle, ils occupent une place au sein des groupes sociaux qui les hébergent, en sorte qu'ils sont reconnus comme des soutiens par leurs proches et leurs relations. C'est en jouant le rôle d'aumônier, de mère, de maçon et bien d'autres, que les personnes hypertendues qui s'ignorent encore à ce moment-là participent au fonctionnement de leur microcosme. Ce faisant, elles sont intégrées à l'ensemble global et le facteur hypertension n'est pas un élément de différenciation ou de ségrégation sociale susceptible d'apporter des discriminations dans la sphère professionnelle ou familiale.

II.2. Participation aux autres types de liens sociaux avant le diagnostic de la maladie

À la suite de Dominique Schnapper, Serge Paugam précise les divers liens sociaux dans lesquels l'individu participe et les met en relation avec l'intégration sociale. Le présupposé de cette classification est que toute personne fait d'abord naturellement partie d'un groupe social au sein duquel elle entretient des relations avec les autres membres. La famille est le premier lieu et en même temps le premier type de lien que l'individu entretient avec la société.

Au cours de sa croissance, la personne humaine gagne et perd en attachement au fil des expériences et des rencontres. Les acteurs sociaux sont donc dans un processus perpétuel de création. L'appartenance à un groupe social et la volonté de faire partie des groupes sociaux a été

démontrée par Solomon Asch⁸³ dans l'étude sur le conformisme qu'il a menée chez les individus. Au-delà des données collectées lors de cette enquête, et qui indiquent l'influence que le groupe peut avoir sur les individus, il est possible de discerner la volonté de l'individu de « compter pour » le groupe selon l'expression de Serge Paugam. Pour satisfaire ces besoins de reconnaissance, d'identification et d'appartenance, des acteurs sociaux s'engagent dans des groupes qui ne relèvent pas de la filiation immédiate. C'était ainsi que naissent des associations, des clubs et autres rassemblements auxquels participent les acteurs sociaux.

II.2.1. Une participation pour tous les genres

Les modalités de participation au sein des associations sont définies par les règlements propres au groupe. C'est donc, pour ainsi dire, sur la base de critères établis par les fondateurs de l'association qu'une personne peut en devenir membre ou non. En général, les règlements des statuts régissant le fonctionnement et l'adhésion des individus à l'association sont produits par écrit, et déterminent les normes et sanctions en vigueur.

Parmi les acteurs hypertendus rencontrés lors de l'enquête, il y en a qui ont révélé qu'ils faisaient partie d'une association avant le déclenchement de la maladie. Jeannette affirme faire partie de deux associations. La première est liée à son activité professionnelle et un rassemblement de collègues femmes qui ont décidé de se réunir pour l'entraînement. Elle fait également partie d'une association des personnes originaires de son village. D'un autre côté, la mère de Rosine a souscrit à des associations dans lesquelles elle participait en y contribuant avant le déclenchement de la maladie. Pierre Marie a aussi pris une participation au sein des associations, particulièrement celle des ressortissants de son village.

Au regard de tout cela, il se dégage que des hommes comme des femmes avaient choisi avant le déclenchement de la maladie choisis de participer à des groupes associatifs fondés sur divers critères de participation. Ils y participent également pour créer, entretenir et conserver du lien social.

II.2.2. L'association comme relation

Selon Aristote, l'homme est par nature un animal politique. Cette assertion séculaire s'est répandue au fil du temps au sein de la société avec ses diverses déformations. La force de la

⁸³ Solomon Asch, « Effects of Group Pressure on the Modification and Distortion of Judgments », in Guetzknow, H., (dir.), *Groups, Leadership and Men; research in human relations*, Pittsburgh, Carnegie Press, 1951, 177-190

répétition et de la transmission de cette phrase indique le sentiment de vérité qu'elle a auprès de ses utilisateurs.

Dans un article rédigé par Médéric Dufour, l'auteur revient sur cette citation aristotélicienne. Il indique, au terme d'une analyse, que la *nature* dont parle Aristote a un double sens : « *c'est à la fois un point de départ [...] et un point d'aboutissement* ». Pour Médéric Dufour, l'« *homme est un [animal politique], parce qu'il ne trouve son achèvement, son point de perfection que lorsqu'il vit et agit dans la polis.* »⁸⁴

Ce besoin d'appartenir à la cité et donc à la société se manifeste au niveau relationnel. Selon certaines modalités, notamment celles liées à la collaboration ou à la coopération, les acteurs sociaux trouvent un certain accomplissement, une certaine « *suffisance* »⁸⁵, à échanger et à communiquer avec leurs semblables. Cela peut commencer dans une relation au sein de la famille avec les membres de la fratrie. C'est également le cas dans des relations plus étendues avec les autres membres de la société, et plus précisément dans des sphères telles que les associations. Les phrases entendues dans les artères de la ville de Yaoundé révèlent une réalité plus profonde. Elle permet d'expliquer le pourquoi de la participation des acteurs sociaux interrogés à des associations avant le déclenchement de l'hypertension.

Dans son ouvrage sur le lien social, Serge Paugam reprend Georg Simmel et abonde dans le sens de l'acteur social comme être en relation :

*Simmel est aujourd'hui souvent cité par les spécialistes des réseaux sociaux qui voient en lui l'un des précurseurs de l'étude microsociologique des formes de l'action réciproque et de l'entrecroisement des cercles sociaux. Pour lui, l'homme est avant tout un « être de liaison ». Nous sommes toujours « ceux qui séparent le relié ou qui relient le séparé ». Dès lors, parler de société revient à parler de lien social, et parler de lien social, c'est avant tout partir du constate que « les individus sont liés par des influences et des déterminations éprouvées réciproquement ». La société est par conséquent « quelque chose de fonctionnel, quelque chose que les individus font et subissent à la fois ».*⁸⁶

L'étude a trouvé que la volonté de se sentir membre, de faire partie d'un groupe est une des raisons évoquées par les acteurs sociaux pour justifier l'appartenance à des associations. Les associations sont vues par les acteurs sociaux comme des entités qui permettent de se sentir entouré et de nouer des relations. Ce n'est pas exclusivement une volonté de se rattacher à sa

⁸⁴ Médéric Dufour, « L'homme animal politique », in *Bulletin de l'Association Guillaume Budé*, n°18, janvier 1928, pp.36-37

⁸⁵ Médéric Dufour, op. cit. p. 36

⁸⁶ Serge Paugam, *Le lien social*, op. cit. p. 53

communauté d'origine, qui motive les personnes à rejoindre des associations. Il y a, en plus de cela, la volonté d'être en interaction avec les autres, de créer du lien symbolique et de rester en contact avec des personnes au sein d'une association qui propose et sélectionne des individus en fonction des critères auxquels les individus sont sensibles.

Il convient donc de dire que le choix de l'adhésion à une association est lié à une volonté de faire partie d'un groupe social dont les critères d'élection correspondent aux idéaux des individus qui y adhèrent. Cette quête de similarité révèle aussi le désir de faire partie d'un ensemble social où les adhérents peuvent partager à la fois des valeurs et des normes qui sont proches de leurs aspirations. Les acteurs sociaux adhèrent à des associations en recherchant des groupes qui leur proposent des personnes dont le critère de sélection correspond à leurs aspirations, ce qui peut garantir une fluidité dans les relations, ainsi qu'une capacité à bénéficier du soutien et de l'aide.

II.2.3. L'association comme lieu de soutien et d'aide

De l'avis même des acteurs sociaux interrogés, toutes les associations auxquelles ils participent proposent des formes de soutien, des formes d'aide qui permettent de faire face en cas d'imprévus. Ces imprévus sont souvent clairement déterminés dans le règlement intérieur qui fixe les modalités de leur jouissance. Les personnes hypertendues qui ont adhéré à une association avant le déclenchement de la maladie savaient au moment de leur adhésion qu'elles pouvaient bénéficier de soutien de la part des autres adhérents et plus officiellement de la part de l'association. Cette possibilité de pouvoir « *compter sur* » le groupe est une des motivations qui justifient chez les acteurs sociaux une adhésion à une association.

Les formes d'aide que peuvent recevoir les membres d'une association tournent autour des événements qui peuvent survenir dans la vie comme des cas de décès, de naissance et de mariage.

II.2.4. L'association comme lieu d'intégration sociale

Le choix qu'ont fait les personnes hypertendues avant la maladie d'adhérer à des associations révèle le désir de « *compter sur* » et de « *compter pour* »⁸⁷ les autres. Ces deux modalités définies du lien social qui déterminent l'intégration sociale des individus aux groupes

⁸⁷ Les expressions « *compter sur* » et « *compter pour* » sont de Serge Paugam. V. notamment son ouvrage sur le lien social.

sociaux permettent d'envisager la décision d'y adhérer comme l'expression d'une volonté de trouver une place, de s'attacher à la société à travers ce type de groupe social. Car, dans la réalité, accepter de faire partie d'une association, c'est exprimer son désir de ne pas être en marge, de s'identifier et afin d'être reconnu par les autres. L'association est une sphère sociale où les acteurs travaillent à être intégrés. Elle est également un pont qui relie l'individu à la société et qui régit ce rapport aux autres entités et structures sociales. En adhérant à une association, les acteurs sociaux expriment leur volonté de faire partie d'un tout auquel ils s'identifient et au travers duquel ils trouvent leur place au sein de la société.⁸⁸

II.3. Conception de la sociabilité et de la vie avant le diagnostic de la maladie

Avant le diagnostic de la maladie, les acteurs sociaux étaient insérés dans des réseaux de relations qui leur permettaient d'entretenir le lien les uns avec les autres.

II.3.1. Le concept de sociabilité

Le concept de sociabilité renvoie à cette forme qui permet les relations entre les individus au sein d'un groupe social. Dans un article⁸⁹, Carole-Anne Rivière revient l'évolution du concept de sociabilité au cours du temps en sociologie. Il en ressort que plusieurs auteurs ont abordé cette notion, lui donnant des contenus et des contours divers. Cette diversité de conception est principalement fondée sur des perspectives théoriques développées par les auteurs.

Chez Émile Durkheim par exemple, qui est un des tenants des paradigmes holistes, la sociabilité ne peut être le fait d'individus pris comme des entités pensantes. Le groupe ne pense pas comme l'individu. Il convient alors pour le sociologue de s'intéresser au groupe plutôt qu'à l'individu lors de recherches⁹⁰. Une étude de la sociabilité doit donc s'appuyer sur l'observation des groupes sociaux et non sur celle des individus.

Mais au fil du temps, d'autres paradigmes sont venus compléter le champ de la sociologie en s'opposant parfois à la pensée de Durkheim. Certains auteurs ont essayé une conciliation comme l'indique Carole-Anne Rivière⁹¹ : « *Tout en restant fidèle à ce puissant héritage théorique, Gurvitch tente de dépasser l'opposition entre « macrosociologie » et « microsociologie » qui a conduit à rejeter hors du domaine de la sociologie toute tentative*

⁸⁸ D'où le concept de pluralité de liens sociaux développé par Paugam dans *Le lien social*

⁸⁹ Carole-Anne Rivière, « La spécificité française de la construction sociologique du concept de sociabilité », in *Réseaux*, vol. 123, n° 1, 2004, pp 207-231

⁹⁰ Carole-Anne Rivière, op.cit., p. 215

⁹¹ Carole-Anne Rivière, idem

d'explication de la réalité sociale à partir des individus. » Avec cette nouvelle conception, les études sur la sociabilité peuvent s'affranchir de la référence au groupe introduite et imposée par Durkheim. Le concept de sociabilité peut donc s'enrichir de divers points de vue provenant directement des acteurs sociaux. Cet état de choses favorise l'observation dans les interactions du phénomène de sociabilité, ainsi que les structures sociales que cela permet de construire.

D'ailleurs, à ce titre, Simmel envisage la sociabilité comme une forme d'interaction⁹² : « *le terme Geselligkeit utilisé par Simmel qui signifie sociabilité pourrait être traduit au mot à mot comme « le fait d'être avec les autres agréablement.* » » Si cette définition paraît simple et quelque peu délaissée⁹³, la dimension interactionniste est particulièrement tangible par le fait que Simmel envisage la sociabilité comme un lien, une relation avec les autres. Cette relation est possible dans un environnement d'échange voulu et accepté par les différents acteurs sociaux qui y participent.

II.3.2. La sociabilité comme une construction

Les acteurs qui s'engagent dans des relations voulues et souhaitées avec les autres entament un processus qui mène à la création d'un certain type de sociabilité. Cette approche donne à ce concept une dimension construite qu'il convient de prendre en compte. En choisissant d'interagir avec tel ou tel individu dans le but de nouer des relations, les acteurs sociaux participent à la construction des configurations sociales. Celles-ci déterminent le type de groupe, ainsi que la dynamique qui se dessine au terme de chaque interaction.

Plus les acteurs sociaux nouent des relations et renforcent les liens avec les autres acteurs, plus il se forme un réseau social qui influence et détermine le niveau d'intégration sociale de l'individu au sein du groupe. Les entretiens menés sur le terrain lors de la collecte des données pour ce travail ont permis de comprendre la place que les acteurs sociaux accordent au fait d'être en relation avec les autres, au fait de nouer des relations avec des personnes autres que celles faisant partie de la famille biologique ou par alliance.

Plusieurs acteurs entretiennent des relations avec d'autres membres de la société que ceux de la famille. Les individus qui composent ce réseau sont en général des collègues, des personnes

⁹² Carole-Anne Rivière, p. 211

⁹³ Carole-Anne Rivière, pp 211-212 : le concept de sociabilité « *n'a aujourd'hui dans la langue allemande aucune valeur conceptuelle dans le champ des sciences sociales. De fait, il n'apparaît pas dans les dictionnaires sociologiques qui font référence en Allemagne.* »

de la même tranche d'âge, les amis ou encore les membres d'une association à laquelle l'acteur social appartient.

Diverses activités peuvent être menées avec les membres du réseau social. L'idée principale de la construction de ces relations telle qu'elle ressort des entretiens est que les acteurs sociaux cherchent, au travers de la création du lien, des personnes avec lesquelles elles peuvent envisager et organiser des moments « agréables », ainsi que l'indique Georg Simmel. C'est d'ailleurs ce que reconnaît Vincent lorsqu'il décrit sa vie avant le dépistage de l'hypertension et l'AVC qui l'a frappé. Lorsqu'il raconte cette phase de son existence, il la définit comme pleine de mouvement, de sorties entre amis, collègues et connaissances, afin de profiter de la vie.

II.3.4. Les différents lieux et moments de sociabilité avant la maladie

La sociabilité se manifeste dans divers lieux et à diverses occasions chez les acteurs sociaux, hypertendus ou non.

II.3.4.1. Les fêtes comme lieu de sociabilité

Les fêtes sont des événements qui permettent aux acteurs sociaux de se retrouver à l'occasion de circonstances jugées heureuses. C'est notamment le cas lors des anniversaires, des fêtes religieuses et civiles. À ces occasions, la présence de personnes qui comptent pour les acteurs sociaux à l'origine de la célébration est particulièrement attendue et souhaitée. C'est l'occasion pour les individus de se retrouver pour un événement dont le but est de détendre et de réjouir les participants.

Avant l'hypertension, les acteurs sociaux participaient volontiers à ce type d'événement afin d'honorer la personne qui les a invités, mais aussi de conserver des relations favorables avec les hôtes de la fête. La présence à la fête est donc un fait qui permet de remplir plusieurs fonctions, au-delà de la réjouissance : c'est un moyen dont le but est de conserver des relations positives avec les personnes qui font partie du réseau social d'un acteur. Avant la maladie, la présence à une fête est vécue comme une modalité de construction et de conservation de la relation sociale et d'expression de la sociabilité. La fête est un lieu d'expression de la volonté d'être en relation avec la personne qui a invité, et avec laquelle l'acteur se sent le plus proche. Une présence à une fête est donc liée à la relation que l'acteur social entretient avec le célébrant, mais davantage l'expression de l'attachement, de l'importance accordée à la relation existant

entre la personne invitée et celle qui l'a invitée, d'où l'importance de la solidité du lien entre l'invitant et l'invité dans le cadre d'une sociabilité entretenue.

Une scène dans un mariage

Lors du travail de terrain, il a été possible de se rendre à une fête pour le mariage d'une des personnes interviewées quelques semaines après l'entretien. Ce jour, le décor était planté, en moyenne six chaises par table étaient réparties dans la salle louée pour l'occasion. Les invités étaient assis. Quelques bouteilles de bière et de boissons gazeuses étaient présentes sur toutes les tables, ainsi que de l'eau et du vin rouge. Après l'arrivée des mariés et quelques cérémonies, le buffet a été ouvert. À tour de rôle, les convives étaient appelés par le protocole pour se rendre à la table des repas et se servir. Un bémol se produit alors : le protocole a oublié d'appeler les tables sur lesquelles étaient assis les amis d'un oncle de la mariée. Ceux-ci ont manifesté leur mécontentement sans créer d'esclandre. Une sorte de négociation entre des membres du protocole et les plaignants a débuté. Après plusieurs minutes de tension et de refus de la part des plaignants, ils ont fini par accepter un autre tour de boisson, selon le goût de chacun.

Pendant la phase critique de ce conflit, il a été possible d'entendre des phrases venant de la part de l'oncle et de ses amis. Pour l'oncle, il était inadmissible et inconcevable que ses amis soient arrivés à Yaoundé, en provenance de diverses villes du pays et qu'ils se soient retrouvés sans nourriture à un mariage où il les a pourtant invités. Pour les amis de l'oncle, ils sont venus pour honorer les mariés, et surtout pour leur ami. S'ils étaient en colère, ce n'était pas tant pour la nourriture que pour le traitement qu'ils ont subi et qu'ils ont jugé humiliant. En fait, qu'ils aient été oubliés par le protocole leur a donné l'impression d'être inconsidérés, de ne pas avoir de valeur, alors même que leur présence visait à faire comprendre aux mariés et plus précisément à l'oncle qui les a invités, toute leur sollicitude et leur soutien. Derrière cela, le besoin de faire partie, de participer pour conserver les relations tel qu'évoqué plus haut est perceptible. Il est en effet possible d'envisager cette scène comme le lieu d'un échange pour le maintien des relations harmonieuses entre invitant et invité : l'invité vient à la cérémonie au nom de la relation entretenue avec l'invitant, dans le but de l'entretenir, tout en attendant que cette présence sera reconnue et honorée comme un effort pour le maintien de la relation par l'invitant. De son côté, l'invitant prend implicitement ou explicitement l'engagement de satisfaire ses invités afin de conserver et de renforcer la relation. Tout se passe comme dans un marché dans lequel les mises de l'une des personnes doivent correspondre à celles de l'autre, en sorte qu'il y ait équilibre dans la relation et dans la conservation de celle-ci.

En pratique, les acteurs sociaux ont tendance à poser des actions pour faire durer une relation à laquelle ils tiennent. Pendant que ces actions sont posées, ils attendent qu'elles soient reconnues par l'autre et récompensée à leur juste valeur, selon des critères symboliques et pratiques qui participent à la ritualisation⁹⁴ des relations sociales et des interactions.

La sociabilité n'est donc pas un acquis, elle est une construction permanente entre mise et retraits, entre don et contre don⁹⁵. Chaque acteur, qui a noué des relations avec les autres, vit avec des attentes envers ces derniers. La satisfaction de ces attentes, qui sont réciproques, entraîne un renforcement des relations ainsi qu'un sentiment d'appartenance au groupe et plus spécifiquement au réseau social. Chaque participant est donc tenu de jouer son rôle, de jouer sa partition, en tenant compte des attentes légitimes des autres, pour conserver une ambiance favorable. Le caractère légitime de ces attentes repose à la fois sur le type de relation en jeu, sur les efforts consentis par l'autre, ainsi que sur la durée anticipée de cette relation, c'est-à-dire si les acteurs sociaux anticipent cette relation comme éphémère ou durable dans le temps.

Les fêtes sont donc plus que des moments de réjouissance. Ce sont de véritables moments d'expression de sociabilité avec des enjeux importants en termes de construction et de conservation des relations sociales. Cette observation est également valable pour les deuils. La participation à ce type d'événements permet d'exprimer de la sollicitude envers les personnes éprouvées avec lesquelles les acteurs sociaux entretiennent des liens particuliers.

C'est ce sens que Vincent donne à ses moments en groupe, alors qu'il n'était pas victime d'AVC et ne suivait pas de traitement pour sa maladie. Il ne manquait pas aux fêtes, il assistait ses amis lors des tristes événements. Il pouvait se déployer et se montrer présent chaque fois qu'un des siens, ami ou famille, avait besoin de sa présence. Mais cela ne se limitait pas aux fêtes et aux deuils.

II.3.4.2. Donner un coup de main, organiser des sorties comme actes de sociabilité

Avant de commencer à prendre le traitement contre l'hypertension, les acteurs sociaux ont tendance à participer à des événements qui les maintiennent en relation avec les autres. Cela est manifeste lorsqu'il s'agit d'aider les autres à accomplir des tâches : *« Ça [son état de santé] a beaucoup joué. Il y a même peut-être une fête je ne peux plus être là parce que je suis handicapé. »*

⁹⁴ Cf. Erving Goffman, *Les rites de l'interaction*, Paris, Les éditions de minuit, Coll. « Le sens commun », 1993

⁹⁵ Cf. Marcel Mauss, « Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés primitives », in *L'Année sociologique (1896/1897-1924/1925)*, vol. 1, 1923, pp. 30-186

Et ça me dérange. Alors que tu es là, je peux te donner un coup de main, mais je ne peux plus parce que... ça dérange beaucoup » (Entretien avec Vincent, hypertendu victime d'AVC, Nkolbisson, 29/11/2020). Avant d'avoir conscience des limites que lui imposent l'hypertension artérielle et son traitement dans la conservation de ses relations avec autrui, il se définit comme une personne qui bougeait beaucoup, qui se rendait toujours disponible chaque fois qu'il le pouvait pour apporter une contribution lorsqu'un ami ou un proche le sollicitait. Pour lui, c'est très important dans les relations de pouvoir être avec les autres et avoir la capacité de les assister en cas de besoin. Ce caractère disponible, disposé et serviable est confirmé par son ami et voisin, qui a également été un collègue.

Vincent est aussi une personne qui apprécie particulièrement les sorties entre amis et collègues pour « profiter de la vie ». Ils avaient l'habitude de se rendre dans des lieux de réjouissance et organisaient fréquemment des sorties pour boire, manger, échanger et se réjouir ensemble. Cette situation a changé depuis le début du traitement de sa maladie et plus précisément depuis son accident vasculaire cérébral. Tout cela n'est plus possible, alors qu'il continue d'avoir envie de vivre à nouveau ces moments avec ses connaissances.

Ça a beaucoup joué. [S'il] y a même peut-être une fête je ne peux plus être là parce que je suis handicapé. Et ça me dérange. Alors que tu es là, je peux te donner un coup de main, mais je ne peux plus parce que... ça dérange beaucoup. Moi-même à l'heure-ci je ne suis pas là hein ! Les réunions, les machins. Ô ! ça [l'hypertension] m'a réduit à 70% hein ! Tu veux sortir mais pas moyen. Comme là, là, là, je dois aller chez monsieur [X]. Je ne peux pas aller seul il faut qu'on me soutienne. (Entretien avec Vincent, hypertendu victime d'AVC, Nkolbisson, 29/11/2020).

De ces propos, il découle qu'avant le diagnostic de l'hypertension Vincent avait une volonté d'entretenir et de conserver des relations sociales avec son entourage. Il se présente comme une personne sur lesquelles les autres pouvaient compter. La maladie, et surtout l'accident vasculaire cérébral, s'est révélée une source de rupture biographique qui l'a introduit dans un nouveau cycle. Dans ce cycle, il ne parvient plus à entretenir ces relations à cause de la dépendance dans laquelle la maladie l'a introduit. L'exclamation qu'il fait dans sa prise de parole indique le souvenir de cette époque où il pouvait agir selon sa volonté d'une part ; d'autre part, cela manifeste la prise de conscience des limitations que l'hypertension induit dans la suite de son parcours de vie.

Il n'est pas le seul dans cette situation. Pierre Marie qui a également été victime d'AVC sort très peu. Il ne rend presque plus de visites, si ce n'est aux membres de sa famille. Les individus qui composent cette dernière ne le laissent plus faire quoi que ce soit, de peur qu'il ne

fasse une rechute. Sa fille et lui-même témoignent qu'avant sa maladie, il sortait pour vaquer à ses occupations : « *avant au moins, il travaillait, il cherchait les chantiers et tout ça, il faisait ses petites bricoles, quoi.* » Il essayait de se rendre utile et disponible partout où il estimait que les autres pouvaient avoir besoin de lui. Mais la maladie, sa gravité, sa soudaineté et son traitement ont changé la donne : « *maintenant, les réunions, il n'est plus trop dans les réunions : il a diminué. Il n'est plus trop dans les réunions. Mon père n'est plus trop dans les réunions. Et il est plus à la maison.* » (Entretien avec Stéphanie, fille d'hypertendu victime d'AVC, Nlongkak, 22/11/2020).

Le constat qui se dégage de cette section est qu'avoir des relations avec les autres et les conserver au moyen d'efforts constants est une activité importante pour les acteurs sociaux avant le déclenchement de la maladie et son traitement. Plusieurs de ces acteurs étaient impliqués dans la construction et l'entretien des relations sociales, ainsi que dans la production dans les interactions, actions et comportements qui favorisent une certaine sociabilité, un plaisir à être ensemble, à faire des choses ensemble et les uns pour les autres. Cette description et ce constat ne signifient pas qu'il n'existait pas de conflits entre les acteurs sociaux avant le traitement de l'hypertension artérielle. Cette description et ce constat précisent la capacité que les acteurs sociaux avaient à travailler pour bâtir et conserver des relations sociales, même si elles pouvaient connaître des moments de crise. Pour beaucoup d'acteurs, avant le traitement de la maladie, des efforts étaient consentis pour satisfaire les autres au cours des interactions et événements.

III. L'hypertension et sa découverte par les acteurs sociaux

Au cours de la collecte des données, il est apparu que les acteurs sociaux n'étaient pas ignorants de l'existence de l'hypertension avant de savoir eux-mêmes qu'ils en souffraient. Malgré cela, la découverte de leur statut d'hypertendu constitue une surprise pour ces personnes et se fait dans un contexte de manifestations symptomatiques pour une autre maladie.

III.1. Connaissance de l'existence de l'hypertension artérielle avant son dépistage

Le passage du statut de personne non hypertendue à celui de personne hypertendue se fait à travers le diagnostic lors d'une consultation médicale. Aux acteurs sociaux interrogés dans le cadre de cette étude, la question de la connaissance de l'existence de la maladie a été posée. Elle visait à savoir si les patients hypertendus étaient au courant de l'existence de l'hypertension avant leur propre dépistage. Il est ressorti avec une grande proportion que ceux qui étaient désormais des personnes hypertendues en avaient entendu parler en diverses occasions.

La première est celle des personnes qui en ont entendu parler lors de campagnes de sensibilisation. Il existe en effet des campagnes qui sont souvent organisées par diverses entités, se proposant de sensibiliser ou de dépister l'hypertension artérielle. Ces événements sont organisés dans le cadre de campagnes de promotion des centres de santé ou alors à l'occasion de certains événements comme la Journée mondiale de l'hypertension ou encore la Journée mondiale du diabète. Lors de ces événements, les organisateurs affichent des banderoles qui indiquent qu'il est possible de prendre les paramètres de la pression artérielle. C'est à cette occasion que certains acteurs en ont entendu parler.

À côté de cela, d'autres acteurs ont entendu parler de l'hypertension artérielle lors de consultations. Dans la pratique en effet, certains établissements hospitaliers prennent des paramètres des patients qui viennent pour des problèmes de santé. Du nombre de ces paramètres se trouvent la masse, la taille, la glycémie, la température et la pression artérielle. C'est aussi à cette occasion que les patients se familiarisent au tensiomètre et apprennent qu'il sert à prendre la « tension ». C'est donc au cours de ce contact que l'idée de la nécessité d'un ou d'un état de santé lié à la pression artérielle se diffuse auprès des acteurs.

Dans les rues des grandes villes du Cameroun et notamment à Yaoundé, il est possible de voir des personnes ambulantes proposer des services de mesure de la masse. Ces personnes, principalement des jeunes garçons, parcourent les villes pour proposer aux habitants de connaître leur poids. Elles sont munies d'un pèse-personne à cet effet. Parmi ces commerçants, il y en a qui portent avec eux des tensiomètres électroniques avec lesquels ils mesurent la pression artérielle des personnes qui le désirent, en échange d'une somme d'argent, soit autour de 100 FCFA. Des observations menées dans la ville de Yaoundé ont permis de se rendre compte que ce service est sollicité par des camerounais qui veulent s'enquérir de leur pression artérielle. L'existence de ce type de commerce participe également à inscrire davantage l'existence de l'hypertension artérielle.

Une autre catégorie est celle des personnes qui ont connu l'hypertension artérielle suite à l'apparition d'un cas dans leur entourage. Cela ne signifie pas toujours que l'hypertension était inconnue d'eux, puisqu'il existe des personnes qui savent que la « tension » existe et qui en font l'expérience lors de l'apparition de cas près d'eux. Cette catégorie qui découvre et expérimente l'hypertension par sa présence chez un proche est plus réduite mais plus informée sur la maladie que les premiers. Dans cette catégorie, l'on trouve Jeanne dont la mère était hypertendue, Vincent dont la grand-mère était hypertendue, Jeannette dont la grand-mère et l'oncle étaient

malades d'hypertension. Cette catégorie de personnes était jeune durant la phase de maladie de leur proche et a grandi avec un vague souvenir de la maladie. Ces acteurs se souviennent surtout des restrictions que la maladie impose à leurs proches sur le plan alimentaire et de la nécessité de la prise des médicaments. Si cela n'a pas empêché certains de développer l'hypertension, la connaissance de la maladie et des prescriptions était cependant présente dans la mémoire de ces acteurs sociaux.

À côté de cette connaissance de l'hypertension artérielle provenant des consultations et de la connaissance d'un proche malade, il existe des campagnes de dépistage qui sont de temps à autre organisées par des hôpitaux et une journée mondiale de lutte contre l'hypertension qui est fixée le 17 mai de chaque année.

III.2. La découverte du statut d'hypertendu

Les patients hypertendus ont découvert leur statut dans diverses circonstances. En général, ce n'était pas pour découvrir l'hypertension qu'ils se sont rendus à l'hôpital, mais à cause de divers symptômes qui les indisposaient.

III.2.1. Découverte de l'hypertension lors de consultations pour une autre « maladie »

La plus grande proportion des personnes hypertendues interrogées a découvert leur statut de malade lorsqu'ils se sont rendus à l'hôpital pour une consultation. Certains se sont rendus à l'hôpital parce qu'ils ressentaient des symptômes tels que des maux de tête, de la fatigue persistante. Lors de la consultation, le médecin les a informés que leur pression artérielle était très élevée et qu'il fallait la prendre en charge. C'est le cas notamment de Vincent qui témoigne :

Dans les années... en tout cas, il y a dix ans là, je ressentais la fatigue, donc avant que je ne sois atteint. Je ressentais la fatigue. Mais, moi je me disais que c'était lié à mon boulot, voilà. Parce que c'était mission sur mission, tout ça. Vraiment, je ne vivais pas chez moi. Alors, il y a 10 ans, je me trouvais... mais avant que la maladie n'attaque, je suis parti à l'hôpital. J'ai demandé un médecin, bon on dit que j'ai la tension, alors que je ne sens rien. Il y a quoi ? (Entretien avec Vincent, hypertendu victime d'AVC, Nkolbisson, 29/11/2020).

Angeline a également su qu'elle hypertendue quand elle s'est rendue dans une clinique : « *Quand je suis allée faire les examens. C'était dans une clinique en face de l'École des postes.* » (Entretien avec Angeline, hypertendue, Tsinga, association ACADIAH, 17/06/2021). Chez André, c'est « *en faisant des bilans médicaux, c'est-à-dire en allant régulièrement chez le médecin, pour des évaluations. Ils ont constaté que j'étais hypertendu.* » (Entretien avec André,

hypertendu, Tsinga, association ACADIAH, 15/06/2021). Jacqueline quant à elle a su qu'elle était hypertendue quand elle a perdu sa fille. La douleur qu'elle a ressentie l'a amenée à consulter et le verdict est tombé :

[En]1987. Je portais mon enfant comme ça en main quand elle dé... quand elle meurt, moi aussi, je sens comme si on m'avait arraché quelque chose de l'intérieur depuis ce jour, dans ma main, depuis ce jour-là, j'ai l'hypertension. Je suis allée à l'hôpital, sûrement... ça fait longtemps hein. Je n'ai plus les détails. J'ai mon cahier que j'avais, mon cahier depuiiiiis. Euh, voilà. (Entretien avec Jacqueline, hypertendue victime d'AVC, Tsinga, association ACADIAH, 11/06/2021).

D'autres avaient des maladies pour lesquelles ils étaient suivis et c'est au cours d'un de ces contrôles que l'hypertension artérielle a été découverte. Cette maladie se révèle aux patients lors de circonstances inattendues. C'est donc souvent une surprise mêlée d'incompréhension qui suit cette annonce du statut d'hypertendu.

L'incompréhension, c'est aussi ce qu'a expérimenté Jeannette. En 2004, elle est enceinte et souffre de certains malaises qui l'amènent à consulter. À cette époque, elle a oublié qu'elle a déjà eu deux ascendants, sa grand-mère et son oncle, qui ont été atteints d'hypertension. Elle ne se doute donc pas qu'elle peut en être victime et que la maladie peut être grave, surtout pour une femme enceinte. La médecine estime que l'hypertension est un grand facteur de risques pour les femmes enceintes :

La pré-éclampsie, autrefois appelée toxémie gravidique, apparaît après 20 semaines de gestation et multiplie par vingt le risque fœtal. Elle est définie par l'association d'une hypertension artérielle (HTA) et d'une protéinurie significative ($\geq 0,5$ g/l). La protéinurie succède le plus souvent à l'hypertension artérielle et est de type glomérulaire (albuminurie). La gravité de la situation est proportionnelle au débit de la protéinurie (péjorative à partir de 1 g/l). La pré-éclampsie survient le plus souvent au troisième trimestre de la grossesse, parfois plus tôt, dès la 24^e semaine de grossesse. Elle a une implication pronostique majeure à court terme pour la mère (risque d'hématome rétroplacentaire, d'éclampsie) et pour l'enfant (risque de retard de croissance intrautérin, de mort fœtale).⁹⁶

Jeannette est donc dans une phase critique de sa grossesse et se situe exactement dans le troisième trimestre de sa grossesse, indiqué dans la référence ci-dessus comme étant le moment où il y a plus de probabilité de survenue de la pré-éclampsie. Vivant dans ce contexte, et sans connaissance de son hypertension et des risques qu'elle encourt à cause de la maladie, Jeannette

⁹⁶ Claire Mounier-Véhier et al., « Prise en charge de l'hypertension artérielle chez une femme enceinte », in *Act. Méd. Int. – Hypertension*, vol. 10, n° 3, p. 54

se rend à l'hôpital pour se faire consulter. La grossesse est alors à sept mois et le médecin lui annonce qu'elle est hypertendue :

[Les médecins m'ont] demandé de me reposer et de suivre certaines recommandations. [...] Je ne savais pas que la maladie était grave. Quand je suis rentrée, comme ça allait déjà mieux, j'ai négligé le traitement. Je ne respectais pas vraiment ce qu'il m'avait dit. Deux mois plus tard, comme j'allais déjà accoucher, j'ai encore chuté et j'ai perdu le fœtus. C'est à ce moment que j'ai pris conscience que j'étais en face d'une maladie silencieuse. (Entretien avec Jeannette, hypertendue, Mimboman, 15/11/2020)

Le témoignage de Jeannette montre, comme pour les autres acteurs cités ci-dessus, qu'il n'a pas été possible d'envisager qu'elle souffrait d'hypertension. La maladie s'est révélée à chaque fois, sans que le soupçon de sa présence ne soit ressenti par ses victimes. Parfois cette rencontre avec la maladie se passe sans qu'il n'y ait de grands incidents, mais il arrive des cas où le premier contact avec l'hypertension fait passer les malades tout près de la mort.

III.2.2. Découverte de l'hypertension lors d'un épisode d'AVC

L'AVC est une complication de l'hypertension artérielle. Certains patients hypertendus ont su qu'ils étaient atteints de la pathologie lorsqu'ils se sont réveillés du coma dans lequel les a plongés, l'accident vasculaire. C'est notamment le cas de Pierre Marie. Il n'avait jamais soupçonné qu'il pouvait être atteint d'hypertension, pas plus que ses proches d'ailleurs. C'est suite à une hospitalisation et à un AVC dont il a été touché que les médecins lui ont fait savoir qu'ils ont découvert une hypertension en lui.

Son cas est similaire à celui de la mère de Claude. Ses proches et elle ont su qu'elle était hypertendue lorsqu'elle a été victime des AVC successifs qui l'ont touchée.

Moi personnellement je n'avais pas su qu'elle était hypertendue hein. C'est-à-dire qu'on m'a appelé qu'elle a fait l'AVC. Je ne savais même pas, je croyais qu'elle avait seulement les nerfs comme les mamans ont souvent les nerfs là mais je suis arrivé à l'hôpital, on l'avait transférée à l'hôpital. Quand j'arrive à l'hôpital, le docteur me dit : « votre maman a eu l'AVC ». C'est comme ça. Elle a fait [l'AVC] aux environs de 19h, au village, à l'Ouest hein ! et on l'a transportée à l'hôpital de district de Konso. De là, je suis parti la voir là-bas, je suis arrivé le lendemain. J'ai roulé toute la nuit, je suis arrivé le matin. J'ai attendu pour qu'on me confirme effectivement si c'était... pour que le docteur me confirme. (Entretien avec Claude, fils d'hypertendue victime d'AVC, Nkolbisson, 25/11/2020).

Avant cela, personne de son entourage, pas même elle, ne soupçonnait qu'elle est hypertendue. C'est donc dans des circonstances soudaines telles que l'AVC que cela a été découvert.

Ce cas est similaire à celui du père de Léticia :

Papa est hypertendu depuis un an. Ça a commencé, il avait d'abord des problèmes de goutte. Il était malade, il avait la goutte et il voyageait beaucoup aussi. Donc comme c'était le chauffeur, il voyageait beaucoup. Il était toujours sur place non, quoi. Toujours en train de conduire en fait. Donc ça a commencé par les problèmes des pieds. On a diagnostiqué, on a dit que c'était un problème de rhumatisme. Quelque temps après, il avait les problèmes de ... son corps enflait. Son corps enflait et on a dit qu'il faudrait qu'on regarde si ce n'est pas un problème de tension. [...] On a constaté qu'il était hyper, hypertendu. (Entretien avec Léticia, fille d'hypertendu victime d'AVC, Nlongkak, 25/11/2020).

Il existe une catégorie des personnes qui savaient qu'elles étaient hypertendues et qui savaient quelles étaient les précautions à prendre, mais qui ont néanmoins fait un AVC. Cette catégorie avoue n'avoir pas vraiment mis en pratique les conseils qui ont été prescrits par le médecin. C'est notamment le cas de Vincent, de Gustave Théodore et de Jacqueline. Cette dernière témoigne :

Les conseils hein, les conseils, parce qu'il ne fallait pas que moi j'accepte qu'à l'âge-là... j'étais quand même autour de trente combien d'années ? une trentaine d'années, mon mari a dit que « non ma chérie, si tu commences maintenant on va arriver ? » et donc j'ai mis dans ma tête que l'hypertension, non. En réalité, depuis la classe de 4e j'ai eu mal aux yeux, on m'a amené à l'hôpital, et on m'a dit que je fasse attention à l'énervement, au « bitter cola », les choses excitantes là. [Rires] Donc je ne sais pas si c'est né dans moi [rires]... (Entretien avec Jacqueline, hypertendue victime d'AVC, Tsinga, association ACADIAH, 11/06/2021).

Ces cas permettent de constater que le fait de connaître son statut d'hypertendu ne détermine pas que les patients font ce qu'il faut pour en éviter les conséquences. Ce que l'AVC apporte, c'est une plus grande observance médicamenteuse et un plus grand respect des mesures non pharmacologiques.

L'hypertension artérielle se révèle donc être une maladie « silencieuse », « sournoise » qui prospère et s'installe à l'insu des personnes qui en sont atteintes.

Le premier chapitre de la thèse a permis de s'intéresser au vécu des personnes hypertendues avant le dépistage de la maladie. Il en ressort qu'avant que celle-ci ne soit diagnostiquée, les acteurs sociaux menaient une vie qui se rapprochait le plus de ce qui avait cours dans les groupes sociaux qu'ils fréquentaient. La réalité présentée ici est observable chez toutes les personnes diagnostiquées hypertendues. Par conséquent cela amène à considérer que si les exigences relatives à la thérapie hypertensive ne régissaient pas la vie des personnes hypertendues, ce n'est pas parce que l'hypertension n'y était pas présente, mais parce qu'elle

était insoupçonnée et invisible de ces acteurs. Ce qui vient mettre en lumière le besoin de nouvelles normes, c'est le diagnostic de la maladie et l'énonciation de nouvelles normes par les professionnels de la santé.

**CHAPITRE II : L'INTERVENTION DE LA MÉDECINE : DU DIAGNOSTIC DE LA
MALADIE AU CHANGEMENT DU SYSTÈME NORMATIF**

Selon Max Weber, la science devrait parvenir à *désenchanter le monde*.⁹⁷ Cet objectif que lui assigne ce sociologue allemand permet de comprendre les intentions et les actions de la médecine et son intervention dans le domaine de la santé. Depuis Louis Pasteur et la découverte des microbes, il a été possible d'expliquer plusieurs maladies, et d'en déterminer les modes de transmission (pathogène vecteur), les manifestations et lorsque possible les traitements et moyens de prévention. Cette révolution du XIXe siècle a donc permis à l'Homme de mieux comprendre son environnement et de pouvoir expliquer, à l'aide de la science, ce qui lui arrive comme maladie. La détention de ce pouvoir a favorisé l'émergence d'un univers social composé de personnes dotées de la capacité de comprendre l'environnement. Mais la naissance d'un tel univers social implique comme dans toute société ou association d'humains l'avènement de normes, de valeurs et de sanctions qui le distingue des autres, tout en assurant à la fois sa stabilité et sa dynamique. Ainsi, les normes, les valeurs et les sanctions au sein de la médecine déterminent des pratiques qui lui sont propres. Cela a pour conséquence une différenciation de ces modalités de celle pratiquée au sein de la société : ce qui est vrai et se fait en médecine ne l'est ou ne se fait pas forcément dans d'autres sphères sociales.

En se posant comme cette discipline qui explique, prescrit et oriente ce qui doit se faire en matière de santé, la médecine intervient dans d'autres sphères sociales qui n'ont pas toujours les mêmes normes, valeurs, pratiques et sanctions. Cette intervention n'est pas sans effets : elle se pose comme un facteur dynamisant chez les personnes atteintes d'hypertension artérielle.

I. Comprendre l'hypertension artérielle

La médecine a participé à construire la nature de l'hypertension artérielle. Elle a adossé cette maladie à des paramètres et critères qui lui permettent de la reconnaître et de pouvoir agir contre elle.

I.1. L'hypertension artérielle : ce que c'est, ses causes, ses effets

L'hypertension artérielle est considérée comme une maladie par les instances sanitaires internationales. Elle se caractérise par des manifestations spécifiques et des risques qui lui sont associés. Les conséquences de cette pathologie peuvent être subites et fatales, notamment lors de la survenance d'un accident vasculaire cérébral. Cet épisode est souvent le plus redouté par le personnel médical qui prescrit alors de pratiques afin de réduire les risques de son apparition.

⁹⁷ Cf. Catherine Colliot-Thélène, « Rationalisation et désenchantement du monde : problèmes d'interprétation de la sociologie des religions de Max Weber », in *Archives de sciences sociales des religions*, n° 89, 1995

Les définitions de l'hypertension artérielle sont quasiment les mêmes dans le monde. Il s'agit d'un dysfonctionnement qui fait monter les chiffres diastoliques et systoliques modifiant le fonctionnement normal du cœur et des artères. Pour l'OMS, une hypertension peut être soupçonnée lorsque les chiffres de la mesure par un tensiomètre sont de 140/90 mmHg chez un jeune adulte. Cependant, il existe des débats sur les critères même de détermination de l'hypertension et du moment de débiter un traitement⁹⁸.

S'il existe des différences de seuil dans la détermination de l'hypertension, il s'agit toutefois de la même pathologie. Depuis les premières expériences menées par Stephen Hales au XVIIIe siècle,⁹⁹ les médecins savent que le sang a une certaine « force » et circule à l'intérieur du corps avec cette force, qui implique une certaine pression. Lorsqu'une personne est déclarée hypertendue, c'est en fait que la force que le sang exerce sur les artères est jugée trop grande. Cet état de chose entraîne un cercle, une sorte de cycle dont la perpétuation produit une dégradation de la santé de la personne qui est en atteinte, l'exposant à des risques.

*« La pression, exprimée en mmHg, est une force, appliquée par le sang sur la paroi vasculaire par unité de surface. La pression artérielle (PA) est contrôlée par le cerveau, le cœur, les vaisseaux et les reins. »*¹⁰⁰ Concrètement, les personnes hypertendues voient la force de propulsion du sang augmenter. Pour les médecins, traiter cette pathologie revient donc à prescrire aux personnes hypertendues des médicaments agissant sur l'un des éléments concernés afin de réduire l'aggravation du cas. Les causes de l'hypertension artérielle ne sont pas bien connues. Ce que les médecins savent de la maladie, surtout dans sa forme dite « essentielle », c'est qu'un ensemble de facteurs déterminent l'apparition de la maladie. Il n'y a donc pas de cause de l'hypertension artérielle à proprement parler, mais des facteurs de risques des conditions qui déterminent son avènement.

I.1.1. Les facteurs héréditaires

Selon la médecine, il existe des personnes qui sont à risque de développer une hypertension en raison de l'existence de parents ou d'ascendants qui ont eu la pathologie. À ce sujet, Jean-Marie Krzesinski et Annie Saint-Remy écrivent :

⁹⁸ Nicolas Postel-Vinay, « Seuils et cibles de pression artérielle : Chiffres sous influence », in *Hta-Info*, n° 29, décembre 2010,

⁹⁹ Nicolas Postel-Vinay, op. cit. p.4

¹⁰⁰ Pauline Robert, *Place de la dynamique mitochondriale dans l'hypertension artérielle et l'anévrisme aortique*, thèse de doctorat en physiologie, physiopathologie, biologie systémique médicale, Université d'Angers, 2021, p. 10

L'hypertension artérielle est généralement considérée comme le résultat de l'influence de plusieurs facteurs modifiables, venant de l'environnement, et d'autres non modifiables tels que l'âge, le genre, la race et l'hérédité. Ce dernier facteur joue un rôle important puisqu'une histoire familiale d'hypertension artérielle se rencontre deux fois plus fréquemment chez les patients hypertendus.¹⁰¹

Ce facteur est assez important pour déterminer le risque d'apparition de la maladie que lors des campagnes qui sont organisées dans la ville de Yaoundé, la question de l'existence d'un ascendant hypertendu dans la lignée est posée aux personnes en consultation. Cela a notamment été visible lors des diverses campagnes organisées à l'hôpital de la CNPS d'Essos en mi-novembre 2020. La récurrence de cette question est liée au fait qu'il existe des dispositions héréditaires à développer une hypertension artérielle.

Cette idée n'est pas seulement admise dans le corps médical. Certains acteurs sociaux hypertendus interrogés ont également fait un lien entre leur condition et l'existence de parents hypertendus. Cette conscience est différente de celle qu'ils pourraient avoir d'une maladie transmissible : elle n'est pas spontanée, mais presque toujours produite par le corps médical.

Interrogés sur l'éventuelle origine de leur maladie, plusieurs acteurs ont affirmé que la pathologie qui s'est déclarée chez eux provient peut-être de ce qu'ils sont descendants des personnes hypertendues car « *même à l'hôpital on dit que si tes parents avaient l'hypertension tu peux aussi avoir.* » Lors de l'entretien avec Jeannette, elle déclare que son hypertension serait héréditaire. La grand-mère et son oncle avaient été déclarés hypertendus plusieurs années auparavant, et l'oncle en était décédé.

La grand-mère de Vincent était également hypertendue. Il se souvient :

Ma grand-mère ne bouffait pas le sel. Annhh ! c'est pour ça, pour ça donc... ? Ma grand-mère n'a pas, elle n'utilisait pas beaucoup de sel dans sa nourriture. Parce que la grand-mère aimait regrouper ses petits-fils. Donc on allait toujours chez la grand-mère, mais la nourriture était sans sel. (Entretien avec Vincent, hypertendu victime d'AVC, Nkolbisson, 29/11/2020).

Ce qui a réveillé ce souvenir de l'hypertension chez sa grand-mère, c'est l'analogie que Vincent a faite entre sa situation et celle de son aïeule. L'interdiction de consommer le sel, prescrite par les médecins l'a amené à comprendre pourquoi sa grand-mère s'interdisait de consommer du sel et à mieux comprendre sa condition d'hypertendu. À l'époque de la manifestation de cela chez son ascendante, il « *ne connaissai[t] pas ça [l'hypertension]* » ; c'est

¹⁰¹ Jean-Marie Krzesinski et Annie Saint-Remy, « Les maladies complexes : l'hypertension artérielle », in *Revue Médicale de Liège*, vol. 67, n° 5-6, 2012, p. 279

bien plus tard qu'il a compris ce que vivait sa grand-mère et qu'il était à risque d'être hypertendu.

I.1.2. Les facteurs liés à l'alimentation

Les choix alimentaires des acteurs sociaux sont reconnus par le corps médical comme des facteurs favorisant la survenance de l'hypertension artérielle. Selon Menno Pruijm :

L'HTA est probablement le résultat d'une combinaison de facteurs génétiques et environnementaux. Parmi les facteurs environnementaux, on compte l'activité physique, l'exposition aux substances toxiques comme le tabac et l'alcool, le stress, ainsi que l'alimentation. L'influence de l'alimentation sur la pression artérielle est d'actualité puisque certaines données ont montré qu'un changement de régime alimentaire pouvait ralentir le développement de l'HTA et améliorer le contrôle de la pression artérielle chez les patients hypertendus.¹⁰²

Parmi les ingrédients utilisés en cuisine et qui contribuent à l'émergence de la maladie figurent les matières grasses et le sel. Ces ingrédients sont présents dans la quasi-totalité des repas cuisinés au Cameroun et dans la ville de Yaoundé. Parce que cette ville est la capitale du Cameroun, elle rassemble des populations provenant de divers horizons culturels. Lors de migrations, les acteurs sociaux emportent des mets, des modes de cuisson qui sont propres à leurs villages d'origine. C'est ainsi qu'il n'est pas rare de trouver du taro à la sauce jaune, du « cornchaff »¹⁰³, du couscous de mil, des légumes et bien d'autres mets venant quasiment de tout le pays.

Les manières de cuisiner ces repas impliquent traditionnellement des proportions de sel et d'huile, transmises de génération en génération, avec quelques variations dans le temps. Dans un repas comme l' « okok »¹⁰⁴, que ce soit celui produit par les Eton de la Lékié, les Bassas du Littoral, il est possible de retrouver des arachides, de l'huile, du sucre ou du sel, selon la recette. Le respect des traditions en termes de goût est important pour ceux qui consomment ces aliments.

¹⁰² Menno Pruijm et al. « Alimentation et hypertension artérielle : au-delà du sel de table », in *Revue Médicale de Liège*, vol.4, n° 262, 2010, p. 1715

¹⁰³ Mets camerounais constitué de maïs et de haricots assaisonnés et comportant souvent beaucoup d'huile

¹⁰⁴ Mets camerounais constitué de feuilles de *Gnetum africanum*, de pâte d'arachide et comportant souvent beaucoup d'huile de palme

Or, comme indiqué par Menno Prujim,¹⁰⁵ l'alimentation peut favoriser, à long terme, le déclenchement de l'hypertension chez les consommateurs. Cette remarque implique que les comportements alimentaires des acteurs sociaux sont de nature à causer l'hypertension artérielle.

La production d'un tel discours par les médecins vise à mettre les acteurs face à leurs responsabilités tout en les sensibilisant à la maladie. Mais les observations qui ont été faites indiquent que la plupart des acteurs sociaux ne changent pas leurs habitudes face à ces avertissements, tant qu'ils ne sont pas victimes de la maladie. C'est ce qui explique entre autres pourquoi les personnes qui ont un proche hypertendu se sont retrouvées avec la maladie malgré qu'elles savaient que le sel et l'huile notamment qu'elles consommaient les exposaient à la survenance de la maladie.

I.1.3. La sédentarité comme facteur de l'hypertension

La sédentarité est un facteur de risque d'hypertension. Selon Jean-Marie Krzesinski et Annie Saint-Remy,

la sédentarité est décrite depuis longtemps comme une caractéristique très souvent rencontrée chez les patients à risque cardiovasculaire, principalement exposés à la maladie des coronaires. Cette sédentarité est souvent complémentaire d'un excès de poids, facteur de risque avéré de l'hypertension artérielle. L'activité physique est corrélée à la PA. On a observé 3 à 6 fois plus d'hypertension, de diabète et de syndrome métabolique chez des jeunes individus ayant une faible forme physique. L'effet de l'activité physique est bénéfique chez les hypertendus, mais aussi chez les normotendus dont le risque de développer une hypertension artérielle en cas de sédentarité est de 20 à 50% plus élevé que celui de sujets sportifs. La pratique de l'exercice physique s'est donc imposée parmi les moyens non pharmacologiques pour lutter contre l'incidence des maladies cardiovasculaires et l'hypertension.¹⁰⁶

Le corps médical moderne recommande, tout comme l'OMS, de pratiquer une activité physique régulière. Cette dernière a pour but de réduire la probabilité de développer les maladies cardiovasculaires dont fait partie l'hypertension artérielle. La sédentarité consiste pour les individus à ne pas être suffisamment en mouvement pour favoriser la perte de calories. Cette conservation de calories entraîne la formation de tissus adipeux. La présence de ces derniers peut causer des thromboses et des plaques d'athérome qui viendront obstruer des portions du système circulatoire. Cela peut aboutir au phénomène d'accident vasculaire cérébral dont il est coutume d'entendre parler lors des discours sur l'hypertension artérielle.

¹⁰⁵ Menno Prujim, idem

¹⁰⁶ Jean-Marie Krzesinski et Annie Saint-Remy, op. cit. p. 283

I.2. Le traitement de l'hypertension artérielle

Pour parler du traitement de l'hypertension, il convient de circonscrire les domaines. Avec la présence en concurrence ou en complémentarité de divers types de médecines dont l'une est dite moderne et l'autre traditionnelle, il est impératif d'indiquer que le traitement dont il sera question dans la suite de ce travail est celui proposé par la médecine dite moderne. Ce choix se fonde sur un certain nombre d'observations à la fois pratiques et historiques.

Pour ce qui est des raisons historiques, la médecine dite moderne est celle qui a été à l'origine de la découverte de l'hypertension artérielle. C'est en effet la curiosité de différents chercheurs ainsi que de médecins adeptes de la médecine moderne qui a permis la découverte de la maladie hypertensive et la détermination de son statut au sein des sciences et des maladies. Cette détermination de l'hypertension, de sa nature, de ses manifestations et de ses modes de traitement ont été développés dans la médecine moderne.

Sur un autre plan, le mode de détection de l'hypertension artérielle est principalement déterminé par cette médecine. La mesure de la pression artérielle est faite au travers d'une technologie déployée dans un appareil, le tensiomètre. Cet instrument de l'hôpital est un symbole de la médecine moderne grâce auquel il est possible d'effectuer des mesures des cycles diastoliques et systoliques du cœur, et aussi de soupçonner une hypertension artérielle. Suite à cette phase qui ouvre la voie au diagnostic, c'est encore la médecine moderne, à travers une batterie d'examen qui permet de confirmer le statut d'hypertendu envisagé par le médecin lors de la consultation. La médecine moderne se pose donc comme un des acteurs les plus présents sur la question de l'hypertension artérielle, depuis les premières mesures de la pression artérielle jusqu'à ce jour.

Les raisons pratiques de la considération du traitement de l'hypertension par la médecine moderne sont liées à la nature des prescriptions. Cette médecine s'est posée à ce jour dans le champ de la santé comme la principale à avoir déterminé les facteurs favorisant l'avènement de l'hypertension artérielle. À la suite du diagnostic de ces facteurs, la médecine propose un certain nombre de mesures qui visent à soigner la pathologie. Les différentes interdictions, restrictions comme celles liées à la consommation de sel ou de gras sont édictées par cette médecine. Pour ce qui est du sel par exemple, « *les directives internationales pour la bonne prise en charge de*

l'hypertension insistent sur les règles hygiéno-diététiques. Parmi celles-ci, on recommande une diminution de la consommation en sel dans l'alimentation, aux alentours de 6 g/jour. »¹⁰⁷

Dans la pratique, les acteurs sociaux qui décident de suivre un traitement l'hypertension après s'être rendus à l'hôpital savent ce qui est interdit, mais, surtout la détermination de ces interdits est le fait de la médecine moderne.

Dans le cadre de cette étude, il est donc question de s'intéresser à ce que la médecine moderne, génitrice historique de l'hypertension artérielle et acteur majeur de la détermination des modes de traitement de la maladie, préconise pour réduire les incidences de cette pathologie.

I.2.1. Les méthodes de traitement liées à la prise de médicaments

Après le diagnostic de l'hypertension chez un acteur social, les médecins prescrivent un traitement chronique de la maladie par la prise de médicaments. Cette prescription de ces comprimés repose sur la volonté de réduire les chiffres de pression artérielle élevés à l'aide de principes actifs contenus dans les pilules.

À ce niveau, il existe plusieurs types de molécules dont les effets sont également divers, en fonction des spécificités de la maladie. Chaque patient rencontré sur le terrain a confirmé avoir été mis sous un traitement médicamenteux. Pour les médecins, la prise de médicaments est indispensable au traitement de la maladie. Il existe pour cela divers protocoles de soins correspondant aux spécificités de la maladie chez la personne hypertendue.

Celestine se souvient que lorsque l'hypertension a été diagnostiquée chez lui, les médecins lui ont prescrit un premier médicament. Actuellement, et après adaptation du traitement, il a été mis sous un autre traitement médicamenteux plus efficace sur sa pression artérielle.

On avait prescrit un traitement, on a dit qu'on finit d'abord ça avant de voir l'autre. Et quand on a fini le traitement on a constaté que ça ne changeait pas. Là, on m'a mis sous le traitement de Adalate. On m'a donné je crois un demi comprimé par jour. On voyait toujours que la tension ne baissait pas, j'ai commencé à prendre un par jour. Donc quand je prenais un par jour ça continuait à descendre et à monter. On a dit que je prends maintenant un matin un soir, c'est-à-dire deux comprimés par jour. On a vu que ça descendait rapidement. C'est descendu rapidement, et c'est là où on a anticipé qu'il faut que je revienne à un par jour. Quand j'ai commencé à prendre un par jour c'était OK. Ça veut dire que la tension ne dépassait pas 11 même plus. Quand ça montait c'était 13, ça ne dépassait pas 14. Les deux, c'était donc la dose qu'il fallait pour que ça descende. [...] quand je suis déjà bien je prends maintenant... euh. C'est

¹⁰⁷ Jean-Marie Krzesinski et Annie Saint-Remy, op. cit. p. 282

après maintenant qu'on a dit que... je suis allé à l'hôpital on m'a dit qu'Adalate est très brut, très fort, très brut et fort. On a changé ce remède, on m'a donné un autre remède, j'ai oublié le nom... Là, celui-là, j'ai oublié le nom, c'est dans le carnet. Mais ça a commencé aussi... j'ai commencé à prendre ça et j'ai constaté que ça n'agissait pas bien, parce qu'on m'avait prescrit ça on m'a dit que c'est doux et c'est bien, parce que ce n'est pas comme Adalate. On m'a donné le remède là que je prends ça. Mais je sais que quand je suis reparti à l'hôpital, on m'a prescrit maintenant « Hyzaar ». C'est ça qu'on m'a prescrit. Et je prends maintenant un comprimé par jour. Depuis là, la tension reste apaisée quand je prends Hyzaar. (Entretien avec Celestine, hypertendu, Nlongkak, 20/11/2020).

De ce qui précède, il s'avère que Celestine a été soumise à un protocole médicamenteux dès la découverte de la maladie. Les propos de ce patient indiquent aussi que le médecin n'a pas tout de suite trouvé la formule convenable pour stabiliser sa pression artérielle. Le médicament prescrit a été modifié deux fois : d'abord un premier médicament dont il a oublié le nom, puis Adalate et enfin Hyzaar. La posologie a également été modifiée, notamment lors de l'épisode de traitement avec Adalate, passant d'un demi comprimé par jour à deux comprimés par jour, puis à un comprimé par jour. Il découle de cela que trouver le traitement adéquat de l'hypertension artérielle peut être influencé par divers facteurs liés aux spécificités de la maladie. En outre, Celestine a manifesté une adaptabilité aux divers traitements qui ont été prescrits.

Le traitement de l'hypertension de Bernadette est également associée à une expérience spécifique :

Les médecins sont venus le matin, ils m'ont prescrit le Loxen, Loxen capsules pour baisser la tension, puisque ma tension était élevée. On a prescrit le Loxen, j'ai fait une semaine, je suis sortie. Quand je suis arrivée ici, une semaine après, j'ai commencé à faire des crises d'hypertension. Bon, je ne savais pas que ce sont les crises d'hypertension, ça c'est à l'hôpital qu'on m'a dit. [...] J'ai constaté qu'à Gynéco, même Loxen que je buvais un comprimé peut-être matin, c'était matin et soir ou quoi, je ne sais plus, qu'à l'hôpital central on m'a prescrit le même Loxen, mais en deux comprimés. Je me dis que le traitement était plus approfondi. Le même Loxen en comprimés, je prenais ça à 13 500[FCFA]. Mais je buvais deux à la fois au lieu d'un à la fois. Ça a un peu baissé ma tension jusqu'à un niveau, on m'a laissé rentrer, et je suis rentrée, je suis restée au quartier, puisqu'on disait que je dois prendre les comprimés à vie, je ne dois pas sauter. Le docteur [...] qui me suivait, j'ai cherché, ma sœur m'a dit qu'il avait un cabinet privé. J'ai cherché à connaître, je suis partie, j'ai continué la consultation. Après Loxen, il m'a prescrit encore d'autres hein. Il changeait de doses. Après un temps ; il change de remèdes, il changeait il changeait oui. [...]. Non [elle ne prend plus de Loxen] c'est le Natruxam. Puisqu'il a même changé beaucoup, c'est le Natruxam. Le Natruxam là a deux traitements. Je ne sais pas comment parler l'autre là... Composé. C'est un comprimé que tu prends, mais ça traite deux choses dans ton corps toujours pour les tensions là non ? Tu sais que quand on prend, on lit peut-être 12/8, je ne sais pas, ça soigne le 8 et le 12, donc le bas et le haut. Je ne sais pas comment on appelle ça en termes techniques. Parce qu'il y a d'autres produits qui vont traiter le haut, mais le bas va rester. Or le Natruxam que je prends c'est pour les deux. (Entretien avec Bernadette, hypertendue, Nkolbisson, 25/11/2020).

Un schéma quasi similaire à celui de Celestine se dessine dans le traitement de Bernadette. Le type de médicament prescrit (Loxen) a changé plusieurs fois. De plus, des changements en ce qui concerne la posologie ont été constatées. Pour s'assurer que les crises d'hypertension ne créent pas le malaise et les incapacités que Bernadette avait vécus, cette dernière a préféré se rendre dans la clinique privée de son médecin soignant.

Au début de sa maladie, plusieurs médicaments avaient été prescrits à Jeannette, dont Coveram. Ce produit a été changé et, au moment de l'entretien, elle était sous Amloperin. La prescription systématique de médicaments aux personnes hypertendues est liée à la volonté des médecins de corriger les dysfonctionnements induits par la présence de l'hypertension artérielle.

Les divers acteurs hypertendus interrogés indiquent que les médecins les ont toujours mis en garde et exigé que le traitement soit suivi sans relâche et aussi longtemps qu'il est prescrit. Cela implique une certaine rigueur dans la prise de médicaments au risque de voir la pression artérielle remonter et exposer le malade aux complications de l'hypertension. S'il demeure que la maladie hypertensive n'a en général pas de symptômes perceptibles, les patients jugent globalement efficaces les traitements qui leur sont prescrits par la médecine. Cette efficacité se juge principalement sur la baisse des chiffres de mesure lors des consultations à l'hôpital ou de l'automesure à la maison :

[...] le problème de ne pas manger le sel et tout ça, ce n'est même pas dans ma tête. Parce que je sais que si je mange ou si je ne mange pas, le remède est là pour calmer ça. Il [le médecin] avait dit que si je ne prends pas le sel, je ne prends pas l'huile, ça va baisser. Mais comme je prenais déjà les remèdes et ça baissait, et quand mange le sel et je prends l'huile ça continue à être à ce niveau, je me dis que ça ne vaut pas la peine de respecter le régime, ce qui veut dire que je peux dire qu'inconsciemment, j'ai préféré ce qu'on appelle la dépendance aux remèdes au lieu de dépendre sur le régime, qui pouvait amener ça naturellement à descendre. (Entretien avec Celestine, hypertendu, Nlongkak, 20/11/2020).

Ce sexagénaire prend au sérieux les médicaments qui lui ont été prescrits contre l'hypertension. Rencontré à son domicile, cet acteur social déclare ne pas faire de cette maladie un problème, car la solution selon lui réside dans la prise de médicaments. Il se rend fréquemment dans un centre de santé non loin de chez lui pour vérifier sa tension afin de s'assurer que le traitement continue d'être efficace.

Bernadette a un tensiomètre à la maison depuis qu'elle a été déclarée hypertendue. Elle procède fréquemment à une automesure pour suivre l'évolution de sa pression artérielle :

[...] moi-même je me contrôle, je connais mon corps. Quand je vois les petits symptômes là, je connais mon corps, quand ça ne va pas, je pars à l'hôpital. Parce que c'est quelque chose, ça ne fait pas mal. Quand tu laisses sans boire les remèdes, quand tu ne bois pas les remèdes, tu n'as pas mal, tu dors bien, mais parfois le matin, tu ne parviens pas à te réveiller. Pour te lever du lit, donc la fatigue te fait que... Je t'ai dit que je me connais déjà parce que... enfin, je me connais, j'ai le tensiomètre, j'ai le tensiomètre, toujours. (Entretien avec Bernadette, hypertendue, Nkolbisson, 25/11/2020).

Dans ces propos, il est possible de constater que l'acteur social déploie des stratégies pour suivre l'évolution de la maladie et anticiper ses éventuels effets. Son expérience de malade lui a permis de comprendre l'importance de cet appareil de mesure. Cela lui permet d'avoir un regard davantage personnalisé sur sa santé. Ainsi, grâce à l'automesure, Bernadette est capable de savoir objectivement si son état se dégrade ou est stable. C'est la combinaison de l'observation des symptômes et de l'usage du tensiomètre qui permet à cet acteur d'indiquer qu'elle connaît son corps, et donc de pouvoir prendre des décisions rapides sur le recours aux services de santé, et plus spécifiquement de son médecin soignant.

L'importance des médicaments est également observable dans l'expérience de Jeannette a pris le temps d'observer sa santé depuis qu'elle est hypertendue. Elle s'est notamment rendue compte de ce que les médicaments l'aident à réguler sa pression artérielle. Elle affirme : « *Si je saute le remède, je chute* » (Entretien avec Jeannette, hypertendue, Mimboman, 15/11/2020). Cette phrase fait allusion aux crises qu'elle fait quand elle ne parvient pas à se procurer ses médicaments ou lorsqu'elle entre dans une phase où elle néglige la prise de médicaments.

I.2.2. Les méthodes de traitement liées à l'alimentation

La prescription de médicaments aux patients hypertendus est un des piliers sur lesquels repose la stratégie de prise en soin de cette pathologie. À côté cette méthode figure la prescription de nouveaux comportements censés accompagner la prise de médicaments. L'adoption de cette logique est fondée sur l'identification des facteurs à l'origine de l'hypertension artérielle. Ainsi que souligné plus haut, l'alimentation et la sédentarité sont des éléments qui participent à l'avènement de la maladie. Pour réduire la capacité de nuisance de ces deux facteurs, les médecins prescrivent de nouveaux comportements aux acteurs sociaux.

I.2.2.1. Réduire la consommation de sel

Le sel de cuisine, chlorure de sodium, a, selon l’OMS¹⁰⁸ une incidence négative sur la santé de l’organisme et sur le système circulatoire. La principale voie par laquelle il est absorbé par l’organisme humain, c’est l’ingestion. C’est pourquoi, selon les médecins, pour réduire le risque d’être victime ou d’aggraver la pathologie, il convient d’en réduire la consommation. Cette réduction se fait essentiellement par la limitation des apports en chlorure de sodium dans l’alimentation et dans la boisson.

À cet effet, les personnes hypertendues sont exhortées à réduire la quantité de sel qu’elles consomment au quotidien. Selon l’OMS, une limite maximale de 5 mg/jour doit être observée. De manière pratique, la réduction de sel de cuisine peut être effectuée si les personnes hypertendues choisissent de consommer des repas pauvres en sel. C’est ce que la plupart des personnes hypertendues interrogées ont indiqué faire. Concrètement, cette injonction des médecins se traduit par la prise de repas dans lesquels la quantité de sel est réduite, ou encore par la consommation de repas dans lesquels il n’y a pas de sel.

Cette prescription a été faite à Pierre Marie, après son AVC, tout comme aux autres acteurs. Désormais, il évite tant que faire se peut de consommer des repas hors de chez lui. C’est un homme marié qui est également père et grand-père. Il travaille à respecter la consigne relative au sel tout comme celle relative à la prise de médicaments. Sa fille Stéphanie, qui est également du corps médical, veille au grain, tout comme sa belle-sœur qui travaille dans un hôpital. Sa stratégie pour respecter le régime sans sel qui lui a été présenté consiste à ne pas manger hors de chez lui, tant qu’il peut éviter cela : « *Il mange par moment. Quand il arrive des fois qu’il se sent coincé, il mange. Il ne refuse pas. Il mange tout. Mais il évite la viande. Il est plus poisson, s’il y a les ignames il prend.* » (Entretien avec Stéphanie, fille d’hypertendu victime d’AVC, Nlongkak, 22/11/2020).

I.2.2.2. Éviter les cubes de bouillon

Le cube de bouillon, encore appelé « cube » à Yaoundé, est un ingrédient que l’on retrouve dans les différents marchés et points de vente de produits alimentaires. Il est composé de divers éléments qu’il transmet aux repas pour lui ajouter de la saveur. Le cube est utilisé par les acteurs hypertendus avant le dépistage de la maladie pour relever le goût de leurs repas. Ils ont été interdits d’en consommer à nouveau. La cause de cette interdiction est liée à la teneur élevée de

¹⁰⁸ Organisation Mondiale de la Santé, *Panorama Mondial de l’hypertension...* op. cit. p. 5

cet ingrédient en chlorure de sodium. Sa présence augmente de manière significative la teneur en sel dans les repas. Cela peut, selon la quantité qui y est introduite, causer un dépassement des limites de sel recommandées, et ce, sans que le consommateur s'en rende compte, car les autres composants de ce cube masquent le goût salé.

Les acteurs sociaux qui s'en servent ne savent toujours pas que ce cube de bouillon constitue un apport en sel, en plus du sel qu'ils mettent délibérément dans le repas. D'ailleurs, lorsque les personnes qui cuisinent s'en servent, c'est surtout pour la saveur qu'il apporte, et non pour le sel qu'il pourrait apporter dans l'alimentation. Il y a donc comme une sorte de biais qui se crée et se pose quant à l'utilisation de cet ingrédient. Ce biais est lié à la méconnaissance des constituants du cube et à la volonté d'utiliser ses autres propriétés sans tenir compte de l'apport en sel que cela constitue.

Une observation dans les cuisines et dans la restauration de rue permet de se rendre compte de l'importance de cet ingrédient et de son association quasi systématique au sel de cuisine dans les repas cuisinés. Pour s'en rendre compte, il suffit de commander une omelette dans un restaurant ou chez un vendeur ambulancier. Après avoir ajouté du sel, le cube est aussi ajouté. La raison évoquée par ces cuisiniers est qu'avec le sel seulement, ce n'est pas aussi bon qu'avec le sel associé au cube. Ce témoignage indique bien que les acteurs sociaux apprécient bien cette association.

Pourtant, comme l'indiquent les médecins, un tel mélange est de nature à limiter et même inverser les résultats attendus dans le cadre du traitement de l'hypertension artérielle. C'est pour cette raison que l'interdiction de consommation de cube est une des consignes qui revient le plus souvent lors du traitement de l'hypertension.

I.2.2.3. Éviter les aliments gras

L'obésité et le surpoids figurent parmi les facteurs de risque liés à la survenance de l'hypertension artérielle. Ces deux états sont considérés comme des pathologies qui posent des problèmes de santé publique aux États¹⁰⁹. C'est principalement la consommation de calories associée à une activité physique insuffisante qui est la cause de cet état. Ainsi, une personne qui consomme des aliments sans trop dépenser les calories ingérées peut produire du tissu adipeux. Ce dernier en s'accumulant produit une augmentation de graisse, causant du surpoids ou de l'obésité.

¹⁰⁹ Organisation Mondiale de la Santé, *Panorama Mondial de l'hypertension...* op. cit. p. 11

La production de graisse dans le corps est favorisée par la sédentarité, mais certains aliments peuvent accélérer cette situation. Il s'agit notamment des aliments riches en lipides. Ce sont des mets qui, de manière simplifiée, contiennent de l'huile. Ils possèdent une forte valeur énergétique, et il faut plus d'efforts pour brûler les calories qu'ils produisent qu'il n'en faut pour brûler les calories produites par les aliments de type glucides ou protéines.

Les matières grasses ne sont pas équivalentes sur le plan de leur apport nutritionnel. Certains sont de nature à avoir des effets négatifs¹¹⁰ sur la santé. Il s'agit notamment de celles qui produisent ce qui est couramment appelé le mauvais cholestérol. Ce dernier peut accélérer la production de mauvaises graisses dans le corps et causer des dysfonctionnements.

Pour traiter l'hypertension artérielle, les médecins recommandent de réduire l'apport en lipides à l'organisme, et surtout de lipides comportant ce qui est considéré comme du mauvais cholestérol. La raison de cette prescription est liée au fait que le surpoids ou l'obésité entraîne des incidences sur le fonctionnement global de l'appareil circulatoire, notamment les artères et le cœur. Or ces deux parties du corps humain sont intimement liées dans la survenance de l'hypertension. La consommation excessive de matières grasses associée à une activité physique insuffisante pour compenser entraîne des cœurs enveloppés par une masse grasseuse, ce qui réduit l'efficacité du cœur. Dans certains cas, surtout lorsque les lipides consommés contiennent du mauvais cholestérol, il peut se former des plaques de gras qui engendrent des plaques d'athérome ou la formation de thromboses.

Cet effet fait partie des plus redoutés par les professionnels de la santé. La raison de cette crainte est liée au fait que lorsqu'il se forme une plaque d'athérome ou une thrombose, cela peut entraîner une réduction du diamètre des vaisseaux sanguins. Les conséquences de cet événement sont multiples. Le sang ne parvenant pas à circuler, les cellules autour peuvent mourir avec des effets pour la santé du patient.

L'autre problème avec les thromboses et les plaques d'athérome est leur circulation dans le flux sanguin. Selon le diamètre des artères, la circulation des solides issus de ces formations peut atteindre des vaisseaux de plus petite taille, ils peuvent obstruer les vaisseaux sanguins sont répartis dans tout le corps. Quand il arrive que le solide en mouvement arrive dans les vaisseaux présents dans le cerveau, ceux-ci, plus petits, sont obstrués. Lorsque cela se produit, il ne reste que peu de temps avant à la personne pour faire un AVC. C'est donc en clair par cette

¹¹⁰ Organisation Mondiale de la Santé, *Panorama Mondial de l'hypertension...* op. cit. p. 18

mécanique que se produit un des types de cet accident si redouté par les médecins. C'est également ce mécanisme qui inspire la logique normative de la médecine relative aux corps et à sa gestion.

Cette crainte des professionnels de la santé fondée sur des connaissances médicales se matérialise dans le traitement de la maladie par cette consigne que les acteurs sociaux entendent souvent : « *Le docteur m'a demandé de ne plus prendre trop d'huile* » (Entretien avec Pierre Marie, hypertendu victime d'AVC, Nlongkak, 07/11/2020), « *Désormais je mange rarement l'huile* » (Entretien avec Jeannette, hypertendue, Mimboman, 15/11/2020). Pour le cas de la mère de Rosine les consignes médicales ont été renforcées par son frère plus tard : « *Par exemple l'huile, quand on prépare, c'est à peine une cuillère d'huile [...]. Quand lui-même a eu à étudier pour savoir il a compris que mince, donc c'est comme ça. [Désormais il dit] mangez comme la vieille là mange.* » (Entretien avec Rosine, fille d'hypertendue, Nlongkak, 20/11/2020).

Dans le témoignage de Rosine, la mère hypertendue a reçu l'instruction de réduire sa consommation de lipides. Le frère dont elle parle faisait partie de ceux qui ne comprenaient pas la rigueur des interdictions ou des restrictions alimentaires à l'endroit des personnes malades d'hypertension. Cette incompréhension est liée à la méconnaissance des causes, des effets de la consommation de gras sur la santé des personnes malades. En accédant à la profession, il a mieux compris les raisons médicales de l'interdiction. Pour marquer sa compréhension de la motivation de la situation, il est passé comme un allié pour la santé de leur mère en faisant le choix de la soumettre à un régime, le plus dépourvu de lipides possible.

La réduction de graisses fait donc partie de la stratégie liée au traitement de l'hypertension artérielle. Elle trouve son fondement dans l'incidence que les lipides ont sur le fonctionnement du système circulatoire humain.

Pour réussir à implémenter cette exigence, les médecins recommandent aux acteurs sociaux de commencer par identifier les sources potentielles de lipides. Ils peuvent être présents dans les repas à travers l'huile de cuisson ou de friture, le beurre, les morceaux gras de viande, ainsi que des graines entre autres. C'est sur cela que les acteurs sont censés agir selon les prescriptions médicales. Mais le gras est également présent dans les diverses collations consommées durant la journée, notamment les frites.

I.2.3. Les méthodes de traitement liées à l'activité physique

L'OMS recommande de pratiquer une activité physique régulière. Le but de cette activité est d'exercer les muscles et le corps, et également de faire consommer les calories qui sont présentes dans le corps. La pratique d'une activité physique régulière est donc importante pour réduire les risques de la maladie et de surcharge pondérale, cette dernière jouant un rôle dans l'avènement de l'hypertension artérielle.

Lorsque les médecins recommandent cette activité, c'est pour donner plus de santé au corps et créer les conditions favorables au maintien de la forme physique. Les personnes hypertendues ont reçu l'instruction d'essayer de pratiquer une activité physique assez régulièrement. C'est ce que confirme Jeannette : « *Le docteur a dit qu'il fallait que je bouge, que je ne reste pas trop sur place. Même si c'est pour marcher un peu. Je peux aller faire un tour quelque part et je reviens à la maison. Mais ce n'est pas facile.* » (Entretien avec Jeannette, hypertendue, Mimboman, 15/11/2020). Elle n'est pas la seule qui a entendu cette recommandation. Cette dernière s'inscrit dans la ligne des recommandations de l'OMS en ce qui concerne la pratique d'une activité physique régulière.

Sur le site internet¹¹¹ de cette organisation, les informations destinées au grand public indiquent qu'une activité physique régulière permet de conserver une bonne santé. Le site fait d'ailleurs une classification des groupes, selon l'âge, l'état de santé, avant d'émettre des recommandations. Il est ainsi possible de lire que les adultes de 18 à 64 ans « *devraient consacrer au moins 150 à 300 minutes par semaine à une activité d'endurance d'intensité modérée.* » Cela n'est qu'un exemple de possibilité. Dans une autre catégorie consacrée aux personnes souffrant d'affections chroniques dont l'hypertension fait partie, les patients doivent pratiquer la même activité ci-dessus citée. En outre, il existe plusieurs formules alternatives qui sont fondées à la fois sur l'intensité de l'effort et sur sa régularité. Les personnes hypertendues peuvent ainsi pratiquer de la « *marche rapide cinq fois par semaine pendant 30 minutes.* »¹¹²

L'OMS et la Ligue mondiale contre l'hypertension, il faudrait concevoir des programmes d'exercices physiques pour les personnes hypertendues car ils « *peuvent contribuer au traitement de l'hypertension, accroître le sentiment de bien-être et améliorer l'espérance de vie. Ils ne*

¹¹¹ Organisation Mondiale de la Santé, « Activité physique », en ligne sur www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity, publié le 26 novembre 2020

¹¹² Ligue mondiale contre l'hypertension, « L'exercice physique dans la prise en charge l'hypertension » op. cit.

*doivent pas être intensifs et peuvent être conçus de manière à s'insérer dans les activités quotidiennes du patient. »*¹¹³

L'objectif final de l'activité selon l'OMS est d'éviter au maximum la sédentarité : les personnes hypertendues doivent : « *limiter la sédentarité. Remplacer la sédentarité par une activité physique de tout niveau d'intensité (y compris de faible intensité) est bénéfique pour la santé. »*¹¹⁴ Que ce soit donc la ligue ou l'OMS, les organisations de santé pensent que plutôt que de rester inactif, il faut que les États développent des « *politiques d'amplification de l'activité physique* » et fassent en sorte que « *la marche, le vélo et les autres modes de transport actif non motorisé soient accessibles et sûrs pour tous. »*¹¹⁵

La prescription de l'activité physique aux patients hypertendus par les médecins répond donc à une logique plus globale fondée sur une politique édictée par l'OMS, agissant comme une autorité internationale pour la santé. Cela répond à une logique de cohérence scientifique, mais également à une logique de diffusion des résultats de la recherche. Tout cela est donc le fruit d'une conception de normes et de valeurs en matière de santé. Le corps médical prescrit ce comportement qui trouve son essence et sa validité dans le système normatif et de valeur proposé par cette science, dont les méthodes et les conclusions ne sont pas toujours les mêmes que celles produites par les acteurs sociaux.

I.2.4. Les méthodes de traitement liées à la gestion du stress

Pour l'OMS, la gestion du stress est importante dans le traitement de l'hypertension artérielle. Le stress n'est pas la cause principale de l'hypertension. Il participe cependant à alimenter la présence et l'évolution de la maladie. Cette implication du stress dans la maladie hypertensive en influence la gravité.

Le stress est une réaction physiologique au sein de l'organisme et qui se manifeste par une élévation de la pression artérielle. Cette élévation de pression artérielle causée par le stress peut se produire chez tout individu. Sa présence n'est donc pas le signe de l'hypertension artérielle. Pour l'OMS, la gestion, « *le stress apparaît chez une personne dont les ressources et les stratégies de gestion personnelles sont dépassées par les exigences qui lui sont posées. »* Cela signifie que lorsqu'une personne est en face d'une situation dont elle n'a pas le sentiment d'être

¹¹³ Ligue mondiale contre l'hypertension... op.cit. p 274

¹¹⁴ Organisation Mondiale de la Santé, « Activité physique »... op.cit.

¹¹⁵ Organisation Mondiale de la Santé, « Activité physique »... idem

à la hauteur, les exigences, elle est en stress. Lors de ces événements, l'individu peut voir sa pression artérielle augmenter.

Aux personnes hypertendues, les médecins prescrivent d'éviter au maximum les situations qui peuvent générer du stress. La logique derrière cette introduction se trouve dans le fait que durant la phase de stress, le cœur a tendance à travailler plus fortement. Cela entraîne une augmentation de la pression sanguine sur les artères et partant accroît la pression artérielle et ses risques. Une personne hypertendue peut ainsi se retrouver avec des chiffres de pression particulièrement élevés lors d'épisodes de stress. C'est pourquoi, en France notamment, le Comité français de lutte contre l'hypertension a réalisé une campagne d'information dont un des messages était qu'il : « *faut apprendre à gérer son stress, en particulier lorsqu'on est hypertendu.* »¹¹⁶ Si donc l'hypertension n'est pas le stress, c'est à cause de son effet, qui peut de jouer comme facteur aggravant de l'hypertension, que les médecins recommandent de l'éviter, tant que cela se peut.

Cette recommandation de contrôle du stress a été l'une des modalités les plus récurrentes évoquées par les acteurs sociaux au cours de la collecte des données. Lorsque Jeannette en parle, elle dit : « *On a dit que je ne dois pas trop être stressée, que je dois éviter ce qui peut trop me fâcher [...]. C'est à toi d'éviter, c'est toi qui dois gérer tes émotions.* » (Entretien avec Jeannette, hypertendue, Mimboman, 15/11/2020). Pour Rosine, dont la mère est hypertendue, l'hypertension de celle-ci proviendrait du stress que lui faisait subir son père. Les attitudes et comportements de son père ont été selon elle à l'origine de la maladie dont souffre sa mère. Cette identification de la source de la maladie indique que les causes de la maladie peuvent être perçues comme essentiellement extérieures à la personne hypertendue. Les émotions parfois négatives qui sont associées à des événements ont, chez les acteurs sociaux interrogés, un certain pouvoir pour déclencher une maladie comme l'hypertension artérielle.

Stéphanie qui est une fille de personne hypertendue déclare qu'elle, ainsi que les autres proches de son père malade, évitent de le mettre en colère, car ils savent dans quel état cela peut l'entraîner.

Bernadette quant à elle affirme que les médecins lui ont demandé d'éviter le stress.

¹¹⁶ Xavier Girerd et al., « Hypertension et stress : pourquoi informer les hypertendus ? », in *Acta Medica International*. Hypertension, vol. 14, n° 1, janvier 2002, pp. 3-4

Je me rappelle une fois à l'hôpital, voilà ma sœur-là qui était morte, il y a les gens qui sont venus me voir, la première fois, à l'hôpital central [de Yaoundé], ils me parlaient de... puisque même pour enterrer je n'étais plus là, j'étais hospitalisée. Quand ils devaient voyager, son beau, le mari de sa fille est venu me voir. On parlait, il me racontait le deuil, comment ça va se passer, je disais que prends aussi mon argent, je donnais aussi mon argent comme ils vont faire la boisson au village. C'est là où on parlait, je ne sais pas, parce que le docteur avait dit qu'on ne doit pas me stresser, je ne dois penser à rien, je dois vider tout. Les crises ont recommencé. C'est là que les médecins sont venus le chercher en courant le chasser que « c'est quoi ? » pour dire que « c'est quoi ? » Donc puisque je parlais avec lui, peut-être j'ai eu encore les remords [tristesse]. Et tu sais que ça vient seul, tu ne connais pas, quand ça vient, tu vois seulement les faits accomplis. On est venu le chasser, on a dit que « c'est quoi ? on a dit qu'on ne veut pas de visites. » J'avais... ce n'est que mes enfants qui pouvaient me voir. Je n'avais pas accès aux visiteurs puisque je devais me reposer beaucoup. Donc voilà les crises-là, il faut beaucoup de repos. Même mon téléphone, quand je suis attaquée tout le temps, on me retire le téléphone à côté de moi. Je reste sans téléphone. Même les médecins disent parce que le fait de répondre au téléphone... donc il faut que dorme. Et pour dormir, si je réponds, le coup de fil me réveille, et puis le sommeil est difficile. Quand tu es hypertendue, tu n'as pas sommeil. Je dis que tout le temps, d'abord, même ici quand je passe peut-être une nuit blanche, jusqu'à peut-être 3h du matin, le matin je prends seulement ma tension pour voir s'il y a quelque chose qui ne va pas. Parce que quand tu es hypertendu, le sommeil part. On veut que tu dormes pour récupérer. Donc on m'a interdit d'avoir les visites, parce qu'on va bavarder tout le temps, ne pas dormir ; le téléphone va sonner ne pas dormir, tout ça là, il faut toujours le calme. [...] à l'hôpital central qu'il y a un jeune comme toi qui faisait... le médecin. Il me dit que « mama, toi-même tu vas soigner ton mal. » Je dis que « comment ? » Il dit que « l'homme a un psychisme ». C'est ce qu'il m'a dit. Que « tu as un autre toi que tu ne vois pas. Quand peut-être tu grondes, donc tu as... comment dire ? c'est comme un vase qui est vide, tu commences à mettre l'eau. Après quand ça déborde ça se verse. Il faut maintenant chercher encore à vider pour remplir. » Donc que moi, je ne dois plus faire le stress, je dois accepter tout comme ça se présente. « Même les enfants t'énervent tu ne vois pas. » Et puis, il avait dit à ma sœur de m'amener, que je ne devais pas vivre seule. Que je devais trouver le temps je pars avec ma sœur vivre un temps en famille où je dois seulement être à l'aise, contente et rire. Je ne dois pas me fâcher, je ne dois pas stresser. Il a dit : « maman pour [ton] bien, pour que [tu retrouves] la santé, faut que [tu acceptes] les choses tel que ça se trouve. » Parce que si les enfants m'énervent et que pour eux, je meurs pour eux, ils vont continuer leur vie et c'est moi qui aurai perdu. Donc quand il m'a parlé comme ça, c'était un jeune, j'ai compris. Quand je suis rentrée, je ne prends plus rien à cœur. Moi, je parle mais ça ne me tient pas. Bien sûr que ça arrive parfois, mais ce n'est plus comme avant. Ce n'est plus comme avant. Bon, j'ai dit [aux enfants] que si je parle c'est pour votre bien. Je ne vais pas mourir pour vous. J'ai accepté... (Entretien avec Bernadette, hypertendue, Nkolbisson, 25/11/2020).

Bernadette est en fait veuve depuis plus de 10 ans [en 2020]. Elle estime que le décès de son mari est en partie ce qui l'a laissée dans un stress continu. Elle devait élever les enfants seule, et jouer le rôle du père et de la mère. À cette situation à laquelle elle n'était pas préparée, s'est ajouté le décès d'une de ses camarades dont elle était très proche. La tristesse était tellement

profonde qu'elle a fait une crise et s'est retrouvée à l'hôpital. C'est cet épisode qu'elle relate dans le premier extrait, et qui a conduit à l'intervention des médecins pour expulser le beau-fils de sa camarade décédée. Elle a donc été mise au repos avec des restrictions au niveau des visites.

I.2.5. Mise en œuvre des prescriptions médicales et difficultés rencontrées par les personnes hypertendues

Les prescriptions médicales en matière de traitement de l'hypertension artérielle se posent comme des exigences nécessaires au retour d'un certain équilibre de la pression artérielle. Les diverses orientations données sont, du point de vue de la médecine, des pratiques à respecter avec le plus de rigueur possible pour réussir à contenir la dégradation du système vasculaire et plus précisément des artères. Face à ces exigences, les acteurs sociaux adoptent diverses stratégies qui peuvent se poser en plusieurs phases.

I.2.5.1. Découverte de la maladie : la phase de choc

Chez la plupart des acteurs, lorsque la maladie a été diagnostiquée, accepter qu'ils étaient hypertendus était une difficulté. Cela n'apparaissait pas comme une évidence. Cette non-acceptation du statut s'explique par le fait que les acteurs sociaux ne s'attendaient pas à un tel diagnostic. Si plusieurs d'entre eux avaient entendu parler de la maladie auparavant, ils n'étaient pas prêts à entendre qu'ils en souffraient. Par conséquent, l'annonce a souvent été vécue comme un moment où se mêlent incompréhension et choc. C'est ce qui est arrivé à Pierre Marie qui témoigne : « *Quand le docteur m'a dit que je suis hypertendu, ça m'a contrarié. Ça m'a beaucoup dérangé. J'étais choqué. Je ne pouvais pas imaginer que ça m'arrive.* » (Entretien avec Pierre Marie, hypertendu victime d'AVC, Nlongkak, 07/11/2020). Chez lui, la découverte du statut d'hypertendu s'est produite lorsqu'il a fait son AVC. Il a donc appris en même temps qu'il a failli mourir, le nom de cette maladie dont il ignorait tout des effets.

Beaucoup comme lui ne s'attendaient pas à un tel diagnostic. Le choc subi provient également et davantage de l'absence de symptômes. Jeannette a découvert son hypertension lorsqu'elle était enceinte de sept mois, en 2004. Les médecins trouvaient que sa tension était très élevée. Ils lui ont demandé de se reposer, de respecter un régime et de prendre les médicaments pour ramener la pression artérielle à des niveaux plus bas. À cette époque, elle avait déjà entendu parler de l'hypertension à travers l'histoire des membres de sa famille. Mais elle ne savait pas que la maladie était grave. C'est donc en « *négligeant* » les prescriptions médicales que son état s'est aggravé. Alors que la date de l'accouchement arrivait et que la grossesse

courait à son terme, elle s'est retrouvée hospitalisée et a perdu l'enfant qu'elle portait en son sein. C'est ce choc qui a fait qu'elle prenne conscience de la gravité de sa maladie : « *on ne peut pas oublier un événement comme ça. J'ai perdu l'enfant et j'ai compris que j'étais en face d'une maladie silencieuse.* ». (Entretien avec Jeannette, hypertendue, Mimboman, 15/11/2020).

Vincent travaillait comme chauffeur pour un cadre d'une entreprise lorsqu'il a fait son AVC. Il avait été diagnostiqué hypertendu plus tôt. N'ayant jamais ressenti un quelconque symptôme, qui pouvait lui indiquer sa condition, il suivait le traitement que les médecins lui avaient prescrit de manière intermittente.

Dans les années... en tout cas, il y a dix ans là, je ressentais la fatigue, donc avant que je ne sois atteint. Je ressentais la fatigue. Mais, moi je me disais que c'était lié à mon boulot, voilà. Parce que c'était mission sur mission, tout ça. Vraiment, je ne vivais pas chez moi. Alors, il y a 10 ans, je me trouvais... mais avant que la maladie n'attaque, je suis parti à l'hôpital. J'ai demandé un médecin, bon on dit que j'ai la tension, alors que je ne sens rien. Il y a quoi ? Le temps-là, j'étais à 18 [de pression artérielle], mais je ne sentais rien. J'étais çà 18. Et ils m'ont prescrit je ne sais plus quel produit. Je prenais, mais comme je ne sentais rien, il y a les moments que je ne prenais pas. Je peux faire même une semaine, après, j'ai mon remède je prends. (Entretien avec Vincent, hypertendu victime d'AVC, Nkolbisson, 29/11/2020).

Dans les propos de Vincent, il est possible de percevoir la surprise quand cette « non maladie » est devenue un ennemi qui a failli l'emporter. C'est suite à cet épisode qu'il a compris qu'il avait affaire à une vraie maladie qui ne manifeste en général pas de symptômes perceptibles.

De telles observations peuvent être multipliées et ont été faites tout au long de l'étude. Le caractère asymptomatique de l'hypertension artérielle cause presque toujours une surprise aux personnes qui sont diagnostiquées comme étant hypertendues. Plusieurs acteurs sociaux reconnaissent avoir été surpris. Cela est dû au fait que dans l'imaginaire, dans les représentations sociales, lorsque l'on est malade, il faut nécessairement que des symptômes soient perceptibles. La présence de symptômes agit comme un indicateur, comme un signe que quelque chose ne va pas, et par conséquent il faut se faire soigner. L'hypertension artérielle n'est pas reconnaissable par des symptômes qui lui sont propres et qui aideraient les acteurs sociaux à l'identifier *a priori*. C'est d'ailleurs uniquement grâce au tensiomètre et à d'autres instruments de la médecine qu'il est possible de discerner la présence de cette maladie tout comme sa gravité chez les patients.

Il apparaît donc un biais lié à la définition de ce qu'est une maladie et surtout une maladie qui peut faire entraîner des séquelles irréversibles. Les regards et les définitions de ce qui est pathologique sont différents selon que l'on est médecin ou alors acteur étranger au corps médical. Les médecins utilisent des instruments pour traquer des dysfonctionnements qu'ils définissent par la suite comme maladie, pathologie ou syndrome. Cette approche théorique et technique de la maladie dote la médecine de référents normatifs ainsi que de référents de valeurs qui déterminent ce qui est convenable ou non, ce qui doit être fait et ce qui ne doit pas être fait, afin de recouvrer la santé ou d'éviter d'être malade. Cependant, le reste de la société et plus précisément les non professionnels de la médecine utilisent d'autres paradigmes pour construire la notion de maladie, ses effets et sa gravité. Cette construction est essentiellement fondée sur les représentations de ce qu'est une maladie. Une maladie en est une lorsqu'elle a un pouvoir de nuisance, et qu'elle produit des symptômes tels que des douleurs ou des gênes qui amènent à consulter.

Le commun des acteurs sociaux différencie donc ce qui peut être maladie ou malaise. La différence majeure entre les deux réside dans le fait que la maladie a des symptômes reconnaissables, persiste dans le temps et nécessite en général une consultation et un traitement qui peuvent être obtenus auprès d'une personne qui fait référence en la matière ou en automédication. Les malaises sont en général des sensations jugées passagères dont une action légère ou même une inaction peut produire le soulagement. Dans cette optique, des céphalées ne sont pas nécessairement une maladie, elles sont plutôt l'expression, les symptômes d'une maladie ou d'un malaise particulier, mais pas une maladie dans les représentations sociales. Ce qui s'appelle maladie s'associe parfois à de la fièvre, mais pas toujours.

C'est cette conception de la maladie qui explique entre autres le fait que l'hypertension n'ait pas été prise au sérieux par la majorité des acteurs sociaux interrogés, au point où ce sont des situations extrêmes qui viennent déclencher la prise de conscience. C'est de cela qu'il est question lorsque Vincent dit qu'il ressentait de la fatigue et encore qu'il ne comprenait pas pourquoi on lui disait qu'il est malade alors qu'il ne ressentait rien. C'est qu'à ses yeux, pour se considérer malade il faut nécessairement ressentir quelque chose qui sorte un peu de l'ordinaire et qui dans bien des cas doit entraîner un besoin de consulter ou une incapacité à vaquer à ses occupations.

I.2.5.2. Tentatives d'échapper à la maladie et de trouver d'autres solutions

Armés de leur conception de la maladie, les acteurs sociaux passent par une phase dans laquelle ils sous-estiment le pouvoir de l'hypertension artérielle. Une des stratégies les plus utilisées pour faire face à la pathologie lorsque les patients n'ont pas encore conscience de sa gravité est de ne pas suivre le traitement. Parce qu'ils s'estiment en santé ou alors minimisent les effets de la pathologie, ils prennent le traitement sans voir de véritables différences entre la prise et après puisqu'ils ne sentent rien dans leur corps. Cette absence de différence ressentie entre la prise et la non prise des médicaments les pousse à relativiser l'importance de la maladie, et donc la nécessité de suivre un traitement. C'est ce qui justifie que pendant la phase où la maladie ne s'est pas encore manifestée, les acteurs sociaux tendent à ne pas être constants dans le suivi thérapeutique, que ce soit en termes de médication ou de respect des régimes prescrits.

La deuxième stratégie utilisée pour échapper à la maladie consiste à adapter leurs pratiques à ce qu'ils connaissent. Cette pratique se manifeste par le fait de chercher dans leurs connaissances et représentations, un équivalent de ce dont le médecin leur a parlé, et de trouver des traitements qui pourraient correspondre à la redéfinition qu'ils ont fait de leur problème de santé. Cela peut se manifester à travers l'automédication pour soigner les symptômes ressentis. Certains prennent des antalgiques contre les céphalées. Le soulagement que cela procure leur donne le sentiment que le mal n'est pas aussi grave que ce que le corps médical le dit. Le caractère maladie et le caractère chronique de l'hypertension sont aussi déconstruits par cette stratégie. En choisissant de recourir à des schémas qu'ils connaissent, en se laissant guider par des habitudes de traitement communément partagées, la personne hypertendue redonne du sens à ce qui le contrarie et modifie ce sens, transformant l'hypertension en malaise dont ils ont l'astuce par le traitement.

Cette appropriation et redéfinition de la maladie peut aller jusqu'au recours à des trajectoires thérapeutiques opposées à celles présentes par la médecine. C'est particulièrement ce qu'a fait Bernadette lorsqu'elle a passé la phase du choc. Elle était convaincue qu'il était possible de soigner l'hypertension, et ce définitivement. Elle s'est rendue pour ce faire auprès de certaines personnes qui lui ont fait des décoctions en vue de guérir définitivement la maladie.

Dans une autre phase de la maladie elle a diversifié son traitement :

Bon je suis restée peut-être, puisqu'on disait que le traitement indigène baisse la tension, les trucs qu'on dit au village là, baisse la tension. À un moment donné puisque

je me sentais bien, tu sais que la tension c'est un tueur silencieux. Tu n'es pas malade. À un moment donné je me sentais guérie, je croyais que j'étais guérie, j'ai donc dit que je vais laisser les remèdes de l'hôpital et je vais m'accrocher sur les remèdes traditionnels. J'ai commencé à composer aussi les trucs qu'on dit au quartier, les feuilles, j'ai commencé à boire. J'ai fait peut-être six mois sans boire mes comprimés comme le docteur avait dit. Mais un jour, c'est encore revenu en force. C'est encore revenu en force. Le cœur voulait seulement s'arrêter. Je me rappelle que mon cœur battait à 115. Quand ça a repris, je suis encore partie chez le docteur [X]. Il me dit que maman, tu n'es pas venue au rendez-vous. J'ai dit que docteur, j'ai voyagé, alors que je n'avais pas voyagé. Il dit que qu'est-ce qu'il y a ? le cœur souffre ! il a pris les paramètres. Il a d'abord prescrit un produit pour me ... pour la palpitation, pour calmer un peu. Puisque toujours l'envie, le fait de... donc c'était comme la dernière fois. Il a dit que maintenant, même si tu veux venir me voir même demain, et que tes comprimés finissent aujourd'hui, paye d'abord tu bois avant de venir, ne saute jamais. C'est pour ça alors que j'ai continué encore, j'ai repris le traitement comme il a dit, j'ai commencé à boire, j'ai commencé à boire jusqu'aujourd'hui. (Entretien avec Bernadette, hypertendue, Nkolbisson, 25/11/2020).

Tout au long de l'entretien, Bernadette a mis en évidence et a fait ressortir son combat aux premières heures de la maladie pour refuser sa nouvelle situation d'hypertendue ainsi que la chronicité de cette condition et du traitement qui va avec :

Je sais que c'était quoi ? Il y avait l'ail que je buvais, il y avait les feuilles de corossol, je sais que c'était quoi même ? Il y avait les feuilles de corossol. Il y a même quelqu'un qui m'a amenée chez un père à Biyem Assi. Il y avait un liquide là, l'eau. Il disait que je mette deux gouttes dans un tanguil¹¹⁷ d'eau je bois. Je ne sais pas de quoi c'était composé, je ne sais pas. Où c'était la frappe oooo ? Je suis rentrée, je prenais aussi, je mettais dans l'eau, je passais le temps à boire. Je croyais que ça pouvait me soigner comme le palu jusqu'à ça finit. Bon en fait, je n'avais pas accepté boire les remèdes à vie, puisque c'est l'idée là que je combattais pour... je croyais que c'était possible. Je croyais qu'à un moment donné, ça devait se stabiliser et je ne devais plus boire, bon... (Entretien avec Bernadette, hypertendue, Nkolbisson, 25/11/2020).

Elle déclare que c'est après dix ans qu'elle a accepté que la maladie ne finirait jamais :
« Peut-être même après 10 ans ! Oui ! Puisque c'est maintenant que j'ai intégré que non, je vais boire [les médicaments]. » (Entretien avec Bernadette, hypertendue, Nkolbisson, 25/11/2020).

I.2.5.3. Apprivoiser la maladie, mieux la comprendre

Après des moments d'hésitation, de doute et de questionnements initiaux sur la pathologie hypertensive, les acteurs sociaux entrent dans une phase où ils vivent la maladie en changeant des comportements relatifs à celle-ci. Ils entrent pour ce faire dans une phase d'apprentissage qui leur permet de vivre la maladie de l'intérieur et de déterminer les meilleurs modes de

¹¹⁷ C'est une antonomase qui s'appuie sur la marque d'une eau minérale présente au Cameroun. Dans ce contexte, Bernadette parle d'une bouteille d'un litre et demi.

compréhension de la maladie. Cela passe par des essais « profanes » ainsi que par la détermination de ce qui est vraiment nécessaire pour le traitement.

I.2.5.3.1. Faire des « essais » sur son corps comme moyen de comprendre la maladie

L'hypertension artérielle ne présente en général pas de symptômes. Cette pathologie « inconsistante »¹¹⁸ et difficile à objectiver par les patients qui en sont atteints. Globalement, une maladie est socialement construite dans les représentations sociales en vue de lui donner à la fois une essence, une existence, un contenu et éventuellement un traitement et/ou des moyens de prévention. Face au fait que l'hypertension artérielle est davantage une production du discours médical, les acteurs sociaux ont comme seule matière pour discourir sur la maladie que ce que les médecins en disent. Cela provient du fait que cette maladie est difficile à objectiver sans les instruments de la technologie médicale.

La plupart des maladies communes et socialement construites ont des symptômes connus et partagés au sein des groupes sociaux et dans les interactions sociales. Pour ce qui est du paludisme par exemple, la présence de frissons associée à de la fièvre et d'autres symptômes permettent aux acteurs sociaux d'envisager la présence de cette pathologie. Il en est de même pour les autres maladies, notamment la « rate ». Selon le discours de certains acteurs, un enfant qui fait une forte fièvre et sur laquelle les antipyrétiques n'ont aucun effet souffrirait de « rate » et devrait suivre un traitement visant à la traiter. À partir de cette description, il est possible de constater que l'identification et le traitement d'une maladie par les acteurs sociaux non professionnels de la médecine moderne se fait sur par transmission généralement orale au sein des groupes sociaux. Mais cette identification d'une maladie et les modalités de traitement sont fondées sur l'idée d'un corps comme laboratoire.

Le corps comme laboratoire est une réalité sociale qui permet de déterminer les maladies ainsi que les moyens de les traiter. Concrètement, cela consiste pour les acteurs sociaux à soumettre leurs corps à l'épreuve d'un certain nombre de pratiques en vue de déterminer les contours d'une maladie, à savoir ses symptômes et la meilleure manière de la soigner. Dans les laboratoires de médecine moderne, une variété d'appareils et d'outils permettent d'identifier une maladie. Pour procéder à cette opération, les acteurs sociaux ne disposent pas des mêmes

¹¹⁸ Inserm U558, *La relation médecin-malade lors de consultations de patients hypertendus en médecine générale de ville. Analyse pour l'amélioration de la prise en charge de l'hypertension artérielle et la réduction des facteurs de risque*, Rapport de recherche, INPES, Février 2007, p.31

moyens. Ils font des essais directement sur leurs corps pour déterminer les manifestations d'une maladie ainsi que les moyens d'y faire face.

Cette idée de corps-laboratoire est notamment visible lorsqu'il s'agit d'une pathologie comme l'hypertension artérielle qui n'a pas de symptômes qui lui sont propres. À côté de cela, les acteurs sociaux doivent pouvoir mettre des mots sur ce qu'ils ressentent, car socialement la maladie doit pouvoir être dite, pouvoir se raconter, pouvoir se décrire. Cette nécessité de description est d'autant plus importante qu'elle participe aux relations sociales et à l'entraide¹¹⁹. C'est en effet commun dans les relations humaines de s'enquérir de l'état de ses semblables, de l'autre avec lequel une interaction est sur le point de démarrer. Cette politesse est un rite d'interaction qui assure une forme d'introduction à la conversation. Pour matérialiser cela, les questions comme : « comment vas-tu ? » ou encore : « quoi de neuf ? » suivent le traditionnel « bonjour » ou « bonsoir ». Si face à cette question la réponse est « je ne vais pas bien », l'interlocuteur est socialement tenu de poser la question de ce qui ne va pas, afin de ne pas passer pour impoli et de donner un contenu plus coopératif à la suite de l'échange. Cette réplique entraîne des attentes¹²⁰ de réponse qui permettent à l'autre de mieux comprendre ce qui ne va pas

Dans le cas de l'hypertension artérielle qui n'a généralement pas de manifestations socialement construites et objectivables, il existe une difficulté pour les acteurs sociaux à dire « *ça ne va pas bien. Je suis hypertendu* », et de ne pas pouvoir décrire comment la maladie se manifeste, ou en quoi elle pose problème. Il y a donc une dimension de compte rendu qui se pose lorsque l'on déclare ne pas aller bien, et ce compte rendu s'avère difficile à réaliser lorsqu'il s'agit d'une maladie qui ne se fait quasiment pas ressentir dans le corps.

1.2.5.3.2. Lexique médical contre discours social sur l'hypertension

C'est afin de mieux comprendre cette maladie de la médecine moderne, et surtout parce que les acteurs sociaux ne la comprennent pas qu'ils se livrent à des expérimentations sur leurs corps en les transformant pratiquement en laboratoire vivant. Les expériences qui sont menées par les acteurs sociaux sur leur corps sont de natures diverses. Certains partent du fait que la maladie décrite par le médecin n'est pas aussi grave que le discours scientifique l'indique. Ils

¹¹⁹ Cette entraide ne renvoie pas nécessairement à une dimension économique. Il s'agit plutôt du partage des informations et des recettes pour faire face à la maladie. Il est assez courant de se voir proposer des solutions face à un mal par ses semblables lorsque l'on déclare souffrir d'une affection. Ces conseils sont en fait des thérapies que les acteurs sociaux estiment efficaces pour le soin de la maladie.

¹²⁰ Pour ce qui est de la dimension des attentes dans les interactions humaines, il est possible de se référer à la description qu'en fait Guy Rocher dans le classique ouvrage sur l'introduction à la sociologie générale, notamment le tome 1 sur l'action sociale.

négligent donc ce qui leur est prescrit, attendant de pouvoir objectiver la présence de la maladie. Cette objectivation a pour but de pouvoir placer des mots que les acteurs sociaux connaissent et comprennent sur leur nouvel état. Les mots de la médecine ne sont pas les mêmes mots qui sont utilisés par les acteurs sociaux pour décrire la réalité. Il faut donc que la description que le médecin fait de l'hypertension artérielle trouve une appropriation sociale pour que les acteurs sociaux puissent la réaliser et en parler. Un exemple de cette différence de langage qui indique un besoin de « localisation » est l'utilisation du vocable qui désigne la maladie : les médecins parlent d'« hypertension », les acteurs sociaux utilisent plutôt le mot « tension » pour désigner cette maladie. Ce mot, même s'il ne renvoie pas toujours à la même réalité¹²¹, permet une appropriation par les acteurs de cette maladie.

Lorsque Celestine a appris qu'il était hypertendu, il n'a pas pris la maladie comme un problème de santé : *« curieusement, ça ne me disait rien parce qu'on me disait... ça ne me disait rien. Je ne sais pas pourquoi. Ça c'est quelque chose qui est très curieux, que je n'ai jamais eu dans ma tête, comme on entend que les gens meurent d'hypertension. »* (Entretien avec Celestine, hypertendu, Nlongkak, 20/11/2020). Bernadette et Jeannette ont fait pareil. Vincent n'a pas compris que le médecin lui dise qu'il est malade alors qu'il savait qu'il était stressé et fatigué. Il a donc suivi sans véritable conviction son traitement pendant toute la phase où la maladie n'avait aucune manifestation descriptible selon son expérience. Pendant toute la phase d'observation de la maladie, il ne se sentait pas et ne se considérait pas comme malade. C'est donc son corps qui était la mesure de son état de santé et non le tensiomètre ou un autre instrument technologique. Il agissait ainsi en fonction de l'expérience et des signaux que son corps lui transmettait, déterminant selon ce qu'il ressentait que la maladie dont parle le médecin n'était pas à prendre au sérieux. Lorsqu'est arrivé l'AVC, son rapport à cette maladie a changé. Ce qui a changé, ce sont d'abord les conséquences du non traitement de l'hypertension, mais aussi et surtout l'expérience de la maladie. En cédant à un AVC, le corps de Vincent lui a envoyé le signe qui lui a permis à la fois de comprendre la maladie et de passer à une autre phase de son expérience et de son vécu de la maladie. Suite à cela, le vocabulaire de Vincent au sujet de la maladie s'est enrichi. Il en parle avec des mots et des affects qui lui sont propres. C'est en mettant son corps à l'épreuve, pas tout à fait de façon préméditée mais plutôt pratique, que cet

¹²¹ Il est en effet courant d'entendre le mot tension dans le langage des acteurs sociaux. La tension renvoie à la fois à la maladie hypertension, mais aussi à la colère ou à d'autres sentiments qui lui sont associés.

acteur social a pu faire passer la maladie d'une dimension théorique et médicale à une dimension empirique et sensible¹²².

I.2.5.3.3. Comprendre la maladie pour mieux interagir avec elle

Les maladies chroniques se caractérisent par le fait qu'elles s'étendent sur la durée. Lorsqu'un traitement existe comme c'est le cas pour l'hypertension artérielle, les patients doivent le prendre toute la vie durant. Mais comme les enquêtes l'indiquent, ils n'y étaient pas préparés. Ils espéraient même que cette exigence ne serait que temporaire. En outre, parce que la présence de l'hypertension artérielle n'a pas toujours été gênante, plusieurs d'entre eux sont entrés dans une phase d'observation de la maladie. Cette observation est souvent combinée à des ajustements selon les manifestations de la maladie.

Le cas de Bernadette peut permettre d'illustrer cet état de choses. Elle déclare n'avoir pas eu de réel contact avec l'hypertension ou des personnes hypertendues avant le diagnostic de sa maladie. Elle a appris à écouter son corps. Depuis que la maladie s'est manifestée, après avoir passé du temps à combattre la maladie en refusant d'accepter que celle-ci était chronique, elle a commencé à observer les manifestations de la maladie pour déterminer comment son corps réagit. Elle a ainsi pu savoir qu'après trois jours sans avoir pris de médicaments, la pression artérielle remonte au point d'atteindre 23. Cette observation a pu être vérifiée lorsqu'elle a fait des automesures à la maison après un délai de trois jours sans prise de médicaments.

Dans la même logique, Bernadette a profité d'une élévation de sa pression artérielle pour envisager le seuil limite.

Donc quand je prends ma tension si peut-être je fais trois jours comme par oubli, je ne bois pas, après je me sens que je ne me sens pas bien, j'appelle peut-être un enfant que pardon viens prendre ma tension, comme j'ai fait deux fois, il est venu prendre ma tension, la tension, le tensiomètre fait comme si c'est gâté, ça écrit « error ». S'il prend ça fait « error ». Je dis que prends pour toi. Il prend pour lui, ça donne. Je dis que prends pour ta sœur, il prend pour sa sœur ça donne. Je dis prends pour moi, il prend

¹²² Dans son ouvrage intitulé *Les normes sociales. Entre accords et désaccords* (Paris, PUF, 2003, pp 25-26), Pierre Demeulenaere indique que les croyances des individus peuvent se fonder soit sur l'« expérience directe » qu'un acteur peut avoir d'une réalité dans son effort de description de celle-ci, ou alors sur le témoignage d'un acteur fondé sur la confiance que ce dernier fait autorité. Lorsque les acteurs hypertendus attendent de voir quels sont les manifestations et les effets de cette maladie, ce n'est pas du déni. C'est plutôt qu'ils ont besoin de témoignage provenant de leur propre expérience ou alors de celle d'une personne qu'ils considèrent comme une autorité pour les aider à comprendre la maladie. Le problème est que les explications des médecins sont assez éloignées des conceptions et des croyances que les acteurs sociaux ont de la maladie, ce qui ne rend pas cette explication crédible à leurs yeux, tant que ces derniers ne peuvent pas en parler, c'est-à-dire décrire avec de mots compréhensibles par les autres acteurs sociaux auprès desquels ils doivent rendre compte.

pour moi, ça ne marche pas. Je dis que quelque chose ne va pas, accompagne-moi à l'hôpital. (Entretien avec Bernadette, hypertendue, Nkolbisson, 25/11/2020).

Suite à cette fois-là où le tensiomètre a fait « *error* »¹²³, elle sait que pour ce message indique qu'elle est près de faire une crise. Cette crise justement est aussi un élément que Bernadette a capitalisé dans le processus d'apprentissage de la maladie. La première fois en effet, que la maladie s'est manifestée, c'était lors de symptômes qu'elle ne pouvait associer à l'hypertension artérielle. Elle se sentait plutôt bien, mais elle avait froid alors qu'il faisait chaud selon sa sœur venue lui rendre visite. Lorsque cette sœur l'a touchée, Bernadette était toute froide : « *Elle m'a dit : on part à l'hôpital* ». Bernadette a refusé cette proposition et a préféré s'installer au soleil pour se réchauffer. Suite à cet épisode, elle sentait ses organes internes se refroidir et elle a fait une crise qui mêlait frissons, céphalées et diarrhée. C'est cet épisode qui l'a amenée à consulter.

Depuis cet événement, Bernadette a associé ces symptômes à une élévation de sa pression artérielle. Elle sait désormais ce qu'il faut lorsque le tensiomètre affiche « *error* » ou encore lorsque son intérieur se glace, cela est associé à une dégradation de sa santé. Pour contrôler son état, elle a fait du tensiomètre son allié. Il lui sert de boussole pour déterminer l'imminence d'une crise, la consultation de son médecin ou encore la nécessité de prendre du repos ou de prendre plus sérieusement ses médicaments.

Le cas de Jeannette est assez similaire à celui de Bernadette. Si elle n'a pas les mêmes outils ou les mêmes protocoles pour connaître sa maladie, elle sait néanmoins qu'il y a des signes qu'elle a appris à observer et qui lui indiquent quel pourrait être son niveau de pression artérielle. Dans son cas, elle sait qu'elle est proche d'une syncope lorsqu'elle a la sensation que son cœur bat dans sa tête :

Ça commence souvent ici derrière [indiquant sa nuque] puis ça monte jusqu'ici au milieu de la tête. Quand j'ai dit au docteur « Docteur le cœur est maintenant dans la tête ? » Il m'a dit « non » et j'ai demandé pourquoi ça bat ici au milieu de ma tête ? Docteur mon cœur est dans ma tête, c'est là-bas que ça bat. (Entretien avec Jeannette, hypertendue, Mimboman, 15/11/2020).

Depuis cette expérience, Jeannette sait que chaque fois que cela se produit, elle doit faire attention à sa prise de médicaments, car cela signifie que sa pression artérielle est élevée. Mais cela signifie également qu'elle est proche de faire une « syncope ». Cet état s'était déjà produit par le passé et se produit encore parfois lorsqu'elle oublie, néglige ou ne parvient pas à acheter

¹²³ *Error* est le message d'erreur en anglais qui s'est affiché sur le tensiomètre lors de la mesure

les médicaments. Quand elle fait face à la syncope, elle ne parvient plus à bouger et entre dans un état inconscient pendant quelques secondes puis reprend conscience. Ce signe est pour elle une alerte pour plus de régularité dans le suivi de son traitement. « *C'est le deuxième symptôme que je ressens souvent. Quand ça arrive, je ne peux plus bouger, même si je faisais n'importe quoi.* » (Entretien avec Jeannette, hypertendue, Mimboman, 15/11/2020). Elle ajoute un peu plus tard dans l'entretien : « *si je saute les médicaments, je chute.* » Cette connaissance lui permet de donner un visage et de pouvoir dire, avec ses mots et son expérience, ce qu'est l'hypertension artérielle.

Ces deux cas, pris parmi plusieurs autres, indiquent la quête de sens dans laquelle les personnes hypertendues s'inscrivent après le diagnostic de la maladie. Se servant de leur corps comme baromètre et apprenant jour après jour selon les manifestations de la maladie, plusieurs acteurs sociaux travaillent à apprivoiser l'hypertension artérielle, à reprendre le dessus, à lui donner du mouvement et du contenu. Cette quête des sens, ces expériences et expérimentations permettent de fixer cette maladie inconsistante à donner une identité à ce « *tueur silencieux.* » La quête de sens n'est pas que pour la personne malade. Elle se fait avec le concours de l'entourage. Elle se fait également pour situer la maladie dans les relations avec les autres. En étudiant la maladie, en l'observant, les acteurs sociaux savent ce qu'ils auront à dire à ceux qui leur poseront des questions sur la prise de médicaments et l'adoption de comportements fondés sur des normes médicales. C'est en cela que l'épreuve de la maladie participe à construire le rôle de malade et à valider auprès des autres les actions qui pourraient être incomprises sans les explications fondées sur le vécu de la maladie.

I.2.5.4. Quelques difficultés liées à la consommation des médicaments

Les patients hypertendus font face à diverses difficultés dans le cadre de la prise de médicaments. L'une des difficultés qui reviennent souvent est financière. Que ce soit chez Jacqueline, Aïssat ou Paul Émile, la question du prix du médicament et de la disponibilité des ressources financières se pose souvent. Il est déjà d'ailleurs arrivé, et pas qu'à ceux suscités, d'interrompre le traitement pour un temps parce que les moyens financiers faisaient défaut. Les personnes hypertendues trouvent que le médicament vient réduire leur capacité à dépenser sur d'autres articles.

L'autre difficulté rencontrée par les personnes hypertendues en ce qui concerne la prise de médicaments est liée au caractère contraignant et chronique de ce traitement. Rencontré en juin

2021, Jean Bosco est hypertendu depuis 13 ans. Il déclare que depuis le dépistage de la maladie, il a été mis sous traitement. Il a respecté le traitement le plus strictement possible. Pour cela, il s'est fixé une heure à laquelle il prend ses médicaments tous les jours et se réjouit de n'avoir jamais été victime d'une attaque. Pourtant, il reconnaît que la prise de médicaments engendre une contrainte qui le pousse l'oblige à être ponctuel car, déclare-t-il, « *il ne faut pas sauter l'heure de la prise. Tu peux encore être en retard de 45 minutes, mais pas plus.* » (Entretien avec Jean Bosco, hypertendu, Tsinga, association ACADIAH, 22/06/2021). Bernadette quant à elle avoue n'avoir pas vraiment voulu accepter qu'elle serait sous traitement tout le reste de sa vie. Elle a finalement dû accepter de vivre avec la maladie et de prendre ses médicaments malgré les négligences et les oublis.

II. Volonté de se soigner, respect des normes, adhésion aux valeurs prescrites par la médecine comme situation à risque de rupture biographique

Le traitement de l'hypertension artérielle implique deux possibilités qui sont souvent combinées. Il est à la fois pharmacologique et comportemental. Chacune de ces formes de traitement a des incidences et implique des actions à pratiquer au quotidien. Si les acteurs sociaux qui en ont déjà pris la décision de suivre le traitement doivent donc trouver le moyen de l'implémenter dans leur vie. Cela suppose de faire des changements requis, sur la base de ce qui est prescrit par les médecins, comme l'indique Stéphanie :

Il a accepté la maladie. On lui a expliqué, il a accepté, il a compris. On a fait l'IEC, l'éducation. On a expliqué tout et tout, il a compris. On lui a dit que s'il ne fait pas comme ça là, il va encore rechuter. Le docteur a parlé avec lui bien, le docteur a expliqué. Le docteur lui a expliqué que voilà, tu étais comme ça comme ça. C'est ça qui te menaçait il faut que tu manges comme ça, que tu fasses maintenant comme ça là. Tu ne marches plus au soleil. Comme ça là. Le docteur lui a expliqué sa maladie et on lui a indiqué la conduite à tenir. Le bruit, pas trop de réflexions, il évite de réfléchir de stresser. (Entretien avec Stéphanie, fille d'hypertendu victime d'AVC, Nlongkak, 22/11/2020).

II.1. De la mise en application des exigences du traitement de l'hypertension comme modification du cadre normatif chez les personnes hypertendues

Le diagnostic de l'hypertension artérielle chez les personnes donne lieu à la prescription d'un certain nombre de changements sur le plan pharmacologique et sur le plan des pratiques et donc des normes chez les personnes malades. Ces exigences sont traduites en actes chez les acteurs sociaux.

II.1.1. Sur le plan pharmacologique

Dans beaucoup de cas, les personnes hypertendues doivent prendre des médicaments tous les jours pour stabiliser et baisser la pression artérielle. La gamme de ces médicaments est large. Ils agissent sur divers organes, en fonction de l'origine du dysfonctionnement. Lorsque ces médicaments sont prescrits, il est demandé aux patients de suivre scrupuleusement les consignes, car leur santé en dépend, leur dit le personnel médical.

Cette consigne impose à la personne hypertendue de changer de paradigme et de se considérer désormais comme personne malade à vie, ou tout au moins comme une personne sous traitement. Cette idée de personne malade à vie se trouve chez les patients interrogés. Si la plupart d'entre eux avaient de la difficulté à comprendre ce qu'est cette maladie qu'on ne « ressent » pas. Ils ont dû, au gré des événements et des circonstances, mettre en application cette prescription médicale qui consiste à prendre les comprimés selon une fréquence précise, modifiée et adaptée par le médecin en vue de garantir une meilleure efficacité.

Ce changement des attitudes et des habitudes ne s'est pas toujours produit immédiatement, chez les patients hypertendus. Il y a eu, surtout chez les personnes n'ayant jamais eu de complications auparavant, une période de flottement, d'essai avant l'intégration dans l'esprit de la nécessité de consommer des médicaments de façon chronique et souvent quotidienne. En pratique, toutes les personnes qui ont été interviewées et qui n'avaient pas de manifestations handicapantes ou alors qui n'avaient pas vécu des événements marquant leur esprit avaient commencé la prise des médicaments sans suivre une discipline. Cette irrégularité dans la prise de médicaments est liée au caractère insaisissable de la maladie par les acteurs. C'est notamment la raison pour laquelle Jeannette, durant la grossesse qui a révélé son hypertension, n'a pas respecté les prescriptions médicales. Elle affirme qu'à l'époque de la découverte de la maladie, elle ne savait pas que la maladie était grave. Les médecins lui avaient prescrit des médicaments qu'elle n'a pas pris selon les consignes. Entre « oubli » et « négligence », elle estimait que son état n'était pas grave. Après avoir perdu le fœtus, elle a compris qu'elle avait affaire à une maladie silencieuse. Cet incident l'a amenée à plus de discipline dans la prise de ses médicaments. Elle déclare que ce suivi assisté par les médecins a permis une amélioration de sa santé. Mais après que les sensations sont revenues à ce qu'elle considère comme normal, elle « négligeait » le traitement :

Cinq ans après la perte du fœtus, je suis au travail. Soudainement, mes yeux ne voient plus clair. C'est comme si les choses devenaient floues devant moi. Tout ce que je

regarde devient petit. La voiture pouvait même être à quelques mètres de moi, je voyais ça comme si c'était loin. En même temps, je me sentais déséquilibrée. C'était comme si je perdais l'équilibre. On m'a fait rentrer du travail et ce sont mes collègues qui m'ont accompagnée dans un centre de santé. Arrivé là-bas on a pris ma tension, c'était à 16. On a donné un traitement et des perfusions, mais ça n'allait pas toujours. Je suis allée à l'hôpital de district de Biyem-Assi. Quand on a pris ma tension, c'était à 26 sur un bras et à 27 sur l'autre. J'ai dû faire un arrêt de travail pendant un mois. Je ne suis pas allée au service. C'est après cela que j'ai su que c'était l'hypertension que je négligeais qui se manifestait et que le déséquilibre et ma vue qui diminuait étaient causés par la tension. (Entretien avec Jeannette, hypertendue, Mimboman, 15/11/2020)

Dans ce témoignage, il est possible de constater que la patiente est passée par plusieurs étapes avant de prendre conscience de la gravité de la maladie. Ce témoignage permet également de noter qu'une maladie est d'autant plus considérée comme grave qu'elle produit des manifestations sensibles chez la personne qui en est atteinte. Tant que la maladie ne s'est pas manifestée sur le plan physique et des représentations chez les acteurs sociaux, la nécessité du respect du traitement ne s'impose pas réellement selon eux.

Suite à ce dernier épisode, Jeannette a décidé de prendre plus au sérieux son traitement, ayant compris le caractère silencieux de la maladie. Il lui arrive souvent d'oublier de prendre ses médicaments, ou alors de n'en avoir pas acheté à temps faute d'argent. Mais de façon générale, elle travaille à suivre le traitement et à toujours avoir ses comprimés afin d'éviter de « *chuter* » autant que cela est possible.

Le changement dans la prise de médicaments implique à la fois la décision d'adhérer à une vision du monde différente de celle généralement et communément partagée par les autres acteurs sociaux. La succession d'événements, des crises et d'épisodes de la maladie éprouve les représentations des patients hypertendus et les introduit dans une phase de socialisation. Cette socialisation repose sur l'adhésion au discours médical mais n'a pas pour déclencheur le discours médical, mais plutôt le vécu de la maladie. La mise en application du traitement pharmacologique passe par une redéfinition de ce que les acteurs sociaux appellent maladie.

II.1.2. Le changement de comportements

Le changement de comportements implique de nouvelles manières de faire en termes de modes de cuisson des aliments, de consommation de certains ingrédients alimentaires et de pratique d'activité physique. Comme dans le cas de l'adhésion au traitement, les acteurs sociaux sont d'autant plus enclins à changer leurs comportements que la maladie est visible à leurs yeux et s'ils ont pu en faire l'expérience dans leur corps.

Le traitement non pharmacologique est assez complexe à mettre en œuvre. Il consiste essentiellement à prendre des comprimés selon la posologie indiquée par le médecin. Lorsqu'il s'agit de changement de comportement, cela nécessite une modification de pratiques ancrées dans les habitudes sociales. Les prescriptions non pharmacologiques sont moins standardisées, car elles dépendent principalement des pratiques et des caractéristiques culturelles des acteurs sociaux. Les médecins élaborent des règles générales, puis les transmettent aux acteurs sociaux atteints d'hypertension. Ce sont ensuite ces acteurs qui doivent implémenter ces changements dans leur quotidien. Pour ce faire, chaque acteur social élabore sa technique.

II.1.2.1. Limiter la consommation d'ingrédients de cuisine qui favorisent l'hypertension

Chlorure de sodium et lipides sont considérés comme des facteurs favorables à l'hypertension artérielle. Dans le cadre du traitement de la maladie, les médecins recommandent aux patients de réduire leur consommation de ces éléments. Pour mettre en application cette prescription, les acteurs développent diverses stratégies.

II.1.2.1.1. Ne plus s'alimenter hors de la maison

Cette stratégie est utilisée par les acteurs sociaux pour contrôler ce qu'ils mangent. C'est ce qui fait notamment Pierre Marie. Depuis cet AVC qui lui a permis de découvrir la maladie, il a décidé d'éviter de se retrouver à nouveau dans cet état et de réduire les ingrédients non recommandés. Pour ce faire, il ne prend plus de repas lorsqu'il n'est pas chez lui ou chez ses proches qui savent qu'il est hypertendu. Cette décision est facilitée par le fait qu'il a arrêté toute activité professionnelle à cause de sa santé qui est considérée par lui et par ses proches comme fragile. Ainsi qu'affirme Stéphanie sa fille, il ne va même plus dans les chantiers et passe plus de temps à la maison :

Non, il ne travaille plus, il est à la maison. Il a arrêté de travailler à cause de l'hypertension. Il ne fait plus rien. Parce qu'avant au moins, il travaillait, il cherchait les chantiers et tout ça, il faisait ses petites bricoles, quoi. Depuis qu'il est tombé malade, il ne fait plus rien, quasiment rien. Il a tout laissé, il reste à la maison. Mon père ne fait plus rien. Son seul travail, c'est boire ses remèdes. [...] Non, il ne mange pas, il mange seulement à la maison. Avant de quitter, il mange, quand il arrive il mange. (Entretien avec Stéphanie, fille d'hypertendu victime d'AVC, Nlongkak, 22/11/2020).

Dans le cas soulevé ci-dessus, il ressort que Pierre Marie, le père de Stéphanie ne sort plus comme par le passé pour vaquer à des occupations professionnelles. Les propos de sa fille indiquent que son père était actif, trouvant toujours une activité à mener. L'hypertension et sa

complication qu'est l'AVC ont réduit ses capacités, faisant de lui une personne qui est assignée par ses proches à ne plus sortir et à prendre uniquement soin d'elle. La réduction de ses activités et l'arrêt de ses activités professionnelles ont été associées à la restriction de sa fréquence de consommation d'aliments hors de la maison. C'est principalement lors des occasions exceptionnelles que Pierre Marie est autorisé à consommer hors de la maison. Pour le reste du temps, il ne doit pas acheter d'aliments en bordure de route ou dans les restaurants, à cause de la non-conformité des menus proposés dans ce type d'établissement. Ce contrôle lui permet de ne consommer que des repas principalement cuisinés par ses proches, respectant les consignes de réduction de certains ingrédients.

II.1.2.1.2. Différencier les repas¹²⁴

La différenciation des repas constitue une autre modalité de mise en application des prescriptions médicales. Cette différenciation peut prendre diverses formes. La première consiste à cuire les repas ensemble, enlever la part de la personne hypertendue avant d'ajouter du sel sur le reste. Elle repose sur une logique relative à la réduction des dépenses. Les acteurs sociaux considèrent en effet qu'il est plus coûteux de faire deux repas plutôt qu'un. Mais cette économie est également une économie de temps car les acteurs sociaux passent moins de temps à cuisiner.

La deuxième modalité pour faire les repas des personnes hypertendues est de séparer les repas. Cela consiste à faire deux repas distincts : l'un pour la personne hypertendue et l'autre pour le reste des membres de la famille. Dans ce cas de figure, on retrouve dans l'assiette de la personne hypertendue des aliments moins gras, pas de cube de bouillon et avec moins de sel qu'avant la maladie.

II.1.2.1.3. Éviter les bruits, les sorties et les interactions stressantes

Les personnes hypertendues sont invitées par le corps médical à se reposer et à éviter des situations qui peuvent induire du stress. La recommandation est donc de se tenir au maximum loin des contextes, des lieux et interactions qui peuvent, par le biais du stress, augmenter la pression artérielle. Pour mettre en application cette prescription, certains acteurs choisissent de ne plus sortir de chez eux aussi souvent qu'avant la maladie, afin d'éviter les situations à risque. Cela se produit surtout lorsque la personne hypertendue sent venir une crise ou alors lorsqu'elle

¹²⁴ Cette pratique avait déjà été constatée dans le mémoire de master de Luther Ivan Tchiagne Fossi, *L'hypertension artérielle au Cameroun, prise en charge et incidence sur les relations sociales : une étude dans la ville de Yaoundé*, Mémoire de Master en sociologie, Université de Yaoundé I, 2013.

est dans une phase de crise. Dans la pratique, cela revient à rester à la maison ou à passer plus de temps seul. C'est notamment ce qu'a fait le père de Léticia. Celle-ci reconnaît qu'il a beaucoup changé dans ses relations avec les autres. Il supporte moins les bruits et il arrive souvent qu'il soit agacé par les jeux des enfants qu'il supportait pourtant auparavant. Il préfère, lorsqu'il ne se sent pas bien, s'éloigner, rester sur son canapé ou encore s'endormir afin de retrouver un peu de tranquillité : *« oui, d'une certaine façon parce qu'il n'aime plus trop de bruits. Avant, les enfants pouvaient jouer tout autour comme ça là. Maintenant là, il aime quand c'est caaallme. C'est là qu'il se sent à l'aise. Il n'aime plus trop de bruits et la lumière aussi. »*

Pierre Marie est dans la même configuration. Les médecins lui ont interdit tout stress et bruit : *« Parce qu'on lui a interdit là où il y a les bruits, on lui a interdit cela. On lui a interdit cela, la musique et tout. »* (Entretien avec Stéphanie, fille d'hypertendu victime d'AVC, Nlongkak, 22/11/2020). La conséquence de cette prescription est que ce patient et son entourage apportent des ajustements dans sa prise en charge : *« maintenant, les réunions, il n'est plus trop dans les réunions : il a diminué. Il n'est plus trop dans les réunions. Mon père n'est plus trop dans les réunions. Et il est plus à la maison. »* (Entretien avec Stéphanie, fille d'hypertendu victime d'AVC, Nlongkak, 22/11/2020).

L'autre modalité de cette quête de quiétude consiste à s'éloigner mentalement des sources de stress. Ici, la personne hypertendue mène un ensemble d'opérations mentales pour minimiser la situation qui l'agace ou alors penser à autre chose de moins stressant. Cette tactique d'évasion est notamment pratiquée par Bernadette qui affirme avoir compris qu'elle ne peut pas mourir à cause des contrariétés de la vie.

II.2. Les prescriptions médicales comme introduction de normes

Entrer dans un cabinet de spécialiste de la santé n'est pas une action anodine. Elle repose sur un espoir de trouver des réponses à des questions de santé qui perturbent le quotidien des acteurs sociaux. Lorsque ces derniers décident de franchir le cap et de se rendre en consultation, c'est en général suite à des symptômes qui se sont manifestés et qui ne se sont pas estompés malgré la prise d'un certain nombre d'initiatives. Lors du contact avec le professionnel de la santé, le patient reçoit des prescriptions d'exams à faire pour déterminer ce qui trouble sa santé. Les résultats disponibles permettent de faire une ordonnance qui doit être suivie par le patient.

Dans le cas des personnes hypertendues, cette ordonnance implique une dimension pharmacologique et une autre non pharmacologique. Le médecin qui prescrit cela recherche la conformité avec les normes et les valeurs en vigueur au sein de sa profession. C'est la qualité et la conformité du médecin avec les exigences du protocole de son activité qui détermine à la fois sa déontologie et son professionnalisme. Pourtant, lorsque le praticien de la médecine décide de respecter son protocole, il introduit le malade dans son univers. Dans cet univers, ce sont les prescriptions médicales qui sont valables.

Il convient de dire que toute prescription médicale est proposition de cadre d'action, et donc de cadre normatif. La prescription médicale consiste en un ensemble de normes élaborées par les professionnels de la santé, et qui doivent être appliquées et pratiquées par les personnes qui sont en consultation. Concrètement, lorsque le médecin demande au malade de prendre un ou deux comprimés par jour, il inscrit d'office le patient dans un cadre normatif qui doit soigner sa maladie. La guérison ou l'atténuation de la gravité de la maladie est donc considérée par les médecins comme la conséquence de l'obéissance aux normes que le médecin a prescrites. Et même s'il arrive des cas où des personnes malades succombent à la pathologie, les attentes du médecin demeurent quand même que le patient doit suivre jusqu'au bout ce qui lui est prescrit. Il doit donc se conformer à la norme que le médecin lui a prescrite.

Selon Jean-Pierre Rey : « *Les normes définissent ce qu'il faut faire dans des circonstances données. Ce sont des règles généralement implicites, qui régissent la manière de penser, de juger, d'éprouver, de parler et d'agir dans le groupe.* »¹²⁵ Si cette proposition peut s'appliquer au domaine du sport ou de l'activité physique dont parlent les auteurs du livre, elle peut également être généralisée à l'ensemble des autres sphères de l'activité sociale. Dans le cadre du traitement des maladies et plus spécifiquement de celle qui fait l'objet de cette étude à savoir l'hypertension, les médecins prescrivent ce qu'« il faut faire » face à l'hypertension artérielle. En donnant des comprimés, en élaborant la posologie, ils se proposent de soumettre les personnes hypertendues à des règles comme l'observance, avec une promesse implicite de stabiliser les niveaux de pression artérielle et donc de donner une meilleure santé aux personnes malades.

Les normes médicales en matière de prise de médicaments sont conformes à d'autres normes, plus culturelles et sociales pour traiter la maladie. En intervenant sur des aspects tels que les ingrédients à ne pas consommer ou sur les habitudes sociales et émotionnelles, les

¹²⁵ Jean-Pierre Rey et al., *Le Groupe*, Paris, Éditions Revue EPS, coll. « Pour l'action », 2000, p. 18

professionnels de la santé élaborent des protocoles normatifs qui correspondent à leur perception de la maladie. En demandant de réduire le sel ou les lipides, les médecins s'inscrivent dans une logique de soins dont le corollaire est la proposition de nouvelles normes alimentaires qui sont censées être pratiquées par le patient. En demandant à la personne hypertendue de pratiquer de l'exercice physique ou de réduire son stress, la médecine propose de nouvelles normes comportementales ou encore participe à accentuer certaines normes chez le patient malade. Et lorsque le personnel médical requiert le repos ou la réduction des sources de stress et de conflit, il propose de nouvelles normes sociales et relationnelles.

Les prescriptions médicales sont donc plus que de simples injonctions, propositions ou conseils. Ils ont valeur de règles qui doivent être suivies par les patients au quotidien. Cette dimension contraignante n'est pas toujours reçue comme telle par les acteurs sociaux qui se sentent libres de s'y conformer ou pas, à l'abri du regard des médecins. Mais cette contrainte révèle sa dimension de pression lorsque, face au médecin, le patient est rappelé à l'ordre s'il ne respecte pas les pratiques ou ne se comporte pas comme attendu par le soignant. Ainsi, le médecin se réserve le droit d'insister sur les prescriptions qu'il a faites, pour rappeler au malade que dans le cadre du contrat de soins qui les lie, le patient a obligation d'adopter un certain raisonnement, un certain nombre de croyances au sujet de la maladie et du traitement, et de s'assurer de pratiquer ce que le médecin attend de lui.

Le médecin et l'institution sanitaire se posent donc plus que de simples gérants de la santé des individus : ils sont, au-delà de ce rôle et dans la performance de ce rôle, des sources de production de normes auxquelles doivent se soumettre les personnes qui se confient à elles. Cette dimension du contrôle médical des normes produites et diffusées par la médecine est visible dans le témoignage de plusieurs patients hypertendus rencontrés au cours de cette étude. Tous les acteurs ont reçu des prescriptions pharmacologiques et non pharmacologiques.

Lors de son hospitalisation, les médecins sont intervenus pour demander que le nombre de personnes qui rendaient visite à Bernadette soit limité, afin de respecter la prescription de repos et de réduction de stress. Cette consigne a également été donnée à Vincent et à Pierre Marie. Ce dernier a aussi été informé et instruit de respecter scrupuleusement son traitement s'il voulait vivre longtemps. Et lorsque Bernadette a reçu des remontrances sur le fait d'avoir négligé sa maladie en ne prenant pas ses médicaments, elle a compris que le médecin veillait à cela.

Les prescriptions médicales en termes de soins de l'hypertension sont donc des normes au sens propre du terme. Elles s'appuient sur un contrat entre les malades et les soignants dans lequel chaque entité doit jouer son rôle : le médecin élabore les règles qui doivent être suivies par le malade, et en retour il attend que le malade respecte ces règles. Mais il ne se limite pas à attendre, le médecin vérifie de temps à autre que le patient se conforme et applique ce qui lui est prescrit. Les prescriptions médicales sont des normes car elles permettent au médecin de prescrire, de contrôler et de sanctionner le comportement du patient. Ces normes sont fondées sur des valeurs que défend la médecine. Elles permettent d'anticiper, de conditionner et de prévoir les actions des patients, afin d'obtenir le résultat escompté. Les patients qui respectent ces normes sont encouragés par les médecins, et ceux qui ne les respectent pas sont, quoique souvent subtilement, réprimandés.

Pour garantir un maximum de soumission au traitement à travers le respect de la norme médicale, les médecins utilisent des éléments tels que l'écriture de la règle (notamment dans un carnet ou sur une ordonnance), ou encore la répétition de la règle et la projection dans les conséquences du respect ou non de la règle. Pour ce qui est de la répétition de la règle, les médecins reviennent sur ce qui est prescrit et le rappellent au patient chaque fois que cela est jugé nécessaire. Lors de la consultation, le médecin demande au patient comment il prend les médicaments, rappelle comment cela doit se faire ou ajuste la posologie et le traitement, l'idée étant que la règle qui est la prise régulière du médicament, considéré comme la condition d'une bonne santé soit intégrée et pratiquée par le patient. Quant à la présentation des conséquences du respect des règles, les médecins se servent d'adjectifs et d'adverbes pour indiquer soit des conséquences positives du respect du traitement ou des conséquences négatives du non-respect de la règle.

C'est notamment ce qui s'est passé avec Pierre Marie. Alors qu'il pensait que la maladie l'entraînait inéluctablement à la mort, le médecin l'a rassuré tout en l'inscrivant dans un nouveau protocole normatif relatif à ses soins : s'il est fidèle dans le respect des prescriptions médicales, s'il réduit le sel et les lipides, s'il se débarrasse du stress et s'il prend ses médicaments comme prescrit, cette maladie qui est grave et qui frappe d'un AVC sans prévenir réduira sa dangerosité. Il pourra ainsi vivre encore très longtemps. Les prescriptions médicales sont donc des normes qui sont légitimées par l'autorité que la science confère au soignant et elles sont censées s'appliquer aux patients.

II.3. Les prescriptions médicales comme normes dynamisant le groupe social

L'introduction des normes médicales dans les pratiques des personnes hypertendues implique un changement des normes pratiquées par le passé chez les patients. Pour être conforme avec la volonté de se soigner et marquer leur adhésion au traitement prescrit par le personnel soignant, le malade doit changer ce qui lui est demandé et adopter ce qui est attendu de lui par le médecin. Ainsi, sur le plan alimentaire, le patient hypertendu doit réduire sa consommation de lipides, surtout les lipides riches en acides gras saturés et en mauvais cholestérol. Cette réduction, pour être effective, implique de modifier les choix, et donc les pratiques alimentaires. Pour cela, il convient pour les personnes hypertendues de ne plus consommer des repas riches en lipides. Cette pratique a des répercussions sur les modes de cuisson et sur les repas que le patient hypertendu doit respecter.

C'est pour se conformer à cette norme que Pierre Marie a dû adapter la manière dont le « pilé »¹²⁶ est cuisiné. Par le passé, il en consommait cuisiné tel que transmis par sa culture, c'est-à-dire avec beaucoup d'huile et de sel. Mais le médecin ayant changé sa norme de consommation des aliments, il a dû répercuter ce changement dans le mode de cuisson de ce repas typique de sa région d'origine. Concrètement, cette nourriture a dû être dégraissée et peu salée pour qu'il puisse continuer à en consommer. Désormais, c'est donc avec beaucoup moins de sel qu'il accepte de consommer cela. Comme il le témoigne, au début, ce n'était pas facile parce que la nourriture n'avait pas le même goût, mais pour sa santé, il a fait des sacrifices. Il a donc dû accepter qu'une norme ancienne et transmise génération après génération soit transformée, changée au profit d'une norme reposant sur un raisonnement médical et provenant d'exigences extérieures à sa culture et à ses pratiques.

Cet effort sur la consommation du « pilé », Pierre Marie a essayé de le déployer aussi avec les autres repas. Il n'est pas le seul dans cette situation : Bernadette, Vincent, Jeannette, la mère de Rosine, la mère de Claude ou Paul Émile se sont soumis à ce changement de normes recommandé par la médecine comme condition d'une stabilisation de la santé. Ce dernier témoigne :

Pendant un bon bout, pendant des années, il y a des choses que je n'ai pas... j'étais complètement interdit d'alimentation. J'ai fait longtemps je ne mangeais pas, selon le

¹²⁶ Le pilé est un repas qui tire ses origines de l'Ouest Cameroun. Il consiste souvent en des tubercules comme la pomme de terre ou le macabo, qui sont pilés avec du haricot et de l'huile de palme qui lui donne sa couleur rougeâtre. Pour cette raison, ce repas a une forte teneur en lipides et donc n'est pas très approprié pour perdre du poids ou alors pour combattre l'hypertension artérielle.

premier programme alimentaire qui m'a été donné, je ne mangeais pas d'avocat, pas d'arachide, tout ce qui est gras jusqu'à un certain niveau, c'était complètement interdit. Il y avait la bière qui était proscrite. Le médecin m'a dit : ne touche même pas à ça. Il y a les... il y avait des viandes telles que le porc, il m'a dit : vraiment, si tu peux ne même pas toucher ça et il y avait des trucs comme ma chèvre, les trucs de ce genre. Il m'a fallu des années avant que je recommence à manger un peu. (Entretien avec Paul Émile, hypertendu, Tsinga, association ACADIAH, 09/06/2021).

Ce changement de normes se fait également au niveau de la consommation de produits contenant du chlorure de sodium. Le sel de cuisine est considéré comme un des facteurs favorisant l'hypertension artérielle. Selon les normes médicales, il doit être réduit dans l'alimentation des personnes en général, et des patients hypertendus en particulier. Parce que ce chlorure de sodium est également présent en grande quantité dans le cube de bouillon, les médecins n'encouragent pas sa consommation. Cette règle censée améliorer la santé des patients hypertendus doit, selon le corps médical, être adoptée et pratiquée par les malades d'hypertension pour retrouver une certaine stabilité. La mise en application de cette prescription implique également des ajustements dans la cuisson et la préparation des mets consommés par les acteurs sociaux, ainsi que leurs choix de consommation. Une nourriture sans sel, à l'exception de celle qui est conçue comme devant être cuisinée sans sel, est généralement considérée comme n'ayant pas de goût.

Les acteurs sociaux envisagent difficilement que la norme c'est de faire des sauces sans une certaine teneur en sel. Si l'excès de cet ingrédient est souvent critiqué, l'insuffisance est également sanctionnée. Or les acteurs sociaux qui veulent respecter cette règle de réduction de quantité de sel se heurtent à une certaine difficulté personnelle du fait de l'habitude et de la culture. Les patients hypertendus qui choisissent de mettre en œuvre cette recommandation de réduction de chlorure de sodium que ce soit à travers le sel de cuisine ou le cube de bouillon, doivent remettre en question les normes transmises par la tradition culinaire. Au bout de cette remise en question débute un processus de déconstruction de ces normes et l'adoption de nouvelles normes prescrites par le médecin. Cette adoption de normes passe par la modification des recettes de certains repas consommés ou encore par la sélection des plats moins riches en chlorure de sodium

Il est possible de constater que les normes médicales viennent remettre en cause une norme sociale en matière de goût, en matière de pratique et de recettes culinaires. Le patient hypertendu qui se soumet à cette règle doit donc renoncer à une autre règle antérieure. Pour ce faire, les repas moins salés ont été introduits dans l'alimentation des acteurs sociaux. C'est notamment ce

que fait le père de Leticia. Le changement de norme s'est fait assez soudainement la raison de changement soudain est liée au fait que sa maladie s'est révélée lors d'un AVC qu'il a subi. Les médecins lui ont dit qu'il fallait qu'il réduise sa consommation de sel. Leticia témoigne que

Mais c'est un têtù hein. Il n'accepte pas l'état de se priver de quelque chose. [...] Moi je me dis que si j'étais à leur place peut-être c'est le goût hein. Parce que c'est vraiment fade. [...] Dès le premier jour, on a commencé à changer son régime. Quand il mangeait les premières semaines, il disait seulement que « mince ! papa ! sans sel, sans cube, quelqu'un va s'en sortir ? sans sel, sans cube, quelqu'un va s'en sortir ? » (Entretien avec Leticia, fille d'hypertendu victime d'AVC, Nlongkak, 25/11/2020).

Ces propos font référence à la nouveauté de goût des repas découlant de la mise en pratique de la norme prescrite par le médecin. Cette nouveauté crée une différenciation entre le passé de la personne malade et son devenir et entre les manières d'être avec les autres par le passé et les nouvelles.

II.4. Respect des normes thérapeutiques et rupture biographique chez le patient

Comme indiqué plus haut, les perceptions et les ordonnances des médecins sont en fait des normes qui sont proposées avec plus ou moins de contrainte aux patients hypertendus. En soi, les normes n'ont pas d'impact sur la vie sociale de la personne malade tant que celle-ci ne décide pas de les appliquer. En d'autres termes, le fait que le médecin prescrive des règles de conduite à une personne malade d'hypertension n'a pas une incidence directe sur le vécu de la personne malade. Tout au plus, cette prescription peut avoir des effets psychologiques à travers le fait que toute information participe à structurer la cognition soit en renforçant les idées préconçues ou en introduisant de nouvelles données qui permettent à la personne humaine de prendre une décision. Ce ne sont pas les normes médicales en tant que telles qui induisent un problème dans l'histoire de la personne hypertendue.

Ce qui entraîne un besoin de restructuration, ce qui apporte du changement et dynamise la vie des personnes malades d'hypertension, c'est l'adhésion aux règles prescrites par le corps médical. Tant que l'acteur social ne respecte pas ce que le médecin lui a prescrit, ses relations avec les autres se font sur la base de l'habitude. Ils partagent les mêmes pratiques et les mêmes normes, s'inspirent des mêmes valeurs pour poser des actes qui sont conformes avec les groupes auxquels ils adhèrent. Cette proposition ne signifie pas que tous les membres d'une unité sociale sont identiques dans leurs aspirations ou dans leurs actions. Elle signifie plutôt que, les personnes participant d'un même univers social, ont tendance à avoir des repères de normes et de valeurs, et posent des actes qui, quoiqu'allant dans le sens voulu par les individualités, qui

puisent dans un corpus de régulations qui nourrissent l'action collective. C'est la conformité avec les pratiques en vigueur au sein d'un groupe social qui détermine le niveau d'intégration des acteurs sociaux. Plus un acteur social agit, même en apparence, en conformité avec les attentes du groupe, plus il en est considéré comme conforme et intégré. Une personne qui au contraire agit en opposition, en contestation ou en protestation des normes du groupe qui estime légitimement devoir le contenir, plus il est perçu comme moins intégré et différent.

Cette notion de différence permet d'apporter un plus au concept d'intégration sociale. En réalité, tant que les individus qui font partie d'un ensemble social se conforment à la norme dominante au sein de ce groupe, ils sont perçus comme intégrés. Dès lors qu'apparaît une différence de pratiques ou de normes, il apparaît également une destruction qui crée une séparation entre les pratiques des uns et des autres. L'espace, le hiatus qui est ainsi manifesté crée une différenciation qui peut à terme déboucher sur ce qui est appelé « étiquetage »,¹²⁷ « stigmatisme »,¹²⁸ « disqualification »,¹²⁹ « désaffiliation »¹³⁰ et bien d'autres manières.

Le propos ici est de dire que le processus d'intégration sociale se fait sur la base de deux volontés. La première volonté est celle du groupe social qui crée et pose les conditions d'acceptation des nouveaux membres (adultes ou enfants). Ces conditions reposent sur des normes et des valeurs qui sont certes dynamiques,¹³¹ mais également se diffusent auprès de la majorité comme étant le fondement qui détermine les pratiques acceptables par le groupe.

De l'autre côté l'intégration sociale repose sur la volonté de l'individu de faire partie du groupe et son acceptation des conditions normatives élaborées par le groupe social. Une personne manifeste sa volonté d'être intégrée dans un groupe lorsqu'elle accepte et pratique, tout au moins sur un plan formel et officiel, ce qui est promu et valorisé par le groupe auquel elle participe soit par la naissance (filiation et citoyenneté) ou par élection (amis, pairs).

Lorsque l'écart aux normes et valeurs créé du côté de l'acteur social ou du côté du groupe social, il y a une forme de rupture du lien social qui agit sur l'intégration sociale et entraîne disqualification, ségrégation, étiquetage, déviance, etc. L'exclusion sociale ou le sentiment de

¹²⁷ Howard Becker, *Outsiders. Studies in the sociology of deviance*, New York, The Free Press, Collier-Macmillan Limited, 1966

¹²⁸ Erving Goffman, *Stigmatisme. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les éditions de minuit, Coll. « Le sens commun », 1975

¹²⁹ Ce concept a fait l'objet d'un ouvrage de Serge Paugam, *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris, PUF, 2009

¹³⁰ Concept proposé par Robert Castel, cf. François Dubet, « Robert Castel, Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat », in *Sociologie du travail*, vol. 38, n° 2, 1996, p. 240-244

¹³¹ Selon le mot de Georges Balandier, cf. son ouvrage *Sens et puissance*

marginalité n'est donc pas nécessairement le fait d'une loi ou d'un décret, mais une construction pratique qui se fonde sur une différence de normes et de valeurs au sein d'un ensemble auquel l'acteur social est censé appartenir. Si les normes du groupe changent et que l'acteur ne change pas, le lien social peut être affaibli. Si au contraire l'individu change de normes et de valeurs alors que le groupe dont il se réclame n'approuve pas sa démarche en confirmant ses normes (cas qu'il n'est pas évident à trouver) il y a également affaiblissement du lien existant entre les deux entités. L'intégration sociale, tout comme le lien social, est donc le résultat d'une construction interactive entre le groupe social et les individus qui le composent.

Serge Paugam pose la protection et la reconnaissance comme ressource que le groupe social met à la disposition des acteurs sociaux et comme fondement du lien social et de sa solidité.¹³² Il faut cependant insister sur le fait que cette protection et cette reconnaissance ne sont disponibles que pour les individus qui sont perçus comme étant en conformité avec les normes et valeurs en cours au sein des groupes sociaux. Le préalable du bénéfice de ces ressources qui déterminent l'*attractivité du groupe* et favorise l'intégration des individus, c'est la conformité, au moins de façade, avec les normes proposées par le groupe social.

Ce qui est exposé ci-dessus signifie que lorsqu'une personne se dote de nouvelles normes différentes du groupe auquel elle est censée appartenir, elle est à risque de perdre les privilèges de la protection et de la reconnaissance du groupe. Il lui devient difficile de « *compter sur* » le groupe et de « *compter pour* » le groupe, selon les expressions de Paugam. Car, en réalité, l'adoption de nouvelles normes différentes de celles du groupe crée un déphasage entre ce qui est pratiqué par l'individu et ce que le groupe attend de lui.

Dans le cas des personnes hypertendues, c'est la médecine qui se pose comme l'élément dynamisant qui change les relations entre les personnes malades et le reste des membres du groupe social. Par conséquent, cela entraîne un changement de normes qui aboutit à la crise de l'intégration sociale de ces personnes. Les normes qui sont proposées par les médecins aux personnes hypertendues ne sont pas les mêmes que celles qui sont valorisées par les membres du groupe dont la personne hypertendue est ressortissante.

Dans les normes du groupe de provenance des personnes hypertendues enquêtées, il existe de normes en matière de consommation de sel ou de cube, de lipides, d'activité physique. Ces normes n'existent pas nécessairement pour soigner une maladie, mais plutôt pour respecter

¹³² Voir à ce sujet ses ouvrages sur *le lien social* et celui sur *l'intégration inégale*.

certaines convenances sociales. De l'autre côté, les prescriptions médicales érigent de nouvelles règles au sujet de ces pratiques qui sont déjà pourtant codifiées dans les valeurs et normes sociales. La conséquence est que la médecine propose de nouvelles normes dont le respect par les personnes hypertendues entraîne une opposition à celles prônées par le groupe social auquel appartient le patient hypertendu.

Comme indiqué plus haut, ce n'est pas la prescription de la norme par le médecin qui met l'intégration sociale de la personne hypertendue en crise. C'est plutôt la mise en pratique de ces règles qui crée le risque d'effritement de l'intégration sociale, comme les propos de Paul Émile l'indiquent :

Il y a deux attitudes, moi j'ai connu deux attitudes. Il y a certains qui font un peu comme s'ils ont pitié : « wèèè vraiment monsieur [Paul] vous ne pouvez pas venir, c'est malheureux, vous n'allez pas, vous ne pouvez pas manger ceci, vous ne pouvez pas boire, machin... ». Et il y a d'autres qui estiment que vraiment, tu en fais trop : « pourquoi il ne vient jamais, pourquoi il est... » Parce que bon, à un moment donné on ne peut pas tout expliquer à tout le monde. Donc il y a ceux qui ne connaissent pas notre situation, quand on ne peut pas expliquer, ils estiment qu'on est un peu indifférent quand les choses arrivent : « pourquoi il n'est jamais là ? » Pour d'autres, c'est un peu comme de la pitié. Je me rappelle mon chef. Quand on va dans une cérémonie, il dit : « est-ce que vous ne pouvez même pas... vraiment, c'est malheureux hein. Vraiment c'est dur pour vous hein, vraiment c'est difficile. » (Entretien avec Paul Émile, hypertendu, Tsinga, association ACADIAH, 09/06/2021).

Paul Émile mentionne ici que ce qui fait créer la différence et met à risque ses relations et partant son intégration sociale, c'est l'adoption des normes thérapeutiques. Ces normes modifient les routines qui se sont développées durant des années et qui ont servi à donner une forme et une orientation à ce patient.

La modification des représentations que l'entourage a de la personne hypertendue se manifeste également dans la vie d'Aboubakar. Celui-ci affirme que depuis qu'il a commencé à suivre son régime alimentaire, il s'alimente de moins en moins hors de chez lui. Ce nouveau comportement est perçu par les autres membres de sa famille éloignée comme un changement négatif d'attitude à leur égard comme il le précise ci-après :

C'est la famille qui n'est pas apte [pour comprendre et s'adapter à sa nouvelle condition] ... Lorsque je sors pour aller dans une fête par exemple, je ne mange tout de suite, elle goûte d'abord le repas et elle me dit. Si c'est trop salé, je ne mange pas. [...] Au village, on dit que je me vante trop : « il ne mange pas ci, il ne mange pas ça... ». (Entretien avec Aboubakar, hypertendu, Tsinga, association ACADIAH, 15/06/2021)

En choisissant de respecter le traitement de l'hypertension, notamment pour ce qui est des mesures non pharmacologiques, la personne hypertendue indique son adhésion à de nouvelles normes qui la distinguent et la différencient de ses proches et de ses pairs. Si au départ, il y a de la résistance de la part du malade à la mise en pratique de ces règles, la présence de manifestations sensibles de la maladie pousse les patients hypertendus à essayer finalement d'implémenter les prescriptions médicales, souvent fondées à titre de rappel, sur d'autres logiques d'autres normes et valeurs que celles en cours dans le groupe d'appartenance de l'acteur social.

Or, comme le souligne Serge Paugam,

*Dans la plupart des actes de la vie quotidienne, l'individu est pour ainsi dire sous l'emprise du regard d'autrui, ce qui le contraint à agir en conformité avec les règles et les normes sociales, mais aussi et surtout satisfait son besoin vital de reconnaissance, source de son identité et de son existence en tant qu'homme. L'individu recherche une approbation dans le lien qu'il tisse avec les autres. La reconnaissance comme source du lien social ne se limite pas à la sphère du travail. Elle est au fondement de toutes les interactions humaines.*¹³³

Cette reconnaissance dépend donc de la manière dont l'acteur social se conduit. Elle permet à l'individu de s'identifier aux autres et de juger sa conduite à l'aune du regard d'autrui.

À ce sujet, les enfants de Bernadette lui ont fait sentir sa différence quand elle a commencé à respecter le régime prescrit par le médecin. Ce régime qui est une forme d'infraction aux convenances qu'elle-même avait instituées dans la famille comme normes de cuisson lui a valu des commentaires de la part sa progéniture :

Les enfants dérangent. Ils n'ont pas compris parce qu'ils disent « la mère, on mange d'abord pour nous, quand on aura ton âge... » Je dis que d'accord. Les enfants n'ont pas... ils dérangent. Non, peut-être les jeunes là, ils disent que « la mère, tu as fait ton temps. On veut aussi manger quand tu étais comme nous, tu mangeais, on veut aussi manger. » Je dis seulement que s'il y avait quelqu'un pour me conseiller aussi comme vous... Bon ils n'ont pas... Jusqu'aujourd'hui, parce que je me rappelle je vois parfois ils se cachent, ils mettent le sel dans leur nourriture. Alors que je dis que je ne veux pas, je ne veux pas. (Entretien avec Bernadette, hypertendue, Nkolbisson, 25/11/2020).

Cette phrase passe comme l'expression d'un conflit de génération entre la génitrice et la progéniture. Mais en situant le discours dans son contexte, la signification est toute autre.

Ce que soulignent les propos de ces enfants, c'est l'existence de deux normes qui s'opposent au sein du groupe familial. Le respect de la prescription médicale crée deux camps.

¹³³ Serge Paugam, *Le lien social*, op. cit., pp 61-62

Le premier est celui de ceux qui ont continué à respecter les « traditions » culinaires qu'ils ont reçues de leurs parents et qui sont en vigueur dans la majorité des lieux qu'ils fréquentent. Selon ces normes, le repas doit être suffisamment salé, pas fade, et contenir une certaine quantité d'huile qui n'est pas fonction du suivi d'un certain régime lié à la présence d'une maladie ou d'un dysfonctionnement. Cette norme culinaire et alimentaire a cours dans la majorité des lieux observés.

Face à ces normes, d'autres se sont développées. Ces dernières sont fondées sur les nouvelles exigences relatives au traitement de la maladie. Elles imposent des restrictions d'ingrédients dans l'alimentation de la personne hypertendue. Elles sont pourtant défendues par la seule personne qui est hypertendue, Bernadette. En fait, cette phrase rappelle que Bernadette est dans un autre univers social et que l'alimentation, qui était un point commun entre elle et sa progéniture, devient un facteur de séparation, de ségrégation, de différenciation. Cela est également le cas chez Myriam. L'adoption de nouvelles normes pour traiter l'hypertension a été une source de conflits entre elle et ces proches :

Les autres réclamaient le sel, quand je prépare. Quand je mets une quantité de sel pour moi-même, les autres disent que ce n'est pas bon [rires]. [...] Ils se sont fâchés. Déjà que ma nutrition est déjà difficile, parce que lorsqu'on veut me donner quelque chose et qu'on trouve que ça a le sel... Quand j'arrive chez les miens, dans ma famille, ceux qui ne savent pas que je suis hypertendue, quand ils me présentent à manger et que je refuse de manger, ils se fâchent. (Entretien avec Christiane, fille d'hypertendue, Tsinga, association ACADIAH, 15/06/2021).

C'est à ce niveau que la notion et la dimension de risque pour le lien social et pour l'intégration sociale se posent. À partir du moment où ce qui était considéré comme allant de soi est désagrégé par l'émergence de nouvelles normes et l'adoption de nouvelles pratiques, le sentiment d'appartenance au groupe, le sentiment de faire partie du même ensemble social s'effrite, laissant les acteurs sociaux dans ce que Paugam appelle « fragilité »¹³⁴ du lien social, cause de l'effritement de l'intégration sociale.

La divergence de normes au sein d'une famille comme celle de Bernadette crée, en plus de la fragilisation du lien social, une forme d'inégale intégration des acteurs sociaux. Dans cette configuration, ceux qui sont le plus conformes aux pratiques en vigueur dans le groupe social sont mieux intégrés que ceux qui le sont moins. Dans le cas d'espèce, Bernadette et les autres patients hypertendus bénéficient d'une intégration déficitaire à cause du fait que la majorité des

¹³⁴ Cf. Serge Paugam (dir.), *L'intégration inégale. Force, fragilité et rupture des liens sociaux*, Paris, PUF, Coll. « Le Lien social », 2014

autres acteurs sont conformes. Il y a donc un fossé qui se creuse en termes d'alimentation et des normes y relatives. Pour retrouver une intégration plus complète, les hypertendus doivent user de stratégies.

Cette inégale intégration n'est pas visible uniquement dans l'alimentation des personnes hypertendues. Cet état de choses est visible au niveau de leurs fréquentations de l'espace public. Cette question de l'inégalité d'intégration sociale chez les patients hypertendus se pose parce que les médecins recommandent les normes d'interactions sociales paisibles et du repos. Or, mettre cette norme en pratique revient, d'une manière ou d'une autre, à s'éloigner des autres, à ne plus participer aux conflits. Cela revient également à réduire la quantité de relations avec les autres, ainsi que les sources de divergences. La personne hypertendue doit alors réduire ses interactions dans l'espace public, et entrer dans une sphère plus privée, plus personnelle, ce qui est, en quelque sorte contraire à la création et à l'entretien des liens sociaux et de fréquentation d'espaces de sociabilité, d'interaction et plus propices à un certain isolement, cause et conséquence d'une faible intégration sociale.

Dans ce chapitre, il a été possible de constater que les normes thérapeutiques prescrites pour contrôle de l'hypertension artérielle créent une nécessité d'ajustement chez le malade. Suite au dépistage de cette pathologie, le patient qui veut guérir reçoit une ordonnance qui modifie les normes qui régissaient son fonctionnement jusqu'alors. Respecter les nouvelles normes crée par conséquent un conflit avec les anciennes. La personne hypertendue est donc dans un dilemme social et doit, pour garantir son intégration sociale, savoir jouer les équilibristes et développer des stratégies efficaces.

Conclusion

Tout au long de cette partie, il a été question de mettre en relief deux systèmes normatifs différents dont l'incompatibilité entraîne un conflit. Ce conflit est celui que vit la personne hypertendue lorsque les normes auxquelles elle est censée se soumettre pour le traitement de sa maladie contredisent celles qui ont cours dans les différents groupes sociaux auxquels elle participe. Le problème de l'intégration des personnes hypertendues n'est donc pas celui de la maladie, mais celui d'une tension, d'une rupture entre les règles qui régissent le traitement, et les règles qui régissent la vie sociale. Vu sous cet angle, la question de l'intégration sociale des personnes hypertendues se pose en termes de conflit normatif. Tant qu'un acteur ne sait pas qu'il est hypertendu, le respect des normes thérapeutiques ne se présente pas comme un facteur déterminant de sa participation à des groupes sociaux. L'effort qui est fait pour rester intégré à la société et aux divers groupes qui la composent n'est pas nécessairement axé sur des prescriptions médicales. Le dépistage de l'hypertension, mais surtout les prescriptions médicales qui en découlent exigent des personnes hypertendues de modifier son univers normatif, remettant ainsi en question les normes sociales souvent tacites sur lesquelles repose l'intégration sociale de ces acteurs

**DEUXIEME PARTIE : STRATÉGIES DE TRAITEMENT DÉVELOPPÉES PAR LES
PERSONNES HYPERTENDUES ET RESSOURCES DES GROUPES SOCIAUX. UNE
COMBINAISON POUR L'INTÉGRATION SOCIALE**

Introduction

Après avoir posé certains fondements dans la première partie de travail, la seconde qui va être développée traite des stratégies développées par ces acteurs désormais en quête de repères normatifs et conservation ou de consolidation de leur place de membre de la société à travers les groupes auxquels ils participent. Cette partie est également divisée en deux chapitres. Le premier chapitre traite des stratégies développées par les personnes hypertendues pour conserver leur intégration dans les groupes sociaux auxquels ils appartenaient avant le dépistage de la maladie. L'un des défis majeurs auxquels sont confrontées les personnes malades, est celui de savoir comment concilier les normes sociales et les normes thérapeutiques afin de conserver leur intégration sociale.

Dans le deuxième chapitre de cette partie, le travail s'intéresse à la manière dont le groupe social réagit au besoin d'intégration manifesté par la personne hypertendue. À travers l'observation des ressources mises à la disposition des personnes malades, ce chapitre explore les différents ajustements qui sont faits par les groupes pour leur garantir une place de membre. À travers ces ajustements, le groupe social indique sa volonté de s'adapter à la condition de l'acteur social atteint de cette pathologie et de lui assurer son intégration.

**CHAPITRE III : LES STRATÉGIES D'INTÉGRATION DES PERSONNES
HYPERTENDUES**

Lorsque l'hypertension artérielle est installée dans la vie d'une personne, elle nécessite des actions si le malade veut éviter les complications. Pour implémenter les changements, un certain nombre de calculs sont effectués par les malades afin que le traitement de la maladie ne soit pas une source de rupture avec son réseau social. C'est ainsi que la gestion de l'information, les arts de la politesse, et les divers rites de l'interaction sont utilisés par les personnes hypertendues pour s'assurer une certaine continuité de l'intégration, de la conservation du statut de membre, en fonction de l'enjeu.

I. L'idée d'intégration sociale derrière le traitement pharmacologique

La décision de suivre un traitement ou de ne pas le faire dépend de plusieurs facteurs (économiques, culturels, religieux et autres). Si la réalité de la maladie peut orienter les décisions du malade en termes de début d'un traitement pharmacologique, il convient de dire que la décision de suivre un traitement ou non est soutenue en arrière-plan par le désir d'être ou de rester intégré à un groupe social, à en devenir ou à en conserver le statut de membre.

I.1. Ne pas se soigner comme moyen d'intégration sociale

Dans la plupart des cas concernant les acteurs sociaux interrogés, le constat est que les personnes hypertendues suivent un traitement. Ce suivi est intermittent, mais existe tout de même. Plusieurs raisons sont évoquées par les personnes hypertendues pour justifier cette intermittence. Parmi celles-ci figurent la disponibilité des ressources financières, la « *négligence* », et l'oubli. Les raisons évoquées sont valables et utilisées tant que la personne hypertendue ne ressent pas de symptômes ou de menaces sur sa santé. Dans ce cas, elle se dispose à ne pas prendre les médicaments et oublie plus facilement de respecter la posologie.

Cependant, lorsque la maladie se fait plus pressante, plus virulente, lorsqu'elle se manifeste à travers des crises et des limitations dans la capacité à se sentir bien dans le corps, les personnes malades consentent à faire plus d'efforts pour se soigner. Cet état de choses est déterminé par une quête de bien-être qui anime les personnes hypertendues.

Le point de décision qui permet de passer d'une étape de négligence à une étape de suivi méticuleux peut être envisagé comme une stratégie de riposte des acteurs sociaux face à l'hypertension artérielle qui s'impose à eux. Il est aussi possible d'envisager que ce « manquement » des acteurs sociaux est une tentative de minimiser la maladie et de ne pas la prendre au sérieux. Cette idée est notamment présente lorsque les acteurs sociaux déclarent ne

pas avoir suffisamment d'argent ou affirment « *négliger*¹³⁵ » le médicament. Cette explication est satisfaisante si l'on se limite à ce que les patients hypertendus affirment au début de l'entretien. Mais plus l'échange s'approfondit, plus d'autres raisons font surface. Il devient ainsi possible de constater que les patients hypertendus qui suspendent le traitement sont nostalgiques de l'époque où ils ne prenaient pas de médicaments. Ils sont conscients de ce que la maladie a introduit une différence entre eux d'avant et eux de désormais ; entre eux et les personnes qu'ils fréquentaient avant la maladie.

Cette différenciation combinée à l'habitude nouvelle qui doit être implémentée produit un désir de retour aux anciennes normes et aux anciennes pratiques auxquelles le patient cède de temps en temps. C'est ce qui ressort de l'entretien avec Jeannette. Elle reconnaît qu'elle néglige le traitement qui lui a été prescrit, pourtant elle évite d'être à court de comprimés et en achète. Derrière l'idée de cette négligence, il est possible de percevoir une volonté explicite de ne pas suivre le traitement, de faire une pause dans l'observance. Cette pause permet de faire abstraction de la maladie, de se défaire de l'emprise de l'hypertension qui l'introduit hors des habitudes passées. Ce non-respect du traitement qui est associé à cette négligence est déterminé par la volonté de retrouver une certaine routine. Profitant donc de l'accalmie que propose la maladie, les acteurs sociaux essaient de retrouver un certain niveau de normalité que le traitement de la pathologie hypertensive leur arrache.

Cette normalité n'est pourtant pas, il convient de le préciser, fondée sur l'individualité ou l'individu. Elle consiste en un ensemble de pratiques, de normes et de valeurs correspondant à un univers social auquel appartient la personne hypertendue. Ce système social précède la personne hypertendue et détermine à la fois ses pratiques et ses routines au sein du groupe. C'est cette routine fondée sur les règles sociales qui influence la conduite des personnes hypertendues.

En se soustrayant aux exigences du traitement pharmacologique de l'hypertension artérielle, la personne hypertendue parvient à retrouver un univers social composé de codes et de pratiques qui lui sont familiers. La norme dans la société, c'est la santé, et ce qui n'est pas normal, c'est la maladie. Cette idée est présente dans les travaux d'Émile Durkheim¹³⁶ : « [...] *le normal serait le plus fréquent, opposé au pathologique, qui serait seulement l'anormal et*

¹³⁵ Ce vocable – ainsi que ses diverses formes conjuguées à la première personne – a été notamment utilisé abondamment par Jeannette lors de l'entretien.

¹³⁶ Cf. *Les Règles de la méthode sociologique*, notamment le chapitre relatif au normal et au pathologique. Si Durkheim affirme qu'il est normal qu'il y ait du pathologique dans toute société, il soutient cependant que le pathologique doit demeurer dans une proportion marginale, tandis que le normal est plus répandu dans un groupe social.

l'essentiel »¹³⁷. Dans cet ordre d'idée, prendre des médicaments sans cesse et de façon chronique, c'est aux yeux des acteurs sociaux un aveu de différence, d'anormalité, un aveu de la présence d'une pathologie dont ils n'ont pas pu se défaire. En choisissant de négliger le médicament, les acteurs sociaux sont en quête de normalité, en quête de conformité avec la majorité des autres membres qui composent le groupe social qu'ils fréquentent.

La conséquence de cette négligence du médicament est que l'acteur social se sent plus « ressemblant » aux autres membres du groupe. Or, la quête de la ressemblance, le refus de la différence relèvent non seulement de la normalité, mais aussi d'une forme de conformité qui garantit à l'individu une certaine fusion dans le groupe. En se souvenant que les conditions d'appartenance au groupe sont déterminées par l'acceptation des normes, valeurs et par l'accomplissement de pratiques qui y ont cours, il apparaît que les personnes hypertendues cherchent, par le non-respect des exigences pharmacologiques du traitement, à s'identifier aux autres membres qui représentent la normalité. Par la négligence du traitement de l'hypertension artérielle, les malades expriment leur volonté de conserver des liens, un certain attachement de leur part au groupe. Ils indiquent ainsi leur quête de normalité qui garantit leur intégration sociale. Le non-respect du traitement et sa « négligence » indiquent, non pas l'« inconscience » des personnes malades, mais plutôt leur désir de normalité et d'intégration sociale.

I.2. Se soigner comme moyen d'intégration sociale

Les personnes qui choisissent de « négliger » la maladie à un moment donné sont également les mêmes qui, à un moment donné, observent scrupuleusement le traitement. Comme cela a été constaté antérieurement, les acteurs sociaux sont d'autant plus respectueux des prescriptions médicales que la maladie se fait menaçante. Tant qu'ils ne sentent rien, ils ont tendance à ne pas suivre le traitement tel que prescrit. La production de telles pratiques est fondée sur la perception du risque et du danger liés à l'imminence d'une éventuelle crise. Les crises sont les phases qui rappellent à la personne malade qu'elle est vulnérable. Lorsque ce sentiment de vulnérabilité est perçu par les personnes hypertendues, lorsqu'elles ont l'impression que la santé va faillir, elles appliquent plus rigoureusement les prescriptions médicales.

¹³⁷ Jean Stoetzel, « La maladie, le malade et le médecin : esquisse d'une analyse psychosociale », In *Population*, vol. 15, n° 4, 1960, p. 614.

C'est notamment ce que fait Jeannette lorsqu'elle néglige la maladie. Quand elle sent venir les « symptômes »,¹³⁸ elle est plus attentive au traitement et va même, si elle le juge nécessaire, rencontrer le médecin. Bernadette également a fonctionné sous ce mode, appelant son médecin, se rendant dans son cabinet, et étant plus rigoureuse dans la prise des comprimés lorsqu'apparaît la crise¹³⁹ ou ses symptômes annonciateurs :

Puisqu'il y a les gens, comme moi, j'avais... mais, quand je faisais mes bêtises que je faisais là, quand ça ne va pas je cours vite, je l'appelle au téléphone : tu es là, docteur ? Maman c'est comment ? il me reçoit. Bon s'il n'était pas là, peut-être c'est que je ne vis plus. S'il fallait aller à l'hôpital attendre, faire les rendez-vous un mois. Parce qu'il est en privé, je sais que j'ai accès à lui facilement. Maintenant que quelqu'un cherche... moi je préfère encore dans les privés, les cardiologues parce que tu as accès à lui facilement, tu paies l'argent. Dans les hôpitaux publics, tu vas faire peut-être rendez-vous dans un mois, tu peux mourir même sans le voir. (Entretien avec Bernadette, hypertendue, Nkolbisson, 25/11/2020).

Quant à Vincent qui ne prenait « pas la maladie au sérieux », l'apparition de l'AVC et ses conséquences lui ont permis de mieux considérer la prise de médicaments et de s'y soumettre. La dégradation de sa santé est donc un facteur important qui détermine le respect des prescriptions médicales.

Toutefois, si ce suivi est influencé par la crainte de perdre la vie ainsi que l'indique Vincent, elle n'est pas moins reliée à une volonté de conserver le lien avec les autres, avec les membres du groupe :

Tu sais que je suis devenu boiteux hein ! [Maintenant même je crois que tu fais quand même des efforts pour marcher !] Parce qu'au début c'était dur hein ! Une fois on est parti pour le paiement des trucs, des rappels là, pour payer nos arriérés là, c'était même encore très grave. Il n'y a que la main-ci qui est restée paralysée là, les doigts. Il n'y avait même pas problème de béquilles, il va même tenir la béquille comment ? puisque le côté qui est sain, si le pied-ci souffre, tu peux tenir ta béquille avec de ce côté-ci. [...] Tu veux sortir mais pas moyen. Comme là, là, là, je dois aller chez monsieur [X] Je ne peux pas aller seul il faut qu'on me soutienne. Voilà que madame est partie avec la voiture. Le petit avec qui je suis là, c'est lui qui doit m'accompagner. (Entretien avec Vincent, hypertendu victime d'AVC, Nkolbisson, 29/11/2020).

Mourir ou être malade est perçu comme une cessation ou une dégradation du lien entre l'acteur et son groupe social. Cette détérioration de la santé limite les possibilités d'autonomie, mais aussi d'interaction et de participation au sein du groupe social. Le malade dont la condition

¹³⁸ C'est également une expression qu'elle a utilisée abondamment au cours de l'entretien pour indiquer et décrire les différentes sensations qu'elle ressentait et qui, selon elle, annonçaient que son niveau de pression artérielle était élevé au point de créer ou déclencher des crises.

¹³⁹ Bernadette utilise beaucoup plus le mot « crise » pour nommer les moments dans lesquels sa santé se détériore.

sanitaire est dégradée ne peut pas se comporter comme les autres. Cela implique de participer à des événements. Il est donc contraint par la maladie à rester en dehors de certaines relations sociales, le temps de recouvrer la santé. Pendant ce temps, le patient hypertendu vit une phase de fragilité qui délite ses relations avec certains acteurs car son absence limite sa participation dans diverses sphères sociales, notamment professionnelles et associatives : « *La maladie trouble le fonctionnement social : par exemple dans la famille, à l'atelier, etc. Le trouble est d'autant plus grand que la personne malade est socialement plus importante. Il est donc normal que la société réagisse à la maladie, pour approuver ou désapprouver, blâmer ou plaindre* »¹⁴⁰.

L'auteur affirme un peu plus loin que :

*Chaque individu, dans son rôle de père, de travailleur, de citoyen, a un grand nombre de responsabilités. La maladie le rend plus ou moins totalement inapte à faire face à ses tâches. Or, au fait s'ajoute le droit, droit strict et droit non écrit : l'individu malade est exempté, par son groupe social, de ses responsabilités. [...] D'autre part, il faut aussi remarquer que l'exemption qui s'attache au statut du malade n'est pas seulement un droit qu'il pourrait ad libitum revendiquer ou abandonner ; c'est aussi un devoir : le malade a une obligation d'abdication, il est un incapable social.*¹⁴¹

Lorsque les patients hypertendus choisissent, à un moment donné, après avoir négligé de prendre leur traitement, de renouer avec celui-ci, c'est pour se sentir mieux. Le respect du traitement permet de limiter le risque de « chuter », mais également de continuer à faire partie des groupes. Cela leur permet de conserver une capacité à être conformes aux attentes que les diverses sphères sociales auxquelles ils appartiennent formulent envers eux. C'est la volonté de se sentir intégré et d'être considéré comme membre qui est un des facteurs qui influencent la décision de se soigner, outre la volonté de calmer des sensations douloureuses. Tout se passe comme si la personne hypertendue se soigne plus assidûment lorsqu'elle sent que la maladie risque d'influer sur ses capacités, son rôle et sur son intégration au sein du groupe.

I.3. Entre prise et non prise de médicaments, une lutte pour l'intégration sociale

À observer le comportement des personnes hypertendues en termes de respect du traitement pharmacologique, il apparaît comme une instabilité qui dénoterait au premier abord de l'incapacité à se discipliner ou d'une inconsideration de la maladie et de sa gravité. Mais, selon les résultats obtenus dans cette recherche, il n'y a pas de personnes qui seraient disciplinées tout le temps et d'autres qui ne le seraient pas tout le temps. Chaque acteur hypertendu est, à un moment ou à un autre, plus respectueux du traitement pharmacologique qu'il ne l'est d'habitude.

¹⁴⁰ Jean Stoetzel, op. cit., p. 616

¹⁴¹ Jean Stoetzel, op. cit., p. 617

Ce sont donc les mêmes personnes qui à un moment donné respectent le traitement et à un autre moment se relâchent dans cette discipline. Ce constat éveille une certaine curiosité. Serait-ce simplement par négligence ou par oubli que les acteurs sociaux manifestent une certaine instabilité dans la prise de médicament ? La réponse à ce stade est qu'il existe des enjeux sociaux liés à la normalité ainsi que cela a été évoqué plus haut. En réalité, la quasi-totalité des acteurs sociaux ont commencé leur parcours de malade hypertendu en négligeant l'ampleur de la maladie. Cette négligence a eu pour conséquence une certaine continuité dans la normalité habituelle, c'est-à-dire la non-consommation chronique de médicaments. Cela correspond à des modalités dépeintes par Jean Stoetzel¹⁴² :

Il faut en effet souligner l'existence de cas nombreux de résistance (psychosociale) à la maladie. Dans une vue objectiviste, une maladie couve, se déclare, se développe, et prend fin, par la mort ou la guérison. Mais, en fait, il y a bien des cas où l'individu, au moins temporairement, n'accepte pas de se reconnaître malade. Ce à quoi un malade présomptif résiste c'est :

a. L'acceptation de sa faiblesse, la voie de la facilité, l'abandon des responsabilités et l'exploitation des autres ;

b. La souffrance et les complications que l'on redoute, et que l'on voudrait écarter magiquement ;

c. L'autorité du médecin et les renoncements qu'il imposera.

La résistance, qui peut être délibérée et consciente, ou inconsciente et involontaire, se manifeste par exemple par le fait qu'on minimise les symptômes aux yeux de soi-même et des autres, entourage et médecin

En refusant d'admettre et d'intérioriser la nouvelle norme qui consiste à prendre le médicament à vie, la personne hypertendue refuse, dans les faits et dans le symbole, l'introduction de changements chroniques dans ses habitudes. Ces changements ont pour conséquence de rappeler à la personne hypertendue qu'elle est différente des autres, ce qu'elle refuse d'admettre en refusant de se soumettre au traitement de la maladie. C'est ainsi qu'il est possible de retrouver, chez la quasi-totalité des personnes hypertendues, cette phase de refus qui marque la volonté de continuer à être avec les autres, et de faire comme les autres. C'est dans ce sens que Bernadette affirme qu'elle n'était pas prête à admettre qu'elle prendrait les médicaments à vie. C'est pour conserver les habitudes et les modes d'être ensemble qu'elle rejetait l'idée d'être pour toujours différente des autres à cause de la prise de médicaments.

¹⁴² Jean STOETZEL, op. cit., p. 617-618

À la suite de cette phase de refus de la nouvelle condition, les acteurs hypertendus qui ont fait face à des complications de leur état de santé ont dû se mettre au traitement pharmacologique, avec plus de rigueur et de discipline. La présence de la gêne, des douleurs occasionnées par la maladie les a introduits dans une situation de fragilité. Cette fragilité a des incidences sur les relations sociales, sur le lien social et sur la participation dans le groupe social. La fragilité du corps est donc vécue comme une fragilité de l'intégration sociale. En clair, parce que l'aggravation de la maladie entraîne des conséquences sur la capacité à être avec les autres, à vaquer aux occupations et donc à être intégré, la personne hypertendue décide de suivre le traitement afin de retrouver une normalité qui lui permet de continuer à profiter de leurs liens sociaux, de travailler à les tisser et à les renforcer. Elle suit également ce traitement afin de retrouver des activités qui lui permettent de participer à la vie avec les autres et donc d'être intégrée. Car, comme le note Jean Stoetzel¹⁴³, « *la condition de malade se complète par l'obligation de désirer guérir. Un malade n'a pas le droit de se complaire dans la maladie, il n'a pas non plus le droit de désespérer. Irresponsable de sa maladie, le malade est responsable de sa guérison* ». Ce soin est donc un devoir que la personne hypertendue doit accomplir afin d'être acceptée dans les diverses sphères sociales auxquelles elle appartient. Il y a donc un cercle de l'intégration sociale qui se crée ici : la personne hypertendue cherche à se soigner afin de participer à la société comme par le passé ; le groupe social attend que la personne hypertendue se soigne pour être conforme afin de participer à son fonctionnement, la personne hypertendue se soumet au traitement pour répondre aux attentes de la société afin de ne pas être étiquetée comme déviante ; le groupe donne les ressources à la personne malade afin qu'elle puisse se soigner.

Lorsque la santé de la personne hypertendue se stabilise et que les symptômes et la crise sont estompés, elle se libère du médicament qui symbolise sa différence avec les autres, afin de marquer, de façon symbolique également, un certain retour à la normalité au lien social, à la société des personnes normales.

À cet égard, le relâchement qui suit le « rétablissement » est une forme d'expression de la volonté de rester en contact avec les autres. Il correspond à une période de répit, à un repos que la personne hypertendue prend suite à l'effort consenti pour continuer à faire partie du groupe social. La période de soin intense est une période qui permet à la personne hypertendue de retrouver un certain niveau de santé. C'est une phase, une période durant laquelle l'acteur social

¹⁴³ Jean STOETZEL, op. cit., p. 618

se prive, limite ses plaisirs et accepte que sa situation est hors de la norme et qu'il doit s'efforcer à renverser la tendance. L'utilisation des ressources psychologiques, physiques, financières et sociales pour la guérison est un investissement qui, à un moment donné, s'arrête lorsque la raison de cet investissement, à savoir l'atténuation de symptômes, est réalisée. Dans la prise des médicaments, il y a donc une sorte de jeu, un mécanisme d'effort et de relâchement, qui se déclenche lorsque les acteurs sociaux en ont besoin pour se maintenir intégré dans le groupe. Dans ce jeu, l'effort comme le relâchement vise la conservation de la vie, la conservation du lien social et la lutte pour conserver le lien qui garantit l'intégration sociale.

Le témoignage de Jeannette à ce sujet permet de mieux saisir cette réalité. Cette dame affirme qu'elle ne peut pas laisser la maladie prendre le dessus, même si elle « néglige » le traitement de temps en temps. Elle est hypertendue, mais elle est aussi mère et épouse. La lutte qu'elle mène contre la maladie c'est aussi, en tant qu'employée, pour préserver cette source de revenus qui provient de son emploi. Cette volonté de conservation a pour objectif de s'assurer son rendement au niveau professionnel et d'apporter un certain nombre de commodités à ses enfants qui « *ne sont pas encore grands* » et à sa famille. La maladie est donc comme un obstacle à surmonter afin de rester intégré à la sphère professionnelle et familiale. Pour contourner cet obstacle, Jeannette suit le traitement de façon assidue lorsqu'apparaît une crise ou des symptômes. Et lorsque ces manifestations s'apaisent, elle relâche un peu l'effort afin de retrouver une certaine normalité. Cette stratégie est utilisée par cet acteur social depuis le début de la maladie. Quand elle ne ressent pas de symptômes et quand sa productivité, ses relations et son intégration ne sont pas à risque, elle se relâche. Mais lorsque survient un épisode critique, elle entre dans une phase de traitement assidu de la maladie afin de repousser les douleurs et les incapacités, et retrouver cette normalité qui correspond à l'exécution de ses activités ordinaires (professionnelles, domestiques, associatives) et s'assurer par-là l'intégration sociale que lui garantit une bonne santé.

Cette pratique n'est pas l'apanage de Jeannette, la totalité des acteurs hypertendus fonctionnent sur ce mode. Dans cette configuration, les négligences et quelquefois les raisons évoquées telles que le manque d'argent sont des symptômes d'une quête de normalité, l'expression d'une quête d'identité les témoins d'une quête d'intégration sociale.

II. La gestion de l'information comme stratégie d'intégration sociale

La gestion de l'information par les personnes hypertendues est une stratégie que les acteurs sociaux utilisent pour assurer leur intégration sociale. Cette gestion de l'information dont il est question ici est relative à la manière dont le patient se sert de la connaissance de son statut pour être identifié, s'identifier et se présenter en tant que personne hypertendue. Importante aux yeux des acteurs sociaux, l'information sur leur statut de malade possède deux principales modalités d'expression. Il est en effet apparu lors des entretiens et observations menées auprès des patients hypertendus qu'il existe des circonstances dans lesquelles ceux-ci préfèrent ne pas communiquer, informer sur leur maladie. Dans d'autres circonstances, les acteurs sociaux communiquent sur la maladie, informant leurs proches et les membres de leur réseau social. Cette gestion de l'information n'est pas une décision anodine, elle obéit à des stratégies et à des conditions qui ont pour but de favoriser de meilleures interactions avec le réseau social et partant de favoriser la conservation du lien social et donc l'intégration.

II.1. Ne pas informer les membres du réseau social

Cette modalité est utilisée notamment par les personnes comme Celestine. Elle ne consiste pas à cacher définitivement ou totalement son statut d'hypertendu aux autres membres de son réseau social. Elle consiste plutôt à réserver cette information pour les personnes qui participent à ce qu'il est convenu d'appeler les membres du « lien fort »¹⁴⁴. Ces liens forts représentent des personnes avec lesquelles l'acteur social est en communication et donc en relation directe et fréquente. Ces personnes ne sont donc pas considérées par la personne hypertendue comme lointaines et étrangères. Ce sont d'autres acteurs de son réseau que les patients considèrent comme étant intimes, des personnes auxquelles ils peuvent se confier sans crainte que ces dernières n'exposent aux autres, notamment les membres du lien faible, la maladie qui les atteint. Il y a donc dans la décision d'informer une dimension de proximité relationnelle, mais également de confiance. Il y a aussi une certaine considération que la personne hypertendue porte à l'endroit de la personne qu'elle informe, parce que cela fait partie d'une politesse, d'une dette¹⁴⁵ ou d'un devoir de réciprocité.

¹⁴⁴ Cf. les travaux sur les réseaux sociaux, notamment ceux de Mark Granovetter sur les liens forts et les liens faibles.

¹⁴⁵ Les travaux de Léon Bourgeois sur la solidarité en parlent, cf. Julien Damon, « Léon Bourgeois. La solidarité et le solidarisme », *100 penseurs de la société*, in Damon Julien (dir.), Presses Universitaires de France, 2016, pp. 49-50.

La personne hypertendue qui décide de cacher son statut aux autres en informe quelques personnes qui lui sont chers, afin de se faire des « complices »¹⁴⁶ de son état. Dans le cas de Celestine, il a choisi de parler de l'hypertension dont il est victime à deux autres membres de son réseau : son épouse et un missionnaire qu'il a rencontré lors de campagnes d'évangélisation et avec lequel il s'est lié d'amitié. Selon les propos de cet acteur social, il n'en n'a pas parlé à d'autres parce que la maladie ne le dérange pas, parce qu'il ne considère pas cela comme une maladie qui lui pose des problèmes dans sa vie au quotidien et dans ses activités :

C'est quelque chose, comme ce n'était pas un problème, c'est ma femme qui connaît. [...] Je n'ai jamais dit aux gens que j'étais hypertendu. Parfois c'est quand j'entends que les gens commencent à causer comme ça bon... Bref je n'ai pas eu une raison que chaque fois je vais dire aux gens que je suis hypertendu, parce qu'il n'y avait pas un incident. (Entretien avec Celestine, hypertendu, Nlongkak, 20/11/2020).

La raison pour laquelle il en a parlé à sa femme est qu'elle participe à l'achat de ses médicaments et c'est aussi son épouse. La raison pour laquelle il en a parlé au missionnaire est qu'il a contribué à bâtir sa foi en l'évangile et lui a apporté beaucoup de soutien depuis le moment où ils se sont connus. Régulièrement en échange par mail pour divers projets avec ce missionnaire, Celestine reçoit de temps en temps du soutien financier de la part de celui-ci. Cette aide est comme il l'affirme, pour l'œuvre de Dieu au Cameroun, mais également pour de temps à autre l'aider à subvenir à certains besoins, car Celestine est désormais pasteur aumônier de prisons depuis plus de 26 ans, et n'a pas beaucoup de revenus financiers, selon ses affirmations.

Pour moi, je n'ai pas un salaire en tant que tel. Mais il y a aussi ceux qui... je peux dire principalement comme ressource, c'est mon épouse et certaines personnes qui sympathisent. Il y a la principale source qui est mon épouse, les gens au moins qui de temps en temps peuvent mettre quelque chose et on peut continuer. En ce qui concerne le salaire ce n'est pas évident. [...] quand ils [les sympathisants]¹⁴⁷ veulent faire quelque chose, ils font aussi dans le ministère, assister. Ils regardent comme s'ils investissent dans le ministère. Maintenant, on peut trouver le compte des maladies et toutes ces choses-là, oui, c'est comme ça. (Entretien avec Celestine, hypertendu, Nlongkak, 20/11/2020)

¹⁴⁶ C'est une idée de Erving Goffman selon laquelle les acteurs ont des complices qui aident à rendre leur performance scénique réaliste. Édouard Gardella, dit à ce sujet que « [l'acteur social] peut utiliser des complices pour parvenir à ses fins, et ainsi jouer avec les régions de l'espace scénique. » Lire à ce sujet Édouard Gardella, « Du jeu à la convention. Le self comme interprétation chez Goffman », in *Tracés. Revue de sciences humaines*, n° 4, automne 2003, p. 26

¹⁴⁷ Les sympathisants contribuent donc sans savoir qu'il est hypertendu. Le soutien qu'il reçoit de ceux-ci est un soutien prévu pour être géré en fonction de ses besoins et de ceux de l'église. Ce n'est pas un soutien pour traiter l'hypertension.

II.1.1. Exclure tout en restant intégré : la création de l'entre-soi¹⁴⁸

Dans une certaine configuration, il apparaît que seules les personnes qui sont informées de la maladie de Celestine sont celles avec lesquelles il entretient une relation avec une grande connotation affective et également qui le soutiennent dans ses besoins. Cette proximité explique la communication dont il fait preuve vis-à-vis de ces personnes. Outre ces éléments, il convient de noter que ces deux personnes qui font partie du réseau social de Celestine participent à la formation d'un entre soi. Ce concept de la sociologie renvoie au fait que des acteurs sociaux mettent sur pied des stratégies pour renforcer les liens entre eux tout en excluant les personnes qu'ils n'estiment pas devoir participer à ces liens. Cette exclusion du réseau social et des liens forts n'est pas nécessairement explicite, elle est plutôt souvent tacite et implicite. Les acteurs sociaux, par la création d'un certain nombre de routines de projets et le partage d'informations dont ils décident de ne pas en parler aux autres, lient et renforcent leurs relations afin de garantir qu'ils sont les seuls à avoir accès à diverses ressources et dont ils sont parfois les seuls à connaître l'existence. Dans le cas de Celestine, c'est effectivement le renforcement de liens, par la gestion des informations et de projets, qui permet cette configuration dans laquelle très peu de personnes sont au courant de la maladie.

Cette situation n'est pas seulement visible dans le cas de Celestine. Omettre de parler de son statut d'hypertendu est également une pratique à laquelle recourt la mère de Rosine. Elle est en effet diagnostiquée hypertendue, mais seuls les membres de sa famille sont au courant de cette situation. Elle évite soigneusement d'en parler à ses visiteurs ou à des personnes faisant partie des liens faibles. La mère de Rosine préfère ne pas faire allusion à sa maladie et justifie ses choix qui peuvent sembler incompréhensibles comme la quantité de sel qui ne suffit pas dans le repas ou alors qu'un visiteur arrive à l'improviste par le fait que « *trop de sel n'est pas bon pour la santé* », sans dire mot de sa maladie.

Bon on ne fait pas déjà la publicité. A d'autres personnes on peut dire. Parfois on peut juste dire que « tu ne sais pas que l'huile n'est pas bien ? » juste comme ça. Oui. Ou « toi-même tu vois que le sel n'est pas bien, comme ça, comme ça, mais si tu veux le sel tu peux prendre, hein. L'huile là vraiment ce n'est pas bon pour la santé, surtout comme il y a déjà les gens âgés à la maison. » Tu vas juste comprendre. Si les gens meurent... je sais que je connais ce qui est mauvais, et que quelqu'un de dehors vient me dire que tu ne connais pas, moi ça m'enlève quoi ? c'est ton problème. Ça ne va rien m'enlever. Si moi je sais ce que je suis en train de faire, ça ne m'enlève rien. (Entretien avec Rosine, fille d'hypertendue, Nlongkak, 20/11/2020).

¹⁴⁸ Pour la notion d'entre-soi, v. l'article de Sylvie Tissot, « Entre soi et les autres », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 204, n° 4, 2014, pp. 4-9

Cette stratégie favorise également la naissance et l'entretien d'entre-soi qui couvre la personne hypertendue, exclut les membres du réseau social faible tout en assurant la continuité de la participation dans les relations sociales.

Pourtant, dans la pratique, les personnes hypertendues qui jouent de cet entre-soi et cachent leur statut aux autres ne cherchent pas à s'isoler du reste des membres qui ne sont pas informés de la maladie. Elles continuent au contraire, tant que la maladie le permet, de participer au fonctionnement de la société et des groupes sociaux auxquels elles appartiennent. Ainsi, ces acteurs sociaux excluent les autres de leur sphère intime liée à la maladie, et continuent de participer aux espaces sociaux avec les autres comme des personnes qui ne sont pas malades. La nature silencieuse et imperceptible par les autres de l'hypertension artérielle aidant, les acteurs sociaux hypertendus passent aux yeux du reste de la société et des réseaux sociaux comme en bonne santé, ce qui leur permet de continuer à conserver le lien social et à jouir d'une certaine intégration dans les différentes sphères de participation sociale. Si donc il y a construction d'un entre-soi sur la gestion de l'hypertension artérielle, cela n'a pas pour but ou pour conséquence de séparer la personne hypertendue du reste de la société. C'est plutôt le contraire.

II.1.2. Cacher l'information pour être intégré

Les études provenant de l'école de Chicago ont permis l'analyse de certaines situations et ont contribué à forger des concepts relatifs aux différents attributs qui sont appliqués aux acteurs sociaux par les autres. Ces concepts sont parfois des conséquences de constructions cognitives et ont des conséquences sur le plan social, de la relation à autrui. Ainsi, lorsque Goffman parle de « stigmaté » et que Becker parle d' « étiquetage », ces sociologues font allusion à des manières dont l'environnement social, le groupe social, autrui perçoit les autres acteurs sociaux. Si une situation est objective, elle n'empêche pas les acteurs sociaux de se faire une opinion là-dessus, opinion qui parfois est éloignée de la nature intrinsèque de l'objet. Ainsi, chaque acteur social construit ses propres représentations de la réalité. À côté de ces représentations, il existe des représentations collectives,¹⁴⁹ ou sociales.¹⁵⁰ La relation avec autrui est donc teintée de représentations qui orientent la vision du monde.

C'est fort de cette connaissance du mode de fonctionnement humain que les acteurs sociaux qui veulent éviter d'être « stigmatisés » ou « étiquetés » cachent leur situation d'hypertension. En ne disant pas aux autres ce qu'ils vivent, en ne parlant pas de cette maladie

¹⁴⁹ Selon l'expression d'Émile Durkheim

¹⁵⁰ Selon l'expression consacrée en psychologie sociale notamment par Jodelet

qui les atteint, certains acteurs sociaux gardent l'information qui peut être utilisée contre eux au cours des interactions si la situation se présente. Ce faisant, ils évitent de paraître vulnérables et d'être éventuellement stigmatisés dans le cours de l'action sociale.

II.1.3. Préserver la face de la personne malade

Selon Erving Goffman, il existe « *deux types d'identités sociales : une identité sociale virtuelle (celle qu'autrui peut attribuer sur la base d'attributs manifestes) et une identité sociale réelle (attributs effectivement possédées).* »¹⁵¹ Chaque entrée en interaction est une entrée en scène dont l'enjeu est de présenter la meilleure image de soi, afin d'être jugé conforme aux attentes et garantir une certaine acceptabilité. Il y a donc à la fois, dans chaque interaction, « *un pari dans la mesure où, à tout moment, l'individu risque de perdre la face* » et un « *repli sécuritaire.* »¹⁵² Ces modalités d'entrée en interaction et les conditions de réussite de cette interaction sont déterminées par ce que disent et font les acteurs sociaux.

Chez les personnes hypertendues qui choisissent de n'informer qu'un nombre restreint de personnes faisant partie de leurs liens forts, la dissimulation de l'information a pour fonction la préservation de la face en plus de favoriser la création d'un entre-soi. Cette préservation de face occupe une place importante dans les rapports d'influence qui existent entre les individus. Parce que l'entrée en interaction comporte un risque de réussir ou d'échouer, une menace qui pèse sur cet échange entre les individus. La divulgation d'une information par un acteur peut en effet entraîner un ajustement de la part des autres, et cet ajustement ne se fait pas toujours dans le sens souhaité par l'informateur. Si donc la personne hypertendue décide de ne pas parler de son statut de malade à d'autres personnes, c'est parce qu'elle n'en voit pas l'intérêt, et aussi parce qu'elle n'y pense pas comme Celestine. Mais cette réponse correspond à la théorie de la mise en scène développée par Goffman et aux études de Becker sur les *Outsiders* : il vaut mieux pour un acteur se présenter sous son meilleur jour si cela est nécessaire plutôt que de s'attirer des jugements péjoratifs de la part des autres.

L'enjeu dans la gestion de l'information et dans la décision de ne pas la divulguer est ainsi lié à cette volonté de préserver un certain « *capital social* »¹⁵³ qui garantit une certaine légitimité

¹⁵¹ Michel Lallement, *Histoire des idées sociologiques. Tome 2. De Parsons aux contemporains*, Paris, Nathan, 1993, p. 223

¹⁵² Michel Lallement, op. cit., p. 227

¹⁵³ Voir à ce sujet Ronald S. Burt, « Le capital social, les trous structuraux et l'entrepreneur », in *Analyses de réseaux et structures relationnelles. Études réunies et présentées par Emmanuel Lazega. Revue française de sociologie*, 36-4, 1995, pp. 599-628. L'auteur y affirme que « *Le capital social concerne la valeur ajoutée que les*

et favorise l'influence liée à un pouvoir d'action et à une capacité de préserver le lien et de garantir l'intégration sociale. Ainsi que le souligne Becker, les acteurs sociaux préfèrent parfois être secrètement déviants mais être perçus comme conformes à la norme, plutôt que de paraître déviants, se distinguer et par-là être étiquetés.¹⁵⁴

Celestine est aumônier de prison et pasteur. Ces attributs lui permettent d'avoir des détenus pour fidèles. Il veut et tient à les encourager à garder la foi et à croire que Dieu peut tout. Dans son rôle, il est celui qui console, galvanise, exhorte et qui redonne l'espoir aux détenus. Cette tâche implique selon ses propres propos de la disponibilité, des efforts et des moyens financiers :

Le ministère de la prison n'est pas facile. Si Dieu ne t'a pas vraiment appelé, tu ne peux pas réussir. Dans d'autres églises, les fidèles peuvent donner au pasteur. Mais quand tu fais le ministère de la prison, les autres attendent beaucoup de toi. Il y a beaucoup de pression financière et tu dois te battre pour satisfaire les besoins des fidèles. (Entretien avec Celestine, hypertendu, Nlongkak, 20/11/2020).

Plus tard, il déclare qu'il doit faire de la monnaie avant d'entrer en prison. Il change ainsi des billets de 10 000 FCFA, 5 000 FCFA et 2 000 FCFA, en billets de 1 000 FCFA et de 500 FCFA, car il sait qu'il devra les donner aux détenus chrétiens de son assemblée pour les soutenir dans leurs besoins. Avec le missionnaire, ils organisent souvent des séances de distribution de dons aux prisonniers. C'est ainsi que des morceaux de savon, de la sardine, du pain et autres commodités sont mis à la disposition des détenus. En outre, des cultes sont organisés de temps en temps¹⁵⁵ pour encourager la foi et assurer la « communion fraternelle ». Ce sont là entre autres des attributions qui sont attachées au statut et à la fonction d'aumônier que Celestine exerce.

Celestine a compris que la communauté religieuse qu'il entretient en prison compte sur lui pour beaucoup de choses. Elle le voit comme un secours, un soutien, une personne forte qui est capable de mobiliser même des donateurs pour leur venir en aide pendant leur incarcération. À leurs yeux, c'est donc le pasteur et l'homme providentiel qui les comprend, les écoute et les accompagne dans les difficultés. Pourtant Celestine est hypertendu et n'en informe pas ses fidèles. Il a conservé l'information pour les personnes qui participent à la liberté et qui peuvent apporter une contribution à l'œuvre. Cette décision permet de conserver l'influence qu'il a. Elle permet également de ne pas faire paraître la maladie qui attirerait des jugements potentiellement

directeurs tirent de leurs relations avec d'autres acteurs. La théorie du capital social repose sur l'idée que les inégalités résultent de différences contextuelles entre acteurs » p. 600.

¹⁵⁴ Cf. Michel Lallement, op. cit.

¹⁵⁵ Ces cultes étaient effectifs avant le confinement des prisons lié à la pandémie de Covid-19

négatifs sur sa personne. Sa capacité à intervenir pour les autres est associée chez lui à l'image que les fidèles se font de lui. S'il a pour rôle de fortifier, il doit lui-même être fort. Si Dieu peut faire des miracles et guérir les autres, il ne faut pas qu'il paraisse faible devant ses ouailles. Ainsi, la conservation de l'information permet une meilleure représentation et un renforcement de la performance, et accorde aux rites une certaine force, un certain pouvoir. Il y a donc un enjeu de face, un enjeu de statut et un enjeu de crédibilité dans la non-divulgence de cette information.

Par ailleurs, cette maladie apparaît comme un écart à la norme sociale relative à la santé, et également par rapport à la norme spirituelle qui veut que Dieu puisse guérir. Si Celestine n'en parle pas et la maladie ne lui dit « rien », c'est qu'il veut se conformer aux normes de la parole qu'il enseigne, à savoir qu'il ne faut s'inquiéter de rien et que si Dieu veut, il peut guérir toute maladie. À la question de savoir ce qu'il conseille aux autres patients hypertendus, il répond :

Je ne peux pas prendre les mesures ordinaires. Je dis que la seule solution se trouve dans le Seigneur Jésus. Je vais dire ça comme serviteur de Dieu parce que c'est là où j'ai trouvé la solution. La seule solution à conseiller à un malade est que si quelqu'un est dans le Seigneur, il peut faire l'impossible. Moi je n'ai pas un autre élément qui est plus que ça. Dans le Seigneur Jésus Christ, même si tu as une maladie, nous sommes sûrs que ça peut partir... pas que ça peut, ça doit partir ! Maintenant, si ça ne part pas, tu trouves ta paix sachant que cette maladie ne t'amène pas à la mort, tu n'as pas peur de la mort. Et tu dois être aussi obéissant à tout ce qu'on te dit de faire, parce que quand on te dit de faire quelque chose, ça veut dire que c'est pour ton bien. Tu sais que c'est d'abord Dieu qui donne l'obéissance. Et quand on te donne ce traitement contre l'hypertension il faut suivre cela pour que ça te donne la guérison. Parce qu'une des choses c'est la désobéissance. [...] Voilà pourquoi je crois que s'il y a quelqu'un qu'il faut que je conseille, moi je dis seulement que l'hypertension ne peut pas me tuer, parce que le Seigneur est vivant. (Entretien avec Celestine, hypertendu, Nlongkak, 20/11/2020)

Parler de sa maladie et y penser sans cesse est à ses yeux et serait aux yeux de ses fidèles un facteur qui peut dégrader sa crédibilité en tant que pasteur, mais également le disqualifier dans son rôle, son statut, et donc fragiliser sa position et son intégration au sein du groupe social composé de ses fidèles et des éventuels prosélytes. La mise en scène de sa bonne santé ou la non-divulgence de son statut d'hypertendu lui assure ainsi une participation et une intégration plus efficace au sein de son réseau social.

II.1.4. Participation et intégration sociale

Choisir de ne pas divulguer son statut d'hypertendu, c'est aussi un moyen de conserver une forme de participation. La participation est une modalité de l'intégration sociale en ce sens

qu'elle permet à l'acteur social de produire des actes, de dire des paroles et de manifester des comportements qui expriment sa conformité avec les attentes formulées par le groupe social. Dans les faits, une personne qui satisfait, au moins de façade, les attentes que le groupe social formule vis-à-vis d'elle est davantage considérée comme conforme ; elle bénéficie des avantages de l'intégration au groupe. Cela passe par la production, qui est en fait la démonstration, d'une intériorisation des normes et de l'expression de l'attachement au groupe et à son fonctionnement. Participer au fonctionnement du groupe est une preuve de ce que les acteurs sociaux y tiennent et, en tant que tel, une manifestation de leur compréhension des attentes du groupe. Cette modalité ne garantit pas que l'individu soit toujours en conformité avec les normes et les pratiques. Cela ne signifie pas non plus que la personne saura jouer son rôle de façon à satisfaire toutes les attentes en matière de rite, de codes sociaux et de pratiques. Cependant, c'est au moins au niveau symbolique, l'expression d'une volonté pour l'acteur de participer.

Lorsque la personne hypertendue choisit de ne pas faire état de cette maladie qu'elle traite pourtant au quotidien, elle décide, dans les faits et dans les conséquences, de montrer au groupe qu'elle est attachée à ce dernier et qu'elle tient à y participer en menant des actions qui peuvent permettre qu'elle exprime sa participation. Si les autres acteurs sociaux sont au courant de la maladie, la personne malade peut perdre des responsabilités, du prestige et être cantonnée à des rôles d'assisté. C'est ce qui arrive souvent lorsque le patient hypertendu est victime d'un AVC.

La mère de Claude a fait un AVC une nuit alors qu'elle était au village. Elle avait fini sa journée et réalisé quelques travaux champêtres et apprêtait son repas du soir. Quelques minutes après avoir posé sa marmite au feu, elle a perdu connaissance. Parce qu'elle vivait seule dans sa case, elle est retrouvée quelques minutes plus tard par une personne qui passait par chez elle, couchée près du feu. Elle ne répondait pas, elle ne parlait pas.

Oui, oui ! Mais dorénavant [auparavant] quand même, elle avait toujours un peu les nerfs là, comme les nerfs... de temps en temps là non, de temps en temps, oui, oui, les nerfs. Ça la dérangeait un peu là. Est-ce que tu sais que quand je suis arrivé je n'ai pas remarqué la mère ? Sa tête était comme ça [déformée et paralysée] Sa tête était calée comme ça là. Je te dis que hein, les maladies, il y a des maladies. Et dans tout ça comme elle avait, il semble qu'elle avait un peu le palu là, elle est partie dans un centre de santé, elle est quittée là-bas seule. Elle est venue dans la concession, tu sais qu'à l'Ouest, on construit les maisons comme ça. Elle est partie dans une autre maison là, il y avait un enfant qui était malade à côté-là. Elle a bien porté l'enfant. Elle a marché comme de Nkolbisson ici. Elle a porté l'enfant elle était malade, après quand elle a laissé l'enfant à la maison, elle a laissé l'enfant, elle est partie maintenant chez elle. Elle a fait la sauce pour faire le fofou, elle a mis la sauce à côté. Elle a fait, elle était en train de vouloir faire la sauce, elle a fait l'huile, elle a fait le poisson sec, elle a

mis là, et puis dès qu'elle a compris... son corps faisait un peu un genre là et comme il y a un lit à côté, elle s'est allongée là-bas, elle était seule à la maison, aux environs de 19-20h. C'est quand l'enfant est venu, tu sais l'enfant dans les grandes concessions là, il vient un peu pour calculer comment il peut manger. Quand il arrive là-bas, tu sais le courant que j'avais mis là, c'est Dieu qui fait souvent certaines choses. Quand je suis arrivé, deux ans que j'avais installé le courant à la maison, dans sa maison même, l'électricité. Maintenant quand l'enfant vient : « hé, ma'a Marti, c'est comment ? Tu es à la maison sans allumer ? C'est comment ? » Maintenant quand il allume comme ça, elle voit comment elle est en train de faire l'AVC. C'est qu'elle devait mourir ! Le matin on devait seulement voir qu'elle est morte. On va commencer à parler [accuser] la sorcellerie [rires]. Ha ! C'est pour ça qu'on dit toujours que quand ce n'est pas ton jour hein... (Entretien avec Claude, fils d'hypertendue victime d'AVC, Nkolbisson, 25/11/2020).

On voit dans les propos qui précèdent que la maman de Claude avait une routine dans sa vie avant la crise. Elle avait des habitudes et entretenait des relations avec les autres membres de son réseau social, allant rendre des visites, accueillant les nouveaux-comme cela est la coutume dans cette région du pays. Les autres membres du groupe social savaient pouvoir compter sur elle en cas de nécessité. Cette participation au fonctionnement de sa société garantissait à « ma'a Marti » une intégration sociale. C'est par le respect des normes et pratiques, la soumission aux attentes de la société qu'elle conservait cette intégration. Cette participation s'est vue suspendue après son AVC. Lorsque la crise s'est manifestée, elle a fait une première escale dans un centre de santé, puis elle a été transportée d'urgence par son fils qui a fait le voyage de nuit pour arriver au village tôt le matin.

Elle est quittée Bafoussam. Quand elle a eu l'AVC, on m'a appelé. Je suis parti, j'ai voyagé toute la nuit. On a passé toute la journée encore, nous sommes quittés, on est arrivé à Yaoundé ici le matin. On a fait tout ce qu'on a pu faire, aux environs de la soirée, vers... elle a fait l'AVC là aux environs de 23 h. on a fait tout parce qu'il fallait qu'à la ronde le matin, avec la ronde des docteurs, le lendemain on a vu le... ça a fait trois jours. Quand... Bafoussam ici, elle a fait trois jours, au quatrième jour, elle a encore eu un autre AVC. Le docteur m'avait dit que ta mère là, c'est une chance ; elle devait être paralysée. Elle n'était pas paralysée, elle n'est pas paralysée. Il a seulement dit que : méfie ! si elle fait une crise encore maintenant, elle sera paralysée, complètement, même parler elle ne pourra plus parler. (Entretien avec Claude, fils d'hypertendue victime d'AVC, Nkolbisson, 25/11/2020).

Cette maman est âgée mais elle possède un champ dans son village natal dont elle s'occupe. L'épisode de crise qu'elle a subi a remis en question sa capacité à continuer à jouer son rôle au village. À cet affaiblissement de ses capacités physiques s'est associée la décision de son fils de ne plus lui permettre de rentrer au village pour travailler sa parcelle. Il a pris la mise en garde du médecin au sérieux. Ce qu'il redoute le plus, c'est que sa mère, qui vit seule dans sa case au village fasse un autre AVC qui pourrait définitivement la rendre malade. Le refus de

Claude a poussé sa mère à insister et parfois refuser de s'alimenter afin de manifester son mécontentement. Elle dit que sa maison ne doit pas rester vide, que ses champs doivent être cultivés, et qu'elle doit vaquer à ses activités.

Dans cette localité du Cameroun comme dans les zones rurales du pays, l'activité principale consiste en la pratique d'une agriculture de subsistance où chaque individu a sa parcelle qu'il doit cultiver et viabiliser. La mère de Claude craint qu'en restant en ville, ses champs soient laissés à l'abandon, ainsi que sa maison qui a pour elle une dimension affective. Mais aussi, loin de son champ, loin des associations du village, loin des événements qui se produisent au village, elle se sent impuissante et inutile. Cette absence de participation active aux deuils, aux naissances, cette absence d'activité dans son champ et sa dans sa maison qu'elle juge à l'abandon, l'attriste. Selon Claude, elle se sent plus à l'aise dans son village où elle a ses repères et ses activités qu'en ville. Sa participation à la vie du village et l'entretien des liens sociaux représente pour elle une norme qui doit être respectée, comme un impératif qui lui procure la stabilité.

Claude affirme qu'il y a souvent eu des problèmes,

Beaucoup même ! Au début, c'était même très chaud. On dit que là où tu es là, tu es déjà diminuée, il n'y a pas de problèmes. S'il faut même payer le temps qu'on récolte le maïs pour mettre dans ton grenier au village, tu auras aussi le maïs comme tout le monde, à ce niveau-là, tu vas encore faire comment ? Même les arachides, on paie les arachides on met... tu sais au village ils ont deux greniers hein. On fait un grenier pour les arachides ici en bas. On fait encore le grenier en haut là, pour le maïs. Voilà. Quand elle arrive au village, elle fait tout et tout pour arriver chez elle, pour regarder sa maison. (Entretien avec Claude, fils d'hypertendue victime d'AVC, Nkolbisson, 25/11/2020).

En pratique, l'AVC de la mère de Claude l'a introduite dans une nouvelle étape de sa biographie qui déstructure, par la manière dont les enfants en prennent soin, les routines. Voyant la menace qui pèse sur sa personne du fait de certaines normes comme l'entretien de sa maison, la culture de son champ, la participation aux événements de son village, cet acteur social sent que son intégration sociale est fragilisée. Les interactions et les activités qui permettent de consolider ces liens et cette intégration sont en phase de ce que Paugam appelle « fragilité » de l'intégration sociale. Son désir de retourner au village pour occuper « sa place » et vaquer à ses occupations indique donc sa volonté de participer, de produire des comportements et actions qui doivent assurer sa place et démontrer son attachement au sein de son village. Cette privation que

les enfants font pour sa santé correspond à une perte de ses privilèges et de son prestige à cause du fait qu'ils savent qu'elle a fait un AVC.

L'on constate donc que la connaissance du statut d'hypertendu par d'autres acteurs sociaux entraîne le déploiement de mécanismes de protection qui peuvent enlever une certaine autonomie à la personne malade et réduire de façon significative sa participation au sein de la société. Cette participation est un indicateur sur lequel s'appuient les acteurs sociaux pour juger de l'efficacité de leur intégration sociale.

Le cas de la mère de Claude est transposable à celui de Vincent. Après n'avoir pas soigné avec rigueur son traitement, il a fait un AVC. Cet accident l'a introduit dans une période d'inactivité qui servait à son rétablissement. Lorsqu'il est sorti de l'hôpital, ses proches ont mis sur pied des stratégies pour réduire sa participation au strict minimum. Pendant cette phase, Vincent ne sortait quasiment plus et ne recevait que peu de visites, à un tel point que lorsqu'il apparaissait quelque part, « *c'était la fête* » :

Je suis même... quand peut-être il y a un mariage comme ça dans la famille, les gens savent que je ne peux pas : j'arrive c'est la fête. C'est comme si c'est moi [vais me] marier, c'est la fête, la joie ! Bon surtout que je suis l'aîné d'une famille et beaucoup passent par moi. Si peut-être mon petit frère à convoité une femme, il doit venir ici me voir, je dois arranger. Voilà. Donc c'est ça un peu. (Entretien avec Vincent, hypertendu victime d'AVC, Nkolbisson, 29/11/2020).

Les proches qui ont su qu'il était malade ont donc mis sur pied des mesures pour réduire sa visibilité, pour limiter ses déplacements et il n'a pas pu continuer à travailler. Il est donc possible de constater, encore une fois, que les personnes qui sont en situation de fragilité et de maladie sont mises à l'écart de la participation aux activités sociales.

Ces deux cas qui ont été évoqués jusqu'ici ont été pris parmi les personnes qui sont hypertendues et qui ont fait des AVC. Mais ce ne sont pas que les acteurs sociaux qui sont dans cette catégorie qui sont suspendus de participation à certaines activités sociales. C'est ce qui arrive en général lorsqu'un acteur social devient incapable de jouer pleinement son rôle. Il entre dans une phase dans laquelle les autres acteurs sociaux décident de limiter sa participation aux activités. C'est aussi ce qui est arrivé à Jeannette. Lorsqu'elle a su qu'elle était hypertendue et qu'elle a manifesté la maladie, elle a été mise en repos au niveau professionnel pour maladie et n'a pu intégrer le service que lorsque sa santé s'était améliorée. La connaissance du statut de malade d'un acteur social entraîne donc des changements dans le comportement des autres. En gérant le flux et en contrôlant l'information, les acteurs sociaux hypertendus cherchent et

parviennent à éviter cette mise à l'écart qui influence leur participation, limite leurs activités et leurs interactions et a des incidences sur leur intégration sociale. Participer, c'est prendre part à quelque chose, et les acteurs sociaux qui participent estiment que s'ils peuvent le faire, c'est qu'eux-mêmes « font partie de » quelque chose. « Prendre part » et « faire partie de » sont donc des modalités de l'intégration sociale.

II.2. Informer les membres du réseau social

La majorité des personnes hypertendues ont informé beaucoup plus d'acteurs sociaux que ne l'a fait Celestine. En général, en plus du conjoint, d'autres membres de la famille élargie sont informés par les personnes malades.

II.2.1 Le choix des personnes à informer

Les personnes qui choisissent d'informer leur réseau social de l'apparition de la maladie sont celles qui ont en général déjà accepté l'idée que cette maladie était en elles et qu'elles devaient vivre avec l'hypertension artérielle de façon chronique. Cela apparaît dans l'expérience de Vincent. Lorsqu'il a su par exemple qu'il était malade, parce qu'il ne voyait pas l'incidence de cela sur sa santé, il en a parlé principalement aux membres de son ménage. C'est aussi durant cette phase qu'il était peu observant quant au traitement. Chez Bernadette ou Jeannette, la situation était semblable tant que la maladie ne manifestait pas de symptômes incapacitants, ces acteurs sociaux n'en n'ont pas parlé à des personnes au-delà de leur cercle familial. Il est cependant possible de constater que lorsque des symptômes persistants et des limitations physiques induites par les manifestations de la maladie ont augmenté, le cercle de personnes qui ont été informés de la situation s'est agrandi. Cette information se diffuse automatiquement à travers les proches qui sont informés de la maladie, surtout lorsque la maladie provoque un épisode d'hospitalisation ou un AVC. Dans ces circonstances, la personne hypertendue a moins de contrôle sur la propagation de l'information que lorsqu'il n'y a pas de crise.

Quand il n'y a pas de crise, le facteur assez important qui pousse la personne hypertendue à informer les autres, c'est la compréhension de la maladie. Cette information est souvent reliée à la nécessité de mettre sur pied des régimes et des restrictions imposées par la maladie. Ces régimes et restrictions sont à leur tour fondés sur la compréhension de la gravité de la situation. L'on constate en effet au cours de l'analyse que les personnes qui informent le plus de gens de leur statut d'hypertendu sont essentiellement des personnes ayant eu des crises ; celles qui parlent le moins de leur maladie n'ont pas intériorisé la gravité de la maladie, ou alors n'ont pas

été victimes des complications liées à l'hypertension artérielle. Les deux extrêmes sont donc Celestine avec deux personnes informées et la mère de Claude, Pierre Marie, et Vincent, en passant par des cas intermédiaires comme ceux de Jeannette ou Bernadette qui ont été victimes de crises. À ce sujet, Bernadette qui reconnaît n'avoir pas pris au sérieux la maladie au départ, n'en parlait pas souvent à ses proches, et n'en a informé que quelques-uns. Plus la maladie se manifestait comme handicapante, plus elle en parlait autour d'elle, espérant par là même trouver une solution qu'elle voulait définitive. Et lorsqu'elle s'est rendue compte que la maladie était incurable, elle a davantage parlé de cela autour d'elle et a commencé à sensibiliser ses enfants sur les effets du sel, de l'excès d'huile, de cube. Ce changement de sa part a rencontré des résistances de la part de ses proches lorsqu'il fallait appliquer les restrictions.

Les personnes informées dans le cadre du traitement de l'hypertension artérielle sont donc des personnes les plus proches aux personnes les plus éloignées. Cela se fait donc de façon concentrique, partant des liens forts vers les liens les plus faibles. La vitesse de circulation de l'information est fonction de l'état de santé de la personne hypertendue et de la gravité de cet état.

Quand la personne hypertendue a informé les membres de son réseau social de sa maladie, il arrive qu'elle procède à une répétition de l'information auprès des personnes déjà informées. Cela se fait comme des rappels, selon le besoin de la situation. Ces rappels sont principalement effectués lorsque la personne hypertendue est confrontée au risque de rompre le régime ou alors lorsqu'elle est à risque d'être à court de médicaments. Cela peut également se produire lorsque la personne hypertendue fait face à un événement qui lui rappelle sa propre condition, comme une crise, une élévation de la personne artérielle, à la vue d'un spot publicitaire ou d'une campagne de sensibilisation. À ces moments, l'acteur social tend à rappeler son statut ou à donner des conseils à son entourage sur ce qui doit être fait en cas d'hypertension et sur ce que cet entourage doit faire pour éviter d'être malade à son tour. La répétition de l'information a donc pour fonction de créer une dynamique autour de la considération du statut malade, et aussi de sensibiliser sur la maladie.

II.2.2. Informer les autres pour être compris

La décision d'informer les autres de son statut de personne malade procède d'un mécanisme. Il y a tout d'abord des facteurs physiologiques, liés aux problèmes que pose l'hypertension dans la santé de la personne malade. Il y a aussi des mécanismes liés à la

conformité sociale et à une préservation du lien social. Dans ce second cas, l'information correspond à une logique sociale qui veut que l'action qu'une personne entreprend, le discours qu'elle tient doit être intelligible et correspondre à un discours qui s'inscrit dans un contexte compréhensible. Le langage que tient une personne qui délire ou le comportement d'une personne atteinte de psychose ou de névrose provoque une certaine incompréhension de la part de l'entourage et crée une séparation que la société, par les mécanismes de contrôle social essaient de dissiper. Une personne qui agit alors « socialement » est une personne dont les actions correspondent à des cadres et des contextes sociaux qui sont régis par des règles définissant ce qui est convenable ou non.

En agissant sans informer son entourage, la personne hypertendue peut passer aux yeux des autres comme marginale et éventuellement serait incomprise. Prendre des médicaments au quotidien, réduire la consommation de sel, de lipides et se mettre à pratiquer une activité physique régulière sans que l'entourage n'ait été informé de cette décision et des motivations qui l'animent peut créer une incompréhension et des suspicions. Pour rendre son action intelligible, la personne hypertendue doit « dire » la maladie, informer son entourage de sa présence. Cette information a pour but de démystifier et de rendre acceptable le comportement qui va être produit. Cela dit, il est donc possible de se rendre compte que l'action humaine qui est socialement acceptée comme valide n'est pas seulement celle qui est traditionnellement pratiquée, mais aussi celle qui est justifiée aux yeux de du groupe social. Ce qui explique la diffusion de cette information et le fait que cela commence par les personnes proches, c'est la volonté de se conformer à l'exigence de rendre intelligible les nouveaux comportements et partant se faire comprendre. Informer sur la maladie est un moyen de se conformer à une exigence de clarté. C'est également une injonction de la vie en commun qui permet aux autres de comprendre ce qu'il se passe et d'accepter la différence, la séparation qui se produit lorsque l'information est dissimulée et que les actions sont incohérentes aux yeux des proches.

La plupart des acteurs sociaux se sont conformés à cette exigence de rendre leur action cohérente aux yeux des autres en informant qu'ils sont malades. Cette information a participé à leur attribuer un statut de malade avec les ressources qui vont avec. Pierre Marie déclare à cet effet : « *Si je ne mange pas la nourriture parce que c'est salé, mes amis ou les gens de ma famille ne se fâchent pas, parce qu'ils savent que c'est pour mon bien, pour que je reste en santé.* » (Entretien avec Pierre Marie, hypertendu victime d'AVC, Nlongkak, 07/11/2020). Dans ces propos, il apparaît que la connaissance du statut d'hypertendu par les autres permet à la

personne hypertendue d'éviter des sanctions de la part de son entourage. Le fait d'avoir informé la famille et les amis légitime le comportement du patient et permet à son réseau social d'accepter ce qui pourrait, sans cette information, être perçu comme un affront. Pour ne pas passer pour non conforme, impoli ou désagréable, l'acteur social prend le temps d'anticiper les éventuels jugements en informant sur ce qui explique le comportement qu'il manifeste ou qu'il pourrait manifester. L'information sert donc de couverture qui assure compréhension, continuité des relations et cohérence entre ce qui est attendu de la personne hypertendue et ce que cette dernière manifeste. C'est aussi ainsi que la personne hypertendue se maintient dans les liens sociaux et conserve son intégration sociale.

II.2.3. Informer les acteurs pour être toléré

L'hypertension artérielle introduit des dysfonctionnements dans le corps de la personne hypertendue. Le traitement de cette pathologie implique de suivre des règles qui concernent au premier chef le malade. Le suivi de ce traitement implique également l'entourage des patients. Cela est particulièrement visible lorsqu'il s'agit d'acheter les médicaments ou de suivre les mesures non pharmacologiques. Ces dernières mesures impliquent la nécessité de modifier des habitudes de longue date qui servent à fluidifier les relations et les interactions au sein du groupe social. Parce que les routines sont modifiées par le traitement non pharmacologique, les personnes hypertendues doivent inventer un nouveau mode d'être ensemble qui assure en même temps son maintien au sein du groupe. Afin d'assurer cette nécessité, la diffusion de l'information sur le statut de malade par le patient hypertendu auprès de son réseau social constitue un moyen de garantir un regard favorable qui assure sa participation à la société, ainsi que sa prise en compte par les autres.

Dans son *Introduction à la sociologie générale*, Guy Rocher pose trois critères qui servent à identifier une action sociale. Le premier critère est la prise en compte de « *l'existence et du comportement des autres ; d'autre part, l'action des individus doit revêtir une signification pour les autres ; enfin, l'individu doit tenir compte de la façon dont son action perçue par les autres* ». ¹⁵⁶ Dans cette élaboration de l'essence de l'action sociale, il est possible de remarquer que pour que l'action d'une personne soit considérée comme sociale, elle doit avoir du sens pour la personne qui la pose et pour les autres acteurs qui l'observent. Pour ce qui ne semble pas doté de sens, la personne qui agit peut se servir de la communication d'une information pour rétablir le sens auprès des autres.

¹⁵⁶ Yves Alpe et al., *Lexique de sociologie*, Paris Dalloz, 4^e édition, 2013, p. 5

Lorsqu'une personne hypertendue informe les autres de son statut, c'est pour être comprise comme évoqué plus haut, mais aussi pour être acceptée et tolérée comme étant différente et pouvant produire des comportements qui vont à l'encontre des pratiques courantes chez une personne qui n'est pas malade. Cette information permet aux autres acteurs de développer un dispositif mental et social par lequel ils attribuent des droits supplémentaires aux personnes malades. Ainsi, le refus de manger un repas ou alors l'exigence d'un silence réclamé par une personne hypertendue est comprise et tolérée. S'il est vrai que ces éléments peuvent aussi être obtenus en fonction de la personnalité qui introduit la demande, la présence de l'hypertension apporte de la légitimité en plus à ces requêtes par rapport à si la personne n'est pas malade. Ce supplément de droit et la possibilité pour la personne hypertendue d'en profiter est lié à la connaissance par l'entourage du statut de malade et des exigences du traitement de la maladie. Plus un groupe social est sensibilisé sur la maladie, et intériorise les risques de celle-ci, plus il est favorable à des écarts de pratiques de la personne malade, lorsque ces écarts se justifient par le suivi du traitement.

Mais il faut préciser que ce droit supplémentaire, cette tolérance peut dépasser le cadre du traitement de la maladie. Concrètement, la personne malade peut demander un certain nombre de choses qui ne sont pas liées à la maladie ou alors produire des comportements qui ne sont pas forcément acceptables sans maladie et être tolérée. À cause de la maladie et du fait que la personne malade a communiqué à ce sujet, elle peut gagner en marge de manœuvre, et procéder à des écarts qui sont acceptés par le groupe.

Lors de l'entretien avec Pierre Marie, il déclare que ses enfants « *savent que leur père est hypertendu, donc ils pardonnent que je ne mange pas certaines nourritures.* » Il ajoute : « *Si par erreur, le sel est trop dans la nourriture, je ne vais pas manger* ». (Entretien avec Pierre Marie, hypertendu victime d'AVC, Nlongkak, 07/11/2020). Dans ce témoignage, il apparaît que la personne hypertendue peut choisir de ne pas consommer un repas cuisiné si celui-ci ne correspond pas à ses attentes. Le groupe social tolère ces refus. La raison de ces refus se trouve dans le fait qu'il est le père et donc représente une autorité, mais également par le fait qu'il a pris le soin d'informer ses proches sur sa maladie et sur ce qu'il faut faire pour que sa santé se stabilise. Le fait d'avoir communiqué sur sa condition lui a permis d'augmenter et de gagner en droits et de pouvoir en attendre plus de la part de ses proches. Ces derniers qui lui ont attribué cette marge de droits s'activent pour satisfaire les exigences liées à ses soins. Ils tolèrent ainsi plus facilement des comportements qui leur semblent inacceptables en situation de non maladie.

Cela est d'autant plus accentué que Pierre Marie a fait un AVC qui a mis la famille dans une situation de crainte pour sa vie. Depuis cette époque, « *tout le monde a peur de l'aborder, tout le monde a peur* », témoigne sa fille Stéphanie. Elle ajoute :

On évite. On évite tout cela. On sait que c'est quelqu'un qui est malade. Même quand il dit même ce qui n'a pas de sens, on sait que c'est la maladie qui fait ça. Jusque-là les séquelles sont un peu restées au niveau de sa conscience. Parfois il dit des choses qui n'ont pas de sens, on sait que c'est la maladie, on évite au maximum de le stresser, de le déranger. On évite tout cela, on évite de le stresser. On sait que si on le stresse, on sait que sa tension va encore monter. (Entretien avec Stéphanie, fille d'hypertendu victime d'AVC, Nlongkak, 22/11/2020).

À partir de ces éléments, il est possible de conclure que la diffusion de l'information par les personnes hypertendues auprès de leur entourage et l'intériorisation de la gravité de la maladie par ces derniers permet de créer des facilités pour les patients et de tolérer des comportements qui seraient sanctionnés ou moins tolérés dans une situation sans maladie ou sans communication sur la maladie.

Être malade c'est être dans une période où l'état physiologique et/ou psychologique a besoin d'une assistance supplémentaire pour être plus efficace. Cette assistance provient de ce que le patient ingère comme médicament, et aussi des comportements qu'il adopte pour recouvrer la santé. Cependant, parce que le malade est entouré dans un réseau social, il peut solliciter l'aide des autres personnes pour aller mieux. Afin de pouvoir en bénéficier, le patient informe son réseau social plus précisément ses proches. Ces services peuvent prendre la forme d'aides financières, notamment pour l'achat de médicaments, ou encore pour apporter de l'aide dans l'accomplissement de certaines tâches.

II.3. Minimiser l'ampleur de la maladie comme expression de la volonté de participation

Entrer en possession des informations relatives à l'hypertension artérielle permet à l'acteur social hypertendu désireux de suivre son traitement d'adapter ses conduites. L'information sur la maladie peut également être réinterprétée par les acteurs sociaux. Ces derniers peuvent donc revoir le risque que l'hypertension fait peser sur leur santé à la hausse ou à la baisse. Dans certains cas, et surtout lorsque la maladie n'a pas encore eu d'effets visibles ou handicapants, les acteurs sociaux quoique parfois sous traitement, minimisent la gravité de la maladie qui les touche. Cela se traduit dans les discours et également dans les pratiques. C'est ainsi que certains acteurs sociaux prennent les médicaments sans discipline ou alors ne respectent pas

scrupuleusement les prescriptions non pharmacologiques. Ce comportement est, au-delà de l'oubli ou la négligence, une expression de la volonté de continuer à participer aux activités antérieures à la maladie.

Sachant qu'une santé fragile peut être associée à une incapacité, les acteurs sociaux qui n'ont pas encore de symptômes ou de crises liées à l'hypertension préfèrent se dire que la maladie n'est pas aussi grave qu'on leur dit. Cette attribution de non-gravité repose sur le désir qu'ils ont de se présenter aux autres, de se représenter à eux-mêmes comme valides, comme des personnes sur lesquelles le groupe peut continuer de compter. Par ce mécanisme psychologique, ils se convainquent et convainquent les autres qu'ils n'ont pas besoin d'être étiquetés comme malades. Ils font alors l'effort de ne pas parler de la maladie, de participer aux activités des différentes sphères sociales telles que la famille, le milieu professionnel, associatif, sans faire allusion à la fragilité de leur condition dont a parlé le médecin.

Derrière cette stratégie s'exprime la volonté de rester attaché au groupe social à travers l'activité. C'est donc un désir de rester lié et intégré dans le déroulement de l'activité sociale qui cause la naissance et l'entretien de ces attitudes dont découlent certains comportements. L'intégration sociale, le fait de participer à quelque chose de tisser et de conserver les liens sont donc des besoins que les acteurs sociaux expriment à travers le fait d'attribuer moins de virulence à une maladie que les spécialistes n'en font.

III. Les arts de la politesse et l'intégration sociale des personnes hypertendues

Dans la vie courante, il existe diverses situations qui peuvent se produire et causer des incidences sur les relations sociales. Lorsqu'un accident de la circulation se produit ou lorsqu'une offense est créée, la relation entre les parties en présence peut rapidement se dégrader. Ces circonstances sont assez flagrantes et peuvent apparaître comme sources de conflits. Mais ce ne sont pas seulement les événements spectaculaires, au sens qu'ils se déroulent devant une grande foule, qui peuvent entraîner des colères, parfois intériorisées qui influencent la suite des interactions et même la qualité et la nature de la relation entre des acteurs sociaux. Cette idée se trouve de manière sous-jacente dans les déclarations des acteurs sociaux, notamment celle de Pierre Marie lorsqu'il dit que ses proches (amis et famille) ne se « *fâchent* » pas quand il ne mange pas leur repas sous prétexte d'hypertension artérielle.

Cette affirmation suppose que dans le contrat tacite qui lie les individus, il existe des manières de faire, des convenances, de la politesse qu'il convient de respecter lorsque l'on tient à

conserver une relation favorable avec les autres. Elle indique aussi que ces conventions et pratiques s'appliquent à l'alimentation des acteurs sociaux. Ainsi, la décision de consommer ou non un repas correspond à un ensemble de conditions socialement définies dans les convenances en cours dans un groupe social caractérisé par des normes, des pratiques et des valeurs. Dans le cas de Pierre Marie, et ainsi qu'il l'indique, ce qui lui a permis d'échapper aux éventuelles sanctions et à la réprobation de son refus de consommer une nourriture qui va à l'encontre de sa santé est justement sa situation d'hypertendu. La maladie pouvait être une cause de rupture et de séparation, devient le moment du renforcement de la solidarité et l'expression de l'attachement réciproque entre l'acteur social et le groupe social. Cependant, pour parvenir à cet « équilibre » entre le respect des attentes médicales en termes de soins et respect des attentes sociales en termes d'usages, de convenances et de pratiques, les acteurs sociaux qui veulent conserver le lien et garantir leur intégration sociale doivent montrer leur capacité à modifier leurs habitudes tout en restant conformes aux attentes des groupes auxquels ils sont inscrits.

III.1. L'art de refuser un repas

Refuser un repas tout en présentant des raisons acceptables par le groupe démontre de la capacité de l'acteur social à comprendre les codes sociaux et à s'en servir lors de situations appropriées.

III.1.1. « Faire l'appétit »

Cette stratégie de préservation du lien social est utilisée par les personnes hypertendues pour réussir à suivre leur traitement sans toutefois passer pour des personnes marginales. Les différentes prescriptions non pharmacologiques relatives à l'alimentation leur imposent de réduire la consommation de sodium et de lipides notamment. Si dans la famille, des dispositions sont en général prises pour appliquer cette recommandation, ce n'est pas toujours le cas dans les autres environnements sociaux. Lors d'une visite chez des amis, les personnes hypertendues sont souvent confrontées à des propositions de repas lorsqu'ils arrivent. Cela est le cas particulièrement lorsque la personne arrive et que sa présence coïncide avec l'heure du repas. En général, les personnes hôtes ne cuisinent pas en tenant compte de la venue des personnes hypertendues, surtout lorsque ces dernières arrivent à l'improviste.

Pour faire face à ce moment sans offenser l'hôte, la personne malade entreprend de « faire l'appétit ». Derrière cette expression qui revêt le caractère d'une stratégie d'intégration, se trouve une réalité qui a cours dans la société camerounaise. Le mot « appétit » renvoie dans son sens

dénoté à l'envie de manger qui n'a pas forcément trait à la famine ; il s'agit plutôt du plaisir et de l'enthousiasme avec lequel l'acteur social peut consommer le repas. « Appétit », c'est également une formule de politesse qui est utilisée par les autres acteurs sociaux pour souhaiter que le repas soit agréable aux papilles de la personne qui le mange. Dans ce sens, on le retrouve également sous la forme d'une expression courante, « bon appétit », expression à laquelle la personne qui reçoit le souhait est censée répondre, selon le code convenu, par « merci ».

Lorsque les acteurs sociaux parlent de « faire l'appétit », c'est dans l'esprit de souhaiter « bon repas » au consommateur. Mais dans « faire l'appétit », il y a « faire » qui indique une action. Ce n'est donc pas seulement un souhait, mais également une action. Cette action est exécutée par la personne qui fait l'appétit et qui, ce faisant, le souhaite à son vis-à-vis. « Faire l'appétit » consiste pratiquement à prendre part à un repas sans avoir l'intention de manger à satiété. Cette action correspond plutôt à un acte de politesse par lequel la personne qui la pose souhaite bon appétit à l'autre, en l'accompagnant avec quelques bouchées, juste pour indiquer que l'on souhaite que le repas plaise.

Pour ce faire, l'acteur social dispose de deux modalités. La première, consiste à se servir une petite quantité de nourriture dans sa propre assiette et de la manger. Avant de procéder à cette pratique, la personne qui souhaite faire l'appétit doit déclarer son intention à l'endroit de l'hôte, comme une forme d'annonce de ce qui va être fait¹⁵⁷. Les expressions souvent utilisées à ces occasions sont : « *Je ne vais pas beaucoup manger, je vais seulement faire l'appétit* » ou encore « *je vais seulement faire l'appétit* ». La prononciation de ces formules indique à l'autre acteur social présent que le repas sera servi en petite quantité et que cela ne doit pas choquer celui qui offre le repas. C'est ainsi que l'appétit passe dans les relations sociales comme une modalité acceptable pour une personne qui ne veut pas consommer un repas, et entre dans la catégorie des arts de refuser un repas.

Les personnes hypertendues qui se servent de cette technique parviennent alors à refuser de consommer des repas qui ne conviennent pas à leur traitement. L'idée derrière cette stratégie est de ne pas ingérer du sodium ou des lipides en excès, ce qui participe à augmenter la pression artérielle. Ce faisant, les acteurs sociaux gardent une certaine politesse vis-à-vis des autres. Cette politesse est un moyen de conserver les relations sociales, de les entretenir et de s'assurer le

¹⁵⁷ Il convient toutefois de préciser que l'obligation d'annoncer qu'on va faire l'appétit n'est pas stricte lorsque la personne hypertendue choisit de pratiquer cela, notamment lorsqu'elle est dans une foule lors d'une fête notamment, ou personne ne veillera particulièrement à la quantité de repas qu'elle prend. Elle peut donc discrètement en petite quantité pour remplir la formalité sans avoir à annoncer qu'elle va juste faire l'appétit.

maintien du lien social qui garantit l'intégration sociale. Plusieurs acteurs sociaux se servent de cette stratégie pour éviter de consommer des repas non conformes au traitement non pharmacologique. Le premier acteur qui y a fait allusion était également le premier enquêté rencontré lors de cette étude, à savoir Pierre Marie. Il affirme :

Si j'arrive quelque part où on me propose une nourriture qui a trop d'huile ou trop de sel, je fais l'appétit. Je ne suis pas obligé de manger jusqu'à me rassasier. Je prends un peu et je mange. [...] C'est en mangeant tout le temps ce qu'on interdit que la maladie est dangereuse. Manger un peu de temps en temps ne dérange pas.

Il déclare plus loin dans l'entretien :

Si par erreur le sel est trop dans la nourriture, je ne vais pas manger, je peux encore faire l'appétit. Mais sinon [lorsque cela se produit à la maison] j'ai mon pain complet au frigo. C'est un pain fade, ça n'a même pas de goût. Ils ne mettent rien dedans. C'est très bon pour les personnes hypertendues. (Entretien avec Pierre Marie, hypertendu victime d'AVC, Nlongkak, 07/11/2020).

III.1.2. « J'ai déjà mangé »

Dans le jeu d'équilibre entre respect des exigences diététiques et conservation du lien social et travail d'intégration sociale, les acteurs sociaux hypertendus jouent de diverses stratégies. Parmi celles-ci figure la technique de « j'ai déjà mangé ». Cette phrase est prononcée par les acteurs sociaux lorsqu'ils désirent refuser un repas qui leur est proposé. Le refus ici entre dans une volonté de politesse dont les acteurs peuvent jouer. La prononciation de cette phrase ne signifie donc pas ce qui est dit, mais ce qui veut être évité. Il peut donc arriver que la personne soit affamée et n'ait rien mangé, mais au vu des mets qui sont présentés et avec la volonté de conserver une bonne relation avec l'hôte, elle se sert de cette manière polie de refuser le repas. Cette technique permet de conserver la relation et de ne pas offenser l'autre par un refus trop direct, ou encore d'éviter de devoir s'expliquer sur les raisons du refus et partant sur la maladie que l'autre ne comprend pas toujours.

Lorsque les acteurs sociaux se servent de cette stratégie sont conscients des prescriptions médicales et des risques que peuvent représenter des aliments non recommandés pour leur santé. Le refus n'est donc pas dans une logique de refuser un repas qu'ils n'apprécient pas, mais de contrôler ce qu'ils ingèrent. Cette technique est notamment utilisée par Jeannette qui décrit son expérience en ces termes : « parfois, je trouve les excuses pour ne pas manger. Tu peux par exemple t'éclipser au moment de manger, ou si tu sens que tu ne dois pas encore partir, tu peux dire que tu as déjà mangé. Mais c'est vrai que c'est parfois dur à faire à cause de la

gourmandise. » (Entretien avec Jeannette, hypertendue, Mimboman, 15/11/2020). Il apparaît clairement dans les propos ci-dessus que c'est en toute conscience que les acteurs déclinent l'invitation à manger lors des visites. Le fait de dire « *j'ai déjà mangé* » ne correspond pas toujours à la réalité. C'est un artifice utilisé pour que l'hôte ne se sente pas offensé.

Un autre élément qui ressort des propos de Jeannette est que face à la nourriture qui n'est pas conforme aux exigences médicales, elle choisit de s'éclipser. De manière pratique, cela signifie que lorsqu'elle discerne que le repas est sur le point d'être servi, elle peut s'en aller avant, afin d'éviter d'avoir à manger ce qu'elle présume n'étant pas favorable à sa santé. Ce que cela révèle des rapports entre les personnes hypertendues et le reste du réseau social. D'emblée, celles-ci savent que la restauration en commun est potentiellement source de conflit, du fait de la différence de normes ayant cours entre les différents acteurs. Ce conflit est donc présent dans l'esprit des personnes hypertendues qui peuvent l'anticiper comme Jeannette en se retirant avant que toutes les conditions de sa manifestation explicite ne soient réunies.

Ce qui ressort également de ces propos, c'est que l'acteur hypertendu n'a pas informé son hôte de son état de santé à l'avance. Une discussion n'est donc pas évidente à envisager sur cette base. Jeannette, plutôt que de parler de son état de santé, préfère éviter l'embarras et s'éclipser. Dans sa famille où ses proches savent qu'elle est hypertendue, elle ne s'éclipse pas, parce que ceux-ci sont informés de sa maladie. C'est donc principalement avec les acteurs qui ne font pas partie de son entourage immédiat que ce comportement est manifesté.

Vers la fin des propos de Jeannette cités ci-dessus, il apparaît que le prétexte « *j'ai déjà mangé* » intervient lorsqu'elle n'est pas encore sur le point de s'en aller ou si elle n'a pas pu « s'éclipser » avant que la nourriture ne soit servie. Chez elle, cette stratégie est utilisée en dernier recours, quand le conflit entre les normes thérapeutiques et les normes sociales au sujet de l'alimentation est sur le point de se manifester. L'excuse donnée ici vise à couvrir ce conflit et à conserver des relations polies avec l'hôte.

III.1.3. Goûter le repas

Une autre stratégie utilisée pour refuser de consommer un repas qui ne respecte pas les exigences du traitement consiste à goûter le repas. Cette méthode est semblable à bien des égards à celle qui consiste à faire l'appétit. Ici, la personne hypertendue qui veut refuser un repas choisit de prendre une petite quantité de nourriture dans son assiette, plutôt que de la remplir. Elle diffère de faire l'appétit en ce que les formules verbales qui sont utilisées sont moins

formalisées. Dans ce cas, l'acteur social peut simplement se servir sans avoir besoin de justifier son choix de ne pas prendre beaucoup de nourriture. Il évite ainsi de froisser l'hôte et réduit la quantité qu'il consomme. L'argument et l'idée derrière cette pratique est de « manger sans manger », c'est de satisfaire celui qui offre tout en préservant sa santé.

Cette pratique n'est pas exclusivement réservée aux situations d'hypertension. Elle peut être utilisée pour décliner poliment diverses invitations lorsqu'il s'agit de s'alimenter, et ce, pour diverses raisons. Lorsqu'une personne hypertendue use de cette méthode, elle puise en fait dans une réserve de pratiques, de codes et d'usages que la socialisation met à leur disposition. Il est donc possible de constater que les stratégies mises sur pied par les acteurs sociaux ne sont pas toujours des innovations mais plutôt des adaptations, des appropriations d'un ensemble de ressources acquises au sein de la société et intériorisées par l'individu. Elles refont surface à l'occasion de certaines circonstances et sont utilisées pour justifier et faire valider un ensemble de pratiques.

Goûter le repas est une stratégie qui est davantage utilisée lorsque la personne hypertendue ne veut pas s'expliquer ou s'excuser. Certaines circonstances s'y prêtent plus que d'autres. Alors que chez un hôte, les acteurs sociaux hypertendus auront tendance à « faire l'appétit », ils préfèrent parler de goûter le repas à l'occasion de grandes cérémonies où ils peuvent se confondre dans la foule. C'est notamment le cas lors des fêtes. Lors de type ce d'événement, la présence simultanée de plusieurs autres invités fait que les personnes hypertendues peuvent se rendre invisibles, et n'avoir pas à se justifier de la quantité de nourriture consommée. Au moment de s'alimenter, elles prennent juste la quantité de nourriture qu'elles estiment nécessaire pour ne pas influencer leur santé comme le témoigne Jeanne :

Non, le problème c'est que... je parle un peu de... si c'est pour une réception, n'est-ce pas, la réception générale qu'il y a beaucoup de gens, je ne crois pas qu'il me contrôle sur mon manger et boire. Je prends ce qui me convient. Nous prenons ce qui nous convient, là il n'y a pas de problèmes. (Entretien avec Jeanne, femme d'hypertendu, Nlongkak, 27/11/2020).

Cette pratique a également cours lorsqu'il s'agit d'événements au sein d'association qui incluent un repas. Les aliments à ces occasions ne tiennent généralement pas compte de la spécificité des personnes sous régime en général et des personnes hypertendues en particulier. Cela est attesté par l'observation directe et aussi par les enquêtés rencontrés au cours de la collecte des données. À ce sujet, et selon Jeannette : « *Ils ne connaissent pas les personnes hypertendues* ». Elle indique par-là que les personnes en charge des repas lors des fêtes et

regroupements d'association qu'elle fréquente proposent des mets qui ne tiennent pas compte des exigences du régime diététique des personnes hypertendues. Stéphanie, fille de Pierre Marie, témoigne aussi que lors des réceptions, les cuisiniers ne tiennent pas compte du besoin spécifique des personnes hypertendues :

On ne tient pas compte de lui quand on fait les buffets. On ne tient pas compte de mon père. On ne tient pas compte de lui. Parce qu'on se dit qu'une fois en passant, c'est pas tuant. Si dans un mois, il mange une fois le sel, c'est pas ça qui va le tuer. Il mange, il mange, on ne tient pas compte de lui, parce que ce n'est pas tous les jours qu'on fait des fêtes, qu'on fait machin ; c'est pas tous les jours qu'on mange. On se dit que s'il mange une fois en passant, vu qu'il ne prend pas déjà l'alcool, s'il mange seulement ça, ce n'est pas ça qui va le tuer. Bon, on se dit comme ça et on lui sert à manger. (Entretien avec Stéphanie, fille d'hypertendu victime d'AVC, Nlongkak, 22/11/2020).

Cette idée d'une fois en passant correspond au fait que les acteurs sociaux hypertendus et leur entourage s'autorisent quelques écarts aux prescriptions alimentaires qui sont données par le médecin. Cela fait écho à ce que Pierre Marie affirme lorsqu'il dit que manger un peu de temps en temps ne dérange pas.

Le recours à la stratégie de goûter le repas a pour but de réduire les différences entre les personnes hypertendues et les autres acteurs sociaux. Cette pratique permet de construire un monde de relations dans lequel les aspects originaux et distinctifs sont fondus au cours de l'interaction. Ce faisant, les acteurs sociaux expriment une fois de plus leur volonté de conserver le lien, leur désir de normalité et de conformité. Les signes distinctifs du traitement sont ainsi estompés au profit d'une forme de consensus qui favorise la conservation de liens sociaux et l'intégration sociale.

III.2. L'art d'innover dans les repas pour être intégré

Le repas est un moment clé de la vie humaine, en ce qu'il participe au maintien de la vie et à la préservation de l'espèce. Dans le cadre de la lutte contre l'hypertension artérielle, le repas est également un enjeu de santé pour la personne malade et pour le maintien des relations sociales. Pour faire face à cette double exigence, certains acteurs sociaux choisissent de produire des comportements innovants. Cela leur permet soit de soigner la maladie ou de renforcer le lien social avec les autres membres du groupe, ou encore, quand c'est possible, de concilier les deux.

III.2.1. L'art de choisir ses repas

Deux types de comportements sont identifiables à ce niveau. Les acteurs sociaux qui optent pour cette stratégie cherchent à conserver une bonne santé en choisissant ce qu'ils vont consommer et qui n'aura pas d'impact négatif sur leur santé.

III.2.1.1. Consommer des crudités

Cette modalité est pratiquée par les acteurs sociaux qui se trouvent dans les milieux publics, où la nourriture ne répond pas toujours aux exigences de traitement de l'hypertension artérielle dans la pratique, lorsqu'un acteur social qui tient à ne pas consommer de sel, de cube ou de lipides use de cette stratégie, il profite de la multitude de mets qui sont proposés pour s'alimenter tout en évitant les repas qui peuvent être délétères pour sa santé.

Ce comportement est particulièrement visible lors de fêtes et cérémonies au cours desquelles plusieurs types de mets sont proposés. Lors des cérémonies, une observation a été faite : il y a souvent des « crudités » qui sont présentées aux convives. Ils consistent en du chou, de la laitue, des fruits ou des salades de diverses compositions, des « macédoines » entre autres.¹⁵⁸ Le fait qu'ils soient présents sur la table de service est une offre pour les différents invités, mais aussi une opportunité pour les personnes hypertendues.

Les patients hypertendus qui veulent respecter le régime alimentaire se servent de la présence de ces crudités pour limiter la consommation d'ingrédients proscrits par le médecin. C'est ainsi que plusieurs acteurs sociaux ont déclaré utiliser les « crudités » comme moyen de s'alimenter à une fête ou à un rassemblement sans augmenter le risque de santé lié à leur non prise en compte par les cuisiniers et organisateurs de leur présence à la fête. Pierre Marie, Jeannette, Bernadette et bien d'autres ont recours à cette stratégie pour préserver leur santé. En choisissant de recourir à cette méthode, les patients hypertendus travaillent à lutter contre l'hypertension. Pierre Marie affirme que lors de fêtes, quand il n'a pas la possibilité de « *faire l'appétit* », il peut prendre du pain et de la salade, et ne consomme pas d'alcool, mais uniquement de l'eau. Ce pain à la salade, c'est du pain qu'il associe à de la laitue, du chou râpé à la vinaigrette par exemple. C'est de cela qu'il se nourrit quand il est invité à une réception et qu'arrive son tour de se servir. En faisant ainsi, il considère qu'il peut manger sans mettre sa santé en danger.

¹⁵⁸ Ces aliments qui servent soit d'entrée ou de dessert dans le cadre des festins sont appelés par les acteurs sociaux sous le terme de « crudités ».

Jeannette avoue qu'elle est un peu négligente et gourmande. Elle affirme néanmoins faire de temps en temps l'effort de choisir des crudités « *quand il y en a* » lors des événements où elle est conviée. Ce comportement lui permet de conserver une bonne conscience et de s'alimenter sans avoir besoin d'augmenter ses risques d'élévation de la pression artérielle. Elle choisit alors des fruits et des salades à l'occasion des cérémonies organisées par les associations auxquelles elle participe et dont elle est membre.

Derrière ce choix de chou, salade et fruits, les acteurs sociaux hypertendus participent à une mise en scène de leur présence dans ces événements. Afin de ne pas paraître différents ou alors de ne pas se poser comme des personnes qui boudent le repas, ils choisissent ces crudités qui sont, selon eux, à la fois moins caloriques et plus conformes à leur régime alimentaire de patients hypertendus. « Comme tout le monde », ils se lèvent quand arrive leur tour de se servir ; « comme tout le monde », ils se servent au niveau de la table ; « comme tout le monde », ils mangent. Pourtant, ce qu'ils choisissent est rationnellement calculé et ils ne mangent pas toujours ce que les autres mangent. Quand ils choisissent de ne pas « négliger » et de ne pas être « gourmands », les acteurs sociaux hypertendus sacrifient à tous les rituels afin d'être conformes aux attentes des autres. Ils procèdent cependant à une différenciation subtile en choisissant ce qu'ils vont consommer, en quantité et en qualité, afin de ne pas aggraver leur état de santé. Le but est donc de paraître le plus normal possible tout en introduisant dans leurs décisions des choix alimentaires, des spécificités qui ne vont pas paraître aux yeux du reste des acteurs comme un refus de consommer le repas que les autres consomment.

La présence de fruits, de salades et autres aliments qui servent de plats d'entrée ou de dessert sert de moyen pour les personnes hypertendues pour s'alimenter en public sans être identifiées comme des personnes malades. Derrière ces aliments offerts à tous se trouve un usage détourné qui participe à garantir la santé et la préservation de liens sociaux avec le reste des acteurs sociaux. Les personnes hypertendues choisissent donc de venir aux fêtes lorsque cela est possible, de s'alimenter avec les autres, de participer aux mêmes lieux et aux mêmes événements, tout en développant des stratégies pour assurer discrètement leur santé. Cela indique leur volonté de rester attachées, intégrées dans les cercles et milieux dans lesquels elles sont déjà introduites et de continuer à conserver des liens auxquels elles tiennent.

D'autres personnes hypertendues n'attendent pas de se rendre dans des cérémonies avec buffet pour s'alimenter grâce à des crudités lorsqu'ils sont hors de leur cadre familial. C'est le cas d'Angeline. Elle a choisi de prendre la maladie au sérieux en consommant principalement

des crudités lorsqu'elle est dans un environnement qui ne propose que des mets qui ne lui sont pas recommandés : « *Quand je ne suis pas à la maison, j'essaie de m'accommoder en fonction du contexte. Parfois j'achète, je passe les commandes, on vient me livrer. [Et le sel ?] Non, d'habitude je mange plus de crudités. Je mange plus de crudités.* » (Entretien avec Angeline, hypertendue, Tsinga, association ACADIAH, 17/06/2021). Cette affirmation montre que si elle peut se permettre des écarts aux prescriptions relatives à la prise en charge de la maladie, elle se rassure fréquemment de consommer ce qui a, selon elle, le moins de probabilité de contenir du sel, à savoir les crudités.

III.2.1.2. Choisir ses mets lors des cérémonies et sorties

Le choix des crudités lors des fêtes et cérémonies avec collation n'est pas la seule stratégie de participation et de conservation des liens sociaux. Les personnes hypertendues qui ne peuvent pas trouver ces aliments dans un menu choisissent des alternatives qu'elles jugent les moins néfastes pour leur santé. C'est ainsi que lorsqu'il y a plusieurs choix, ces acteurs sociaux vont souvent, lorsqu'elles le décident, se tourner vers des alternatives jugées moins délétères pour leur santé. Cela peut se manifester par le fait de choisir des légumes et des ignames plutôt que du taro à la sauce jaune par exemple. Ce choix qui peut paraître simple aux yeux des autres acteurs sociaux présents à la fête est en fait un moyen de préserver la santé tout en restant en relation avec les autres. Plutôt que de ne rien manger sous peine d'être identifié et éventuellement de devoir répondre à des questions sur leur comportement, les acteurs sociaux hypertendus prennent le temps d'observer ce qui est proposé au menu et de choisir les mets qui, selon eux, conviennent à leur santé. Les tubercules sont souvent privilégiés dans ce cas.

Par ailleurs, parce qu'il n'est pas souvent possible de goûter pour savoir ce qui est le moins salé, les personnes hypertendues se fient à leur organe de la vue et privilégient les repas qui ont l'aspect le moins gras possible. Ils choisissent également en plus des tubercules (igname, manioc et autres) de la viande frite, du poisson ou des bouillons lorsqu'il y en a. Cela leur permet de participer au repas et d'avoir quelque chose dans leur assiette au moment de manger, et ainsi, de ne pas paraître différents.

André témoigne et est conscient du fait que dans les cérémonies, fêtes et autres événements, les repas qui sont proposés sont souvent inadaptés pour les personnes qui suivent un régime hyposodé. C'est la raison pour laquelle il est sélectif quand il arrive dans ce genre d'événements :

Moi je ne mange pas. Généralement, les repas de dehors, qu'est-ce qu'on fait ? Je préfère me porter généralement sur les grillades. Généralement les sauces, les sauces, les gens mettent, les gens pensent qu'ils vont donner un goût prononcé, ils utilisent beaucoup plus le cube dans les sauces. Moi je ne mange pas. Quand je suis dans les trucs [événements] je mange seulement les... tout ce qui est sec. (Entretien avec André, hypertendu, Tsinga, association ACADIAH, 15/06/2021).

Bernadette fait partie de ceux qui utilisent la stratégie décrite ci-dessus lors des événements :

Maintenant quand je pars dans les réunions je mange. Mais seulement, je ne peux pas manger comme les gens disent « mets-moi l'huile » là. S'il y a peut-être le plantain, je vais prendre le plantain avec un morceau de viande. C'est un peu sec-sec. Tu vois non, je ne peux pas prendre, boire l'huile parce que moi-même je sais que pour mon corps ce n'est pas bien. À la maison, je peux faire mon huile d'olive avec les œufs. D'ailleurs ici je peux faire mon huile d'olive. Mais si je mange peut-être une fois pendant une semaine, ce n'est pas tuant. Peut-être quand je sors comme tu dis les réunions là. Parce qu'avant je faisais les régimes que même quand je partais au deuil je ne mangeais pas, la viande, je prenais mon poulet sec-sec. [...] Je ne mange pas, à la fête je peux manger un morceau de poulet sec, la chair. Je ne sais pas. Ou alors quoi ? Puisque les plantains, je ne pouvais pas manger les plantains. Il fallait manger beaucoup de fruits les légumes tout ça là. Même quand je voyais les légumes avec trop d'huile, je ne mangeais pas. Donc je pouvais manger peut-être un morceau d'igname si je vois, peut-être avec un morceau de poulet. Les trucs comme le taro je ne pouvais même pas tenter de manger. Les pilés, je ne regardais même pas. Donc je pouvais seulement peut-être, s'il faut me servir... et même le jus je ne buvais pas, puisqu'il faut boire beaucoup d'eau. Je ne buvais pas la bière. Jusqu'aujourd'hui je ne bois pas trop, je ne connais pas boire trop. Je peux boire une bouteille de bière en deux jours : j'ouvre je bois aujourd'hui, je finis demain, et je fais encore même trois semaines sans boire. Je ne connais pas boire beaucoup. Puisque quand tu connais que quelque chose pose les problèmes dans ton corps, toi-même tu évites. Donc à la réunion, ce n'est pas chaque jour, peut-être une fois par mois, ou pendant quelques rares fois. Donc je ne peux pas me faire sentir autrement. Il peut avoir peut-être les tripes, je prends un morceau de tripes parce que ce n'est pas gras. Oui, avec un morceau d'igname, peut-être je prends une bouteille d'eau ou un petit jus, je bois un peu, je laisse le reste. (Entretien avec Bernadette, hypertendue, Nkolbisson, 25/11/2020).

Jacqueline quant à elle utilise une méthode qui lui permet de prendre soin de s'alimenter quand elle sort, tout en respectant le régime alimentaire prescrit. Cela lui permet de conserver ses liens et son intégration dans les divers groupes sociaux auxquels elle appartient : « *comme j'ai perdu mon père lundi, je suis parti là-bas enterrer mardi et je suis rentré dans la nuit d'hier [mercredi], je pars, je mets ma nourriture dans mon sac, ma nourriture à moi. [...] Je porte ma banane si je sais que... ou alors je choisis ce que je peux manger.* » (Entretien avec Jacqueline, hypertendue victime d'AVC, Tsinga, association ACADIAH, 11/06/2021).

Jacqueline ajoute :

Bien sûr ! Pour manger... oui, il y a un problème de sel, quand une nourriture a beaucoup de sel je ne peux pas la manger. Je ne vais pas la manger. Parfois si c'est le poisson, je peux amener à la maison, je fais une sauce maintenant je mets le poisson. Je fais une sauce parce que là ça va absorber. Quand tu mets ça absorbe le sel. Donc euh, ma nourriture, à la fête, je fais beaucoup de distinctions. (Entretien avec Jacqueline, hypertendue victime d'AVC, Tsinga, association ACADIAH, 11/06/2021).

André a pris conscience des risques que certains repas peuvent avoir sur sa santé. Désormais lors des cérémonies, il respecte une ligne de conduite qui est censée préserver sa santé : *« Quand vous êtes invités, vous savez ce que vous allez manger là-bas. Si on vous sert, on fait un repas, vous savez ce que vous devez manger. Vous avez déjà une ligne de conduite que vous observez même étant chez vous. Vous savez ce que vous ne mangez pas. »* (Entretien avec André, hypertendu, Tsinga, association ACADIAH, 15/06/2021).

Il en est de même pour Jeanne qui déclare que lorsque son mari et elle se rendent dans des cérémonies, ils préfèrent *« par exemple des crudités, des crudités, comme lui, il en prend, les légumes. Et si c'est le poulet qu'on prend, on prend la chair, par exemple, la poitrine. Les pistaches aussi, s'il y a les mets de pistache. »*

Myriam trouve aussi des astuces pour ne pas manger trop salé ou gras quand elle se rend à des cérémonies, comme le témoigne sa fille Christiane : *« Il y a des fois elle ne mange pas. »* Gustave Théodore quant à lui a choisi de moins s'alimenter lorsqu'il est hors de chez lui. Lorsqu'il se rend dans des cérémonies, il contrôle ce qu'il va consommer : *« je mange moins dehors. Ce n'est que quand on est obligé, à un mariage, tu ne vas pas... Et là, moi je choisis les mets que je vois qui convient. [sic] »* (Entretien avec Gustave Théodore, hypertendu victime d'AVC, Tsinga, association ACADIAH, 15/06/2021).

Les différents témoignages qui précèdent indiquent que les personnes hypertendues ne se limitent pas à connaître leur statut d'hypertendu. Elles sont conscientes des catégories d'aliments à éviter pour aggraver la maladie. Cette intériorisation des normes et leur adaptation à la complexité de la réalité sociale participe des stratégies développées par les personnes malades pour s'assurer de garder un équilibre entre les prescriptions et les pratiques. Ainsi, plutôt que de s'isoler et de se limiter à la sphère familiale qui est plus fréquemment au courant de la maladie, les patients hypertendus continuent à développer des relations et à entretenir leurs réseaux sociaux en se fondant sur la connaissance qu'ils ont de la maladie et des groupes dans lesquels ils progressent. Dans les divers propos rapportés ci-dessus, le conflit entre les besoins des personnes hypertendues et les pratiques présentes dans les groupes sociaux sont observables. C'est

l'existence de ce conflit qui est anticipé par les acteurs sociaux lorsqu'ils se préparent par avance à choisir leurs mets lors des événements auxquels ils sont conviés.

III.2.2. Créer de nouvelles façons d'assaisonner les repas

La personne hypertendue a pour devoir de limiter sa consommation de certains ingrédients dans les repas. Cette exigence a pour but de réduire son risque cardiovasculaire et vasculaire cérébral. Pour y parvenir, elle doit réduire ses quantités de sel, de cube et de lipides notamment. Cette réduction apporte un changement de goût dans les repas qui étaient cuisinés auparavant. Il faut donc s'habituer à nouveau à des saveurs que les acteurs sociaux n'ont pas connues. À la première tentative, c'est toujours le dépaysement, la surprise et le sentiment que quelque chose manque, que quelque chose ne va pas. C'est la raison pour laquelle certains comme le père de Leticia s'était exclamé en se demandant s'il « *va s'en sortir* » face à la fadeur d'un repas sans sel. Cette surprise pousse les acteurs sociaux à trouver des moyens pour créer des repas plus acceptables ou moins éloignés de leurs standards culinaires et gustatifs habituels. C'est ainsi que quelques innovations ont pu être observées, celles-ci allant dans le sens de rendre moins différent le goût du repas.

III.2.2.1. Réduire les ingrédients

Afin de continuer à consommer des repas reconnaissables à la bouche, les acteurs sociaux optent pour la réduction des ingrédients plutôt que de les supprimer. Cette réduction vise à rapprocher au maximum du goût auquel l'acteur social s'est habitué. En se servant de cette méthode pour cuisiner les repas, les acteurs sociaux continuent à ajouter du sel, du cube et des lipides tout en limitant les quantités à des niveaux plus réduits que par le passé. Le repas n'a certes pas exactement la même saveur, et n'est pas assaisonné de la même manière que par le passé, mais il y a au moins le goût des ingrédients.

Il convient de préciser que cette pratique correspond aux prescriptions médicales la plupart du temps. Les médecins parlent en effet le plus souvent de réduire la consommation de sel et de lipides, et aussi d'éliminer la consommation de cube même si cette dernière prescription est relativement respectée par les acteurs sociaux. Lorsqu'un acteur social respecte ces prescriptions, il est possible qu'il consomme les mêmes repas que ses proches qui ne sont pas hypertendus. Il revient souvent à ces proches d'ajouter un peu plus d'assaisonnement sur leur repas avant de le consommer. Cette manière de faire évite de cuisiner deux types de repas distincts, de « manger la même chose ».

Dans certaines circonstances, notamment lorsque la personne hypertendue est victime d'un AVC et s'alimente dans un régime sans sel ni lipides notamment, les repas qu'elle consomme sont différents, et sont cuisinés à part, de sorte qu'elle ne consomme pas la même chose que les autres. Cette stratégie se produit surtout lorsque la personne malade est jugée en phase de fragilité. Cela peut se produire par exemple lorsqu'elle vient de faire un AVC ou lorsqu'elle est encore hospitalisée suite à une crise. À ces occasions, les quantités d'ingrédients à limiter tels que le sel ou l'huile sont réduites au maximum.

III.2.2.2. Créer de nouvelles recettes

Pour réussir à donner une saveur au repas qui soit acceptable par tous, les personnes hypertendues et leurs proches développent des astuces qui leur permettent de toujours se rassembler au moment du repas. Les personnes hypertendues, les groupes sociaux et particulièrement les familles sont à la recherche d'un compromis entre ce que peut consommer la personne malade et ce qui peut être supporté par le reste de la famille. Cette quête d'équilibre indique en fait une volonté d'uniformiser les pratiques alternatives et de limiter le sentiment de différence entre les uns et les autres.

Si dans certains cas, la personne hypertendue consent à consommer des repas sans tenir compte des restrictions imposées par la médecine afin de limiter ce sentiment de différence, dans d'autre cas, les acteurs sociaux créent de nouvelles manières de cuisiner pour rendre un repas avec des niveaux de sel et de cube acceptables pour tout le reste de la famille. C'est cette option qu'a choisi Jeannette. En plus du poste qu'elle occupe dans une entreprise à Yaoundé, elle est mariée et mère d'enfants. Hypertendue depuis plusieurs années, elle a choisi de suivre le régime alimentaire même si elle déclare le faire avec « négligence » de temps en temps. En tant que femme, elle a pour rôle d'apprêter les repas pour la famille composée de son mari et de ses enfants. Elle est la seule dans cette maison qui souffre d'hypertension artérielle essentielle. À ce titre, le médecin lui a recommandé un régime qui doit être pauvre en sodium et en lipides. Elle a réussi à éliminer la consommation de cube dans sa maison et à réduire la consommation de sel. Pour cela, elle a dû être inventive. Jeannette a choisi d'ajouter un certain nombre d'ingrédients dans la nourriture qu'elle cuisine :

Quand la nourriture n'a pas trop de sel, ou est sans cube, c'est fade dans la bouche. Si tu prépares ça comme ça, personne ne va manger. Il faut donc ajouter d'autres ingrédients comme la tomate, l'oignon et l'ail pour avoir du goût, sinon c'est bizarre dans la bouche. [...] Oui, c'est pour ça que je disais que quand tu es hypertendu, il faut beaucoup d'argent. Je me demande comment les autres font. Parfois tu pars au marché,

on te vend un oignon à 100 F. Tu vois que pour que la nourriture ait le goût, il faut beaucoup d'argent. (Entretien avec Jeannette, hypertendue, Mimboman, 15/11/2020)

Elle ajoute encore au cours de l'entretien que l'ajout de ces ingrédients se fait plus que lorsque les repas sont salés. En fait, par le passé, elle mettait toujours de la tomate, de l'ail et des oignons dans ses repas qu'elle cuisinait pour la maison. Avec le régime pauvre en sodium recommandé, elle a choisi de rehausser le goût du repas en ajoutant les quantités de tomate, oignons et ail. Cette augmentation a pour but de rendre le repas meilleur, et d'atténuer les effets de la réduction du chlorure de sodium. Il convient de préciser que c'est la quête d'un standard pour satisfaire sa famille que cet acteur fait des investissements supplémentaires qu'elle juge chers.

Cette décision de Jeannette indique également qu'elle travaille à conserver une certaine uniformité dans la consommation de repas au sein de la famille. Plutôt que de cuisiner des repas pour elle seule et faire d'autres repas pour les autres membres de sa famille qui ne sont pas hypertendus, elle a choisi de trouver cette astuce afin que tout le monde continue de manger la même chose, quitte à ce que le repas revienne plus cher. Elle n'a d'ailleurs eu de cesse de redire que l'alimentation des personnes hypertendues coûte cher, et de se sentir reconnue pour le fait qu'elle travaille et que cela participe à acheter ce qu'il faut pour que tout le monde mange le même repas. Il y a donc un effort supplémentaire qu'elle consent à faire afin de s'assurer que chacun puisse se reconnaître et être satisfait en consommant l'unique repas qu'elle cuisine pour les membres de sa famille.

Il y a aussi derrière cette idée d'innover dans la cuisson des repas, une idée de conserver une certaine compétence aux yeux des autres membres de la famille. En effet, la mère Jeannette est, depuis son mariage, celle qui cuisine pour la maison. Ce rôle qui lui est dévolu, elle l'a assumé pendant plusieurs décennies, y associant ses enfants, notamment les filles au fur et à mesure que celles-ci grandissaient. Elle a donc donné un modèle de repas, des modes de cuisson et d'assaisonnement que l'avènement de l'hypertension et son traitement viennent modifier. Afin de conserver son rôle et son statut de femme qui nourrit sa famille et qui suit son traitement, elle a dû innover. Cette innovation lui permet de conserver, aux yeux des siens, sa compétence en matière de cuisson des repas, qui peuvent satisfaire les papilles.

Elle lutte ainsi afin que la dégradation de sa santé ne rime pas avec une incapacité à offrir à sa famille des repas qui ont une certaine coloration gustative et qui puisse lui plaire. Il y a donc ici un double enjeu. Le premier est lié à la conservation de la compétence d'une mère capable de

continuer à jouer des rôles qui lui sont dévolus ; le second est lié à la capacité à exprimer le fait qu'elle continue à être compétente et à faire partie intégrante du groupe familial. Or, la participation est une des caractéristiques de l'intégration sociale. En inventant des stratégies qui limitent les différences de comportements alimentaires entre elle et les siens, Jeannette participe à démontrer sa volonté de rester attachée au groupe familial, de continuer à assumer des rôles et des fonctions qui lui font trouver sa place et participer, comme par le passé, au fonctionnement de sa famille.

En plus de cela, cette stratégie de Jeannette vise à ne pas faire porter le fardeau alimentaire du traitement de l'hypertension artérielle. Si de temps en temps elle fait un repas à part, Jeannette a choisi la plupart du temps de faire un seul repas pour tous, en y ajoutant de la tomate, de l'ail et des oignons afin que sa position de « chef de cuisine » hypertendu ne remette pas en cause la nutrition au sein de la famille. Cette volonté d'uniformisation du repas malgré les coûts que cela engendre révèle la volonté de rester en communion avec les autres membres de la famille. Cela touche à la participation, mais également au rôle en tant que femme, mère et épouse. Elle veut continuer à préparer, continuer à satisfaire les attentes de son mari et de ses enfants notamment sur le plan culinaire et gustatif. Ce désir de continuer à assurer ces rôles tout en restant en communion dans le sens de rester en capacité de continuer à consommer les mêmes repas par les autres indique sa volonté de respecter les rôles pour lesquels elle a toujours été connue, elle veut montrer qu'elle peut toujours et que la maladie ne l'empêche pas d'être efficace sur ce que sa famille attend d'elle, en tant que femme et mère. En continuant de jouer ces rôles, elle conserve une place et demeure intégrée au sein du groupe social qui peut continuer à compter sur elle pour les rôles qui lui sont dévolus.

En fait, la nouvelle manière de cuisiner que Jeannette adopte correspond à son nouveau régime alimentaire et non aux habitudes de sa famille. Elle a adapté, de par sa position, « sa » nourriture aux attentes des autres plutôt que de s'exclure de la manière à laquelle sont habitués les membres de sa famille. Car, il convient de dire, elle rend « sa nourriture » comestible et appréciable par les siens. Ce faisant, elle évite de créer une ségrégation, une séparation, un dénivelé à cause de la maladie. L'exécution de cette pratique permet de marquer et d'indiquer qu'elle est toujours là, qu'elle peut continuer à faire partie de ce tout qu'est la famille, qu'elle continue d'appartenir à ce microcosme.

Il y a derrière cet effort et cette innovation une volonté de satisfaire les proches. La satisfaction des proches est importante pour éviter une certaine exclusion, une certaine séparation

et pour garantir une certaine intégration. En réalité, l'intégration sociale ne peut se faire que lorsque l'individu parvient à combler les attentes du groupe social. Cela implique qu'un effort est fait par la personne qui veut être intégrée afin de comprendre ce que le groupe social attend d'elle et que suite à cette compréhension, une action est menée une stratégie est développée pour aller dans le sens de satisfaire les attentes du groupe. À ce stade, il apparaît que le modèle qui a été développé lors de la théorisation de cette étude se confirme. Il était envisagé que l'intégration est un double mouvement dont un des temps consistait à un effort que l'individu faisait pour indiquer au groupe son attachement et sa volonté d'adhésion. Dans le cas de Jeannette – et dans le cas d'autres acteurs interrogés d'ailleurs – le fait de chercher à continuer à occuper des rôles initiaux, de procéder à l'invention des recettes culinaires destinées à sa santé et de les rendre comestibles et appréciées par le reste de la famille, indique la prise en compte des autres dans sa démarche et manifeste son mouvement vers le groupe. Cette démarche se manifeste à travers la prise en compte de ses attentes et la satisfaction de celles-ci. L'intégration sociale peut donc se réaliser si un acteur social envisage et engage les procédures qui le mènent à faire un mouvement vers le groupe social et visant à satisfaire celui-ci.

C'est en développant ces compétences, c'est en assumant un certain nombre de rôles, c'est en occupant des statuts et des fonctions que les acteurs sociaux manifestent leur importance au sein de la structure sociale. En tant que femme, homme, jeune ou personne âgée, les personnes hypertendues essaient, tant que leur santé le leur permet, de conserver les rôles, qu'ils occupaient avant le déclenchement de la maladie, de rester dans le cadre précédent leur maladie afin de participer selon les attentes du groupe à la production de la société, à la manifestation de son appartenance au groupe.

III.3. Céder à la négligence

Pour les acteurs sociaux hypertendus, la prescription qui consiste à modifier son alimentation est un changement important auquel ils doivent se conformer. Cette conformité nécessite des ajustements sur le long terme, ainsi qu'une nouvelle socialisation. Certains acteurs sociaux parviennent à construire une discipline qui leur permet d'éviter les aliments gras, le tabac, l'alcool et les autres produits proscrits. C'est le cas notamment de Pierre Marie, Vincent, la mère de Rosine ou encore Bernadette. Cette dernière estime que beaucoup de gens meurent par négligence :

Tu ne dois pas avoir les long yeux,¹⁵⁹ trop d'envies, tu dois pouvoir te maîtriser, pour ton bien, te maîtriser. Maintenant je peux faire deux jours sans boire les remèdes, rien ne va me faire. Mais ce qui est sûr est que je ne peux pas vivre sans les remèdes, j'ai toujours ça la maison. Parce que je sais déjà que si ça fait comme ça, je fais comme ça. Je comprends mon corps. [...] Il faut seulement appuyer, les gens de l'hypertension doivent éviter les envies. Se contrôler, combattre les envies là. Ne pas dire que comme on m'a donné le « njoh »¹⁶⁰, je vais manger. (Entretien avec Bernadette, hypertendue, Nkolbisson, 25/11/2020).

Cette affirmation de Bernadette permet de faire ressortir la difficulté à contrôler les habitudes du passé. Ces habitudes ne sont pas seulement ancrées dans l'individu en tant qu'acteur social, mais elles le sont également et sont entretenues dans un réseau de relations, de rapports à l'autre qui déterminent à la fois la nature et l'orientation de ces relations sociales. Cela veut dire que ce n'est pas seulement du fait des habitudes ou des envies individuelles que la personne hypertendue a de la difficulté à respecter les prescriptions. Ces habitudes s'inscrivent dans un cadre social et participent à la construction et au maintien des relations avec les autres. Un changement des comportements peut avoir des incidences sur les relations avec les autres. La volonté de préserver la nature et la qualité des relations avec les autres agit sur la capacité de l'individu à modifier son comportement afin de suivre les divers régimes auxquels il peut être soumis. Ainsi, il est plus difficile pour les acteurs sociaux d'être différents, tout en étant membre d'un univers qui possède déjà ses manières de faire, de penser et de sentir¹⁶¹. Aller à contre-courant de ces pratiques c'est se retirer, de façon implicite des manières d'être ensemble, et donc de se produire et de s'inscrire dans une logique d'effritement de l'intégration sociale. L'attraction de « faire partie de » est donc assez importante chez les acteurs sociaux hypertendus, au point où certains acteurs sociaux sont capables de négliger leur régime et donc mettre en danger leur santé.

À ce sujet, Bernadette déclare :

Il faut apprendre à connaître ton être, à comprendre ton corps. Je ne sais pas si c'est comprendre ou connaître, je ne sais pas. [...] ne pas trop avoir les longs yeux. Parce qu'il y a les gens qui partent au bar, ils boivent les Guinness, ils boivent beaucoup de vin. Surtout les hommes ! Même les femmes hein ! Ils partent en public donc ils ne savent pas s'abstenir à certains besoins. C'est toi qui commandes ton corps, le corps ne te commande pas. [...] Une personne peut boire une boisson par semaine. Ce n'est pas tuant, mais pas que tu vas t'asseoir, boire trois bières, tu t'exposes. Oui, c'est ça qui tue beaucoup les hommes, parce que quand ils sortent ils s'asseyent on donne ils

¹⁵⁹ Cette expression signifie être avide

¹⁶⁰ Ce vocable, souvent entendu au Cameroun, signifie gratuit

¹⁶¹ Selon l'expression d'Émile Durkheim dans *Les Règles de la méthode sociologique* notamment à propos de la définition du fait social.

boivent. Ils ne peuvent pas refuser. (Entretien avec Bernadette, hypertendue, Nkolbisson, 25/11/2020).

Le fait de ne pas savoir refuser peut avoir ses sources dans la psychologie de l'acteur social. Mais ici, ce qui est important est un constat : certaines personnes hypertendues ne parviennent pas à refuser des substances dont le médecin leur a demandé de s'abstenir. Au-delà de la dimension psychologique de la chose, il y a une question et une dimension de l'importance que la personne hypertendue attache à faire société, à être membre d'un groupe au sein duquel les différences entre elles et les autres sont le plus atténuées possibles. Cette quête de l'atténuation, de la similitude n'est donc pas présente seulement dans les sociétés à « solidarité mécanique » selon l'expression de Durkheim. C'est une constance qui est présente dans les diverses sphères sociales où l'individu recherche, par ses décisions, par ses choix et ses pratiques, par ses idées et son discours, une inscription, une affiliation à un groupe social dont il partage les idéaux. C'est donc aussi par identification à un idéal social que l'acteur social agit, que ce soit dans les sociétés à « *solidarité mécanique* » ou dans les sociétés à « *solidarité organique* »¹⁶².

Dans ses choix et ses pratiques, l'acteur social cherche à s'identifier au comportement attendu dans le groupe qu'il idéalise. S'il a l'habitude de fréquenter des personnes qui consomment de l'alcool et qu'il avait pris l'habitude d'en consommer avec elles, il lui sera difficile de refuser, de dire non à une bière lorsque les membres de son réseau social le convient à prendre une bière. Cette difficulté est liée à la volonté de l'acteur social d'être avec les autres, d'être comme les autres et donc d'être intégré au groupe social. C'est ce qui explique certaines négligences du régime pratiquées par Celestine et Jeanne.

Depuis qu'il a été diagnostiqué hypertendu, Celestine préfère seulement prendre ses médicaments que d'associer cela à un régime. Il sait que le fait de limiter certains aliments peut améliorer sa santé. Il a pourtant choisi de tout miser sur la consommation de médicaments pour réguler sa pression artérielle. Lors de l'entretien, il a été questionné sur les prescriptions relatives au régime alimentaire. Il déclare qu'en plus des médicaments,

On donnait aussi des conseils, que je ne dois pas manger le sel je ne dois pas manger beaucoup d'huile que je n'ai jamais obéi quand même. Je n'ai jamais obéi. [...] Je ne respectais pas le problème de l'huile et du sel. [...] Mais la tension est toujours baissée quand même. Je mange tout avec le sel et tout ça. Mais on a constaté que ça aussi il

¹⁶² Valentin Nga Ndongo (op.cit.) écrit à ce sujet que « *Émile Durkheim nous expose ainsi à la loi du passage de la sociabilité mécanique, propres aux sociétés traditionnelles, à la sociabilité organique, caractéristique des sociétés modernes, deux types de solidarité entre lesquels évoluent les nécessairement les sociétés humaines.* » p. 34.

faut que je commence à respecter. (Entretien avec Celestine, hypertendu, Nlongkak, 20/11/2020).

À la question de savoir pourquoi il ne respectait pas les prescriptions, il répond :

C'était l'attitude euh... l'habitude, quoi. Comme on est à la maison, c'était difficile de commencer à dire : « fais ma nourriture, ne mets pas le sel ». Parce qu'on a dit qu'on fait... on réduit. Il y a de temps en temps on peut préparer et réduire, mais il y a les temps on fait, on mange comme ça. C'est pour dire qu'il n'y avait pas comme une règle dans la maison. De 2013 jusqu'aujourd'hui, ce n'est pas une règle à la maison parce qu'on ne fait pas quelque chose de spécial [nourriture destinée au régime]. Moi je mange ça comme ça. La tension n'a jamais monté comme je prenais Hyzaar. C'est récemment que maman commence à avoir la tension qu'on dit qu'on réduit le sel. Maintenant je vais prendre l'avantage que nous deux on va suivre. (Entretien avec Celestine, hypertendu, Nlongkak, 20/11/2020).

Dans l'histoire de Celestine, l'on constate qu'il a passé plus de sept ans sans respecter l'instruction relative à la réduction de sel et d'huile dans l'alimentation. À titre de rappel, c'est Celestine qui a choisi de ne pas informer les gens de sa maladie, si ce n'est sa femme et son collaborateur missionnaire. Pendant tout le temps qui est passé, il n'a pas suivi le régime qui lui avait été explicitement recommandé à plusieurs reprises. Mais il n'a pas voulu changer ses habitudes, préférant faire du médicament son seul allié contre l'hypertension artérielle. C'est avec les débuts des troubles de la pression artérielle chez sa femme qu'ils ont entrepris de réduire la consommation de sel et d'huile, et bannir le cube de leur alimentation.

Celestine habite avec sa femme. Ils sont deux dans leur maison. L'on constate que tant qu'il était seul à être hypertendu dans son univers social, il préférait se conformer au comportement alimentaire des autres membres de son réseau social, notamment dans les liens forts auxquels appartient son épouse. Cette « habitude » a donc commencé à cette remise en cause et combattue lorsqu'il n'a plus été seul dans la lutte contre la maladie. Ce revirement indique l'importance que les autres, qu'autrui joue dans les décisions d'un acteur. Mais cela indique également l'importance et la capacité qu'a un acteur social de « négliger » sa santé pour satisfaire aux « modes d'être ensemble » développés et entretenus avec les autres.

Pour ne pas paraître comme ceux qui introduisent un dysfonctionnement dans la routine ou encore comme ceux dont le dysfonctionnement physiologique apporte des changements dans les habitudes du groupe, les acteurs sociaux tendent à minimiser leur situation, à négliger les recommandations pourtant clairement formulées par les spécialistes de la santé auxquels ils se sont pourtant confiés. Ce faisant, les malades d'hypertension et les acteurs sociaux cherchent à conserver une place, à paraître normaux aux yeux du reste des membres du groupe. Être intégré,

être membre, éviter d'être très différent dans le groupe est donc une modalité explicative du choix des acteurs sociaux qui avouent négliger certaines recommandations médicales relatives au traitement de l'hypertension.

Allant dans le sens de conserver les liens en ne respectant pas les exigences du traitement de l'hypertension, Jeanne affirme : « *quand il [quelqu'un qu'elle connaît] nous invite particulièrement nous, pour partir, je ne vous mens pas, pour lui faire plaisir, on va manger. On va toujours raisonner que ah, c'est une fois, ce n'est pas grave.* » (Entretien avec Jeanne, femme d'hypertendu, Nlongkak, 27/11/2020).

La situation de Celestine et Jeanne n'est pas très éloignée de celle de Jeannette. Si cette dernière a choisi de suivre un traitement et d'innover en matière culinaire, elle avoue cependant tomber dans la négligence. Elle essaie souvent de trouver des excuses lorsqu'elle arrive quelque part et qu'on lui propose des repas salés et gras. Quand elle ne parvient pas à refuser le repas, elle choisit les crudités, s'il y en a. Cependant, elle dit : « *Quand je sors, je pars quelque part, je mange ce que je vois. Dans les fêtes, ou dans les réunions, ils ne connaissent pas les personnes hypertendues. [...] On prépare souvent le kondre¹⁶³, le taro, les choses comme ça.* » (Entretien avec Jeannette, hypertendue, Mimboman, 15/11/2020).

Lorsqu'elle ne trouve pas de mets qui répondent aux exigences du régime, c'est-à-dire aux normes qui lui sont recommandées par le médecin, elle peut choisir de manger ou pas. Elle peut donc s'abstenir de manger, mais elle ne le fait pas à cause de la « gourmandise », selon ses propos. En fait, le désir de manger ces mets « interdits » n'est plus freiné et elle se porte à en manger parce que cela lui plaît. Il y a donc chez Jeannette une forme de tension entre ce qui est prescrit et ce qui est proscrit à cause de sa santé. D'une part, elle sait qu'elle se doit faire et le fait ; d'autre part, elle sait ce qu'elle ne doit pas faire, mais le fait. Cette tension est en fait une tension entre santé et maladie, mais aussi entre sphère privée et sphère publique, entre normes médicales et normes sociales. Si elle a informé plusieurs personnes de sa maladie et essaie de mettre en œuvre des stratégies qui lui permettent de satisfaire sa famille malgré les exigences du régime, elle cède volontiers aux attentes du groupe social lorsqu'elle est hors de son ménage. Cette pratique indique, au-delà de la gourmandise, sa volonté d'être conforme aux pratiques des autres acteurs dans les fêtes et les réunions. Lors de ces moments de « transgressions », elle se sent comme les autres, la différence s'efface et elle est conforme, elle se sent intégrée au groupe, à la foule qui est présente et qui représente la majorité de l'assistance. La fuite de la marginalité

¹⁶³ Repas local composé de plantain vert, d'épices et de viande.

et la quête de la conformité et de l'intégration participent alors au passage à l'acte chez Jeannette.

Chez Paul Émile, la situation n'est pas très différente. Compte tenu de son emploi de temps qui peut parfois être chargé, il lui arrive de s'alimenter sans tenir compte des exigences de la prise en charge de la maladie. Lorsqu'il est hors de la maison et qu'il est tenu de respecter un calendrier, il baisse sa surveillance et consomme ce qu'il trouve dans les lieux de restauration en journée :

[...] quand je parle de déséquilibre parfois, c'est que à certains moments quand il y a vraiment à faire, parfois on est obligé d'aller se débrouiller dans le coin [pour manger] pour voir ce qu'il y a en essayant de veiller sur la quantité quand même, parce qu'il faut qu'on mange quelque chose quand même. Ou bien quand je parle par exemple des cérémonies, on est obligé de manger ce qui est là, quitte à ce que quand on rentre, on prend les médicaments un peu plus dosés. Quand il m'arrive de... c'est vrai que ça je n'ai jamais pu m'adapter là-dessus, parce que ce sont des recommandations qui m'ont été faites vraiment de faire des provisions tu mets dans sac. Moi je ne n'arrive pas à m'adapter à ça... comme un enfant qui va à la maternelle. C'est un peu ça. Traîner la nourriture dans le sac et tout...Souvent je prends ce qui est à portée de main quitte à ce que je prenne plus de médicaments. (Entretien avec Paul Émile, hypertendu, Tsinga, association ACADIAH, 09/06/2021).

Il apparaît dans ces propos l'idée selon laquelle le fait de devoir travailler toute la journée lui impose de manger ce qu'il trouve, même si cela ne correspond pas aux prescriptions médicales. D'autre part, il indique que pour compenser ce relâchement, il consomme davantage de comprimés lorsqu'il arrive à la maison. Cette stratégie a pour avantage de lui procurer un peu plus de liberté pour consommer ce qu'il voit en journée, sans trop se soucier de l'impact que cela peut avoir sur sa santé, car il compte sur les comprimés pour stabiliser sa santé. Cette idée est renforcée par le fait qu'il sait qu'à l'ACADIAH, il lui a été recommandé de prendre une gamelle pour mettre ses repas lorsqu'il sort, afin d'éviter de consommer des aliments qui ne sont pas propices à sa santé. Il a donc choisi de ne pas le faire, estimant que c'est infantilisant. S'il le dit, c'est parce qu'il craint pour sa place, pour son statut et l'image qu'il veut renvoyer aux autres. Ceux-ci savent qu'il est malade, mais Paul Émile ne veut pas être vu comme une sorte de cadet, craignant que cela ait un impact sur la représentation que les autres se font de lui. L'idée de cette forme de relâchement est donc de conserver la face, de ne pas la perdre en associant son image à celle d'un « *enfant qui va à la maternelle.* »

Dans ce chapitre, il a été possible de constater que les personnes hypertendues ne se détachent pas toujours des autres groupes sociaux sous le prétexte qu'elles doivent se soigner.

Elles font des efforts pour conserver le lien avec les entités auxquelles elles participaient avant le dépistage de la maladie. Pour cela, des stratégies fondées sur la gestion de l'information, l'usage de la politesse et des innovations requises pour le traitement de l'hypertension sont élaborées. Pour la personne hypertendue, l'objectif de ces stratégies est de lui permettre de rester, tant que cela est possible, membre des groupes sociaux auxquels elle veut demeurer liée et intégrée.

**CHAPITRE IV : LE RÔLE DES RÉSEAUX SOCIAUX DANS L'INTÉGRATION
SOCIALE DES PERSONNES HYPERTENDUES**

À côté des efforts et stratégies déployées par les personnes hypertendues, les proches, l'entourage de ces derniers créent des ajustements qui permettent à la personne malade de continuer à se sentir membre du réseau ou du groupe social. Cette disponibilité à apporter une réponse à la condition de la personne hypertendue constitue, avec les stratégies de la personne malade, le deuxième élément du binôme nécessaire à une intégration sociale.

I. L'effort de compréhension de la maladie : de l'incompréhension à l'adoption de la maladie

Être porteur d'une maladie apparaît comme une condition qui introduit une nouvelle dynamique dans le groupe social. La maladie est quelque chose de combattu dans la société. Si la maladie peut avoir un statut ambivalent de contrainte et de libération¹⁶⁴, elle se pose en général comme un phénomène dont la persistance dans le temps n'est pas souhaitable par les groupes sociaux. L'apparition de l'hypertension artérielle dans un groupe social pose divers problèmes, au-delà de la présence de la pathologie. Les deux principaux problèmes sont liés à la nature « asymptotique » de la maladie, ainsi qu'à son caractère chronique. Lorsqu'une personne se trouve atteinte de ce dysfonctionnement physiologique, le premier réflexe est de chercher à comprendre le sens et à chercher les moyens de réagir à la présence de la maladie. Cette entreprise ne concerne pas seulement la personne malade, étant donné que celle-ci est encadrée dans un réseau relationnel qui subit les incidences de la présence de la maladie et, plus encore, les effets de son traitement.

I.1. Sans symptômes et malade ?

Au fil des entretiens, il a été constaté que l'idée d'une maladie qui ne se manifeste pas du tout est difficilement admise, surtout chez les acteurs sociaux qui n'ont pas une culture scientifique. La maladie est donc socialement définie loin des standards de l'OMS. Les acteurs sociaux se servent de la phénoménologie plus que de la rationalité scientifique pour admettre l'existence d'une maladie. Cet état de choses est amplifié par l'idée selon laquelle la maladie se manifeste, s'extériorise, et n'est pas seulement vécue par le corps qui souffre. Ainsi, la maladie est une réalité qui est subjective de par sa capacité à faire souffrir ou à rendre une personne incapable. Elle est également objective car la souffrance vécue par la personne malade est observable par les autres membres du réseau social.

¹⁶⁴ Cf. Jean Stoetzel, op. cit.

Sous cette perspective, une personne malade n'est pas seulement celle qui le dit, mais aussi celle qui manifeste des symptômes objectivables et qui sont socialement reconnues comme des signes de maladie. À cet effet, divers symptômes comme des céphalées persistantes, des douleurs exprimées, une hausse ou une baisse de la température, des frissons ou encore une incapacité manifeste à vaquer aux occupations habituelles, des modifications dans l'apparence (perte de poids et pâleur notamment) peuvent être associés à une situation de maladie. Lorsque des symptômes ne sont pas manifestes, l'individu est difficilement considéré comme une personne malade. Il faut donc, au-delà de la simple déclaration, présenter un certain nombre de symptômes pour être considéré comme malade par les autres.

Le problème de l'hypertension est que cette pathologie ne présente pas de symptômes qui puissent indiquer qu'il s'agit d'elle. Plus encore, elle peut être présente sans que le malade lui-même ressente quoi que ce soit. Il est alors difficile de se dire malade ou d'être déclaré malade d'hypertension dans le réseau social, sans l'assistance de la médecine moderne. C'est par conséquent, et la plupart du temps dans des circonstances tierces que l'hypertension artérielle est dépistée chez les acteurs sociaux.

Pour la plupart des acteurs sociaux interrogés, ils ont su qu'ils étaient hypertendus lorsqu'ils allaient consulter à l'occasion d'autres malaises ou maladies qui les préoccupent. Ils ne s'attendaient pas alors à entendre parler de l'hypertension artérielle en se rendant à l'hôpital. Selon leurs témoignages également, aucun de leurs proches n'a soupçonné qu'ils pouvaient être hypertendus avant et pendant la présence de symptômes. Cette absence de soupçons indique que l'hypertension artérielle n'est pas une maladie socialement construite du point de vue de ses symptômes. Mais cette absence de construction des symptômes n'est pas l'apanage des groupes sociaux. La médecine ne sait pas dire, sur la base de symptômes, qu'une personne est hypertendue. Cette situation rend complexe la définition et l'ancrage de la maladie dans l'imaginaire social. Le qualificatif qui revient souvent pour rendre compte de l'hypertension est « silencieux » ou « sournois. » Ces diverses appellations indiquent la difficulté à saisir les contours de cette pathologie.

La grande question qui demeure dans les groupes sociaux est celle liée à la compréhension et à l'anticipation sur cet ennemi invisible. Pour le moment, les acteurs sociaux et les groupes sociaux se fondent sur le diagnostic médical pour comprendre ce qu'est cette maladie et pour accepter qu'elle puisse être grave.

I.2. Comprendre l'hypertension par l'association de signes manifestes

Quand le diagnostic de l'hypertension artérielle est posé, les proches de la personne malade, tout comme le malade d'ailleurs, comprennent difficilement cette maladie qui ne signale pas, cette maladie qu'ils ne voient pas. Les lunettes et le paradigme qui permettent aux proches de malade d'envisager l'ampleur de la maladie, c'est la gravité associée au diagnostic. Tant que la relation n'est pas faite entre les manifestations externes de la maladie et la maladie elle-même, les proches du malade éprouvent de la difficulté à dire qu'il y a hypertension. C'est ce dont témoigne Rosine qui mentionne que quand sa mère a été diagnostiquée hypertendue, la famille n'a pas compris ce que cela voulait dire. Tandis que la mère faisait des efforts pour suivre le régime alimentaire, ses enfants, qui avaient déjà plus de 18 ans, ne comprenaient pas bien le tournant que prenait leur mère. À leurs yeux, elle se portait bien, et ils ne voyaient pas l'intérêt de suivre un quelconque régime. Parce qu'il n'y avait pas de symptômes, parce qu'ils ne s'étaient pas renseignés sur la maladie, ils éprouvaient de la difficulté à objectiver l'hypertension artérielle. Cette maladie apparaissait comme un élément qui venait modifier les routines de leur famille, les routines de leur mère. Il a fallu du temps pour que cette famille intériorise la gravité de l'hypertension qui a fait irruption chez leur mère. La prise de conscience et la compréhension du potentiel de destruction de la maladie s'est faite lorsque le grand-frère de Rosine a fait des études de médecine. C'est dans ce sens qu'elle affirme que :

Mais au début ça n'a pas été facile pour nous. Maintenant comme j'ai mon grand-frère, il est entré dans la médecine, c'est là où il a compris ça parce qu'il était chef que le cube est descendu, ceci cela. Quand il est entré dans la médecine, il a compris tout ça, qu'il faut vraiment éviter tout ça. Lui-même a compris. Donc ce qui fait que là-bas à la maison, il n'y a plus de problèmes ! Parce que quand on lui disait que [sans] cube ? pour lui ça ne passait vraiment pas. Quand lui-même a eu à étudier pour savoir il a compris que mince, donc c'est comme ça. [Désormais il dit] mangez comme la vieille là mange. (Entretien avec Rosine, fille d'hypertendue, Nlongkak, 20/11/2020).

Cela lui a permis de comprendre que la maladie peut entraîner des conséquences incontrôlées et irréversibles. Suite à cela, il a entrepris de suivre particulièrement sa mère et de sensibiliser les membres de sa fratrie à la situation de leur mère. Suivant ce qui précède, il en ressort que ce qui a permis le changement de perception de la maladie, c'est la perception de sa gravité.

Sur un tout autre plan, ce ne sont pas des notions théoriques ou le contact avec des personnes souffrant ou ayant souffert de complications de l'hypertension artérielle qui a permis aux proches d'hypertendus de comprendre la maladie. Si au départ, le réseau social de la

personne hypertendue ne comprend pas la possibilité et la gravité de la maladie, l'apparition de symptômes qui manifestent l'aggravation de la maladie aide les proches du malade à se faire une idée de cette pathologie. Tant que la personne hypertendue semble bien portante, les proches ont tendance à considérer que l'hypertension n'est pas vraiment grave. Mais lorsqu'ils parviennent à associer des troubles, des dysfonctionnements et des symptômes à l'hypertension, leur comportement change : ils prennent la maladie plus au sérieux et sont prêts à accompagner le malade dans ce qui peut favoriser la stabilisation de sa santé.

C'est dans cette optique que Vincent témoigne qu'il n'a pas pris son traitement avec rigueur parce qu'il ne comprenait pas que le médecin lui dise qu'il est malade alors qu'il ne ressent rien. Cette attitude s'est diffusée dans sa famille et dans son réseau social, en sorte que comme lui, personne ne le considérait, ni ne le traitait comme une personne malade. Pendant des années, il a porté la maladie, qui s'est aggravée sans que personne ne sache, jusqu'au 18 février 2011, jour de l'AVC qui l'a pris sur la route, en plein travail. Après avoir passé un mois dans le coma, ses proches avaient pris la mesure de la maladie et après son rétablissement, « *c'était la fête* ». Depuis ce temps, le rapport de ses proches à la maladie a radicalement changé.

Une autre expérience allant dans ce sens est celui de Pierre Marie. Au début de la décennie 2010, il souffrait de céphalées inexplicables. Sa fille, Stéphanie, déclare qu'ils ont fait le tour des cliniques et centre de santé sans trouver de solutions à cette pathologie. Ils avaient néanmoins constaté que sa tension était souvent élevée dans les paramètres que les médecins prenaient, mais cela n'a pas attiré l'attention des proches. Personne des proches n'a donc soupçonné une éventuelle hypertension. Ils ont continué à chercher une solution jusqu'au jour où ils se sont rendus à l'hôpital Laquintinie à Douala. C'est dans cet hôpital qu'il a fait un AVC hémorragique. La rencontre entre cette famille et l'hypertension artérielle s'est faite soudainement lorsqu'ils ont appris que cette maladie était la cause de tous les symptômes ressentis par leur proche, mais aussi de cet AVC qui a failli l'emporter. Avant cela, Stéphanie témoigne que personne d'entre eux ne connaissait cette maladie, ni son incidence sur la santé. La manifestation soudaine et inattendue de cet AVC a contribué à construire une identité de la maladie dans la famille de Pierre Marie. Désormais, c'est le souvenir de cet événement qui participe, chez elle, à la compréhension de l'hypertension artérielle ainsi que du rapport à la personne hypertendue.

Sur la base de ces témoignages, il est possible de se rendre compte que l'hypertension artérielle est une maladie dont les effets sont méconnus et sous-estimés dans la plupart de la population interrogée. Ce qui déclenche un début de rapport à la maladie, ce qui permet sa

compréhension, sa découverte, c'est le diagnostic médical, mais surtout l'expérience pratique, vécue en fonction de la manifestation concrète de la maladie par des symptômes de plus en plus graves et visibles par les membres du réseau social de la personne malade.

I.3. Se renseigner sur la maladie : un effort de quête de sens

La présence de l'hypertension, tel qu'indiqué plus haut, n'implique pas toujours la conformité de la réaction des acteurs à l'existence du potentiel danger qu'elle représente. Cette conformité est d'autant plus précise que les acteurs sociaux et leurs proches ont pris la mesure de la maladie. Ainsi, lorsque les symptômes qui inquiètent l'entourage se manifestent, celui-ci cherche une explication. Quand il arrive que le diagnostic de l'hypertension est posé, en fonction de la gravité du cas, les membres du réseau social du malade cherchent à obtenir un minimum d'informations sur la maladie.

Dans les faits, tant que la maladie n'est pas grave, le réseau social n'est pas dans une démarche active de quête de sens pour la maladie. Ils cherchent plutôt des moyens qui visent à changer la situation par divers traitements, notamment des décoctions, ou en proposant au malade des comportements qui visent à soigner le malaise. C'est par exemple ce qui est arrivé à Bernadette. Sur le conseil d'une personne de son réseau social, ils ont tenté de faire des décoctions et sont allés jusqu'à un lieu de prière, pour conjurer le diagnostic chronique de la maladie. L'intervention des tiers s'avère donc un facteur important qui pousse à la quête de sens. Ces derniers n'abandonnent pas le malade à sa maladie. Ils essaient, avec les ressources (réseau relationnel, connaissances, matériels et finances) de proposer des solutions pour combattre la pathologie qui atteint le patient hypertendu.

Le témoignage de Bernadette indique également que des personnes, qui sont en quête de sens pour leur maladie, sont exposées aux conseils des tiers. Elle affirme par ailleurs qu'elle a observé qu'une personne malade d'hypertension peut confondre la maladie à une fatigue passagère :

[...] quand quelque chose ne va pas, ne pas négliger. Ce n'est pas le genre que tu restes tu dis que non je vais me reposer je vais... non ! Avoir tes appareils peut-être ton tensiomètre, ton glucomètre. Quand ça ne va pas, tu es trop fatigué, prends ta glycémie. Si ta glycémie est peut-être normale, c'est que c'est la tension la tension qui n'est pas, prends ta tension. Si c'est bas, tu sais que je peux même rester deux jours sans manger, si c'est haut, va à l'hôpital, appelle ton médecin. (Entretien avec Bernadette, hypertendue, Nkolbisson, 25/11/2020).

Les proches de cette personne peuvent alors l'encourager à se reposer, à prendre des vitamines ou alors à prendre des congés alors que la maladie continue à dégrader la santé.

La quête de l'information sur maladie par des proches se produit principalement quand ceux-ci sont confrontés à des manifestations extrêmes de la maladie, notamment en cas d'un AVC ou d'une hospitalisation prolongée. À l'occasion de ce type d'événements, les proches du malade se rapprochent du corps médical de l'hôpital dans lequel est internée la personne hypertendue. Ce séjour à l'hôpital, les rondes, les visites sont autant d'occasions et de catalyseurs qui poussent les proches à se renseigner sur ce qui arrive au malade. Le rôle de ce séjour à l'hôpital, des rituels médicaux et sociaux qui se produisent sous les yeux des proches de malade est assez important dans le rapport à la maladie et à sa considération en tant que telle pour la suite. C'est en effet lors de ce séjour que des images se produisent comme une mise en scène sous les yeux des proches. Ils assistent à un scénario avec d'éventuels dénouements qui ne dépendent pas d'eux. Certains des scénarios sont construits par le corps médical. Il s'agit notamment des blouses qui font office de costumes de scène, des visites qui représentent des actes avec des scènes où divers acteurs entrent et sortent, se donnant la réplique. Il s'agit également du défilé de personnes, membres du réseau social, qui viennent avec de la nourriture ou des fruits s'enquérir de la santé de la personne malade hospitalisée. À ces occasions, des questions sont posées aux proches ou gardes malades et à la personne malade, si elle est consciente. Certains scénarios sont conçus grâce à la formulation d'hypothèses, de diagnostics et de probabilité sur l'incidence de la situation. Ici, les acteurs sociaux partent de ce qu'ils voient de la personne malade. Ils combinent cela avec le discours médical, les expériences racontées ou vécues et y ajoutent leurs craintes et espoirs afin de faire face à la réalité à laquelle ils sont soumis.

Ce séjour à l'hôpital avec ses diverses scènes, les constructions interactionnelles et mentales participe à créer un rapport plus concret à la maladie et à produire du sens pour les proches de la personne malade. Cette réalité est notable dans les divers témoignages de proches de malades collectés au cours de l'enquête.

Face à ce père qu'elle ne reconnaissait plus, Stéphanie a compris ce que pouvait être l'AVC et ses éventuelles conséquences. La vision de la scène, la manière dont le scénario a été raconté par ceux qui étaient dans la ville au moment de l'accident, ceux qui ont suivi le malade dans les divers hôpitaux, tout ceci a contribué à former l'image, une représentation de l'hypertension comme une maladie dangereuse qui pouvait, sans se manifester, ôter la vie de son

père. Il y a donc certes une réalité « objective » liée à la médecine, à savoir les paramètres vitaux, la pression artérielle, mais aussi une réalité « subjective » devant laquelle le scénario se déroule, ainsi que le discours, la narration de ce scénario participe à construire la représentation de l'hypertension artérielle. Le sens de la maladie n'est généralement pas perçu lorsque les acteurs sociaux n'ont pas d'informations, et surtout lorsqu'ils ne vivent pas des scènes qui bâtissent pierre après pierre l'image qu'ils se font au final de la maladie.

L'expérience vécue par Stéphanie s'est également produite avec Claude. Il déclare : « *Moi personnellement je n'avais pas su qu'elle était hypertendue hein. C'est-à-dire qu'on m'a appelé qu'elle a fait l'AVC.* » Pendant de longues années donc, il avait été avec sa mère sans que son état fasse penser à une hypertension artérielle. C'est ainsi qu'il ne pensait pas que sa mère était proche d'un malaise qui était proche de lui coûter la vie, malaise causé par une maladie imperceptible. Le caractère subit de l'attaque cérébrale a participé à construire son rapport à la maladie. Claude a vécu la dégradation de la santé de sa mère, les hospitalisations répétées, la répétition des AVC en quelques jours. Il a entendu les mises en garde des médecins qui l'avertissaient du risque fatal d'un éventuel nouvel AVC. Il a également entendu qu'il avait de la chance qu'elle ne soit pas paralysée et qu'elle puisse continuer de parler. Face à ces scènes et à ces éléments de communication déployés par les médecins, face à l'image de sa mère couchée et quasiment inanimée, Claude a compris que la vie de sa génitrice était à risque, et que le pire a été évité. C'est pour cette raison que par la suite, il déclare avoir mis tous les moyens en œuvre pour faire tous les examens et scanners de sa maman, ainsi que pour l'achat de tous les médicaments prescrits.

Dès que le docteur m'a vu, il m'a dit directement que : « votre maman a eu l'AVC et comme vous voyez là, ici à Bafoussam, il n'y a pas le... le scanner est gâté, même à Bamenda c'est gâté. Vous pouvez la transférer peut-être dans un autre hôpital, soit à Douala, soit à Yaoundé. » J'ai dit que je suis à Yaoundé. « Ou bien si vous n'avez pas de moyens, parce que ça coûte excessivement cher, si vous n'avez pas les moyens on fait aussi comme on fait ici. [Rires] On se débrouille aussi comme ça. » J'ai dit que non, avec ma mère, même si je n'ai rien, je ne peux pas dire que je vais me débrouiller. Ouais, ouais, parce que ma conscience va me juger beaucoup. J'ai dit : bon, fais-moi seulement le transfert à l'hôpital général ou à l'hôpital central, là où je vais porter. Oui, oui, je vais porter sur mes pieds là, de l'Ouest jusqu'ici là dans la voiture. [...] Depuis ce temps, elle est à Yaoundé. Elle a retrouvé sa santé, parce qu'il y avait les deux, il y avait quoi là ? L'AVC et le rhumatisme. J'ai fait vraiment tous les examens que... Et quand j'ai traité le rhumatisme, mon frère, quand tu vois la mère maintenant on te dit que c'est la maman là, tu ne peux pas accepter. Oui, comme elle avait toujours, toujours mal là, à cause des rhumatismes, je suis parti voir... le rhumatologue. Vraiment, ça a été, ça l'a soulagée beaucoup hein. On a fait des examens de sang, de sang, oui, oui, au centre pasteur hein ! On a fait des examens de sang au centre pasteur.

On a fait des radios sur toutes ses parties du corps, avant de prescrire. Il y a un examen qui est arrivé en France là-bas avant de revenir. Ça a fait presque un an en France. C'est venu avant que le rhumatologue a prescrit les remèdes. Donc, tout ce que le rhumatologue a prescrit comme examen, moins d'un examen [s'il manque un examen], il te renvoie d'aller faire. Et depuis que j'ai fait, quand j'ai fait ça, je me suis sacrifié, j'ai payé tous les remèdes avant qu'elle commence les prises. Et les gens que je les ai laissés là, de surveiller là, vraiment, ils avaient bien surveillé. Ça l'a soulagée beaucoup, hein. (Entretien avec Claude, fils d'hypertendue victime d'AVC, Nkolbisson, 25/11/2020).

Ce qui est soulevé par Claude ici, c'est qu'il a appris de manière soudaine ce qui détériorait la santé de sa mère. Ces informations lui ont été communiquées dans une situation d'urgence, tant par le médecin que par le corps médical chargé de prendre soin de sa génitrice. Cette urgence était accentuée par la gravité de la santé et par le fait que les appareils devant servir au diagnostic nécessaire à l'administration d'un traitement étaient hors service, y compris dans les contrées voisines. Lors de l'interaction avec le corps médical, Claude a cherché à savoir ce qui avait mis sa mère dans cet état, et ce qu'il pouvait faire pour y remédier. Il convient de noter ici que l'ascendante étant inconsciente, ce sont les proches, plus précisément les membres des liens forts qui ont œuvré à comprendre en premier ce qui était arrivé. Cette constatation permet de comprendre le rôle que peut jouer l'entourage à deux niveaux. Le premier est celui de la quête de l'information qui peut se faire par les proches de malades qui ne sont plus en état de s'exprimer ou de comprendre ce qui leur arrive. Le second, c'est celui du rôle joué par l'entourage, et donc encore une fois par le lien fort, dans les décisions en matière de santé. La combinaison des deux éléments permet d'aboutir à une configuration où, en fonction des informations que collectent les aidants naturels, ces derniers décident des recours thérapeutiques de la personne malade. Le capital dont disposent les proches de malade hypertendus pour prendre les décisions en matière de santé pour le patient, c'est l'information qu'ils obtiennent auprès des médecins et qui donne du sens à la maladie en même temps qu'elle oriente et influence leurs décisions face à l'hypertension.

II. Les ajustements pour l'intégration de la personne hypertendue

Trouver du sens, de la signification à la nouvelle maladie, produit chez les acteurs sociaux de nouveaux comportements. Ces nouveaux comportements sont fonction de la gravité perçue de la maladie. Pour que ces ajustements puissent être implémentés, les acteurs sociaux, malades et proches, doivent accepter le caractère chronique de la maladie.

II.1. Accepter le caractère chronique de la maladie comme condition d'un traitement efficace

Le vécu de la maladie aide les acteurs sociaux à déterminer comment il convient de faire pour traiter la pathologie. C'est la raison pour laquelle la quête d'informations est importante, et la manifestation visible des effets de la maladie sont des facteurs déterminants le comportement des acteurs sociaux. C'est cette connaissance théorique, mais surtout empirique de la maladie qui permet de comprendre le caractère chronique de la maladie et qui détermine le comportement des acteurs sociaux face à celle-ci.

Dans la pratique, il ressort des entretiens que tant que les malades et les proches n'ont pas intégré que la maladie n'est pas curable et qu'elle nécessite un ensemble de comportements et de pratiques, une conduite à suivre pour son traitement, ils ont tendance à négliger les prescriptions médicales tels que les régimes alimentaires ou la prise de médicaments. L'acceptation du caractère chronique de la maladie est donc une étape assez centrale dans le rapport des acteurs sociaux et leurs proches face à l'hypertension artérielle.

Dans les situations où les acteurs sociaux ne comprennent pas la chronicité de la maladie, ils ont tendance à traiter l'hypertension comme quelque chose de passager, l'assimilant parfois à une maladie liée à des situations ponctuelles et à des contrariétés de la vie.¹⁶⁵ Plus l'idée de la chronicité et des risques associés à l'hypertension est connue et vécue, plus les acteurs sociaux et les proches travaillent à faire des ajustements dans le cadre social afin de soigner la personne malade et lui trouver une nouvelle place au sein du groupe social.

II.2. Changer l'alimentation de la personne hypertendue

Lorsque les conditions de connaissance théorique et empirique de l'hypertension artérielle sont réunies, les proches des personnes hypertendues déploient un ensemble de nouvelles pratiques relatives au traitement de la maladie. Ces pratiques touchent divers aspects dont l'alimentation. Tous les acteurs sociaux interrogés ne suivent pas strictement le même régime alimentaire. Chaque groupe social, en fonction de ses recettes culinaires et de ses revenus, produit des ajustements dans la manière dont ils nourrissent le malade. L'on constate, comme indiqué plus haut, que la réduction des ingrédients susceptibles d'aggraver la santé des personnes

¹⁶⁵ Cf. Luther Ivan, TCHIATAGNE FOSSI, *L'hypertension artérielle au Cameroun, prise en charge et incidence sur les relations sociales : une étude dans la ville de Yaoundé*, Mémoire de Master en sociologie, Université de Yaoundé I, 2013

malades est fonction de la compréhension de la maladie et de la perception de sa gravité. Cela signifie que plus les proches considèrent que la maladie est grave, plus ils manifestent de la rigueur au sujet du régime alimentaire de la personne malade.

Pour illustrer cette réalité, le cas de Celestine peut être considéré. Il n'a jamais fait de crises qu'il a objectivement attribuées à l'hypertension artérielle dont il souffre. Il a souvent des problèmes avec ses yeux, des problèmes d'asthme qui le suivent depuis des années. Pour ces maladies, il suit un traitement et le médecin ne lui a pas prescrit de régime alimentaire. Ce n'est que pour l'hypertension artérielle qu'il lui a été proposé un régime. Depuis plusieurs années qu'il est hypertendu, aucune complication liée à sa maladie n'a été expérimentée. Jusqu'à récemment où sa femme a commencé à avoir une pression artérielle qui fluctue entre normalité et élévation, il n'a jamais suivi de régime alimentaire. Cette absence de régime alimentaire n'a pas été remise en cause par sa femme, Jeanne. Pendant des années donc, aucune mesure de réduction des ingrédients susceptibles d'aggraver la maladie n'a été prise comme il le mentionne :

[...]il n'y avait pas comme une règle dans la maison. De 2013 jusqu'aujourd'hui, ce n'est pas une règle à la maison parce qu'on ne fait pas quelque chose de spécial (nourriture destinée au régime). Moi je mange ça comme ça. [...] C'est récemment que maman commence à avoir la tension qu'on dit qu'on réduit le sel. Maintenant je vais prendre l'avantage que nous deux on va suivre. On a essayé ça hier, elle n'a pas mis beaucoup de sel. On a commencé à essayer de faire comme ça. (Entretien avec Celestine, hypertendu, Nlongkak, 20/11/2020).

Ici, l'élément déclencheur qui a poussé ces acteurs à effectuer des réformes dans l'alimentation, c'est la perception de ce que la maladie se propageait et mettait à risque leur santé. Ainsi, tant que le mari était le seul à être malade, il n'était pas nécessaire selon lui de suivre un régime alimentaire. Il se dégage de cela que cette décision est fondée sur le fait que la sensibilisation qui a été faite suite au dépistage de la femme de Celestine est venu renforcer la nécessité de considérer l'hypertension comme une menace qu'il faut endiguer.

Une autre illustration permet d'observer les changements alimentaires survenus dans l'alimentation de la personne hypertendue. Dans la famille de Rosine, sa mère hypertendue a écouté les conseils de son médecin qui lui a recommandé de faire un régime peu salé et peu gras. Profitant de sa position de femme qui cuisine pour la maison, elle prenait le soin de retirer sa nourriture avant de saler le reste pour la maison. Elle a également introduit beaucoup plus de légumes dans son alimentation que par le passé, ainsi que le témoigne Rosine :

Pour la mère de la maison, c'est elle qui préparait non ? Elle faisait plus dans les légumes. Elle peut faire facilement les légumes cinq jours sur sept. Quand on dit légumes, c'est vrai qu'il y a des légumes que les autres disaient : pardon nous ne sommes pas là-dedans. Donc, par exemple, le jour qu'elle prépare les légumes et qu'on dit que nous ne sommes pas dedans, elle dit : « vous pouvez faire le riz sauté, vous pouvez faire les pâtes, vous pouvez faire, vous pouvez faire... Moi j'ai déjà fait ma part, débrouillez-vous. » D'autres légumes quand même ça passait un peu. Parce que faire les légumes sans sel, on n'aimait pas ça. Légumes sans sel : ça c'est encore quelle qualité ? Si c'est l'okok ça passe, si c'est le sanga ça passe. (Entretien avec Rosine, fille d'hypertendue, Nlongkak, 20/11/2020).

Ce changement, ces nouveaux menus et recettes n'ont pas été facilement acceptés par les enfants. Ces derniers boudaient les repas et cela persiste jusqu'au moment de l'entretien. « C'est vrai que ça ne fait pas très longtemps qu'on a découvert qu'elle est hypertendue » (Entretien avec Rosine, fille d'hypertendue, Nlongkak, 20/11/2020). Le caractère nouveau et encore incompris de la maladie a donc entraîné des résistances dans l'entourage de cette mère de famille. La mère de Rosine n'a toutefois pas cédé à la résistance de ses roches. Elle a continué à s'alimenter en mettant peu de sel et en cuisinant fréquemment des légumes, ce qui a poussé des personnes de l'entourage à s'habituer, tandis que d'autres continuent de résister :

D'une part hein, d'une part on s'est habitué même un an après. D'autre part, jusqu'à présent d'autres ne se sont pas encore habitués. Parce que la nourriture face, ils disent que nous, ce n'est pas ça. C'est comme ça [...]. À certains moments, on prenait la nourriture et on mettait à côté (rires), on met le cube, et on met un peu seulement. On prenait sa nourriture et on mettait à côté. On prépare la nourriture normalement avec moins de sel, et on enlève sa part. Donc c'était un peu ça. (Entretien avec Rosine, fille d'hypertendue, Nlongkak, 20/11/2020).

Ce discours permet de se rendre compte que c'est à force de pratique et d'insistance que la mère de Rosine a pu faire accepter l'idée de la nouvelle manière de cuisiner en réduisant certains ingrédients. Pour la soutenir dans cet effort et pour réduire le sentiment de différence, les enfants qui cuisinaient ont aussi remplacé certains ingrédients qu'ils jugeaient toxiques dans la cuisson du repas. C'est ainsi que le sel gemme a été remplacé par du bicarbonate :

Les choses comme, on appelle ça comment ? le sel gemme ! on utilise plutôt le bicarbonate. Bon, on dit que le sel gemme est plus toxique que le bicarbonate. On peut utiliser juste une quantité. Je peux dire que c'est la même chose, mais seulement le sel gemme est plus toxique. (Entretien avec Rosine, fille d'hypertendue, Nlongkak, 20/11/2020).

Dans le cas de la mère de Rosine, il est possible de constater, à la différence de Celestine, que celle-ci a intégré les changements demandés par le médecin. Elle a également réussi à intégrer l'idée d'une normalité alimentaire différente des pratiques passées. Ses enfants ont pris

plus de temps à accepter ce changement. Mais au bout de quelque temps, ils se sont posés comme des accompagnateurs de leur mère dans son régime, à un point qu'ils avaient commencé à produire des mets en tenant compte de la condition de leur parent. Ils ont développé des astuces pour remplacer le toxique par le moins toxique et accepté que leur mère ne pouvait plus cuisiner les mets auxquels ils étaient habitués. Ils ont également commencé à produire des repas visant à satisfaire les nouvelles habitudes alimentaires de leur mère.

Chez Pierre Marie, l'accompagnement des proches est également visible à travers les ajustements qu'ils font pour que le malade puisse continuer à sentir qu'il peut « compte pour » eux. Ces ajustements ont été visibles dès les premiers jours qui ont suivi son AVC. L'hypertension n'a en effet pas été détectée avant cet accident. C'est dans la foulée que les proches de Pierre Marie ont appris qu'il est hypertendu et qu'il fallait lui accorder certains soins spécifiques. De retour à la maison après son hospitalisation, ces proches ont entrepris de modifier radicalement et définitivement son alimentation en réduisant les sources de sel et d'huile contenant du cholestérol de mauvaise qualité pour la santé. Au cours de l'entretien, Pierre Marie déclare : « *La famille à l'extérieur [du pays] nous aide en envoyant l'huile de qualité.* » Il ajoute par ailleurs que « *les enfants savent qu'ils ne doivent pas mettre le sel sur la nourriture, et ils rappellent souvent cela à la personne qui cuisine.* » (Entretien avec Pierre Marie, hypertendu victime d'AVC, Nlongkak, 07/11/2020). Chez Pierre Marie, sa femme a prévu une marmite dans laquelle elle peut cuisiner ses repas pour les jours où elle veut faire un repas qui ne respectera pas les quantités de sel et de lipides nécessaires à la conservation de la santé de son mari.¹⁶⁶

L'AVC de Pierre Marie a joué un rôle important dans l'implémentation de nouvelles habitudes culinaires par son entourage. Pour Stéphanie, sa fille, le plus dur pendant son hospitalisation était l'idée qu'il meure.

Je croyais que mon père devait mourir, parce que la manière dont j'ai vu mon père quand il est tombé, je ne savais pas que mon père devait encore vivre. Je voyais déjà que là, là c'est fini. On pleurait même déjà quand on l'amenait de Laquintinie pour l'Hôpital Général. On ne savait pas qu'il devait vivre. Parce qu'il était... il pissait sur lui, il cabinaît sur lui. Il y avait encore le cœur qui battait, mais il était inconscient, les yeux... il ne connaissait plus personne. Il avait perdu la mémoire. C'était comme on dit souvent comme un mongol. Il ne connaissait personne, il ne mangeait pas, il pissait sur lui, il cabinaît sur lui. En tout cas, même marcher, c'est sur la chaise roulante qu'on le

¹⁶⁶ Certains repas contiennent beaucoup de sel et d'huile, ce qui n'est pas bon pour les personnes hypertendues. Pour conserver le plaisir de consommer ces mets, la femme de Pierre Marie les cuisine pour le reste de la famille et fait pour son mari, un autre met dans une autre marmite afin qu'il puisse continuer à respecter son régime.

poussait. Quand il était dans cet état, moi c'était seulement la mort que je voyais déjà. (Entretien avec Stéphanie, fille d'hypertendu victime d'AVC, Nlongkak, 22/11/2020).

Le contact assez soudain avec la maladie les a introduits dans une disposition à tout faire pour ne pas perdre le malade. C'est ainsi que des ajustements ont été faits par l'entourage de Pierre Marie afin qu'il puisse vivre longtemps. Ces ajustements ont également pour but d'indiquer au malade qu'il compte pour eux et qu'ils sont prêts à tout pour le conserver en vie et en santé. Le patient trouve donc dans l'action de son entourage un témoignage de l'existence d'un lien fort, manifesté et entretenu par des aménagements sur le plan de son alimentation.

Partout où Pierre Marie se rend, que ce soit chez ses enfants ou ailleurs dans la famille, il y a toujours des efforts qui sont faits pour s'assurer qu'il ait une nourriture qui répond à ses besoins en tant que personne hypertendue. Deux possibilités se présentent alors : soit ils font un repas spécial pour lui ; ou alors ils cuisinent, servent pour lui avant de saler le reste. C'est ce que fait notamment Stéphanie :

Souvent quand il vient comme ça là, j'enlève pour lui avant de mettre le sel. Je fais la nourriture, j'enlève pour lui avant de mettre pour nous le sel et l'huile. [...] Bon, si mon père vient chez moi, je connais les nourritures que mon père aime. Je peux lui faire plaisir, je décide de préparer les nourritures pour lui faire plaisir, ses plats préférés, sans sel, sans cube. Il y a les nourritures comme les ignames qu'on n'aime pas manger, mon père aime beaucoup les ignames malaxées ; nous on n'aime pas trop ça. On peut décider de faire ça pour mon père, avec les bifagas¹⁶⁷, sans cube sans sel. Il aime aussi le macabo ndolè. Je fais comme ça, je ne mets pas l'huile. Je fais comme ça. Parce que trop d'arachide c'est gras. Je mets les bifagas et les crevettes, je ne mets pas l'huile rouge, je ne mets pas le cube ni le sel. Je fais ça blanc. Le pilé aussi, il aime aussi bien le pilé. Je fais le pilé sans huile, sans sel. (Entretien avec Stéphanie, fille d'hypertendu victime d'AVC, Nlongkak, 22/11/2020).

Vincent quant à lui reconnaît que sa femme a joué un rôle essentiel dans l'adoption du nouveau régime sans sel, notamment : « *Fade. Sans sel... Sans sel, pendant même cinq ans hein, Parce que ça, c'était vraiment invivable hein. Madame a souffert, il faut deux... deux marmites. On retire ma part, on met le sel sur pour les autres. J'ai accepté parce que je veux guérir. J'ai accepté. Je veux guérir.* » (Entretien avec Vincent, hypertendu victime d'AVC, Nkolbisson, 29/11/2020).

La production de ces comportements n'est pas loin de ce qui a été théorisé par Paugam lorsqu'il parle de la dimension protectrice du lien social.¹⁶⁸ L'individu sait qu'il possède un lien avec un groupe quand il peut « compter sur » ce groupe. Le niveau d'attachement existant entre

¹⁶⁷ Hareng fumé

¹⁶⁸ Cf. Serge Paugam, *Le lien social*, op.cit.

un groupe social et l'individu est fonction de cette possibilité de pouvoir compter sur. Chez Paugam, « *compter sur* » renvoie à la protection que le groupe apporte à l'individu. En acceptant de changer les habitudes alimentaires, en acceptant de faire des efforts supplémentaires pour satisfaire les besoins en alimentation des personnes hypertendues, le groupe indique à l'individu qu'il peut compter sur lui. À cet égard, la réduction des ingrédients tels que le sel, le cube ou les lipides constitue des témoignages d'un engagement à protéger la santé, et plus à l'extrême, la vie de la personne malade. Ainsi, le réseau social, (et plus précisément les proches immédiats des patients) participe activement à modifier l'alimentation de celui-ci afin de la rendre conforme aux prescriptions médicales.

II.3. La contribution du groupe social en termes de médicaments et de suivi

Les médicaments et le suivi font partie des contributions que le groupe social consent pour favoriser la santé des personnes hypertendues. Après les prescriptions médicales, le patient est pris en charge par ses proches qui mettent à disposition leurs ressources financières pour acheter les produits pharmaceutiques, ainsi que leur présence pour s'assurer du suivi du traitement ;

II.3.1. La contribution en termes de médicaments

La prise de médicaments est une partie importante du traitement de l'hypertension artérielle. Son importance est d'autant plus avérée qu'elle permet de réduire ou de stabiliser la pression artérielle chez les patients.

II.3.1.1. Un constat de l'efficacité des proches

Les effets de la thérapie pharmacologique sont attestés par les acteurs sociaux qui ont pris la peine d'évaluer son efficacité dans le traitement de l'hypertension artérielle qui les affecte. Pour la plupart des acteurs sociaux interrogés et qui ont pris le temps de suivre les effets du traitement, le médicament est nécessaire à la stabilisation de la pression artérielle. En d'autres termes, le régime alimentaire seul n'a pas autant d'efficacité que le médicament pour réduire rapidement la forte pression artérielle.

Cette constatation a été faite par Jeannette : « *Si je saute les remèdes, je vais chuter.* » (Entretien avec Jeannette, hypertendue, Mimboman, 15/11/2020). Elle a réussi à mettre sur pied un régime alimentaire qui sied à son état de santé. Cependant, elle a constaté que lorsque le médicament manquait, sa pression artérielle augmentait à nouveau et elle faisait des crises. C'est

suite à cette observation que Jeannette a conclu que le médicament a une importance non négligeable dans le traitement de la maladie, outre l'adoption d'un régime alimentaire.

Bernadette a également fait le constat que lorsqu'elle prend les médicaments, sa santé est meilleure que quand elle en manque, et cela même si elle respecte un régime alimentaire strict. Elle affirme par ailleurs que lorsqu'elle avait appris que le régime alimentaire pouvait aider dans le traitement de la maladie, elle a décidé de suivre un régime très strict et de pratiquer une activité physique avec assiduité. Après avoir mis sur pied ces nouvelles pratiques, elle a cessé de prendre les médicaments car elle voulait combattre l'idée de prendre les médicaments à vie. Pourtant, malgré cette nouvelle discipline, elle a dû se résigner à prendre les médicaments de façon chronique, ayant constaté que le régime seul ne suffit pas.

Celestine a constaté que la prise de médicaments était plus importante que le régime pour baisser rapidement la pression artérielle et stabiliser sa santé. C'est ce qui l'a d'ailleurs encouragé à ne pas trop s'engager dans le régime alimentaire :

Le problème était que j'avais décidé de ne pas prendre beaucoup de compte, et j'ai constaté que quand je mangeais le sel et je mangeais l'huile, ça ne changeait pas ce que le remède fait. J'ai fait ma confiance maintenant sur le médicament. Donc le remède résout le problème. Parce qu'en mangeait le sel, je mangeais l'huile, [...] je suis dépendant maintenant sous l'effet des remèdes. Après cela on ne m'a jamais demandé si je respecte le régime, mais chaque fois que je pars, on dit seulement qu'il ne faut pas manger le sel. On n'a jamais dit que si tu respectes le régime l'hypertension peut finir une fois. Moi, je ne vois pas ça dans ce sens, je vois seulement que ma dépendance aux remèdes peut me permettre de manger ce que je veux. Ma dépendance au remède me fait oublier même qu'il y a problème. [...] Le médecin a conseillé et chaque fois que je pars dans n'importe quel hôpital j'achète mes remèdes à la fin du mois et je bois. Maintenant le problème de ne pas manger le sel et tout ça, ce n'est même pas dans ma tête. Parce que je sais que si je mange ou si je ne mange pas, le remède est là pour calmer ça. Il [le médecin] avait dit que si je ne prends pas le sel, je ne prends pas l'huile, ça va baisser. Mais comme je prenais déjà les remèdes et ça baissait, et quand mange le sel et je prends l'huile ça continue à être à ce niveau, je me dis que ça ne vaut pas la peine de respecter le régime, ce qui veut dire que je peux dire qu'inconsciemment, j'ai préféré ce qu'on appelle la dépendance aux remèdes au lieu de dépendre sur le régime, qui pouvait amener ça naturellement à descendre. (Entretien avec Celestine, hypertendu, Nlongkak, 20/11/2020).

Dans le cas de ces acteurs sociaux, l'on constate que le médicament est une solution face à la maladie. Les patients hypertendus le privilégient dans le cadre du traitement de la pathologie qui les affecte. La détermination de l'importance du médicament se fait sur des formes d'expériences directement pratiquées par les acteurs sociaux. C'est donc le produit d'une

observation qui permet aux patients hypertendus de conclure à l'importance du médicament dans le traitement de la maladie.

II.3.1.2. La participation des proches dans l'achat des médicaments

La participation des proches dans le traitement de l'hypertension artérielle est une variable de la prise en charge de la maladie. En fonction des moyens financiers des proches, ces derniers participent au paiement des factures liées aux dépenses médicales. Cela est visible dans le cas de Pierre Marie et les membres de sa famille. Depuis qu'il a fait son AVC, la famille s'est mobilisée afin de lui accorder une forme d'allocation destinée à acheter ses médicaments fréquemment et donc à en prendre sans interruption. C'est ce dont il témoigne, ainsi que sa fille, Stéphanie. Cette dernière indique que son père prend ses médicaments et que la famille participe au respect de ce traitement :

Moi je ne blague même pas, oui ! Mon père suit bien son traitement. Donc son médicament ne manque jamais. Il a toujours son médicament, toujours ses médicaments. On lui donne l'argent lui-même il achète. Il connaît ses médicaments, on lui envoie l'argent, il part acheter à la pharmacie. (Entretien avec Stéphanie, fille d'hypertendu victime d'AVC, Nlongkak, 22/11/2020).

Les proches de Pierre Marie ont donc décidé de mettre les ressources à la disposition de celui-ci afin de garantir son approvisionnement en médicaments.

Pierre Marie n'est pas le seul à recevoir cette assistance de la part de ses proches. C'est également le cas de Bernadette. Ses enfants sont devenus adultes et ont trouvé des emplois. Ils contribuent à ses soins lorsqu'elle est malade. Plus spécifiquement, lorsqu'elle fait des crises ou alors lorsqu'il faut acheter les médicaments, ils apportent leur contribution financière :

Bon beaucoup sont... parce que c'est eux qui paient mes remèdes. Chaque fois que je suis malade, c'est eux qui s'en chargent. Donc ils veulent tous que je sois à l'aise. Quand je suis hospitalisée c'est eux qui se battent pour envoyer l'argent à l'hôpital, et puis ils restent à côté de moi. (Entretien avec Bernadette, hypertendue, Nkolbisson, 25/11/2020).

On observe donc que les proches jouent un rôle dans l'achat des médicaments, dans sa mise à disposition au malade, principalement en donnant au patient hypertendu le moyen de respecter le traitement. Du côté des proches de malades, il existe une sorte de volonté de voir le patient être guéri. Cette volonté se manifeste par le fait de chercher à s'assurer que la personne malade dispose de médicaments et qu'elle prend ces médicaments. C'est ce qu'atteste Stéphanie, proche de malade, lorsqu'elle dit : « *Il a toujours son médicament, toujours ses médicaments. On*

lui donne l'argent lui-même il achète. Il connaît ses médicaments, on lui envoie l'argent, il part acheter à la pharmacie. » (Entretien avec Stéphanie, fille d'hypertendu victime d'AVC, Nlongkak, 22/11/2020). Cette affirmation témoigne de ce que dans certaines familles les acteurs sociaux peuvent apporter une certaine contribution financière pour s'assurer que le malade ait accès au médicament. Dans le cas du parent de Stéphanie, la famille a résolu de lui donner une allocation destinée à l'achat de médicaments. Dans son cas encore, et en particulier, le séjour à l'hôpital et l'AVC ont définitivement contribué à forger chez les proches l'idée de la mise sur pied de cette stratégie. Il existe une crainte de se retrouver dans une nouvelle crise qui pourrait altérer la santé de Pierre Marie. En mettant à disposition ces fonds pour que le patient ne manque pas de médicaments, les proches indiquent ainsi leur solidarité, mais également leur attachement à la préservation de la santé et de la vie de leur parent.

Ce comportement correspond à ce que Serge Paugam appelle « *compter pour* ». Le lien social est d'autant plus fort que les individus sentent qu'ils peuvent compter pour les autres membres du groupe. Cela se manifeste à travers des gestes, des comportements exprimés par le groupe social et qui correspondent aux attentes des individus. Concrètement, un individu se sent lié et intégré à un groupe social lorsque ce groupe lui manifeste de la reconnaissance et lui exprime une certaine valeur. En l'absence de cette reconnaissance, le lien social avec le groupe se fragilise. Au cours de cette étude, il a été possible de constater que les groupes sociaux expriment leur attachement aux individus en mettant à leur disposition les ressources qui lui permettent de se sentir accepté et désiré. Les patients reconnaissent également les efforts qui sont faits par le groupe pour leur montrer leur importance.

D'un autre côté, le soin consenti par les groupes sociaux tels que la famille pour garantir à leur proche la stabilisation de la santé et le prolongement de la vie relève de la volonté de protéger la personne malade. Dès lors, le malade sait pouvoir compter sur son entourage, sur les membres de son réseau social pour faire face à la maladie. La satisfaction de ce besoin de protection participe au renforcement du lien entre le malade et l'entourage. La conséquence de cela est un plus grand attachement au groupe social dont l'individu reconnaît qu'il dépend pour sa protection et aussi pour le renforcement de son intégration sociale. L'individu est donc plus porté à se sentir conforté car il a trouvé une place au sein du groupe ; et ce groupe, par la protection et la reconnaissance qu'il lui accorde lui fait savoir qu'il l'accepte comme membre.

II.3.1.3. L'ethnomédecine et le traitement de la personne hypertendue

La mise à disposition des médicaments par les proches de malades passe aussi par la proposition de potions issues de l'ethnomédecine. Les proches proposent à la personne malade des solutions qui sont généralement considérées comme complémentaires au traitement proposé par l'hôpital.

À côté des prescriptions médicales pour traiter l'hypertension artérielle, les acteurs sociaux et leurs proches développent des recettes visant à réduire les risques associés à cette pathologie. Même si la médecine moderne possède des instruments, une technologie industrielle et possède des institutions comme l'OMS qui est le régulateur au niveau international, l'ethnomédecine dispose de moyens développés localement pour combattre l'hypertension. Ces moyens sont présents dans les pratiques des acteurs sociaux interrogés dans le cadre de cette étude. Ces moyens tournent principalement autour des plantes.

L'une des plantes les plus utilisées par les patients hypertendus, ce sont les feuilles de corossol et de moringa. Pour ce faire, les acteurs cueillent des feuilles qu'ils laissent infuser dans de l'eau. Cette infusion est consommée chaude ou froide avec ou sans du sucre. Les acteurs sociaux hypertendus obtiennent ces feuilles auprès des personnes disposant de plants de corossol, de gui ou de moringa. Il existe aussi des acteurs qui possèdent leurs propres plants de moringa ou de corossol dans leur jardin et s'y ravitaillent chaque fois qu'ils en ont besoin. L'efficacité de ces plants est diffusée de bouche à oreille lorsqu'une personne souffre de la maladie ou alors à travers Internet¹⁶⁹ et dans la presse écrite.¹⁷⁰

Les feuilles de corossol sont notamment utilisées par le père de Leticia. Ses proches lui ont recommandé de faire des potions à base de ces feuilles pour baisser la pression artérielle qui a entraîné un AVC. Il fait une décoction avec comme base les feuilles de corossol et de papaye. Il y ajoute du « lemon » ou du citron qu'il boit. Cette consommation d'infusions est accompagnée de la prise de médicaments prescrits à l'hôpital.

Bernadette a également expérimenté les traitements naturels pour traiter l'hypertension. Elle faisait des potions contenant des feuilles de corossol et de l'ail. Cette thérapie était fondée sur ses espoirs de retrouver la guérison, mais tous les patients hypertendus qui utilisent des

¹⁶⁹ Martine Perez, « L'ail contre l'hypertension », in *Le Figaro Santé*, 21 novembre 2010, disponible sur <https://sante.lefigaro.fr/actualite/2010/11/21/10558-lail-contre-lhypertension>.

¹⁷⁰ Cathérine Djité, « Cameroun : Combattre l'hypertension avec le gui », in *La Voix Du Paysan*, 3 septembre 2018. Disponible sur <https://www.lavoixdupaysan.net/cameroun-combattre-lhypertension-avec-le-gui/>.

médecines dites alternatives ne trouvent pas toujours satisfaction dans ce choix thérapeutique. Sa détermination à se débarrasser de cette pathologie l'a poussée à accepter de se rendre, sur proposition d'un proche, chez un « père » qui était réputé avoir des pouvoirs spirituels pour guérir des maladies. Celui-ci lui a donné des gouttes d'un liquide qu'elle devait ajouter à l'eau qu'elle boit afin de retrouver la guérison. Cette tentative s'est soldée par un échec et elle a abandonné toutes les autres thérapies qui ne lui avaient pas été prescrites par son médecin soignant.

Dans les deux cas sus-évoqués, il apparaît que les proches de la personne hypertendue jouent un rôle dans la décision de recourir à l'ethnomédecine.

II.3.2. Participation des proches dans le suivi de la maladie

La protection et la reconnaissance de la valeur de la vie de la personne hypertendue par le groupe ne se manifestent pas seulement au niveau de la mise à disposition du médicament. Cela se manifeste également au niveau du suivi du malade et de son histoire avec la maladie. Les enquêtes menées lors de cette recherche ont permis d'observer que l'achat de médicaments n'est pas la seule modalité de participation des proches au rétablissement ou à l'entretien de la santé du malade. En plus de cette mise à disposition des médicaments, les proches veillent sur l'aspect du suivi.

Le suivi consiste ici à s'assurer que le patient respecte la posologie et conserve une observance optimale du traitement. C'est donc une forme de contrôle social qui est exercé par les proches. Ils s'assurent ainsi de la conformité du comportement de l'acteur social aux attentes que le groupe lui formule. À ce niveau, il a été possible de constater que les proches de malades attendent que le patient prenne ses médicaments, et qu'il les prenne conformément aux prescriptions médicales. C'est à cet effet que les proches de malade font des sortes de contrôles pour s'assurer que le malade prend des médicaments et qu'ils développent des mécanismes pour s'assurer du traitement effectif de la pathologie.

Ce contrôle consiste notamment à poser la question au malade pour savoir s'il a pris ses médicaments. Cela se passe davantage lorsque le proche et le malade vivent dans une même maison ou lorsqu'ils séjournent dans un même domicile. En tant que fille d'un patient hypertendu qui a fait un AVC, Léticia a appris à veiller sur son parent. Celui-ci a pu reprendre le travail après son hospitalisation. Depuis cet épisode, Léticia s'assure, chaque fois qu'elle séjourne chez son père, qu'il a pris ses médicaments. Si elle constate que son père a oublié de

prendre ses médicaments du matin par exemple, elle ne va pas laisser passer, et même s'il est 15h elle va les lui donner, quitte à ce qu'il ne prenne pas la dose du soir. Leticia a également acquis une certaine capacité à comprendre certains signaux qui s'expriment chez son père en lien avec sa maladie. Ces signaux lui permettent de se faire une idée de la santé de son père et des éventuels comportements à adopter. Elle a par exemple constaté que lorsqu'il exprime la faim plus que d'habitude ou alors lorsqu'il manifeste des insomnies, cela signifie que sa pression artérielle est élevée.

Oui, la famine. La famine. S'il mange beaucoooup, c'est que ça ne va pas bien. C'est ce que moi j'ai constaté hein. S'il mange beaucoup là, c'est que non. Et il ne dort pas. Il reste là, tu dis : papa, tu ne pars pas dormir ? Il dit : « je vais aller dormir. » Une ou deux, trois heures du matin tu reviens il est toujours là. Il dit qu'il n'a pas sommeil. Ça veut dire que ça ne va pas. Si c'est peut-être dans la journée, on prend généralement sa tension le matin, à la maison ou à la clinique qui est à côté, puisqu'il y a un centre de santé à côté. On fait généralement ça le matin puisqu'on dit que c'est bien de faire le matin. Oui, donc si c'est qu'on a constaté, on va essayer de donner les médicaments peut-être si la dose, il doit peut-être prendre à 18 h, on dit que c'est mieux de prendre maintenant. On ne respecte pas trop l'heure quand on constate, quand moi je constate que c'est un peu comme ça, je lui donne. Il y plusieurs, il y a jusqu'à trois types médicaments. Il y a l'autre là qu'il boit matin et soir. C'est l'autre là. Donc si peut-être je constate qu'il a trop faim ou peut-être la journée là... si c'est qu'il a fini de faire, automatiquement, il doit se reposer, mais il est là, il ne dort pas. C'est là que je peux dire pars prendre ton remède du soir maintenant, et le soir je ne donne plus. Le matin on prend la tension [il a un tensiomètre à la maison ?] Non, pour l'instant non. J'ai eu à observer ça deux fois. La première fois, je me disais que non, c'est peut-être parce qu'il a trop faim. Mais le matin, on est allé mesurer [la pression artérielle] c'était élevé. C'était à 18 hein. C'était à 18. C'est seulement moi qui fais ça, sinon, d'autres personnes non. C'est seulement moi. C'est juste l'intuition. Je me dis qu'en donnant peut-être ça peut baisser. Parce que quand il boit ça, il n'a même pas deux heures de temps, il dort. (Entretien avec Leticia, fille d'hypertendu victime d'AVC, Nlongkak, 25/11/2020).

L'exemple de Leticia montre que dans la prise en charge de l'hypertension artérielle, certains proches ne se limitent pas à l'achat de médicaments. Ils s'assurent que le malade prenne ses médicaments. Ils observent sa santé et prennent des mesures au cas où le patient oublie de se conformer à une mesure qu'ils jugent importante. Le malade n'est donc pas seul à prendre en charge sa maladie : face à l'hypertension artérielle, ses proches l'accompagnent en fournissant les médicaments et en s'assurant qu'il les prend effectivement.

II.4. Les aménagements consentis par les proches pour accompagner le malade

Pour réussir le traitement de l'hypertension et garantir la continuité de la participation du malade aux groupes sociaux, les membres de ce dernier effectuent des ajustements qui visent à

tenir compte de la présence de ces patients hypertendus. Ces changements se font directement dans le microcosme au sein duquel évolue la personne malade et sont fonction de la connaissance que les proches ont de la maladie et de sa gravité au cours des interactions.

II.4.1. Une participation fondée sur la perception de la gravité

La participation au traitement de l'hypertension est une activité à laquelle les proches de malades apportent diverses contributions. Ces contributions ne sont pas que liées aux mesures de traitement pharmacologiques ou non pharmacologiques. Des aménagements dans les pratiques quotidiennes implémentés afin de créer un cadre favorable à la conservation de la santé de la personne hypertendue ont été observés lors de la collecte de données. Il existe une corrélation entre ces aménagements et la perception de la gravité de la santé du malade.

L'on a pu constater que les personnes ayant été dépistées hypertendues sans avoir fait de crise, de complications telles qu'un AVC ou encore qui ne manifestent pas de symptômes ou une gêne associée par les proches à l'hypertension artérielle bénéficient de moins d'aménagements que les personnes ayant vécu des complications. Le niveau d'aménagement est donc fonction de la gravité perçue de la maladie.

Chez Celestine qui n'a jamais eu de complications liées à l'hypertension artérielle, il n'y a pas de mesures spécifiques qui ont été prises par sa femme pour apporter des changements pendant toute la durée de sa maladie. Ce n'est qu'en 2020 qu'ils ont décidé de faire des aménagements. Ces aménagements n'ont pas été décidés et implémentés sur la base de l'état de santé de Celestine, mais plutôt parce que le risque de devenir hypertendu a été détecté chez son épouse. Concrètement, ce qui déclenche les aménagements, c'est principalement et davantage la crainte que les deux ne développent des maladies chroniques que la perception de l'urgence de le faire pour la santé de Celestine.

En échangeant avec Jeannette ou Bernadette qui ont manifesté des « symptômes » et qui ont été hospitalisées pour hypertension, il a été possible de constater que des efforts supplémentaires ont été consentis par les proches afin de tenir compte des besoins spécifiques de ces acteurs sociaux. Ainsi, si les proches des deux femmes ne les traitent pas comme des personnes en parfaite santé, elles ne les traitent pas non plus comme des personnes invalides. Ces acteurs sociaux conservent leurs activités au sein de leur réseau social, et ne vivent leur condition de personnes hypertendues que lorsqu'il faut prendre les médicaments ou lorsqu'il faut faire des restrictions relatives au régime alimentaire. Elles vaquent à leurs occupations et les

proches acceptent que la nourriture puisse ne pas avoir autant de sel que par le passé. Ces derniers contribuent également à leurs besoins de santé quand cela est possible.

Une troisième catégorie est celle des personnes ayant été victimes d'AVC. Ici, il est possible de noter que les personnes qui ont été victimes d'AVC bénéficient de plus d'aménagements que les autres. L'avènement de cet accident entraîne des ajustements souvent chroniques dont le but est de préserver au maximum la santé de la personne malade. Chez Pierre Marie par exemple, les proches ont décidé qu'il ne devait plus travailler. Stéphanie, sa fille, ajoute :

On lui conseille de rester à la maison, qu'il ne marche plus dans le soleil, quand il fait chaud, qu'il reste à la maison. Il n'y a pas de choix. La seule solution c'est qu'il doit rester à la maison, parce qu'il ne travaille pas. Il reste à la maison. Il peut sortir après au coucher du soleil, là il peut sortir ou bien le matin quand il fait froid, il peut sortir un peu. Lui-même il sait, quand il y a trop le soleil, il ne sort pas. Quand il y a trop le soleil, il ne sort pas. (Entretien avec Stéphanie, fille d'hypertendu victime d'AVC, Nlongkak, 22/11/2020).

Dans ces propos, il est possible de constater que ces proches de malades font plus que de donner des médicaments à leur parent. Ils mettent sur pied des aménagements supplémentaires tels que la mise au repos, et garantissent les moyens de subsistance à cet ancien travailleur. Ils ont choisi de créer de nouvelles conditions de vie pour le patient. Ces conditions vont jusqu'à lui assigner pour seul travail la prise de ses médicaments. Cette configuration n'est pas présente dans les catégories de personnes n'ayant pas fait d'AVC.

Cette réalité se vérifie également avec la mère de Claude qui a fait un AVC, ainsi qu'avec Vincent, lui aussi victime d'un AVC.

Lorsque la mère de Claude se plaignait de mal de nerfs, ses enfants n'ont pas pris la décision de la faire venir en ville. Aussitôt qu'elle a fait un AVC, Claude est allé la chercher et depuis ce temps, elle vit avec ses enfants à Yaoundé, ayant quitté l'Ouest où elle a l'essentiel de ses activités. Face aux attaques cérébrales qu'elle a subies, les proches ont décidé de faire des aménagements dans les habitudes de la malade, allant jusqu'à la faire déménager, lui imposer de ne plus travailler et enfin l'amener à vivre dans un nouvel espace social qu'est le milieu urbain.

Chez Vincent, l'AVC qui a réduit sa mobilité et sa facilité d'élocution a décidé ses proches à réduire ses activités et à mettre sur pied des ajustements qui ont pour but de lui permettre de conserver un état de santé optimal.

Il apparaît dès lors que les proches de personnes hypertendues déploient des aménagements dans leur vie avec les personnes malades au fur et à mesure que la maladie devient grave. Ces aménagements sont donc calibrés suivant l'idée que les acteurs sociaux se font de la maladie. Plus la maladie est perçue comme étant grave, plus les proches de malades mettent sur pied des aménagements qui libèrent le malade de certaines obligations et leur donnent plus de droits. Les proches de malades se servent donc des manifestations de la maladie comme un repère qui leur permet de déterminer ce qui rentre dans l'ordre du possible et du faisable pour le patient.

II.4.2. Se rendre disponible pour le malade

Parmi les mesures qui permettent aux proches de malades d'accorder à la personne malade de bénéficier de certains aménagements, il y a le fait de se rendre disponible. Si la personne hypertendue est interdite de certaines activités qui peuvent influencer sur sa santé, les proches font des aménagements qui visent à compenser cette incapacité réelle ou décidée. Les proches se posent donc comme des appuis sur lesquels les personnes hypertendues peuvent compter lorsque les conditions ne leur permettent plus d'être entièrement autonomes. Ainsi, pour réaliser certaines tâches, la personne hypertendue peut compter sur la disponibilité de ses proches. Ces derniers se disposent ainsi afin d'assurer au malade le soutien dont il a besoin. Pour cela, ils mettent leur temps au service de la personne malade. Cela leur permet de réaliser, pour la personne hypertendue, des tâches qu'elle ne peut plus réaliser ou qu'elle est jugée incapable de réaliser.

Une étude de Maroussia Chauvin portant sur l'irruption de la maladie grave dans le handicap indique que les adultes échantillonnés « *ont toujours vécu au sein de leur foyer familial, avec leurs parents comme uniques aidants.* »¹⁷¹ Cet article ajoute que les familles « *ont su vivre, s'organiser, s'équilibrer autour du handicap. Ces parents se sont occupés de leur enfant, sans relâche [...] mettant en place au cours [des] années un mode de communication bien à eux. Ils ont su innover, inventer des techniques, des astuces, des compromis.* »¹⁷². La situation qui est décrite par ces auteurs indique que lorsqu'une incapacité frappe une personne, son entourage organise la riposte en développant des mécanismes pour s'assurer que la personne malade ne soit pas laissée à l'abandon, mais reçoive de sa part des ressources, notamment en termes de disponibilité à aider le malade à conserver une certaine qualité de vie. Ce sont les proches qui cherchent et inventent des solutions pour que la personne malade continue de

¹⁷¹ Maroussia Chauvin et al., « Iruption de la maladie grave dans le handicap », in *Revue JAMALV*, n°120, mars 2015, p. 81

¹⁷² Maroussia Chauvin et al., idem

bénéficier d'un certain nombre d'aménagements nécessaires à un mieux-être. Ces aménagements, cette disponibilité à faire des tâches pour les personnes malades, à se rapprocher de leur univers pour mieux les comprendre et interagir avec elles, sont autant de stratégies qui visent à maintenir ensemble les membres du réseau social, et en l'occurrence familial.

Les proches de patients victimes d'incapacité sont donc une forme de barrière, de rempart pour assurer à la personne malade qu'elle continue à bénéficier de certaines ressources que le groupe met à sa disposition. Cela est visible dans le cas des personnes hypertendues. Sur leur lit d'hôpital, après un AVC ou une crise, les patients hypertendus voient défiler leurs proches qui leur apportent des couvertures et des repas, qui passent du temps avec eux, s'enquêtent et s'inquiètent de l'évolution de la maladie, dont des courses pour eux. La disponibilité à combler les défaillances de la personne hypertendue fait partie des modes d'action qui indiquent un certain attachement, l'existence d'un lien entre la personne hypertendue et les membres de son entourage. Plus le lien social est fort, plus l'entourage se rend disponible pour s'occuper de la personne malade. C'est ce dont témoigne Vincent lorsqu'il dit :

Ils m'ont... Si je n'étais pas marié, c'est qu'on n'en parle même pas. Parce que c'est ma famille, l'encadrement pour que je sois là, c'est ma famille. Ma famille m'a beaucoup soutenu. Si je dis que je veux quelque chose, c'est là. OK va me faire quelque chose... Donc vraiment la famille est un soutien. C'est ça même qui... sinon, je devais plus vivre hein ! (Entretien avec Vincent, hypertendu victime d'AVC, Nkolbisson, 29/11/2020).

Il ajoute :

Je peux dire que quoi ? peut-être pour aller à mon lieu de service, il faut que l'enfant m'aide, je ne peux pas conduire. Même madame, quand ce n'est pas l'enfant, c'est madame qui m'accompagne. Même si peut-être, je dois aller toucher, c'est madame ou moi, on part et je touche, on rentre. Je ne peux pas faire les opérations bancaires seul. Je dois être là, et tout ce que je fais, je signe. Voilà. [Il était droitier] Oooh j'écris déjà avec la main gauche ! ceci là [la main droite] ça ne bouge pas ! (Entretien avec Vincent, hypertendu victime d'AVC, Nkolbisson, 29/11/2020).

Dans le témoignage de cet acteur social, il apparaît que la famille, plus précisément ceux qui vivent avec lui au quotidien jouent un rôle essentiel de soutien. Le patient reconnaît que c'est la disponibilité de son entourage qui lui a permis de sortir du coma, de pouvoir retrouver un certain nombre de marques et par la suite de pouvoir assurer un certain équilibre lié à sa condition de malade. On constate donc que la force du lien entraîne une sorte de devoir de solidarité. Celui-ci pousse les proches à apporter du secours, ou selon l'expression de Serge Paugam, de la protection au malade.

II.4.3. La quête d'informations pour s'adapter aux besoins de la personne hypertendue

Mettre à la disposition du patient hypertendu son temps et sa force ne sont pas les seules modalités de soutien que les proches déploient pour accompagner la personne malade. Les membres du réseau social de la personne hypertendue indiquent aussi leur attachement à la préservation de la vie du malade en se disposant à l'apprentissage, à la formation. La formation ici concerne principalement l'accumulation d'informations et d'expériences visant à mieux s'occuper de la personne malade. Il a donc été possible de constater que les proches de personnes hypertendues se renseignent sur ce qu'est la maladie, sur comment elle fonctionne, sur les moyens à adopter, les aliments à consommer pour la combattre. Cette quête d'informations leur permet de mettre sur pied des éléments de soins ou de soulagement pour le malade. C'est ainsi qu'ils cherchent à savoir quels aliments ou quels ingrédients sont favorables pour une meilleure santé, comment ils peuvent implémenter le besoin en repos de la personne malade et bien d'autres.

La recherche d'informations est utile et pratiquée par les proches de malades afin de s'assurer qu'ils font bien les choses et que leurs actions, plutôt que de nuire au malade, participent à son rétablissement. C'est notamment le cas lorsque le patient est victime de crises ou d'un AVC. Les proches se renseignent assez souvent, entre autres auprès des médecins pour s'informer de ce qu'ils doivent faire pour que le malade recouvre la santé. Ils mettent en pratique les informations recueillies en accordant plus de repos, de silence, d'aliments cuisinés sans les ingrédients jugés néfastes. Cette quête d'information, Claude, Stéphanie, Leticia, Rosine et son frère l'ont menée. Dans le cas de Stéphanie, l'épisode d'AVC a participé à la pousser vers les études de médecine. Elle en a profité pour mieux se renseigner sur l'hypertension artérielle et utilise désormais les termes techniques pour en parler. Elle s'assure aussi personnellement que son père suive son traitement et, quand elle le peut, qu'il se souvienne d'éviter les ingrédients à réduire : « [...] *je ne blague même pas, oui ! Mon père suit bien son traitement.* »

Le frère de Rosine quant à lui, après avoir entamé ses études de médecine a approfondi sa connaissance de l'hypertension et est devenu un allié pour la santé de sa famille, et plus précisément de sa mère. Il sait mieux ce qu'il faut faire pour réduire les risques cardiovasculaires, il a banni de la maison tout ce qu'il juge comme facteur d'aggravation de la maladie (huile, sel, cube notamment) de sa mère. Il a par ailleurs ajouté une liste d'interdits pour sa mère constituée entre autres de tout ce qui est glacé et sucré. C'est ainsi qu'il a éteint le réfrigérateur et interdit la consommation de sucreries à sa mère.

Les jus¹⁷³ comme ça, tu ne vas jamais la voir prendre ça, c'est le jus naturel. Il y a les machines pour faire le jus naturel. Les jus naturels, les jus naturels, les jus naturels avec les fruits. C'est plus jus, fruits, légumes le reste là... Les choses comme le pain le matin, non. C'est plutôt les prunes avec le manioc. Dire que le pain... C'est trop rare. Si par exemple la veille on avait fait le sanga, le lendemain matin elle chauffe ça, la matinée est finie. (Entretien avec Rosine, fille d'hypertendue, Nlongkak, 20/11/2020).

Quant à Claude, le séjour à l'hôpital avec sa mère l'a poussé à se renseigner sur ce qu'il doit faire pour qu'elle ne fasse pas ce énième AVC qui pourrait la tuer, sinon la paralyser, selon le médecin. Il a appris en dehors de ce qui est généralement diffusé comme information, qu'une fois qu'une personne a fait un AVC, on ne doit rien lui donner, si ce n'est de l'eau et toute consommation de médicaments suite à cet accident doit être soumise au diagnostic du scanner et aux prescriptions médicales.

Oui, on a stabilisé avec les perfusions. Les perfusions, l'eau hein, l'eau simple, hein. [Sans produits] Oui, c'est ce qu'ils nous disaient à l'hôpital, l'eau simple, on ne donne rien, puisque quand tu fais l'AVC, on ne te donne aucun remède ! c'est quand on fait le scanner qu'on te prescrit un remède. Donc quand tu as déjà fait l'AVC, on ne te prescrit rien ! Tout ce qui te soutient c'est l'eau ! Puisque s'ils te donnent un autre remède ça peut déclencher l'autre. Puisqu'il y a plusieurs AVC. (Entretien avec Claude, fils d'hypertendue victime d'AVC, Nkolbisson, 25/11/2020).

Il sait que sa mère doit se reposer au maximum, raison pour laquelle il a décidé qu'elle ne retournera plus vivre au village où il n'y a personne, ni pour alléger ses tâches, ni pour l'empêcher de travailler, ni pour cuisiner pour elle convenablement, ni pour s'assurer qu'elle prenne ses médicaments.

Les proches de malades se rapprochent au maximum d'une information qu'ils jugent fiable, essaient de la mettre en pratique avec parfois des changements culturels et structurels qui vont avec, afin de s'assurer que le patient bénéficie de l'accompagnement adéquat dans la prise en charge de la maladie.

II.4.4. Des aménagements pour l'intégration sociale

Comme les données de terrain l'indiquent, les proches de personnes hypertendues travaillent à bâtir un nouvel espace, un nouvel environnement social pour donner au malade les conditions d'un rétablissement ou de la conservation d'une certaine santé. La conséquence de cette quête est que les rôles sociaux sont redéfinis, les fonctions et les statuts sont contextualisés.

¹⁷³ Boissons gazeuses industrielles

Le père n'est plus toujours le père, cette personne « forte » et « active ». ¹⁷⁴ Il est désormais une personne malade dont il faut s'occuper. La mère n'est plus cette personne qui est prête à « mettre la culotte » ¹⁷⁵ pour corriger les enfants que son mari lui a laissés après sa mort. Ces personnes sont aussi des personnes malades dont l'entourage doit penser à redéfinir la vie et les relations avec les autres.

En réalité, les aménagements que les proches de malades mettent sur pied ne sont pas que pour le recouvrement de la santé. Ils servent en plus à permettre à la personne hypertendue de retrouver ses moyens ou de trouver de nouvelles marques qui lui permettent d'exister, d'être présente dans les interactions et de n'en être pas exclue. Le sens du combat, de la lutte, c'est de permettre à la personne malade de rester intégrée dans un réseau de relations, dans un groupe social au sein duquel elle a sa place. Car, il convient de le souligner, intégrer vient du latin *integrare* qui signifie remettre dans son état, rendre entier. Par ailleurs, comme l'indique Hervé Boyer ¹⁷⁶, intégrer c'est « *recréer. Faire entrer dans un groupe plus vaste.* » La question du traitement de la maladie et de l'engagement des proches dans ce processus n'est donc pas dissociable de celle de l'intégration sociale.

Cela est notamment visible lorsque les proches décident de faire des ajustements. Dans la plupart des cas, ils essaient de limiter la différence entre eux et la personne malade en travaillant à faire comprendre à cette dernière qu'elle peut compter sur eux et qu'elle compte pour eux. C'est pourquoi, ils modifient la manière de cuisiner, s'assurent que la personne malade dispose de médicaments ou de moyens pour s'en procurer créent des conditions favorables pour le repos de la personne malade. Suivant la logique de Paugam sur les dimensions protection et reconnaissance du lien social, les proches de malades travaillent à les garantir aux malades. Or, plus ces dimensions sont présentes dans les relations et interactions sociales, plus l'individu se sent membre et s'attache avec plus d'aisance au groupe qui les manifeste à son endroit. C'est pourquoi Vincent par exemple reconnaît que la famille a été déterminante dans le maintien de sa vie ; il est donc plein de gratitude à son endroit et sent les liens plus renforcés avec ceux-ci. Les aménagements que les proches de malades mettent sur pied augmentent le sentiment d'appartenance au groupe et participent à l'intégration sociale de la personne malade. Sans ces aménagements, la personne hypertendue serait étrangère à son réseau social à cause des différences que le traitement de la maladie induit. Cela concerne notamment la conformité de

¹⁷⁴ Propos de Stéphanie qui qualifie son père avant la maladie

¹⁷⁵ Propos de Bernadette sur son comportement avant la maladie

¹⁷⁶ Hervé Boyer, « Accueillir, intégrer assimiler : définitions et éthique. À propos de l'accueil et de l'intégration des travailleurs handicapés en milieu professionnel », in *Vie sociale et traitement*, n°119, 2013/3, p. 119

l'alimentation au régime prescrit, la nécessité de se reposer, la lutte contre le stress, ainsi que la prise des médicaments. Il ressort des entretiens que les personnes hypertendues reconnaissent que sans ces aménagements, il leur serait très difficile de suivre les prescriptions et elles seraient soit non observantes, soit exclues des relations avec les autres à cause du respect des prescriptions médicales.

II.5. La mise en place de nouvelles normes et l'adaptation des normes au sein du groupe

Pour assurer la conservation du statut de membre, les proches redéfinissent un certain nombre de normes sociales passées.

II.5.1. Une contextualisation des prescriptions médicales

L'observation de la réalité sociale permet de constater que chaque groupe social, chaque microcosme possède une manière de mettre en pratique ce que les médecins prescrivent dans le cadre du traitement de la maladie. Chaque groupe social, en fonction de ses caractéristiques, implémente les orientations reçues du corps médical. Dans la pratique, il existe deux grandes catégories.

Tout d'abord, les personnes qui choisissent de miser l'essentiel de leurs efforts sur la prise de médicaments. Ce sont essentiellement des personnes n'ayant pas fait de crises ou d'AVC. Elles comptent sur l'efficacité du médicament, préférant conserver les habitudes antérieures au dépistage de la maladie. C'est notamment ce qu'a fait Celestine qui a privilégié l'efficacité du médicament.

La deuxième catégorie est celle des personnes qui associent des prescriptions non pharmacologiques à la prise de médicaments. Cette catégorie est constituée essentiellement de personnes ayant vécu des épisodes d'AVC ou d'hospitalisation liés à la maladie. Ces personnes associent généralement la prise de médicaments au suivi d'un régime alimentaire. Le suivi et le respect de ce régime alimentaire ne sont pas stricts et permanents ; les acteurs sociaux, en fonction de leur ressenti ou de certains événements (fêtes, réunion notamment) peuvent décider d'enfreindre les règles auxquelles ils ont été soumis par la médecine pour ce qui concerne le respect du régime alimentaire.

II.5.2. Des normes dans les relations sociales

Quel que soit le choix de comportement du patient hypertendu dans le cadre de son traitement, sa réussite est tributaire de la capacité de l'environnement social à accepter et à l'accompagner dans le processus en modifiant des normes. Les normes sont un ensemble de règles, de conduites véhiculées au sein d'un groupe social¹⁷⁷. Ces normes ont pour objectif d'orienter l'action sociale¹⁷⁸ et de rendre compréhensible le comportement des uns et des autres. En fait, un groupe social peut prétendre à l'homogénéité, à un fonctionnement efficace seulement si des normes instituées sont partagées et les pratiques calibrées dessus. À ce sujet Jean Pierre Rey écrit que grâce aux normes, les membres d'un groupe « *peuvent penser que c'est exactement ce qu'ils feraient ou penseraient dans certaines situations, même s'ils étaient seuls.* »¹⁷⁹ Au-delà de la dimension réglementaire de la norme, il y a un enjeu de cohésion, de solidarité et un enjeu d'automatisation de l'action sociale.

C'est à travers les normes que sont déterminés ce qui est conforme et ce qui ne l'est pas. Dans cet ordre d'idées, ce qui est étrange, ce qui est atypique c'est ce qui ne se conforme pas aux normes, et donc qui s'oppose aux pratiques acceptées et ayant cours au sein d'un groupe social donné. Les phénomènes d'exclusion ou de déviance ont été forgés au fil du temps en intégrant cette dimension de non-respect des normes définies. Même si les théories comme l'interactionnisme symbolique, à travers les études de Becker sont venues remettre en question la perspective de la déviance comme transgression des normes en insistant sur la construction de l'étiquetage social, il n'en demeure pas moins que les normes sont à la base de cette labellisation, et les acteurs sociaux s'en servent pour se qualifier les uns les autres.

Les normes sont donc au fondement de l'action et du jugement social. Elles permettent aux acteurs sociaux de se faire une idée des autres et de déterminer le type de relations sociales qui va en découler. Cette précision pose, il apparaît qu'une personne qui transgresse des normes peut être sanctionnée, « étiquetée »¹⁸⁰ ou « stigmatisée »¹⁸¹. Elle peut également être tolérée, le temps de s'amender. Mais quelle que soit la configuration, les acteurs sociaux attendent et espèrent que celui qui s'écarte des normes revienne dans les sentiers tracés par ces normes-là. C'est à cela

¹⁷⁷ Dans le *Lexique de sociologie*, Yves Alpe définit la norme comme « *un principe ou un modèle de conduite propre à un groupe social ou à une société. Les normes sont conformes à ce qui est communément admis et légitimé par le système de valeurs propre à chaque société ou à chaque groupe social* », p. 255

¹⁷⁸ Cf. l'ouvrage de référence de Guy Rocher sur l'action sociale

¹⁷⁹ Jean Pierre Rey, op. cit. p. 18

¹⁸⁰ Selon l'expression de Becker

¹⁸¹ Selon l'expression de Goffman

que servent les instances et mécanismes de contrôle social et de régulation sociale. La société s'accommode donc peu de la transgression de l'acceptable et les actions, états ou comportements qui s'écartent des normes sont évalués, jugés, classés d'après les attentes et les valeurs et sanctionnés en cas de besoin.

Dans le cas des personnes hypertendues, il y a effectivement un écart à la norme qui se produit. Les sociétés s'emploient à comprendre et à traiter le malade afin de le faire rentrer dans la norme, dans ce qui est acceptable en son sein. C'est la raison du développement de diverses médecines par les différents peuples qui habitent la terre. « Traditionnels » ou « modernes », les peuples ont toujours développé des arts de se soigner, l'art de redonner la santé en se fondant sur l'expérimentation de traitements. La raison de cette quête universelle de la médecine est la volonté de redonner sa place au sein de la société à la personne malade. Cette place est socialement définie soit par l'attribution de rôles par la société, soit par l'acteur social qui choisit de faire telle ou telle chose. Mais dans tous les cas, le rôle de la médecine est de participer à intégrer un membre que la maladie met à l'écart des routines précédant la maladie.

II.5.3. Maladie chronique, hypertension artérielle et normes

Il arrive cependant que des malades ne puissent pas être guéris. Ces maladies, qualifiées de chroniques, s'étendent sur la durée et ne s'achèvent qu'avec la mort de la personne qui en est atteinte. L'entreprise de retour à la norme souhaitée par le groupe social devient alors impossible, du moins sur le plan de la santé. Ce constat est applicable aux personnes hypertendues. Elles doivent non seulement vivre différemment à cause de la maladie, mais également adopter de nouveaux comportements dont le but est de leur assurer la stabilisation de la santé.

Le problème avec cela est que les comportements à adopter transgressent les normes sociales admises au sein du groupe social dans lequel ils vivent. Dans le cas d'une maladie aiguë, le temps de traitement est relativement court. De plus, les prescriptions pour recouvrer la santé sont pour la plupart des cas, principalement pharmacologiques. Il n'y a donc pas toujours nécessité de réduire la consommation de sel ou de lipides lorsque l'on veut soigner un paludisme ou un typhoïde, par exemple. Et en général, après quelques jours ou quelques semaines, même si le patient était sous un régime alimentaire spécifique dans le cadre du traitement, le paludisme ou la typhoïde, ne nécessitent plus ce changement de régime alimentaire. Dans le cas de l'hypertension, de nouveaux comportements sont prescrits et ne concernent, pour ce qui est du traitement de la maladie de la personne malade.

L'entrée dans ce nouvel espace normatif crée une séparation chronique entre les normes en vigueur au sein d'un groupe social et celles auxquelles le patient est tenu de se conformer. Ainsi, sans aménagements, sans ajustements, la personne hypertendue entre dans un cycle de déviance chronique dont elle ne peut sortir que si elle décide de ne pas suivre les nouvelles normes auxquelles elle est tenue de se conformer si elle veut recouvrer la santé. C'est d'ailleurs ce qui explique entre autres les « transgressions », le non-respect des prescriptions médicales non pharmacologiques hors du domicile ou du groupe familial.

II.5.4. De nouvelles normes pour l'intégration sociale des personnes hypertendues

Pour que la personne hypertendue puisse stabiliser sa santé, elle doit changer de pratiques et s'inscrire dans une nouvelle carrière normative proposée par la médecine. Afin de permettre à la personne malade de suivre son traitement, son réseau social, notamment son entourage immédiat (famille et amis) déploie des moyens de divers ordres. Cela peut être des finances, des conseils, du soutien psychologique. Mais une chose remarquable dans le cadre du traitement de la maladie est que les groupes sociaux apportent des modifications à leurs modes de fonctionnement. Le rôle du groupe social est d'encadrer et d'intégrer l'individu, afin qu'il se sente membre. Sur cette base, il élabore des normes qui permettent de valider la qualité de membre de l'individu. Ces normes permettent de juger l'individu, mais aussi de juger son degré d'intégration à travers leur respect.

C'est donc l'individu qui est intégré au groupe social, et non l'inverse. Cette intégration est objectivable grâce à un certain nombre de critères dont la quantité et la fréquence des interactions,¹⁸² mais aussi le respect des normes sociales¹⁸³. Pourtant, la personne hypertendue est tenue de limiter les interactions sociales qui pourraient causer du stress, ou encore de « transgresser » des normes sociales en modifiant ses préférences alimentaires notamment. Par conséquent, elle est à risque d'être taxée de non intégrée, car encore une fois, c'est l'individu qui s'intègre au groupe par sa conformité aux règles du groupe et non l'inverse.

L'observation permet de se rendre compte que le groupe social choisit de modifier son mode de fonctionnement pour garantir l'intégration sociale de la personne hypertendue. Cette modification est en fait une adaptation de normes, une création d'un espace de statut d'exception permanent qui accepte et tolère les écarts des personnes hypertendues de rester en contact avec

¹⁸² V. Carole-Anne Rivière, « Le téléphone : un facteur d'intégration sociale », in *Économie et statistique*, n° 345, 2001, pp.3-32

¹⁸³ Catherine Rhein, op. cit. p. 202

les autres, intégrée au groupe social, c'est que ce dernier apporte des modifications les limites de l'acceptable, du normatif. Le groupe social crée donc de nouvelles normes, de nouvelles règles de fonctionnement qui tiennent compte de la présence des personnes hypertendues. Ces nouvelles normes concernent le traitement pharmacologique et non pharmacologique. C'est davantage sur le traitement que cette modification de normes est perceptible.

Chez certains acteurs sociaux, l'usage a formé des normes selon lesquelles la cuisson du repas se faisait dans une seule marmite. Cette norme qu'il n'était pas envisageable de transposer l'a été par la suite au dépistage de l'hypertension chez Pierre Marie, par exemple. Il y a toujours des jours où les proches font la cuisine dans la même marmite pour tous. Cependant, Pierre Marie dispose désormais d'une marmite qui sert à cuisiner ses repas lorsque ce que ses proches envisagent de cuisiner n'est pas conforme à ce qu'il lui est permis de consommer :

Il y a une marmite qu'on a mis de côté pour moi. C'est dans ça qu'on prépare ma nourriture. Quand il faut préparer ma nourriture, c'est là-bas qu'on prépare. C'est comme ça qu'on s'est organisé. Ils peuvent préparer pour eux à part ; pour moi, ils font à part pour que je ne mange pas le sel et l'huile. (Entretien avec Pierre Marie, hypertendu victime d'AVC, Nlongkak, 07/11/2020).

Cette séparation des repas est également présente chez d'autres acteurs sociaux, notamment dans la famille de Léticia. Son père, qui a fait un AVC, suit un régime sans sel mis en œuvre par sa famille. Dans ce ménage, le père seul consomme de la nourriture avec réduction de la quantité de sel. Les autres, enfants et femme, consomment avec du sel. Ses repas sont cuisinés à part et le reste de la famille se sert dans une autre marmite.

En fait, on faisait toujours du genre, [...] tout le monde ne peut pas se priver de manger le sel et le cube. On prépare la nourriture, on retire pour lui, soit la maman, soit moi, puisque je suis sa fille aînée. On retire sa part, et le reste on peut...[saler]. [...] On prépare et on fait autre chose pour lui. Comme le koki, le koki par exemple. On ne met pas le sel sur pour lui, on met l'huile rouge, mais on ne met pas trop. On retire d'abord pour lui avant de mettre [sur le reste]. (Entretien avec Léticia, fille d'hypertendu victime d'AVC, Nlongkak, 25/11/2020).

Cette manière de faire constitue un ajustement des proches mis sur pied pour proposer au malade des conditions pour l'entretien de sa santé.

À travers ces cas, il apparaît qu'en général, l'individu est celui qui fait l'effort de se conformer aux normes sociales afin d'être intégré, mais ce n'est pas toujours le cas, surtout en ce qui concerne les malades chroniques, notamment les hypertendus. Pratiquement, le constat est plutôt que lorsque les proches ont compris la nécessité du traitement de la maladie, ils changent

les normes et les pratiques afin de les adapter à la condition de l'individu. C'est donc un mouvement inverse qui se produit sur l'intégration. L'acteur social n'a plus de « preuves » à faire, qu'il veuille et peut s'intégrer au groupe. Sa maladie le positionne en situation de fragilité et à risque de dégradation de la relation avec les autres. Il est donc difficile, s'il suit strictement le traitement, qu'il soit considéré comme normal par les autres membres du groupe. Dès lors, le groupe social qui a compris ce dilemme et qui comprend la nécessité du traitement prend la résolution d'agir. Cette action indique que le groupe social tient à l'individu. C'est ainsi que le groupe social, plutôt que de laisser la personne hypertendue seule et dans la fragilité de l'intégration qu'induit la présence de l'hypertension, décide de faire un autre chemin. Ce chemin consiste à accepter la nouvelle condition des acteurs hypertendus et de n'attendre plus de ces acteurs les choses qui pourraient nuire à leur santé. Le groupe social ajuste ses normes, c'est-à-dire les règles qui régissent son fonctionnement pour garantir une intégration de la personne hypertendue en son sein.

Dans un article,¹⁸⁴ Pierre Livet procède à une caractérisation des normes sociales et morales. Pour les normes sociales, il indique que contrairement aux théories des normes développées par d'autres auteurs, notamment Durkheim, les normes sociales ne sont pas nécessaires lorsqu'il n'y a pas de conflit :

*Les normes sociales ne sont donc nécessaires que quand deux pratiques sont possibles et en conflit [...], et qu'il faut, pour que la société se reproduise voire se développe, et pour que d'autres pratiques soient coordonnées entre elles, que l'on s'en tienne majoritairement à une des pratiques possibles, et que certains au moins suivent cette pratique sans se borner à s'y conformer.*¹⁸⁵

Il ajoute : « *Les normes ne se mettent pas en place aisément, pour la plupart [...]. Il faut d'abord qu'il y ait un conflit entre pratiques, et que ce conflit devienne assez gênant pour des coordinations sociales importantes, et sortir d'un conflit n'est pas chose simple.* »¹⁸⁶

Dans cette définition de Pierre Livet, il ressort que ce qui permet l'émergence de nouvelles normes et qui en justifie la force, c'est la présence d'un conflit dans les pratiques. Ce sont ces pratiques qui entraînent la nécessité de produire des règles qui vont encadrer l'action des individus, et partant faire autorité et servir de référence pour éventuellement envisager les sanctions. Dans le cas des personnes hypertendues, c'est effectivement ce qui se passe. Il y a des

¹⁸⁴ Pierre Livet, « Normes sociales, normes morales, et modes de reconnaissance », in *Les sciences de l'éducation – Pour une ère nouvelle*, Vol. 45, n° 1-2, 2002, pp 51-66

¹⁸⁵ Pierre Livet, p. 54

¹⁸⁶ Idem

pratiques qui sont en place tant que personne n'est hypertendu. Dès lors que la maladie est déclarée, le traitement impose un changement à la personne malade. Cette dernière se retrouve dans ses pratiques avec une situation conflictuelle avec les autres pratiques qui ont cours dans les groupes sociaux qu'elle fréquentait avant le dépistage et les prescriptions. La nécessité d'introduire une nouvelle norme afin de garantir les nouvelles manières de faire s'impose donc au groupe social et à la personne hypertendue. C'est parce que le traitement commande à la personne malade de s'écarter de la norme que le groupe social qui veut conserver la personne hypertendue dans les interactions ajuste les normes qui ont toujours régi son fonctionnement. C'est parce que la situation de la personne hypertendue ne peut se solder que par la conservation ou la dégradation de l'état de santé pouvant conduire à la mort que le groupe social ajuste ses normes afin de rendre conforme l'acteur social aux nouvelles normes. Cette dérogation se voit pratiquement dans divers aspects de la vie en groupe.

II.5.4.1. Les normes appliquée au niveau de l'alimentation

La norme dans la totalité des cas étudiés était de cuisiner un seul repas pour toute la maison. Désormais, le groupe social admet qu'il est possible de cuisiner deux repas au cas où le repas qui va être consommé par les autres n'est pas jugé convenable pour la personne malade. C'est de cette norme dont bénéficie Pierre Marie notamment lorsqu'il déclare qu'il y a deux marmites à la maison, une pour lui et une pour les autres. Cette nouvelle norme vise à résoudre l'incompatibilité entre le type de repas recommandé pour le traitement de la maladie et le type de repas cuisiné au sein de la famille.

Une autre norme qui est développée est relative à la nature et à la qualité des ingrédients utilisés. Ici, les proches de malades élaborent des règles qui visent à déterminer, sur la base des prescriptions médicales, quelles sont les pratiques acceptables en termes d'assaisonnement. Cette norme permet de déterminer ce qui est permis et ce qui n'est pas permis de faire en termes de sel, de cube, d'huile. Pour ce qui est du cube, il ressort que certains groupes sociaux tendent à l'éliminer de la cuisson : il s'agit là de groupes dans lesquels est présent un malade d'hypertension victime d'un AVC. Les autres groupes n'éliminent pas le cube, mais en réduisent la fréquence et la quantité dans l'usage.

Quant au sel, la norme majoritairement appliquée est la réduction de la quantité de sel dans le repas, quitte à ce que les autres acteurs non malades rajoutent du sel sur leur repas par la suite. Une autre tendance est de ne pas mettre de sel sur les repas des personnes hypertendues. Elle est

souvent mise en place lorsque les acteurs sociaux sont encore hospitalisés, convalescents suite à une crise ou un AVC. L'on constate que les acteurs sociaux adaptent les normes à leur situation : plus l'état de santé d'une personne hypertendue est perçu comme grave par ses proches, plus les normes relatives à son alimentation et au respect des prescriptions médicales deviennent strictes.

Pour ce qui est de la consommation de l'huile, les proches de la personne hypertendue en réduisent la quantité ou trouvent des alternatives. Ceux qui trouvent des alternatives sont ceux qui bénéficient d'un appui spécifique de la part des proches pour la gestion du régime alimentaire. Il s'agit notamment de ce qui se passe dans le cas de Pierre Marie. Sa famille à l'étranger lui envoie des huiles favorables pour limiter les taux de mauvais cholestérol, ce qui lui permet de consommer de l'huile sans trop s'inquiéter de potentielles incidences néfastes sur sa santé. Toutefois, même si cette huile est favorable à la santé, les quantités sont maintenues à un niveau bas par rapport à avant l'épisode d'AVC.

Le deuxième type de comportement est pratiqué chez la majeure partie des acteurs interrogés. Il s'agit de la réduction de la consommation de matières grasses, que ce soit des huiles de cuisine, les tartines, ou encore chez certains le refus de consommer la peau de certains animaux, considérée comme grasse (poulet, canard, porc notamment). Les proches et les personnes hypertendues participent à la création de nouvelles normes qui sont par la suite diffusées et acceptées comme telles au sein du groupe social.

La participation des proches dans l'acceptation des modalités et l'implémentation de ces normes est primordiale. Il convient en effet de dire que, si ce n'est dans de rares cas, les acteurs sociaux font des efforts pour cuisiner un seul repas pour toute la famille. Cela signifie qu'ils font ce qu'ils peuvent pour que le menu jour soit consommable par la personne hypertendue sans qu'ils n'aient besoin de cuisiner deux mets différents. Pour cela, les personnes hypertendues doivent pouvoir compter sur la complicité de leur entourage. Cela est d'autant plus important que ce n'est pas toujours la personne hypertendue qui se retrouve à faire la cuisine, si ce n'est dans des cas comme celui où les personnes malades sont des femmes mariées qui cuisinent pour la maison. Mais encore à ce niveau, les proches participent à respecter cette norme et à implémenter les pratiques y afférentes. C'est ainsi que l'entourage des personnes hypertendues se pose en allié essentiel pour la lutte contre la maladie.

En créant, en diffusant et en donnant vie aux normes par la pratique, les proches de personnes hypertendues participent à réduire l'écart, la séparation que le traitement de la

maladie, induit au moins de manière théorique. Si donc la séparation, l'exclusion, ou le sentiment d'ostracisme ne se manifestent pas de façon immédiatement observable, si de prime abord, les personnes hypertendues apparaissent intégrées à leur environnement social, ce n'est pas que la situation va de soi. Si encore la personne hypertendue ne se trouve pas en décalage avec les pratiques qui ont cours dans le groupe social, et plus précisément familial dans ce qu'il vit, c'est parce que le groupe social a choisi de modifier les normes et les pratiques qui en découlent pour résoudre le conflit lié à la nécessité de prendre en charge la maladie. Les normes médicales de traitement de la maladie sont porteuses de germes d'exclusion, de séparation et de potentielles sources de dégradation des relations, du lien social. La réponse du groupe social qui consiste en la modification des normes ayant cours au sein du groupe social est la raison pour laquelle les relations sociales, le lien social, le réseau social de la personne hypertendue ne s'effritent pas. Ce qui permet donc de limiter les conflits qui peuvent apparaître entre les acteurs sociaux et leur proche qui est malade, c'est de cette capacité à produire des normes qui prennent en compte la présence des acteurs sociaux malades au sein du groupe social :

Tout le monde est grand, nous sommes à la maison, mon mari et moi et ma mère. C'est tout, tout le monde est parti [rire]. Je peux aller [chez les enfants] si quelqu'un accouche. Puisque c'est moi qui les ai élevés, ils savent que maman peut manger ça, maman ne peut pas manger. En réalité, tous ont adopté mon genre de vie, vraiment. Quand je suis chez mes enfants, je ne souffre pas du sel, je ne souffre pas du cube. Eux-mêmes me disent que quand ils mangent avec, ils sont mal à l'aise, quand il y a beaucoup le sel, ils sont mal à l'aise. (Entretien avec Jacqueline, hypertendue victime d'AVC, Tsinga, association ACADIAH, 11/06/2021).

La norme, ainsi que la capacité du groupe social à en produire de façon à s'adapter au statut du malade, est une ressource clé sur laquelle peut compter la personne hypertendue pour parvenir à rester intégrée au groupe social. Cette ressource ne provient pas de l'individu. Celui-ci ne peut qu'informer le groupe social de sa nouvelle condition, de la nouvelle situation et de ses exigences. Lorsque l'information est diffusée, il revient au groupe social d'intégrer ces informations et d'y donner suite en modifiant les normes et les pratiques qui sont de nature à créer une distance entre le malade et ses proches. Si le malade peut donner des ordres aux membres de son réseau social sur les nouvelles attentes qu'il formule à leur égard, il lui est difficile d'implémenter cela sans la participation des proches, d'où la nécessité de participation du groupe social.

Cet exposé permet de dire que l'entourage de la personne hypertendue joue un rôle de premier plan, en conquérant ce qui arrive au malade et en ajustant ses normes que celui-ci ne se

soigne effectivement et que ce traitement ne soit pas une cause de solitude et d'exclusion. Ce qui a été développé ci-dessus concernant l'alimentation est aussi valable pour la gestion du stress.

II.5.4.2. Les mesures relatives à la gestion du stress

Dans le cadre de l'accompagnement de la personne hypertendue, les proches de personnes malades tiennent compte de ce qu'il est qu'elle vive dans un environnement peu stressant. Si pour l'alimentation les mesures peuvent être plus simples à implémenter du point de vue des proches, cela n'est pas toujours évident pour ce qui est de la gestion du stress. Dans toutes les relations sociales en effet, le stress, les contrariétés (deuils, échecs, maladies, déceptions etc.) sont inévitables : elles existent parce qu'il existe des relations sociales et participent de la nature même de ces relations. Mettre sur pied un environnement sans stress est donc une des complexités de la prise en charge de l'hypertension. La question qui se pose est donc de savoir comment réussir à ne pas contrarier la personne hypertendue, étant donné que cette contrariété peut être une source de stress et donc de dégradation de sa santé et de sa participation au groupe social ? À cette question, les acteurs sociaux ont trouvé diverses solutions, certaines consistant à formaliser des pratiques qui servent désormais de routine, afin de conserver la santé du malade. Au cours de l'enquête, plusieurs catégories d'initiatives ont été prises par le groupe pour limiter le stress de la personne malade.

II.5.4.2.1. Éviter de contrarier le malade

Cette règle consiste à ne pas dire des choses qui pourraient contrarier la personne hypertendue. Les sujets qui peuvent entraîner des disputes ou un affrontement ouvert sont alors évités par les proches de la personne hypertendue. Ils évitent dans les interactions ce qui peut se solder par des disputes. Cela implique d'éviter d'aborder un certain type de sujets sensibles. C'est ainsi qu'au lieu de tout dire à la personne hypertendue, les proches filtrent l'information et choisissent de ne transmettre que celle dont la personne hypertendue a besoin afin de lui garantir une certaine santé. C'est notamment ce qu'affirme Stéphanie lorsqu'elle dit que personne ne dit rien même lorsque son père dit des « sottises » : « *On évite de [l'énerver] on sait que c'est quelqu'un qui est malade, donc on évite. Même quand il dit un truc qui n'a pas de sens, on sait que c'est la maladie qui fait ça. [...] On sait que si on le stresse, sa tension va encore remonter.* » (Entretien avec Stéphanie, fille d'hypertendu victime d'AVC, Nlongkak, 22/11/2020).

La même pratique est présente chez Myriam que les proches essaient de ménager : « *Ils savent que je suis malade. Si je leur fais quelque chose, ils me conseillent. [...] Ils veulent que je me porte bien, que je me soigne.* » (Entretien avec Myriam, hypertendue, Tsinga, association ACADIAH, 15/06/2021). Sa fille, Christiane, ajoute : « *Si elle veut se fâcher, on lui rappelle que tu sais que tu es malade, tu ne dois pas faire... te fâcher, reste calme. [...] Ils évitent tout ce qui peut la rendre en colère.* » (Entretien avec Christiane, fille d'hypertendue, Tsinga, association ACADIAH, 15/06/2021).

Les acteurs sociaux proches de malades évitent donc ce qui peut contrarier le malade. C'est pour cette raison qu'ils élaborent et partagent cette règle qui consiste à ne pas absolument contredire la personne hypertendue, privilégiant son intégration et sa santé aux conflits qui peuvent nuire à la qualité des interactions, à la santé et à la cohésion au sein du groupe social.

Claude use également de cette pratique envers sa mère qui est présente à Yaoundé depuis qu'elle est malade et a fait un AVC. Elle a indiqué plusieurs fois à Claude qu'elle veut rentrer au village pour s'occuper de sa maison et de ses champs. Mais Claude, qui veut éviter cet autre AVC qui pourrait lui être fatal, ne le souhaite pas. Il a opté pour une stratégie qui consiste à éviter ce moment de colère de sa mère. Il lui promet que lorsqu'elle ira mieux, elle retournera au village. Claude a trouvé une solution pour éviter de la mettre en colère à ce sujet :

Elle était même là [à Yaoundé, chez la sœur de Claude] maintenant là, malgré elle. Quand j'arrive là, comme j'étais là l'autre jour-là, elle me dit : « est-ce que tu sais que je vais rentrer vendredi ? » Je dis que mais tu pars où ? [Rires]. C'est ça qui me fait ne pas passer là-bas parce que quand je passe là-bas, elle dit : « moi, je suis en train de partir. » [...] Oui, oui, c'est pour ça que je t'ai dit que moi je ne pars pas souvent trop là-bas parce que quand je pars là-bas, elle commence à me dire qu'elle va partir. Et si je m'énerve là, elle va aussi s'énerver ça serait grave. Il y a le stress là que vraiment l'accent sur le stress. Il faut faire tout pour éviter qu'elle ne se fâche parce que même à l'hôpital on nous a dit... parce que quand elle se fâche, la tension monte et elle se retrouve dans une situation qu'on n'attendait pas. [...] Il y a aussi la maladie, il faut éviter certaines maladies. Si tu as certaines maladies là maintenant, c'est ça qui te provoque la tension, ça augmente la tension. Donc, tout le moment, il faut veiller à sa santé. C'est-à-dire, quand le palu veut venir, il faut prévenir. Parce que ce n'est pas seulement, comme ça, ça veut dire tu es fâché, tu as ça non. Malgré que tu peux être content, mais une maladie vient se fixer, le temps que ça te fait mal là et puis la crise augmente. (Entretien avec Claude, fils d'hypertendue victime d'AVC, Nkolbisson, 25/11/2020).

Une autre pratique des proches de malade visant à réduire les contrariétés a été mise sur pied dans le ménage de Celestine, Lorsque sa femme, Jeanne, voulait le réveiller, elle s'y prenait

en le réveillant avec bruits. Cette pratique déplaisait à Celestine et le mettait en colère. Pour éviter de le contrarier, elle a ajusté son comportement lorsqu'il est endormi :

Là, j'ai mes méthodes, de réveil, je ne le brutalise pas. J'ai des méthodes pour ne pas le... pour le réveiller doucement. Je l'amène à se réveiller doucement, je ne le brutalise pas. Il y a parfois, je fais, je le tâte, je trouve qu'il est profondément endormi, je ne le réveille pas. J'attends. Quand il est profondément vraiment endormi, je vais faire un léger bruit, quand il est réveillé, il va ouvrir les yeux, je sais qu'il ne dort pas profondément. Et je sais le toucher aussi. S'il dort profondément, il ne va pas réagir, je vais laisser. C'est mauvais quand quelqu'un dort profondément tu le réveilles brusquement. Il y a eu des moments où je l'ai réveillé brusquement comme ça, je l'ai réveillé, il se mettait en colère. Pour calmer la situation, je suis obligé de lui demander pardon. (Entretien avec Jeanne, femme d'hypertendu, Nlongkak, 27/11/2020).

La présence de conflits est donc inévitable dans les relations entre personnes hypertendues et proches. Mais le comportement des proches, et de la famille notamment, est d'éviter de les amplifier et de limiter les sources de conflits, même quand ils pourraient se justifier. Cette précaution indique que les acteurs sociaux notamment, et principalement ceux qui ont vu leur proche hospitalisé suite à un AVC, travaillent à prendre en compte la maladie dans les interactions et dans leur décision vis-à-vis de la personne hypertendue. La maladie est donc un facteur important qui influence la décision d'ouvrir un conflit ou de l'empêcher. Derrière cette stratégie, se trouve une nouvelle loi, une nouvelle norme que se sont fixés les proches de malades, celle qui consiste à éviter, tant que cela est possible, de contrarier la personne hypertendue.

II.5.4.2.2. Limiter les sources de stress

Cette modalité de relation avec la personne hypertendue consiste à se poser en rempart contre les sources tierces de stress. La personne hypertendue subit son propre stress qui est lié à sa condition de personne pensante et soumise aux contraintes environnementales et sociales. À côté de cela, les proches peuvent être des sources de stress pour la personne malade. Une troisième catégorie constituée de personnes qui ne comprennent pas la maladie et les contraintes du traitement peut constituer une troisième source de stress. Il peut s'agir d'enfants, d'amis, de proches, et d'autres membres du réseau social comme les voisins ou les collègues. Pour faire face à ces acteurs sociaux et aux sources de stress qu'ils peuvent rencontrer, les proches qui veulent participer à la diminution du stress des personnes hypertendues se posent en remparts contre ceux qui ne savent ou qui ne comprennent pas cette nécessité.

En se référant, au cas de Jacqueline, il ressort qu'elle bénéficie de ce soutien de la part de ses proches. Ces derniers sont compréhensifs envers elle et s'assurent de limiter les sources de stress dans son quotidien :

Il y a le fait que quand tu sais que tu es déjà dans une situation, dans mon dialecte, on dit que « quand tu connais déjà la maladie, tu n'en meurs plus. » Il y a beaucoup de suivi de part et d'autre, les médecins, les conseils de la famille, et tout et tout, et quand tu te rends à l'évidence hein, tu vis avec, étant donné que ça ne guérit pas, tu vis avec. Maintenant tu fais les efforts au niveau de ton tempérament. Tu sais très bien que tu ne dois pas te fâcher. Tu ne dois pas t'emporter, et à partir de 16 h on ne doit plus te raconter les histoires qui [te mettent de mauvaise humeur] ... Même au téléphone tu commences à dire : garde d'abord, si tu sais que ça va m'énerver. Donc ce sont ces petites... c'est la famille, la famille te soutient : non maman, non ma chérie, ainsi de suite. (Entretien avec Jacqueline, hypertendue victime d'AVC, Tsinga, association ACADIAH, 11/06/2021).

Les pratiques de limitation des sources de stress sont également présentes dans la famille de Léticia. Son père supporte de moins en moins les bruits depuis son AVC. Pour l'aider à créer un environnement sonore le plus calme possible, la famille a résolu de prendre certaines mesures comme le mentionne Léticia :

Étant donné que personne veut que papa meure, chacun prend les dispositions à être... à respecter ce qu'il faut pour qu'il ne soit pas mal à l'aise. [On se prive] du bruit, de la télé, en fait. On a retiré la télé au salon et on a mis à la boutique. Il y a toujours les enfants, mais ils jouent dehors. Parce que quand il est là, on préfère qu'ils ne passent pas au salon. Quand je reste, c'est lui-même qui demande qu'il veuille me voir. (Entretien avec Léticia, fille d'hypertendu victime d'AVC, Nlongkak, 25/11/2020).

En faisant cela, ils se posent comme des remparts, ils limitent les sources de stress afin de garantir l'environnement le plus calme au malade.

L'intervention pour limiter les sources de stress à la maison ne se fait pas uniquement pour des « désagréments » qui peuvent être produits par l'environnement familial. Les proches de patients hypertendus peuvent aussi limiter les interactions entre le malade et l'extérieur. C'est notamment ce que fait Jeanne, la femme de Celestine. Elle a choisi de filtrer les appels lorsque son mari se repose. Son métier de pasteur lui impose de recevoir des appels de tout le monde qui veut lui exposer un problème, même lorsqu'il rentre à la maison pour se reposer. Si la tentation de rester près du téléphone pour recevoir des éventuels appels de détresse l'habite, sa femme estime qu'il doit se reposer lorsqu'il arrive à la maison. Elle l'encourage à éteindre son téléphone pour qu'il ne soit pas joignable. Lorsque quelqu'un appelle pendant le sommeil de Celestine, Jeanne décroche l'appel et renvoie la personne qui appelle à plus tard : « *Les gens viennent vers*

lui sans le savoir [qu'il est hypertendu], ils cherchent seulement leur intérêt. [...] Est-ce que l'homme noir, lui il regarde ça ? L'homme noir regarde son intérêt ! » déclare Jeanne.

Elle ajoute que même s'ils ont pour lieu d'activité Yaoundé,

La grâce que nous avons hein, c'est que nous sommes éloignés de la ville. Nous sommes éloignés de la ville et nous connaissons beaucoup plus de personnes en ville qu'ici. Cela nous permet donc de nous reposer vraiment suffisamment. Le travail que nous avons ici n'est pas tellement encore énorme pour nous empêcher de nous reposer, ça ne nous empêche pas de nous reposer, parce qu'on a des heures précises où nous travaillons. On se repose vraiment, parce qu'on s'est éloigné de la ville, on s'est éloigné de la famille et tout ça. On a plus de temps de se reposer. (Entretien avec Jeanne, femme d'hypertendu, Nlongkak, 27/11/2020).

La distanciation géographique qu'ils ont récemment effectuée apparaît ici comme un moyen de limiter les interactions et les sources de stress produites par la profession de son mari. En tant que pasteur, celui-ci était sollicité par d'autres acteurs, notamment les fidèles et les collaborateurs pour résoudre des problèmes. Ainsi, retirés dans un espace où ne résident pas les personnes qui les connaissent, ce couple a réussi à limiter les personnes qui pouvaient leur rendre visite, et donc être des sources de stress pour le mari. Le raisonnement qui se cache derrière ces propos et qui est confirmé par l'expérience de ces acteurs, c'est que plus ils s'éloignent de leur centre principal d'activité, moins ils auront de visiteurs qui pourraient perturber leur quiétude. Le choix d'un domicile en périphérie est donc stratégique, car entre autres à décourager d'éventuels importuns.

La stratégie décrite ci-dessus n'est pas la seule mise en place par le couple de Jeanne. Afin de compléter la quête de quiétude, elle « bloque » le téléphone de son mari pour éviter le stress provenant de tiers. À la question de savoir si elle est déjà intervenue pour empêcher quelqu'un de rencontrer son mari pour éviter qu'il soit stressé, elle affirme :

Oui, je le fais. Ça, je le fais. Parce que si je lui dis il va se lever [...] Quand la personne arrive, je bloque déjà la personne. Quand je vois que cette personne va le déranger, je bloque. Même au niveau des téléphones, parfois c'est moi qui réponds. C'est moi qui réponds au téléphone. [...] Je bloque même le téléphone, c'est moi qui récupère, c'est moi qui réponds au téléphone.

Quant à la réaction des personnes ainsi refoulées, Jeanne reconnaît qu'ils sont souvent « frustrés » : « *Je leur dis que papa se repose. Ils sont obligés [de se résigner], ils vont faire quoi ? Ils ne peuvent pas forcer. Il faut repasser.* » Parfois, elle essaie de résoudre le problème qui amène le visiteur ou l'interlocuteur au bout du fil, si ce n'est pas possible, elle lui demande de repasser. Ainsi, le risque de créer des frustrations chez les personnes qui considèrent le mari

de Jeanne comme un acteur important de leur réseau n'empêche pas celle-ci de les « bloquer » pour limiter les sources de stress avec son mari.

II.5.4.2.3. Limiter les interactions et les sorties des personnes hypertendues

Les proches de personnes hypertendues ont aussi recours à la limitation des interactions pour favoriser le rétablissement de la santé et la lutte contre le stress des personnes hypertendues. Cette pratique consiste à limiter le contact entre le malade et les personnes et milieux qui pourraient être une source d'anxiété et de stress. Dans cette modalité, les proches de personnes hypertendues choisissent de limiter les interactions. Cela peut se traduire par le fait d'interdire à la personne malade de travailler. Cette solution est généralement mise en pratique lorsque la personne hypertendue a été victime d'un AVC ou alors s'est retrouvée à l'hôpital suite à une complication de la maladie.

Pierre Marie a été mis sous ce régime par ses proches. Depuis son AVC, il ne sort quasiment plus de la maison. Il a totalement arrêté de travailler, quoique n'ayant pas eu de paralysie qui l'empêche de travailler. En réalité, il pourrait coordonner certains travaux, mais la famille a choisi de le mettre loin de tout ce qui pourrait produire de la contrariété. C'est ainsi que son travail consiste désormais à prendre ses médicaments ainsi que l'affirme sa fille, Stéphanie.

La maman de Claude a été sortie du village et amenée en ville depuis son AVC. Si elle désire retourner dans sa maison, Claude et ses frères ont choisi de la maintenir en ville afin de la protéger de toute source de stress et d'éviter qu'elle ne fasse une rechute. Claude déclare qu'il préfère la priver de certaines choses dont ce retour au village, car s'il la laisse faire ce qu'elle veut, elle ne sera plus là quand il va « payer ça ». (Entretien avec Claude, fils d'hypertendue victime d'AVC, Nkolbisson, 25/11/2020).

La limitation des interactions concerne aussi la présence aux réunions et autres sorties. Les proches de personnes hypertendues victimes d'AVC choisissent que les interactions entre le malade et les autres soient les plus limitées possibles. Cela leur permet de contrôler et de s'assurer de la qualité des interactions qu'ils vivent. Ils peuvent ainsi s'assurer que les contrariétés sont limitées au maximum, sachant qu'il n'y aura plus qu'eux pour gérer les sources de tension et de stress de la personne hypertendue. À côté de ces mesures de gestion du stress, les proches de personnes hypertendues construisent des règles qui permettent à la personne hypertendue d'être en repos.

Pour compenser cette limitation de sorties pour les personnes hypertendues, les proches leur permettent de rendre visite aux personnes qui lui sont proches et qui savent quelles sont les précautions à prendre face à une personne hypertendue et à la gestion de sa santé. C'est aussi que les proches qui peuvent recevoir la visite des personnes hypertendues atteintes de notre AVC sont en général des amis et les membres de la famille. Cette dernière joue donc un rôle important dans le niveau d'intégration sociale de la personne hypertendue, pour ce qui est de l'entretien du réseau social. Les liens avec certains acteurs sociaux sont renforcés tandis qu'avec d'autres ils sont fragilisés. Les relations fragilisées sont celles que la famille juge comme étant source de stress pour le malade. La famille se pose donc comme un élément du réseau qui influence de manière importante le réseau social d'une personne hypertendue victime d'AVC.

Pour compenser les limitations d'interactions, la famille renforce les liens avec la personne hypertendue. Pour compenser l'arrêt du travail, la famille met à la disposition de la personne hypertendue des ressources financières et matérielles qui permettent à la personne hypertendue de prendre soin d'elle. Ces ressources servent à satisfaire les besoins de la personne malade. Elles permettent de prendre soin de la santé, du logement, d'acheter des vêtements et d'assurer la nutrition et les déplacements. Il ne s'agit donc pas simplement de limiter les interactions et d'empêcher de travailler, mais également de mettre à la disposition de la personne malade des ressources qui lui assurent une certaine autonomie et qui compensent la fragilisation des liens sociaux tout en influant sur l'intégration sociale.

II.5.4.2.4. Préparer la personne hypertendue aux mauvaises nouvelles

Cette nouvelle règle est mise sur pied principalement dans le cas des personnes hypertendues qui ont été victimes d'AVC. Il s'agit d'une réponse à la prescription médicale de limiter les sources de stress. Elle est élaborée à un niveau informel. Cela signifie – comme pour les autres règles d'ailleurs – qu'il n'y a pas nécessairement une réunion au cours de laquelle les proches des personnes hypertendues décident de faire ainsi. C'est au fur et à mesure des événements, que les choses se produisent, se construisent et donnent naissance à cette forme de communication. Dans la pratique, tout se déclenche avec les prescriptions médicales relatives au stress. Les proches savent que la santé du malade est à surveiller. Ils choisissent de limiter les sources de stress et donc de mauvaises nouvelles. Cela se manifeste par le fait que les contrariétés jugées mineures ne sont pas portées à la connaissance de la personne malade. Les acteurs sociaux estiment qu'il n'est pas nécessaire de lui en parler alors que ce n'est pas important, et donc de générer du stress inutilement. Ce comportement se prolonge et les proches

s'habituent à ne plus donner de nouvelles négatives au malade, préférant l'exclure de ces contrariétés. Lorsqu'arrive un événement qu'il est impossible de cacher, notamment le décès d'une personne, l'annonce se fait alors selon une certaine démarche.

II.5.4.2.4.1 Informer les malades d'hypertension au fur et à mesure, avec un léger décalage

Cette étape consiste à différer la transmission de l'information. Elle n'est possible que si la personne hypertendue ne peut pas s'assurer elle-même de la santé de la personne mourante¹⁸⁷. Ici, la personne hypertendue peut recevoir des informations qui ne sont pas à jour sur le mourant. Lorsque la personne qui va décéder est admise à l'hôpital ou est malade, on en informe la personne hypertendue. Mais au fur et à mesure que sa santé se dégrade, les proches attendent l'étape suivante du processus de la mort avant d'annoncer celle qui précède à la personne hypertendue. Il arrive que la personne meure et les proches sont encore en train de dire à la personne hypertendue que son état s'est aggravé et qu'ils ne savent pas si elle va survivre.

Cette nouvelle règle de l'interaction avec la personne hypertendue a été décrite par Claude lors de l'entretien. Il l'a appliquée plusieurs fois avec sa mère :

Vraiment, il faut aller progressivement, c'est-à-dire que commencer par un dialogue avant d'aboutir à ça. Commencer par un dialogue, je peux dire que bon comme tu vois-là, il y a des problèmes au village. Il y a tel qui a chuté, et tout, et tout, et tout, vraiment. Comme vous voyez là, on m'a même appelé, on m'a dit que tel est gravement malade, on ne sait pas comment va être son état, son état est inquiétant, attendons un peu voir. Après tu viens encore d'un moment à l'autre pour dire que on m'appelle pour dire que ça ne va pas toujours. On parle comme ça quand la personne est déjà morte. Quand c'est une triste nouvelle, tu, tu la prépares, quand elle reste maintenant comme ça elle sait que l'affaire-là... peut-être mon fils ou bien ma mère ou bien mon père ou bien mon oncle ou bien ma personne là, peut-être ha ! comme on annonce déjà comme ça, c'est qu'elle est déjà comme ça. Tel que je le connais là, c'est un monsieur qui ne se couche pas, c'est une dame qui ne fait pas comme ça. S'il fait déjà comme ça, ça ne va pas. Après tu viens, tu lui dis : on dit qu'on a même déjà changé l'hôpital pour aller sur l'autre. Il respire difficilement. Toujours comme ça. Après tu lui dis que bon comme je te disais là que tel a fait là, on vient de m'appeler qu'il est parti, il est parti, mais je vais vérifier les informations encore avant de te dire. C'est ça. Dès que tu parles comme ça, tu reviens seulement : « oh ! Dieu l'a rappelé, hein, tel qu'on disait là. Tel qu'on disait là, Dieu finalement l'a rappelé, il n'est plus de ce monde. ». C'est-à-dire que tu ne viens pas avec une nouvelle [mime les pleurs] c'est-à-dire, toi-même tu pleures plus qu'elle-même [rires] tu casses d'abord son cœur toi-même [rires] c'est-à-dire que c'est elle-même qui dit que « mais ne tombe pas », [rires] c'est elle qui te calme encore. (Entretien avec Claude, fils d'hypertendue victime d'AVC, Nkolbisson, 25/11/2020).

¹⁸⁷ C'est d'ailleurs l'une des raisons pour lesquelles les proches de malade hypertendu essaient de limiter les sorties et les interactions du malade d'HTA.

Des propos qui précèdent, il est possible d'observer une gradation dans la transmission de l'information à la personne hypertendue. Le choix de cette solution par les proches des patients naît de la volonté de l'acteur de réduire l'impact des nouvelles négatives sur la santé du malade. Alors que la personne est déjà décédée, le patient hypertendu croit qu'elle est encore en vie. L'échelonnement de cette nouvelle vise à répondre à la « fragilité » de la personne malade.

Claude ajoute encore :

Quand c'est comme ça, au sein de la famille, on nous dit : « n'annoncez pas n'importe comment à la mère. Si quelqu'un entre nous veut annoncer, il faut qu'il parte progressivement » [quelqu'un peut commencer à dire] et une autre personne vient continuer : « tel que telle personne t'a dit telle nouvelle, comme il est sorti là, je suis encore parti vérifier, on dit toujours que ça ne va pas. » Jusqu'à ce qu'à la fin, que ça ne la choque pas. On part progressivement comme j'ai dit tantôt là. Tout le monde, les gens connaissent d'abord que quand tu as déjà quelqu'un comme ça, même quand je cause avec elle, quand on cause avec elle, on évite le choc, on évite le choc. (Entretien avec Claude, fils d'hypertendue victime d'AVC, Nkolbisson, 25/11/2020).

Les propos ci-dessus indiquent que la stratégie de gradation est à la fois délibérée et concertée. Les proches de malades communiquent sur l'attitude à adopter et s'accordent sur la technique à adopter pour informer la personne malade. Ainsi, un contrôle est exercé sur les décisions et le choix des membres de l'entourage avec une priorité accordée à la santé du patient.

Allant dans le même sens que le témoignage de Claude, Stéphanie indique que :

Même s'il y a un problème, même quand ses frères meurent même, on n'annonce pas directement que ton frère est mort. Il y a les manières. On le côtoie d'abord, non, on sait comment lui dire. On le prend, on l'amène d'abord. Comme quand son grand-frère est mort, pour son grand-frère là, son grand-frère direct, même mère, même père, on l'a pris à Douala, on l'a amené ici à Yaoundé. On a essayé de dire voilà ton frère est malade, ça ne va pas, ça ne va pas. C'est comme ça là qu'on essaie de lui parler un peu un peu, jusqu'à ce qu'on a réussi à lui dire qu'il est parti. Dieu merci, il n'a pas fait une crise. On sait comment... les mauvaises nouvelles, on n'annonce pas directement. On fait d'abord les contours, quoi. On fait les contours pour lui annoncer. Il y a des nouvelles qu'on ne lui dit même pas. On ne lui dit pas, quand ce n'est pas nécessaire de lui dire, on ne lui dit pas. S'il découvre, on va lui dire que c'était pour son bien, on n'a pas voulu qu'il stresse par rapport à cela. Mais les décès, c'est obligé qu'on lui annonce, parce que tôt ou tard, il saura. (Entretien avec Stéphanie, fille d'hypertendu victime d'AVC, Nlongkak, 22/11/2020).

La spécificité de ce discours de Stéphanie est que les proches de Pierre Marie, son père, ont choisi de ne pas informer celui-ci de toutes les mauvaises nouvelles qui pourraient affecter son état de santé. La technique qui consiste à différer et de procéder à une gradation dans l'annonce

est bien appliquée, mais uniquement pour les cas qu'il ne peut pas manquer de savoir, comme les deuils. Lorsqu'il existe des nouvelles qui peuvent être occultées, elles le sont afin d'éviter de contrarier la personne malade.

II.5.4.2.4.2 Déléguer des personnes pour informer des nouvelles jugées tristes

Cette pratique provient de ce que les acteurs estiment que la personne qui est déléguée jouit d'une certaine autorité pour le faire. Ce n'est pas tout le monde qui annonce un décès à la personne hypertendue. Les acteurs sociaux confèrent cette responsabilité à des personnes qui sont estimées et considérées par les malades d'hypertension. Ces personnes doivent également posséder des caractéristiques reconnues de tact et faire preuve d'une certaine capacité à savoir analyser l'état psychologique et physiologique de la personne hypertendue afin de déterminer quel est le bon moment pour annoncer la nouvelle.

On prend une personne en qui il a plus confiance. Il y a sa grande-sœur qui vit encore. Il y a sa grande sœur qui parle en parabole, en langue [du village]. Oui, sa grande-sœur. Donc très souvent, c'est elle qui annonce. Sa grande-sœur, l'aînée même, c'est elle qui annonce. C'est elle qui connaît les mots adéquats. Sa grande-sœur qui est comme sa mère. Elle est à Yaoundé, elle est à la Carrière. Ils sont voisins avec mon oncle de la Carrière. [...] Il n'y a que sa grande sœur qu'il comprend. [...] Tout le monde a peur de l'aborder, tout le monde a peur. Tu parles comme ça là, on va seulement dire que tu veux tuer le père. Tout le monde a peur de l'aborder. Il n'y a que sa grande-sœur qui sait comment bien lui parler, lui parler, il n'y a qu'elle. (Entretien avec Stéphanie, fille d'hypertendu victime d'AVC, Nlongkak, 22/11/2020).

Au cours de la collecte des données, le fait de déléguer une personne spécifique pour informer des cas de décès n'a été recensé que chez Stéphanie. Contrairement à Claude où n'importe qui peut annoncer des nouvelles de décès ou des nouvelles négatives avec les précautions convenues, dans la famille de Stéphanie, une seule et même personne est chargée d'annoncer les nouvelles les plus tristes. Le choix de cette personne s'est fait sans qu'il n'y ait concertation au sein du réseau social. C'est davantage en se fondant sur les capacités intrinsèques et sur le statut de la personne que ce rôle lui a été socialement dévolu. Cette personne, c'est la grande-sœur de Pierre Marie, père de Stéphanie. Dans les propos de cet acteur, il s'avère que cette grande-sœur dispose d'une influence sur son frère de par son rang de naissance, ce qui lui vaut le respect et l'autorité qu'elle manifeste. Cette autorité est d'autant plus légitimée que Pierre Marie accepte de s'y soumettre comme cela est souligné lorsque Stéphanie dit qu'il n'y a « *que sa grande sœur qu'il comprend* ».

Par ailleurs, les compétences oratoires et le recours au langage imagé et symbolique pratiqué par la grande-sœur de Pierre Marie en fait, aux yeux de l'entourage, une personne qualifiée pour prendre la parole afin d'annoncer les nouvelles difficiles avec les mots apaisants. La triple combinaison du rang de naissance de la grande-sœur, de la soumission de Pierre Marie et la capacité de cette aînée à manier les mots en font la personne la mieux placée dans le réseau social pour porter les nouvelles les plus tristes. Il en découle que lorsqu'il est nécessaire d'en annoncer, les proches de Pierre Marie gardent le silence et laissent cette sœur user de son art et de son influence. Cette spécialisation de l'aînée dispense le reste du réseau social de l'embarras de devoir dire des nouvelles qui pourraient dégrader la santé du malade.

III. La protection de la face de la personne hypertendue par les proches comme stratégie d'intégration sociale

Les proches de personnes hypertendues participent à implémenter de nouvelles normes et conditions requises par les prescriptions médicales. Comme indiqué plus haut, l'on a affaire à une situation dans laquelle pour que l'individu soit intégré, le groupe change ses normes et donc ses pratiques, pour que le sentiment de différence et d'exception ne soit pas de nature à fragiliser ce lien qui fait l'intégration. Le réseau social, principalement familial, produit des aménagements, des ajustements normatifs afin que face à la chronicité de la maladie, ces mesures ne soient pas perçues comme exceptionnelles, mais comme faisant désormais partie de l'ordre des choses, de la normalité quotidienne. Au-delà de l'adaptation des personnes malades, il y a une adaptation des normes, une instauration et un apprentissage de nouvelles normes orientées vers la santé de la personne malade, normes auxquelles les proches de malades travaillent à se conformer.

Au-delà de la conformité aux nouvelles règles de fonctionnement des diverses sphères sociales auxquelles participent les personnes malades, les proches de ces derniers développent des pratiques qui relèvent des représentations et qui participent à conserver l'intégration sociale de la personne hypertendue tout en protégeant sa santé. Cette préservation de l'intégration est liée à une protection de la face¹⁸⁸ de la personne malade, face aux acteurs sociaux extérieurs, en sorte que la personne hypertendue ne soit pas exclue des interactions en raison de sa maladie.

¹⁸⁸ Selon l'expression de Erving Goffman

III.1. La mise en scène de la santé

Dans de nombreux cas, les personnes hypertendues essaient de conserver leur statut social, de conserver les rôles qui leur garantissent une participation et donc une intégration au sein des groupes sociaux. Elles usent pour cela de stratégies pour éliminer au maximum la possibilité pour les autres de les percevoir comme différentes, et donc éventuellement inaptes à faire partie du groupe. Pour ce faire, les acteurs sociaux hypertendus travaillent à gommer les différences, notamment pour ce qui concerne l'alimentation, la résistance au stress et la prise de médicaments. Ils essaient de dissimuler leur statut de personne malade ou choisissent de minimiser la potentielle gravité¹⁸⁹ de la maladie afin de continuer à être membres des sphères auxquelles ils participaient avant le diagnostic de la maladie. Certains acteurs sociaux, ainsi qu'indiqué dans le chapitre III évitent même de parler¹⁹⁰ de leur maladie, préférant mettre en scène leur santé.

Cette volonté de préserver ce qu'Erving Goffman appelle la face est également une volonté de conserver une intégration au sein des groupes sociaux et de paraître apte et conforme aux attentes de ces groupes. Cette volonté ne se retrouve pas uniquement chez les personnes hypertendues, mais également chez leurs proches. Ces derniers participent à mettre en scène la bonne santé de leur parent, en évitant de diffuser ou de laisser fuiter des informations qui peuvent nuire à l'intégration sociale de la personne malade. Dans les interactions, l'image de la personne hypertendue est préservée en sorte que les autres ne la voient pas – ou pas que – sous le prisme de la maladie et de l'incapacité, et qu'ainsi, la personne hypertendue ne perde son influence au sein du groupe.

Cette mise en scène se manifeste par le fait de laisser la personne vaquer à ses occupations comme par le passé, tout en n'informant pas les personnes jugées comme ne faisant pas partie du cercle intime de la présence de la maladie. Ici, les proches de malades traitent la personne malade aux yeux des autres comme ils le feraient pour une personne en bonne santé. Elle va au travail, elle participe à des réunions, elle continue de mener une vie sociale active, ce qui la met à l'abri de tout soupçon concernant sa santé.

C'est notamment ce qui se passe avec Celestine. Il a décidé de ne parler de sa maladie qu'à sa femme et à un missionnaire qui ne vit pas au Cameroun. À ce stade, cette décision peut être comprise comme un choix individuel de Celestine, pourtant de son côté, sa femme n'en parle pas

¹⁸⁹ Cas de M. Vincent notamment

¹⁹⁰ Il s'agit ici de M. Celestine.

non plus à d'autres. Elle conserve l'information pour elle et son mari. Il suit pourtant une thérapie médicale pour la pathologie, sans toutefois que les autres personnes le sachent. Sa femme sait qu'il est malade et prend les médicaments pour se soigner. Pourtant, les autres membres de son réseau social le voient comme une personne en santé qui peut être malade de temps à autre comme tout le monde. Dans le silence de la femme qui ne parle pas de la maladie et qui ne signale pas qu'il est sous traitement chronique pour une maladie qui impose repos, calme et régime alimentaire, les autres acteurs du réseau social voient Celestine comme une personne apte à participer à toutes les activités organisées par l'église, en prison et pour les prisonniers. Aux yeux du groupe de chrétiens qu'il dirige, Celestine est ce pasteur qui peut porter leurs confidences, les assister dans la prière, intervenir pour les divers dossiers au niveau carcéral, sanitaire et dans les procédures judiciaires afin de garantir leur bien-être, puisqu'il est pasteur et aumônier des prisons. Les attentes qui sont formulées par les membres du réseau social de Celestine sont inscrites orientées entre autres par l'ignorance au sujet de la fragilité induite par l'hypertension artérielle ainsi que par la mise en scène de sa santé, mise en scène à laquelle participe sa femme. Par ce silence autour de sa condition, plusieurs fondent leurs attentes sur lui.

La mise en scène de la santé consiste à développer un ensemble de pratiques, de rites à respecter, un ensemble de rôles et à assumer un certain statut afin de paraître en santé aux yeux de personnes dont on ne veut pas qu'ils sachent qu'on est malade. Pour ce faire, la personne et le groupe social qui participent à cet acte, à cette représentation, reproduisent et soutiennent la reproduction des codes, des discours et des comportements considérés comme convenables pour les personnes en bonne santé. Par exemple, la personne malade et son entourage parleront davantage de problèmes qui touchent tout le monde que des problèmes de santé qui leurs sont spécifiques. Cela participe à créer un sentiment de normalité, de mettre en scène la santé et aussi de créer l'illusion d'une normalité qui leur garantit une présence et des interactions au sein des groupes sociaux et de réseaux sociaux. Cette présence, cette participation leur garantit une intégration sociale.

III.2. Jouer le rôle de complice du malade pour faciliter son intégration sociale

Comme indiqué par Erving Goffman, dans les représentations théâtrales et dans la vie quotidienne, les acteurs sociaux ont besoin de complices pour donner une certaine crédibilité, une allure d'authenticité à la pièce. Ces complices sont comme des souffleurs au théâtre qui rappellent à l'acteur le texte de sa prestation. Ils sont également comme des collègues de jeu qui

donnent la réplique à l'acteur, ajoutant de la crédibilité à la scène représentée. Vu sous cet angle, toute parution sociale est, comme l'indique Goffman, une mise en scène qui requiert la participation de complices. Édouard Gardella écrit : « *De même, au cours d'une représentation, un acteur peut devoir communiquer autre chose que ce que la définition de la situation qu'il avait donnée exigeait. Il peut alors utiliser des complices pour parvenir à ses fins, et ainsi jouer avec les régions de l'espace scénique* ». ¹⁹¹

Dans le cas du sujet traité, il a été possible de constater que les acteurs sociaux hypertendus bénéficient de la complicité des proches pour mettre en scène leur santé et favoriser leur intégration sociale. Le complice est celui qui facilite et qui rend crédible une représentation. Son rôle est important pour orienter le regard des autres sur ce qui veut être mis en avant, en sorte que les autres éléments de la scène puissent être considérés comme secondaires. S'agissant du rôle de complice, il est principalement assuré par les membres de la famille ou du ménage, les amis, et éventuellement des collègues de travail, même si ces derniers sont rarement impliqués.

Concrètement, les complices, qui sont donc nécessairement des proches, travaillent dans la mesure du possible à deux niveaux.

III.2.1. Le travail au niveau des coulisses¹⁹²

Ici, la personne malade n'est pas exposée au regard de tierces personnes. Elle est donc en relation avec les membres de sa famille en général. C'est dans ce milieu que ses proches lui rappellent de prendre ses médicaments, les achètent pour la personne malade ou encore lui donnent un budget pour assurer l'achat des médicaments. Cette participation permet de garantir que la personne hypertendue conservera une certaine image d'elle-même lorsqu'elle paraîtra en public. En contribuant dans ces coulisses, les proches travaillent à donner une image de personne en santé et à éviter que la défaillance ne soit visible et n'éclate au grand jour, ce qui participera à « étiqueter » ou à « stigmatiser » la personne malade. Or comme l'ont démontré les études fondées sur l'interactionnisme symbolique¹⁹³, il est difficile de se défaire d'une représentation qu'un groupe social a construite. Il est donc important pour les proches de personnes hypertendues de travailler en coulisse afin que la fragilité de la santé de la personne malade ne soit pas affichée là où cela pourrait lui porter préjudice.

¹⁹¹ Édouard Gardella, « Du jeu à la convention. Le self comme interprétation chez Goffman », in *Tracés : Revue de Sciences Humaines*, ENS Éditions, 2003, pp.21-42

¹⁹² Cf Édouard Gardella, « Du jeu à la convention. Le self comme interprétation chez Goffman », idem

¹⁹³ Cf. *Outsiders* de Howard Becker et *Stigmaté* de Erving Goffman

Outre la prise de médicaments, les proches participent dans les coulisses à construire l'image de la personne hypertendue en la soumettant à un régime alimentaire plus ou moins strict, censé réduire les risques de complications. C'est ainsi que, même si ce n'est pas toujours suivi avec rigueur, des repas sans sel ou avec peu de sel, peu de lipides sont cuisinés. La personne hypertendue peut consommer ce qu'elle trouve à l'extérieur ou trouver des excuses pour éviter de consommer certains repas quand elle est hors de la maison. Ce relâchement à l'extérieur ou l'invention des excuses pour ne pas manger ce qui est proscrit est compensé par le soin qui est mis sur pied, tant bien que mal, par les proches, pour respecter les prescriptions médicales. Ici encore, l'idée est que la personne hypertendue paraisse le plus normal et le plus conforme possible à l'extérieur, c'est-à-dire lors de la représentation publique, et donc soit intégrée aux groupes sociaux auxquels elle appartient.

En tant que complices, les proches de personnes hypertendues participent à créer une image de la personne hypertendue qui lui permet de prendre soin de sa maladie tout en restant ancrée dans son réseau social.

III.2.2. Au niveau officiel : la représentation publique

La décision de jouer le rôle de complice ne concerne pas que le niveau privé. Il concerne également la sphère publique ou officielle. Ici, les proches de malade agissent publiquement pour protéger l'intégrité sociale¹⁹⁴ de la personne hypertendue. Pour ce faire, ils peuvent intervenir dans les interactions de la personne malade pour conserver sa capacité à ne pas être réduite à la maladie par les autres, ce d'autant plus qu'il s'agit d'une maladie chronique.

La participation des proches à la construction d'une identité sociale intégrée de la personne hypertendue se fait au niveau des conversations et de la performance

III.2.2.1. Au niveau des conversations

Les proches pratiquent une certaine censure sur les mots utilisés pour décrire la maladie ou pour en parler. Cette pratique est visible dans la famille de Rosine. L'hypertension de sa mère n'est connue que de la famille restreinte, et les personnes qui n'en font pas partie ne sont pas informées qu'il y a ce cas d'hypertension dans leur réseau social. La mère de Rosine consomme des légumes quasiment tous les jours de la semaine, soit environ cinq jours sur sept. Les légumes

¹⁹⁴ L'intégrité sociale c'est aussi la dignité ou la totalité sociale de l'individu, sa capacité à ne pas être réduit à sa maladie

sont souvent cuisinés avec très peu de sel. Il arrive cependant que les personnes arrivent à l'improviste à la maison et qu'il faut leur servir à manger. Pour justifier le fait que la nourriture ne soit pas suffisamment salée, les proches de la mère de Rosine se servent du langage. Ils annoncent d'avance que le sel ne suffit pas dans la nourriture et proposent que les visiteurs en ajoutent dans leur repas s'ils le souhaitent. S'il arrive que la question soit posée pour savoir pourquoi il n'y a pas suffisamment de sel dans le repas, les proches répondent que le sel n'est pas bon pour la santé. Par cette réponse, ils évitent de mettre en avant la santé de leur mère et d'exposer sa fragilité. Par ces éléments de langage, ils renvoient leurs interlocuteurs, non pas à un cas spécifique qui est celui de la mère, mais à des vérités générales qui concernent tout le monde sur le plan de la médecine moderne. Ce faisant, l'intégrité de leur mère est conservée, ce qui permet lui permet de conserver son image et de garantir sa participation aux relations sociales sans que sa santé ne soit un facteur discriminant de son intégration dans son réseau social.

Dans le même sens, Celestine qui vient de commencer à expérimenter le régime alimentaire estime que l'usage du langage est une solution qui lui permettra d'éviter de parler de sa santé. Il a donc convenu avec sa femme de se servir des éléments de langage préparés et répétés en coulisse pour justifier le fait que la nourriture soit cuisinée avec peu de sel :

À cause du fait que quelqu'un peut se plaindre. Quand on a la nourriture pour manger on peut dire que « dans notre maison pour les raisons de santé ».¹⁹⁵ On n'a pas besoin de dire que nous sommes malades : « pour les raisons de santé, nous avons décidé de diminuer le sel ». (Entretien avec Celestine, hypertendu, Nlongkak, 20/11/2020)

III.2.2.2. Au niveau du jeu des acteurs

Le fait de garantir à la personne hypertendue un soutien dans les conversations s'accompagne lorsque cela s'impose, de répercussions au niveau du jeu des acteurs sociaux. Les proches de patients hypertendus participent non seulement à la création et à la répétition des éléments de langage, mais aussi à la production de pratiques, de comportements qui aident à maintenir la personne hypertendue intégrée dans son réseau social.

Pierre Marie ne supporte plus de marcher sous le soleil. Il risque de faire des crises s'il néglige cet aspect de la maladie. Pour continuer à sortir et à rendre visite aux membres de sa

¹⁹⁵ Élément de contexte : lorsqu'il parle de « raisons de santé » Celestine ne fait pas allusion à sa santé à lui, mais plutôt à une règle générale de la médecine moderne. Cela signifie en fait qu'il dira à ses visiteurs que le sel n'est pas bon pour « la » santé, et non que le sel n'est pas bon pour « sa » santé. C'est pourquoi il dit d'ailleurs : « *On n'a pas besoin de dire que nous sommes malades* ». Donc il dira que le sel n'est pas bon pour la santé, sans laisser croire au visiteur qu'il parle directement de sa santé à lui.

famille ou aller dans des événements, pour continuer à être vu et à participer pour être considéré comme intégré dans son réseau social, sa famille a trouvé une astuce. Elle consiste à lui faire porter des casquettes et des chapeaux chaque fois qu'il doit sortir pour entretenir son réseau social par des visites et des présences dans divers lieux :

c'est le fait de marcher sous le soleil, quand il marche trop sous le soleil qu'il chute. Sa tension monte, c'est-à-dire il tombe, il tombe encore dans le coma. Ça lui arrive de temps en temps effectivement. On lui a interdit le soleil. Quand il marche trop sous le soleil, quand il vient, il s'assoit, sa tête commence encore, c'est comme ça qu'il commence encore, c'est comme ça qu'il tombe encore. C'est pour ça que tu vas le voir toujours avec le chapeau. Il a toujours son chapeau. (Entretien avec Stéphanie, fille d'hypertendu victime d'AVC, Nlongkak, 22/11/2020).

Ainsi, si les proches l'ont poussé à ne plus travailler et à ne pas trop sortir de la maison, ils ont trouvé une solution pour que Pierre Marie puisse cependant continuer à conserver une place au sein des groupes sociaux jugés prioritaires, à savoir la famille, les amis et les événements qui réunissent ces membres de ce réseau social. Il est donc difficile que famille et amis puissent se plaindre de son absence ou composer sans sa présence. Ce chapeau fait partie du costume dont se servent Pierre Marie et son entourage pour assurer son intégration sociale.

Ce cas n'est pas isolé car dans chaque famille de personne hypertendue interviewée, des stratégies sont développées par les proches et le malade pour que ce dernier ne soit pas coupé des groupes sociaux et conserve une intégration au sein du groupe. La dimension performance est un élément important de cette quête d'intégration. Elle assure la présence, la participation et la conservation des rôles et la construction d'une image de personne sur laquelle le groupe social peut compter.

III.3. La famille comme lieu de reconstruction de la personne hypertendue

Au cours des investigations, et à mesure qu'avançaient les entretiens, une donnée s'est avérée fondamentale : le rôle de la famille dans le processus d'intégration et de réparation de la personne hypertendue. Toutes les personnes malades dont les cas ont été évoqués s'appuient d'abord sur leurs familles pour rester intégrées à la société. Cette intégration se fait d'abord au niveau de la famille elle-même où les acteurs sociaux trouvent la protection dont ils ont besoin. Les familles adaptent les normes pour tenir compte de la personne hypertendue. Elles participent aussi à apporter des ressources matérielles, idéelles, financières pour l'entretien de la santé de la personne malade. La famille participe aussi à la construction de l'image de malade et à la préservation de l'intégration sociale.

Quand il arrive que la personne hypertendue se trouve dans une incapacité liée notamment à un AVC, c'est la famille qui crée l'environnement jugé convenable pour ses soins. Elle peut aussi décider, comme pour Pierre Marie ou la mère de Claude, de limiter la participation du malade aux autres groupes sociaux afin de conserver sa santé.

La famille est aussi un lieu de réparation pour les personnes hypertendues parce qu'elle fait souvent office de base arrière, de lieu pour se ressourcer. Il a été constaté en effet que ce sont les familles qui créent les conditions du respect du régime alimentaire. En fait, à l'observation et dans les propos des acteurs, la société ne fonctionne pas de manière à tenir compte des besoins des personnes hypertendues en termes de prescriptions non pharmacologiques. Hors de la maison, les malades consomment ce qu'ils trouvent, ou alors usent d'astuces pour s'alimenter en limitant les risques pour leur santé. Lorsqu'il arrive que des excès ont été faits, un régime peut être mis sur pied ou alors celui en cours dans la famille joue un rôle qui consiste à rééquilibrer l'excès. C'est d'ailleurs pour cela que lors des fêtes, si des personnes hypertendues qui suivent un régime ne s'abstiennent pas de manger gras et salé, elles savent que « *ce n'est pas tuant* », ¹⁹⁶ puisque le régime que la famille leur permet de suivre leur permet par la suite d'éliminer les excès consommés occasionnellement.

Cette remarque concernant l'alimentation est valable pour les autres mesures, notamment le besoin de repos et la lutte contre le stress comme l'affirme Jacqueline :

Quand il y a... Tu peux sortir et marcher, au lieu de rester sur place comme ça, tu peux sortir et marcher, tu peux euh commencer à raconter une autre histoire. Par exemple comme mon mari est là, on parle d'autres choses pour que je bavarde que je ne reste pas dans la situation là. (Entretien avec Jacqueline, hypertendue victime d'AVC, Tsinga, association ACADIAH, 11/06/2021).

De leur côté, les personnes hypertendues qui sont en activité professionnelle savent qu'elles doivent produire ce que le milieu professionnel attend d'elles. Cela implique, si c'est nécessaire, de travailler sous pression et donc d'être stressé. Face à cette situation, la démission n'est pas la solution choisie par la famille et le malade. Ce dernier continue de travailler, il continue de se soumettre à cette pression, souvent pour rapporter de l'argent à et continuer à être intégré dans le milieu professionnel. Il le fait sachant qu'il pourra compter sur sa famille pour lui accorder une bulle sanitaire, ce repos qui lui est prescrit par les médecins.

¹⁹⁶ Cette expression a été utilisée plusieurs fois par divers malades et proches, parlant du fait que s'alimenter lors des fêtes sans tenir compte du régime n'est pas grave.

III.4. Jouer le rôle de représentant de la personne hypertendue dans les autres groupes sociaux

Il peut arriver que la personne hypertendue, à cause de son état de santé, soit contrainte ou choisisse de ne plus vaquer à certaines activités dans certains groupes et milieux sociaux. Ce retrait de ces instances n'implique pas toujours la rupture du lien, et donc la fin de l'intégration sociale dans ces sphères. La solution qui a été trouvée par les acteurs sociaux et leurs proches pour conserver le lien et garantir l'intégration sociale est de procéder à des procurations.

La procuration est un moyen qui permet à une personne incapable de réaliser une action à un moment donné, de conférer ce pouvoir à une autre afin qu'elle la réalise pour elle. Cette procuration n'est pas toujours un acte juridique, un papier signé devant une autorité administrative pour représenter un individu. Elle est plus performative dans le cas des personnes hypertendues. Pour la mettre en œuvre, le malade choisit une personne de son réseau social avec laquelle il y a un lien fort et qui est jugée compétente, c'est-à-dire disposant de temps, de capacités et correspondant au profil requis. Cette personne a pour objectif de représenter la personne hypertendue là où elle se ne peut pas se rendre, et d'assurer les autres participants du groupe que la personne malade continue de faire partie du groupe social dans lequel elle se fait représenter. En se faisant représenter, la personne hypertendue indique sa volonté de se conformer à des exigences propres au groupe social et sa volonté d'y conserver sa place, et donc d'être prise en compte dans le fonctionnement du groupe.

C'est suivant cette logique que la mère de Rosine a choisi cette dernière pour la représenter dans les réunions des femmes auxquelles elle participe. Rosine n'y va pas tout le temps, mais comme sa mère a choisi de ne plus sortir pour préserver sa santé, Rosine y va pour la représenter quand cela s'impose : « *Elle ne part pas à la réunion. Si elle a quelque chose à faire, c'est elle qui est là, mais c'est moi. Donc c'est moi qui assiste, c'est moi qui assiste.* » Du côté de Vincent également, sa femme lui a servi d'appui et de représentant quand il était alité cela continue jusqu'aujourd'hui. Elle participe à suivre divers dossiers sur lesquels il ne peut pas travailler lui-même, elle a des procurations écrites pour mener des actions au nom de Vincent.

Je t'ai dit que... il y a environ 5 ans que j'ai commencé à sortir. Au départ, c'est madame qui faisait tout. Parce qu'au départ, je lui avais fait la procuration. Elle a beaucoup souffert, il faut.... Tu sais qu'avec la procuration il faut renouveler, tout ça. Donc j'ai fait les efforts pour que la main... Bon quand ça ne fonctionne pas j'ai commencé comme en classe de Sil. Je signe même cinq feuilles je signe pour m'adapter.

Maintenant, c'est déjà bon, je signe sans problèmes. (Entretien avec Vincent, hypertendu victime d'AVC, Nkolbisson, 29/11/2020).

C'est reconnaissant cela que Vincent, qui porte encore les séquelles de sa paralysie du côté droit, affirme que s'il n'était pas marié et s'il n'avait pas de famille, il ne serait plus vivant.

Dans ce chapitre qui s'achève, il a été possible de montrer que les personnes hypertendues ne sont pas les seules à faire des efforts pour rester intégrées à des groupes sociaux. Ces derniers travaillent également à conserver une place pour la personne malade en leur sein. Cela se fait à travers des ajustements qui prennent en compte la nouvelle donne, à savoir les normes thérapeutiques. Pour y parvenir l'entourage de la personne hypertendue – et surtout son entourage immédiat – modifie son alimentation, lui procure les médicaments, crée des conditions pour limiter le stress et se pose en médiateur entre les besoins de santé de la personne malade et ses besoins d'appartenance à un groupe, et donc d'intégration sociale.

Conclusion

Les éléments présentés dans cette deuxième partie de la thèse indiquent que l'intégration sociale de la personne hypertendue se fonde sur deux éléments essentiels à savoir les stratégies développées par les malades et les ressources que le groupe met à la disposition de ces derniers pour leur permettre cette intégration. Il ressort de cela que l'intégration n'est pas le fait d'une seule des parties : c'est l'action combinée du groupe et de l'individu qui permet à ce dernier de trouver une place dans la société, de s'intégrer malgré les prescriptions médicales qui créent une rupture normative. Être intégré pour une personne hypertendue, c'est donc développer des stratégies qui vont être accompagnées par l'action du groupe. Un mouvement initié par chacune des parties est nécessaire pour que se construise cette réalité sociale qu'est l'intégration sociale. Si les malades veulent se conformer aux normes thérapeutiques, les acteurs du réseau social auquel ils participent doivent nécessairement les accompagner en adaptant leurs normes et pratiques, afin de faciliter ce changement et indiquer au patient leur volonté de le voir continuer à être membre, et donc intégré au réseau social. L'action combinée de ces acteurs pour mettre en œuvre l'intégration sociale est possible parce qu'ils procèdent à des négociations au cours des interactions.

**TROISIEME PARTIE : L'INTÉGRATION SOCIALE DES PERSONNES
HYPERTENDUES. UNE CONSTRUCTION ESSENTIELLEMENT PROFANE FONDÉE
SUR UN ORDRE NÉGOCIÉ EN PERMANENCE**

Introduction

La troisième partie est la dernière de ce travail. Elle s'intéresse au mécanisme par lequel l'intégration de la personne hypertendue s'effectue. Dans la partie qui précède, il a été question de voir comment l'action combinée des malades et du groupe social permet d'assurer l'intégration sociale. Cette partie s'intéresse aux éléments spécifiques qui sont mis en jeu pour que cette intégration se fasse. Deux éléments ont été identifiés comme étant indispensables à la réalisation de l'intégration. Ils découlent de l'observation des stratégies développées par les personnes malades et des ressources que le groupe offre à l'individu. Chacun de ces éléments fait l'objet d'un chapitre dans cette partie.

Le premier de ces éléments, c'est la négociation. La négociation entre la personne malade et le groupe social est indispensable à la mise sur pied d'un système permettant à l'acteur hypertendu de trouver sa place malgré la nécessité de suivre des normes thérapeutiques qui s'opposent parfois aux normes sociales. En réalité, les stratégies développées par les personnes hypertendues sont une manière de négocier leur place dans les groupes sociaux, tandis que les ressources déployées par le groupe social sont en fait le fruit de négociations formelles mais la plupart du temps informelles.

Le deuxième chapitre de cette partie s'attache à présenter l'interaction comme une condition nécessaire de l'intégration sociale des personnes hypertendues. C'est à travers l'interaction que la personne hypertendue exprime ses besoins et ses attentes. C'est également par ce moyen que le groupe communique à l'acteur social les ajustements qu'il fait en faveur de la conservation de son statut de membre, et donc de son intégration. L'intégration sociale est donc aussi une construction interactive, une sorte de va-et-vient dans lequel chacune des parties travaille à conserver le lien avec l'autre.

CHAPITRE V : L'INTÉGRATION SOCIALE COMME NÉGOCIATION

L'apparition de l'hypertension artérielle chez un acteur social et la décision de soigner la pathologie est un facteur dynamisant au sein du groupe social. Selon Georges Balandier¹⁹⁷, il existe deux grandes sources de dynamiques qui influencent le fonctionnement et la structure d'un groupe social : les dynamiques internes et les dynamiques externes au groupe social. Lorsque soufflent ces dynamiques sur le groupe social, celui-ci doit procéder à des ajustements qui visent à lui procurer une nouvelle stabilité, soit en retrouvant son état d'avant la crise, ou en changeant de cap.

Dans le cas de la présence de l'hypertension artérielle, la maladie se pose comme un facteur qui possède un potentiel de modification des pratiques et des comportements de la personne malade, et cela pose un problème à deux niveaux. D'abord, la maladie, par le fait de l'implémentation du traitement qu'elle impose, modifie durablement et définitivement les habitudes de personnes qui s'y soumettent. Or, ces personnes sont intégrées dans divers groupes sociaux dans lesquels se sont développés un ensemble de manière de faire, de penser et d'agir¹⁹⁸ et un ensemble de manières d'être ensemble. Le strict respect des prescriptions médicales visant à soigner la maladie entraîne une modification de certaines routines et donc du rapport aux autres et la vie avec les autres. Parce que l'acteur social hypertendu ne vit pas seul, n'exprime pas la volonté et ne décide pas de vivre seul, sa nouvelle condition est analysée et traitée au sein du groupe social. Ce dernier essaie d'apporter des réponses au besoin d'appartenance manifesté par l'individu, et partant de résoudre le problème de l'intégration sociale des personnes hypertendues. Cette création de nouvelles conditions de vie et d'existence sociale n'est pas une donnée naturelle : elle se fait dans le cadre de négociations entre l'individu et le groupe, l'enjeu de cette négociation étant la place qu'occupe désormais la personne hypertendue dans le groupe social, dans le réseau social, et donc son intégration au sein de ces entités intégratrices.

I. Du concept de négociation

Le concept de négociation intervient aujourd'hui dans des domaines aussi divers que l'économie, la politique, la diplomatie, la guerre. Elle est également présente dans les échanges à un niveau microcosmique.

¹⁹⁷ Cf. *Sens et puissance*.

¹⁹⁸ Cf. Durkheim dans *Les Règles de la méthode sociologique*

I.1. C'est quoi, la négociation ?

Négocier est un aspect de la vie quotidienne. Cette activité n'est pas récente et est au fondement de la stabilité des relations sociales.

I.1.1. Aux sources de la négociation, l'existence d'un conflit

Le mot « négociation » est largement utilisé par les acteurs sociaux. Dans divers types de discours et de conversations, il revient dans le langage. En écoutant les informations lues, écrites ou télévisées, l'on se rend compte que le mot négociation revient assez souvent dans les propos des responsables politiques, tant sur le plan national qu'international. Il est alors possible d'entendre parler de « négociations sur le climat », de « négociation de la dette », de « négociation de paix », de « négociations sur l'armement ». La négociation est donc un mot qui n'est pas tombé en désuétude.

L'importance et la popularité de cette notion est telle qu'une revue toute entière y est consacrée dans le domaine de la recherche.¹⁹⁹ Les différents auteurs qui y contribuent proposent de revenir sur l'histoire du mot, sa définition et ses applications pratiques. Cela montre bien la place que la négociation occupe dans les sociétés humaines. Pierre Goguelin affirme d'ailleurs que « *le champ d'application du mot négociation s'est développé au cours des dernières années.* »²⁰⁰

Dans l'article de Pierre Goguelin²⁰¹, il est précisé que le mot négociation vient « *du latin negociatio qui désigne en premier sens le négoce et les affaires de banque, en second le commerce et le trafic* ». Sous cet angle, la négociation est une affaire essentiellement économique et financière. Elle peut aussi avoir une dimension politique quand il s'agit de trouver un accord sur un sujet de désaccord : « *[Le concept de négociation] s'applique d'abord aux rapports entre les hommes ayant des intérêts différents et cherchant à établir entre eux une situation d'entente, de non-conflit.* »²⁰² C'est dire qu'il est impossible de parler de négociations sans qu'il n'y ait conscience de l'existence d'une tension, d'un conflit. Par ailleurs, la négociation n'est pas, toujours selon Pierre Goguelin, la seule modalité de gestion d'un conflit. L'auteur distingue quatre modalités de gestion des conflits qui sont : le recours à la force,

¹⁹⁹ Il s'agit là de la revue *Négociations* disponible en ligne sur des sites de revues académiques, notamment sur cairn.info

²⁰⁰ Pierre Goguelin, « Le concept de négociation », in *Négociations*, vol. 3, n° 1, 2005 n° 3, p. 149

²⁰¹ Pierre Goguelin, op. cit. p. 151

²⁰² Pierre Goguelin, op. cit. p. 149

l'« acceptation » des règles pacifiques de la compétition, la discussion et la négociation : « *la négociation est donc un des quatre moyens de sortir d'un conflit.* »²⁰³

La négociation est une solution possible à l'existence de conflits. Pour que la négociation ait lieu, une condition *sine qua non* est la reconnaissance par les parties en présence de l'existence de ce conflit. Ainsi formulé, il devient difficile d'envisager une négociation dans laquelle une seule des parties serait consciente de l'existence d'un problème. Pour schématiser le niveau où intervient la négociation, l'on peut procéder à une forme de description du processus. Tout d'abord, les parties vivent dans un état que chacune juge acceptable pour elle, convenable pour ses intérêts à un moment donné. À ce niveau, même s'il peut exister un sentiment d'être lésé chez l'une ou l'autre des parties, celle-ci n'estime pas que le préjudice soit suffisamment grave pour donner naissance à un conflit ouvert. À ce propos, Pierre Goguelin écrit : « *Avant d'arriver à une situation de conflit, il y a eu sans toute une époque où les parties vivaient en bonne intelligence, ou, tout au moins, sans conflit marqué, la situation étant globalement perçue comme satisfaisante.* »²⁰⁴

Suite à cette période de calme, tout au moins apparent, se produit un événement qui vient remettre en cause l'équilibre existant entre les entités en relation. Cet événement peut provenir de l'intérieur du groupe ou alors de l'extérieur du groupe. Elle provoque un inconfort exprimé à l'entité qui ne le ressent directement, en sorte que celle-ci soit informée de la situation. Le rôle de cette information est de produire des ajustements, des modifications dans la relation afin de satisfaire des attentes formulées clairement ou non par la partie qui demande un réexamen des conditions de poursuite de la relation. C'est ce dont parle Pierre Goguelin lorsqu'il écrit : « *Pour que [le conflit] éclate, il a fallu qu'un ou plusieurs événements critiques se produisent, entraînant une détérioration de la situation qui devient non satisfaisante, tendue, sans pour autant que le conflit ne soit déjà ouvert.* »²⁰⁵

La troisième étape qui précède la négociation est celle au cours de laquelle l'autre partie prend conscience de l'existence d'une insatisfaction de la part de son vis-à-vis. C'est cette phase qui permet de déboucher ou non sur la négociation. En réalité, une négociation réelle ne peut pas s'ouvrir tant que cette phase du processus n'est pas atteinte. Ainsi, la conscience des insatisfactions, des frustrations, de la demande et des besoins de l'autre sont des éléments incontournables qui précèdent la négociation elle-même.

²⁰³ Pierre Goguelin, op. cit. p. 157

²⁰⁴ Pierre Goguelin, op. cit. p. 168

²⁰⁵ Pierre Goguelin, idem

Dans cette description schématique, il apparaît que toute négociation est le fruit d'un processus qui débute bien avant l'acte de négocier lui-même. Il y a donc un ensemble de conditions processuelles qui doivent être respectées avant que les parties, désormais face à un conflit, ne résolvent de s'asseoir pour négocier la sortie du conflit.

I.1.2. Des ressources comme objet des conflits

La raison pour laquelle un conflit éclate est liée à une insatisfaction, à un inconfort. Diverses raisons, objectives ou subjectives, peuvent déclencher le conflit et entraîner ou non une rupture de liens. L'objet de du conflit est aussi divers que les la nature des relations qu'entretiennent les deux parties. C'est ainsi que l'objet du conflit peut être lié à l'accès à des ressources. Ici, le conflit éclate parce que les acteurs revendiquent l'un et l'autre l'accès à une certaine ressource. Celle-ci peut être naturelle (sol, sous-sol), politiques (accès au pouvoir, exercice du pouvoir...), financières ou symboliques.

Mais les ressources peuvent également être plus sociales comme la différence entre des normes. À ce niveau, il convient de préciser que le fait de positionner les normes comme des ressources qui peuvent engendrer des conflits peut ne pas paraître assez évident. Pour éclairer cette vision des choses, il faut dire que les ressources ne sont pas que naturelles ou physiques. Les normes font partie des ressources en ce sens qu'elles servent de pot commun dans lequel les membres d'un groupe puisent pour agir. Elles sont diffusées, partagées et sont censées être pratiquées par les membres du groupe social auquel elles s'appliquent.

Une ressource c'est une chose à laquelle il est possible d'avoir recours, un moyen dont on se sert pour atteindre un but. La ressource est ce qui est utile, ce dont on se sert. Dans ce sens, on parle de ressources humaines, financières, matérielles notamment. Les normes font partie des ressources dont l'individu dispose pour assurer son intégration au sein d'un groupe social. Sans normes, il n'y a pas possibilité de s'identifier clairement comme faisant partie d'un groupe social. C'est la présence de normes explicites ou implicites au sein d'un groupe social qui est le moyen, et donc la ressource dont se sert l'individu pour être accepté dans un groupe. Le respect de la norme d'un groupe social est un des facteurs essentiels qui confèrent l'appartenance de l'individu à un groupe. Elle permet également au groupe de reconnaître par le respect des normes manifesté par l'individu, sa qualité de membre. Cela dit, il n'y a pas d'appartenance à un groupe ni de reconnaissance du statut de membre s'il n'y a pas performance et respect reconnu des normes en vigueur au sein d'un groupe social.

Sur la base de ce qui précède, il apparaît que le non-respect, volontaire ou non, des normes d'un groupe social auquel appartient l'individu est une source potentielle de conflits entre les acteurs. Ce conflit peut donc être réglé ou abordé dans le cadre d'une négociation. En outre, si les normes en vigueur au sein d'un groupe social défavorisent un acteur social, qui n'est plus en capacité de la respecter, cela crée une inégalité d'accès à cette ressource nécessaire à l'intégration sociale qu'est la norme. Dès lors, tant que l'individu peut respecter les normes, les causes de conflit relatives à celles-ci sont réduites. Mais lorsque survient un événement qui crée l'incapacité de respecter les normes, la situation devient propice à la naissance d'un conflit qui peut entraîner un besoin de négocier. Ce conflit apparaît donc comme le résultat d'un déséquilibre, et la négociation comme un moyen parmi plusieurs autres de résoudre le conflit, et donc de rétablir un équilibre acceptable par les acteurs en relation.

I.1.3. De l'origine du concept de négociation dans la Rome antique

Dans son article de 2005, Pierre Goguelin fait une sorte d'origine historique du mot « négociation ». Le mot est né de la division du travail au sein de la Rome antique. L'activité de négociation était alors réservée aux plébéiens car ils avaient la possibilité de se consacrer aux loisirs. Mais il existait également une période où ils s'occupaient d'affaires qui n'étaient pas constitués de travail manuel : « *C'est cet état de non-loisir (nec : non, otium : loisir) mais sans travail manuel qui se représente par le mot negotium qui caractérise cette « bourgeoisie d'affaires ».* »²⁰⁶ Ainsi, lorsque les plébéiens n'étaient pas en train de se livrer à des loisirs, ce qui constituait un privilège lié à leur statut social, ils se livraient à des occupations, à des affaires qui n'impliquent pas que leurs mains soient en activité, comme cela pouvait être le cas pour les esclaves qui travaillaient la terre, ou s'occupaient de la construction, par exemple. Les plébéiens devaient donc se livrer à des activités principalement de type intellectuel :

*[...] qu'il s'agisse d'affaires publiques ou d'affaires privées, il faut concilier des besoins, des désirs, des intérêts divergents ; il faut donc négocier, ou bien pour établir, régler un accord entre deux parties (négocier une affaire) – d'où négociation et négociateur – ou bien pour faire du commerce (en réalisant des accords fournisseur-client) – d'où négociation et négociant.*²⁰⁷

Le mot négociation est donc né dans la Rome antique pour qualifier une activité non manuelle visant à permettre une entente, l'établissement d'une relation entre les deux entités qui veulent créer un type de lien. À mesure que le mot s'exportait dans les autres langues utilisant les

²⁰⁶ Pierre Goguelin, op. cit. p. 151

²⁰⁷ Pierre Goguelin, idem

racines latines, il a été largement utilisé dans sa dimension politique, car cela permettait d'essayer de déterminer le contenu d'une relation. L'utilisation de ce mot s'est également répandue dans le domaine du commerce, où les acteurs sociaux essaient de s'attendre sur les prix d'achats, de liens qui puissent satisfaire à la fois le vendeur et l'acheteur.

C'est de cette origine et de cette évolution du concept de négociation que l'on a abouti à une dimension politique, économique et financière de la négociation. Ce positionnement de la négociation au niveau des instances structurelles a limité ce concept à un « *niveau élevé*. »²⁰⁸ La conséquence de cette conception est qu'il était difficile d'envisager la négociation comme praticable par des personnes qui se servent de leurs mains pour travailler. Ainsi, les esclaves ou les personnes dont l'activité, les « affaires » étaient fondées sur un travail manuel ne pouvaient pas être considérées comme capables de négocier, et l'idée même que ces personnes puissent faire de la négociation était peu envisageable. La négociation a donc été remplacée considérée comme une activité qui se faisait à un certain niveau, entre personnes qui faisaient partie d'une catégorie située à ce niveau.

I.1.4. La négociation : son caractère explicite et implicite

Suivant le sens et l'origine romaine du mot négociation dans la langue française, toute négociation est explicite. Sous ce prisme, il faut que les deux entités qui négocient s'informent mutuellement de cette volonté ou de ce besoin de négocier, se retrouvent dans un cadre arrêté à l'avance pour engager les échanges qui permettront de trouver une entente, de résoudre une divergence. Cette conception de la négociation explicite est particulièrement visible en politique, où des acteurs ayant des intérêts divergents peuvent décider de s'asseoir à une table²⁰⁹ afin de déterminer les suites à donner à leurs différences de vue. Cette conception correspond également à ce que font les acheteurs et les vendeurs dans les marchés de vivre et sur les places financières internationales. La négociation comme activité explicite est en effet présente dans ces sphères. Elle est de ce point de vue une activité temporaire, s'inscrivant souvent dans un calendrier déterminé de façon explicite également, par les parties prenantes. Ici, les participants savent clairement quel est le lieu de la négociation, à quel moment elle aura lieu, quelles en sont les étapes, quelle en est la durée. Pour ce qui est du dernier point, c'est entre autres ce qui explique qu'il soit possible d'entendre que telles négociations ont échoué. En fait, lorsque le terme impari

²⁰⁸ Cette expression est de Pierre Goguelin, op. cit. p. 151

²⁰⁹ On parle d'ailleurs souvent de « table de négociation »

pour trouver une solution expire, les protagonistes peuvent décider de respecter le calendrier et d'interrompre les échanges, d'où l'idée d'échec des négociations.

Mais la négociation n'est pas qu'explicite et formelle. En se libérant de cette conception étatique, institutionnelle et commerciale de la négociation, certains auteurs en ont élargi le champ. Si la négociation explicite reste effective et observable, des auteurs trouvent qu'il est limité de ne la voir qu'au sein des grandes instances ou des commerces. Ils sont partisans d'une analyse et de l'observation de cette activité pas seulement tels que l'origine du concept dans la Rome antique l'y prédestinait, mais également dans les actions posées par les acteurs sociaux.

C'est prenant le contre-pied de l'idée de la négociation au niveau institutionnel, étatique et commercial qu'Anselm Strauss a fait quasiment toute sa sociologie :

A. Strauss réfute l'idée que la généralisation des négociations serait caractéristique de l'époque actuelle et résulterait de l'affaiblissement des règles anciennes ; au contraire, pour lui, il existe toujours une frange de négociation à l'intérieur de tout ordre social – puisque la négociation est inéluctablement attachée aux entreprises communes à plusieurs personnes, groupes ou organisations.²¹⁰

Dans la première partie de cet extrait, il est possible de constater que la généralisation de la négociation a été jugée comme un affaiblissement des règles de la pratique de la négociation. C'est en s'opposant à cette conception par trop explicite et formalisée de la négociation que Strauss en arrive à formuler que la négociation est présente partout où les hommes sont en relation. Il exprime ici l'idée selon laquelle toute vie en société est négociation, et que si les règles de la négociation ont été établies, c'est parce que la négociation est intrinsèque à la vie en société, ou plus simplement, en groupe. Sophie Allain affirme à cet effet ceci : « *Anselm Strauss (1978) a certainement été le premier à souligner le caractère générique de la négociation dans la vie sociale et à affirmer l'intérêt théorique de cette notion pour comprendre la construction d'un ordre social.* »²¹¹

Pour Anselm Strauss, ceux qui voient en la négociation explicite la seule forme de négociation n'étudient pas un pan de cette réalité. En parlant de « *négociation implicite et silencieuse* », Anselm Strauss se réfère à toutes les transactions qui se passent au sein des groupes sociaux et qui ne sont pas formalisées dans leur déclenchement, leur déroulement, leur lieu et leur durée.

²¹⁰ Reynaud Emmanuèle, « Strauss Anselm, Négociation. Varieties, contexts, processes and social order », in *Revue française de sociologie*, vol. 21, n° 3, 1980, p.461

²¹¹ Sophie Allain, « La négociation comme concept analytique central d'une théorie de la régulation sociale », in *Négociations*, vol. n° 2, n° 2, 2004, pp. 23

Étudiée sous ce prisme, la négociation peut s'intéresser à la manière dont les acteurs procèdent pour établir des règles, pour faire face au changement et aux influences. Cette vision de la négociation implicite permet de retrouver le caractère général de ce concept. Dans cette perspective, il y a négociation dans les diverses sphères auxquelles participe l'individu, que ce soit au niveau familial, des pairs, de la profession ou de la participation à la nation²¹².

C'est par lors d'une négociation que Jacqueline et ses proches sont parvenus à trouver le meilleur mode de fonctionnement face à son hypertension :

J'avais proposé à la famille aux enfants que je vais préparer à part, ils ont dit maman zéro, tu prépares on mange comme ça, on est à table. On ajoute à table, le sel et le piment, chacun qui veut il met. Ils m'ont dit : « maman prépare à ton niveau, c'est nous qui devons nous battre pour avoir ce qui nous convient, pas toi. Fais la nourriture comme tu veux. » Et on mange beaucoup de légumes surtout sans sel. C'est institué même avant que je ne tombe malade. Tous les samedis, c'est le sans sel. (Entretien avec Jacqueline, hypertendue victime d'AVC, Tsinga, association ACADIAH, 11/06/2021).

La perspective ouverte par Anselm Strauss en 1978²¹³ a permis l'émergence de plusieurs études sur la négociation informelle. C'est ainsi qu'en 2016, Myriam Chatot et Caryn Medved ont produit un article sur la négociation du rôle de parent au foyer quand on est un homme²¹⁴. Cet article part du constat posé par Strauss que « *l'ordre familial, comme tout ordre social, est un ordre négocié.* »²¹⁵ Les auteurs de l'article ont par exemple découvert que l'implémentation du rôle du père au foyer pouvait se faire de manière implicite, même si « *l'absence de négociations explicites initiales n'empêchent pas l'apparition de discussions ultérieures concernant les attributions du père en tant que parent au foyer.* »²¹⁶ Certaines situations qui apparaissent comme normales et non négociées proviennent alors d'une négociation implicite et tacite.

I.1.5. L' « ordre négocié » comme finalité de la négociation

La nécessité de la négociation trouve son origine dans les conflits entre les acteurs en relation. Ces conflits peuvent être manifestes ou latents. Lorsque des conflits éclatent ou se produisent, les acteurs sociaux peuvent se servir de la négociation pour parvenir à trouver un

²¹² Cette division correspond *grosso modo* aux quatre types de liens de participation dont parle Paugam dans son livre intitulé *Le Lien social*, à savoir les liens de filiation, de participation élective, de participation organique, de citoyenneté.

²¹³ Anselm Strauss, *Negotiations: varieties, processes, contexts, and social order*, San Francisco, Jossey-Bass, 1978

²¹⁴ Myriam Chatot et Caryn Medved, « « Est-ce que c'est vraiment le rôle d'un papa d'être au foyer ? » Négocier le rôle de parent au foyer quand on est un homme », in *Négociations*, vol. 25, n° 1, 2016, pp. 155-166.

²¹⁵ Myriam Chatot et Caryn Medved, op. cit. p.156

²¹⁶ Myriam Chatot et Caryn Medved, op. cit. p. 160

certain équilibre qui permet la baisse des tensions, la diminution de l'intensité du conflit. Toutes les stratégies et les processus évoqués par les acteurs sociaux visent l'atteinte de ce but. Pour ce faire, chaque entité juge, pèse, examine et adapte ses actions, ses décisions, son comportement en y ajoutant l'effort qu'il faut. Cela fonctionne tant pour une négociation implicite que pour une négociation explicite.

Toute négociation vise à établir un nouveau mode de fonctionnement au sein d'un système social à deux individus tout comme au sein de plus grands ensembles. C'est notamment ce que propose en tout cas la définition de Christophe Dupont²¹⁷ qui est cité par Myriam Chatot et Caryn Medved : « *la négociation [est] une activité qui met en interaction plusieurs acteurs qui, confrontés à la fois à des divergences et des interdépendances, choisissent (ou trouvent opportuns) de chercher volontairement une solution mutuellement acceptable.* »²¹⁸ Dans cette définition l'on note que le but recherché n'est pas que de trouver une solution ; cette solution doit être acceptable par les deux parties. Cela implique qu'au terme de la négociation, les deux parties doivent être d'accord que la solution à laquelle elles sont parvenues leur est convenable et peut servir de base pour la suite de la relation. Ainsi, l'idée de satisfaction pour les deux parties est au centre du processus de négociation. Il ne s'agit donc pas de domination ou de manipulation, mais d'une approche pratique pour trouver des solutions tout en conservant un équilibre durable entre les parties en conflit.

Cette définition possède cependant une limite qui est celle de ne pas prendre en compte la dimension potentiellement répétitive de la négociation. La négociation est un résultat « acceptable » qui peut être remis en cause après un certain temps. Cela veut dire que la « *solution mutuellement acceptable* » peut ne plus l'être suite à l'évolution des circonstances. Certes, cette définition met en avant l'idée selon laquelle une négociation naît de divergences, mais elle ne laisse pas entrevoir qu'il soit possible que le résultat de la négociation soit éventuellement temporaire et puisse refaire l'objet de transactions.

Il serait donc important d'apporter une dimension de temps et également l'idée d'une possibilité de renégociation de solutions mutuellement acceptables. Car en réalité, certaines négociations peuvent faire l'objet de remise en cause. C'est ce que souligne Pierre Goguelin. Même s'il traite davantage de négociations explicites et formelles dans son article, il écrit :

²¹⁷ Christophe Dupont, *La Négociation : conduite, théorie, applications*, Paris, Dalloz, 1994

²¹⁸ Myriam Chatot et Caryn Medved, op. cit. p.156

Il serait d'une grande naïveté de croire qu'une négociation conduit à un accord au sens profond du mot. S'il y a des concessions plus ou moins mutuelles, chaque partie regrettera ce qu'elle a dû concéder et ne se privera pas de le récupérer si, un jour, elle le peut. Ainsi, une négociation fait-elle partie d'un processus d'évolution sans fin prévisible, car il n'y a pas un accord, une entente qui scellerait la situation.²¹⁹

La négociation donne donc toujours lieu à un état qui peut être remis en question par l'une ou l'autre des parties soit parce que le temps et la pratique en a révélé les failles, soit parce que la situation qui a entraîné les choix et les décisions a évolué. Dans ces conditions, la situation sociale peut causer la reprise des négociations visant à redéfinir les relations entre les acteurs sociaux. L'on ne parvient donc pas à une situation définie et immuable au terme d'une négociation, mais à un état provisoire qui a été proposé par Strauss sous le terme « *ordre social négocié* ».

Selon Anselm Strauss, la négociation se trouve dans tout groupe social. Cette négociation permet de parvenir à un règlement de conflits au sein du groupe social. La négociation apparaît comme un processus au terme duquel des tensions sont apaisées mais c'est également un nouvel état acceptable par les parties :

Tout résultat d'une négociation, dès lors qu'il ne vise pas seulement à mettre fin à un désaccord, mais aussi à gérer dans le temps un accord [...] doit être envisagé comme la construction d'un ordre social qu'on appelle, en suivant Strauss [...], ordre négocié. Cette notion correspond ici tout d'abord à l'idée de « dispositif » de Reynaud [...], qui traduit à la fois « quelque chose qui fixe les termes auxquels la négociation est arrivée » [...] et « les points stables autour desquels se développe la continuité de la négociation » [...] ; ce terme de « dispositif » souligne ainsi la nécessité d'inclure dans l'accord les prolongements qui le concrétisent et qui l'institutionnalisent. Mais, la notion d'« ordre négocié » amène aussi à envisager les répercussions même de l'accord, dans les transformations qu'il peut induire.²²⁰

La finalité d'une négociation est donc certes de trouver une solution mutuellement acceptable, mais également de construire un ordre négocié que les acteurs s'emploient à entretenir jusqu'à ce que la nécessité d'une nouvelle négociation s'impose.

I.1.6. La négociation dans les relations sociales

L'introduction par Anselm Strauss de la négociation implicite a permis d'ouvrir un champ de recherches sur le thème qui prend en compte certaines subtilités. Cette conception inscrit la négociation dans les pratiques quotidiennes, à tous les niveaux des interactions. La négociation

²¹⁹ Pierre Goguelin, op. cit. pp. 156-157

²²⁰ Sophie Allain, op. cit. p. 31

apparaît alors comme un élément de base du fonctionnement et de la stabilité de la société. En procédant à des transactions, des discussions et des compromis, les acteurs sociaux participent à donner du sens, de la structure et finalement à la vie en société.

Considéré sous ce prisme, il est désormais possible d'analyser les négociations à l'échelle internationale et des négociations à un niveau interactionnel composé de deux individus. Dès lors, toute situation dans laquelle il existe une interaction et qui a pour fondement l'interdépendance des acteurs sociaux peut être étudiée. La négociation entre un commerçant et un acheteur peut être étudiée aussi bien que celle qui a cours lorsqu'un enfant sollicite l'achat d'un jouet. Une étude de la négociation peut porter sur la gestion de l'armement nucléaire comme elle peut s'intéresser à la manière dont un couple procède pour engager leurs familles dans le processus de son mariage.

L'ordre social est permanemment négocié parce qu'il n'est jamais stable et acquis. La réalité sociale est traversée par des crises, des conflits, des dynamiques qui l'éprouvent. C'est en ayant recours à la négociation que les acteurs sociaux, qui veulent conserver leur interdépendance, parviennent à trouver une entente. Dit ainsi, cela signifie que chaque fois qu'un changement se produit, des ajustements sont effectués. Ces ajustements sont produits par la négociation entre les individus. La négociation c'est le moyen par lequel les acteurs sociaux travaillent à conserver une relation interdépendante. Elle vient pour rétablir le lien, redéfinir les normes, aplanir les divergences et combattre la rupture. Toute relation interdépendante est le fruit d'une négociation, cela est valable pour ce qui est de l'intégration sociale des personnes hypertendues.

II. De la binarité demande-offre comme socle de la négociation pour l'intégration sociale

Les relations sociales sont des échanges interactifs au sein desquels naissent, croissent, s'affaiblissent et se terminent des affinités. Chaque acteur social s'inscrit et prospère au sein d'un réseau de relations sociales où se mêlent l'offre et la demande. L'existence de ces notions implique le caractère réciproque de la relation sociale. Il est en effet impossible d'envisager une interaction, une relation dans laquelle ces deux composantes ne se trouvent pas. Concrètement, dans chaque relation, qu'elle soit ponctuelle ou permanente, dans chaque interaction unique ou répétée, se trouvent une offre et une demande. L'interaction est un lieu d'expression des attentes,

et des ressources. C'est le lieu où les acteurs sociaux expriment comme attente idéale et comme attente pratique ; le lieu où chaque intervenant évalue ses ressources pour réussir l'interaction.

Cette règle sociale de fonctionnement de la société est présente dans tous les domaines de la vie sociale. Des études en santé, notamment celle de Yves Bertrand Djouda Feudjio, se sont intéressées à l'analyse des réseaux sociaux dans le processus de guérison des malades²²¹. Les auteurs ont voulu par-là participer à la compréhension des déterminants en termes de santé. Il apparaît que la santé est une transaction dans laquelle l'objectif est de concilier l'offre et la demande afin que ce bien soit le plus partagé possible. Toutes les études qui se sont intéressées à cet aspect de la santé ont souvent relevé le déphasage entre l'offre et la demande, que ce soit en termes quantitatifs (couverture de la demande par l'offre) ou en termes qualitatifs (qualité de l'offre comparé à la demande). La consécration de cette vision binaire de la relation à un objet permet de constater l'importance de ces composantes sur les interactions.

Ce qui précède permet de revenir sur la notion de rôle. Le rôle est un ensemble d'attentes qu'un acteur formule vis-à-vis d'un autre. Le rôle n'est donc pas ce que fait un individu, mais ce que les autres attendent qu'il fasse. En l'absence de réalisation des attentes formulées, la personne peut être qualifiée de déviante, de marginale et être sanctionnée. Dans la relation, le rôle de l'autre est donc qu'il se serve des ressources (réelles ou supposées) dont il dispose pour satisfaire les attentes qui lui sont formulées. Ainsi, une relation qui se crée se maintient ou se stabilise d'autant plus que chaque acteur social joue un rôle qui correspond à ce qui est attendu de lui. Le fait de ne pas recourir aux ressources pour produire les rôles participe à l'affaiblissement du lien et donc influence l'intégration sociale.

Le résultat de ce qui vient d'être dit est que les malades d'hypertension formulent des attentes vis-à-vis des groupes sociaux auxquels ils appartiennent et que la réponse du groupe, les ressources mises à disposition pour le malade facilitent ou non l'intégration de la personne malade, désormais soumise à un changement définitif d'habitudes liées au traitement de la maladie. L'aboutissement à un nouvel ordre social est le fruit de négociations sur ces éléments de formulation de demande et d'offre de ressources. L'ordre qui apparaît dans le cadre du traitement de l'hypertension artérielle n'est donc pas le fruit d'un ajustement automatique, mais le fruit de volontés des parties, exprimées dans le cadre de négociations explicites, mais surtout implicites. Ces négociations ont pour fondement la binarité demande et offre. Le succès de ces

²²¹ Yves Bertrand Djouda Feudjio, « Réseaux relationnels et processus de soutien aux malades de la tuberculose au Cameroun », in *Redes-Revista hispana para el análisis des redes sociales*, vol. 18, n°6, 2010, pp 145-162.

négociations détermine également le succès de l'intégration de la personne hypertendue et le maintien des liens sociaux entre le malade et son réseau social.

II.1. La demande de la personne hypertendue

La personne hypertendue s'inscrit dans un réseau de relations au sein des groupes sociaux. Dans ce réseau, chaque membre joue un rôle pour assurer le fonctionnement du groupe. Lorsqu'une personne devient hypertendue dans cet ensemble, certains de ses besoins changent à cause des exigences du traitement. Pour que ces besoins soient satisfaits, l'acteur social exprime les nouvelles conditions pour le maintien de sa santé aux autres membres de son réseau social, afin qu'ils l'accompagnent dans les efforts de stabilisation de sa santé. L'expression de ces besoins se fait à travers une demande que le malade adresse au groupe social. Les attentes de la personne hypertendue sont alors diverses et tournent essentiellement autour des prescriptions médicales, mais aussi autour de la redéfinition d'une place au sein du groupe social.

II.1.1. La demande liée aux prescriptions médicales

Ce n'est pas toujours au premier abord que le patient hypertendu prend conscience de la nécessité de suivre scrupuleusement le traitement de l'hypertension artérielle. Cela est notamment lié à l'incompréhension causée par la nature de la maladie, ses manifestations peu visibles et une relative ignorance de sa gravité. Lorsque la personne hypertendue a conscience de ce que la maladie doit être soignée, au risque de complications graves et éventuellement de perdre la vie, elle exprime à son entourage la nécessité pour elle de changer ses habitudes et d'adopter de nouveaux comportements qui aident à la guérison. Ces comportements, prescrits par la médecine moderne, visent à réguler la pression artérielle et à diminuer les risques cardiovasculaires. La demande des personnes hypertendues vis-à-vis des groupes sociaux, et plus précisément de leur entourage proche, concerne les prescriptions médicales à trois niveaux : au niveau de l'accès aux médicaments, au niveau de la possibilité de suivre un régime alimentaire, et au niveau de la création d'un environnement calme et peu stressant.

II.1.1.1. La demande en médicaments

Dans de nombreux cas relevés lors de cette étude, les personnes hypertendues sont sous traitement médicamenteux prescrit par les médecins. Ce traitement est, selon les professionnels de la santé, un moyen important de lutte contre la maladie. Ce que les médecins disent souvent aux malades, c'est que le traitement qu'ils prennent est un traitement à ne pas négliger, à suivre

scrupuleusement et à prendre à vie. Il est donc tout aussi chronique que la maladie qu'il a pour objectif de stabiliser. Le patient rentre donc de l'hôpital avec cette instruction et cela change dès lors certaines attentes qu'il a envers ses proches. Il revient de l'hôpital avec de nouvelles demandes vis-à-vis de son réseau relationnel : disposer de médicaments tous les jours et ce, pour le restant de sa vie.

Dans certains cas, les patients hypertendus sont eux-mêmes des travailleurs qui ont un revenu. C'est le cas de Paul Émile, Jeannette, Bernadette ou encore le père de Léticia. Par le travail qu'ils fournissent, ils parviennent à s'acheter les médicaments recommandés pour leur traitement. Mais cela n'empêche pas que dans certaines circonstances, ils expriment le besoin d'être soutenus dans ces dépenses par leurs proches. Si donc certaines personnes peuvent se procurer les produits pharmaceutiques, ils ne manquent pas de compter sur le soutien de leur réseau social. À ce sujet, Jeannette témoigne :

Les enfants sont encore petits, ils ne peuvent pas encore me soutenir pour l'achat des médicaments. Comme je travaille, je fais encore l'effort d'acheter les médicaments moi-même, mais ce n'est pas toujours facile [...]. C'est pour ça que je vous disais que si quelqu'un a l'hypertension et qu'il n'a pas un peu d'argent, ça va le tuer. (Entretien avec Jeannette, hypertendue, Mimboman, 15/11/2020)

Derrière cette phrase, il est possible de lire l'expression de la demande de soutien pour l'achat des médicaments. Jeannette a en effet commencé par des médicaments qui coûtent 20 000 F CFA/mois au plus fort de la crise qu'elle a vécue. Suite aux difficultés et aux contraintes financières pour la survie de sa famille, elle est retournée voir son médecin pour lui demander de trouver un traitement alternatif qui coûtera moins cher. Celui-ci lui a proposé un autre traitement qui coûte 10 500 F CFA/mois. La situation s'est améliorée suite à cela. Jeannette déclare qu'elle aimerait bien que ses enfants dont la première est en deuxième année d'université trouvent du travail, se marient et afin qu'ils puissent aussi financièrement la soutenir l'achat de médicaments contre l'hypertension. Cette expression du besoin de mise à disposition de médicaments est présente chez chaque acteur interrogé. Il y a donc une demande qui est fondée par les malades vis-à-vis de leurs proches, que ces derniers participent, au moins dans les périodes les plus difficiles, à l'achat des médicaments.

La deuxième attente concernant les médicaments qui est formulée par les personnes hypertendues à leur entourage c'est de leur rappeler de prendre leurs médicaments. Dans ce cas, la personne hypertendue attend que les membres de son entourage lui rappellent, au cas où elle oublie, de prendre ses médicaments. Il ne s'agit donc plus d'achat, mais de suivi du traitement.

Le rôle de l'entourage ne se limite donc pas essentiellement à acheter des comprimés, mais de s'assurer que la personne hypertendue les prend. Cette demande permet à la personne hypertendue de savoir qu'elle compte pour le groupe social et que ce dernier se préoccupe de sa santé. Le fait de demander « *as-tu pris tes médicaments ?* » ou alors de prendre les médicaments pour les donner à la personne malade participe à augmenter l'attachement, et à renforcer le lien entre la personne hypertendue et le groupe social.

Pour ce qui est de l'attachement, cela se démontre aux yeux de la personne malade par le fait que l'entourage se préoccupe de sa santé et tient à elle. Il ne s'agit donc pas d'un rappel mécanique : il y a, derrière le fait de rappeler à la personne malade de prendre son médicament, une expression ou un indicateur que le proche n'est pas indifférent à la maladie. Rappeler ou s'assurer de temps en temps que la personne malade a pris ses cachets est attendu, et représente aux yeux de la personne hypertendue une forme d'expression de la valeur accordée au malade. Interrogé sur le rôle que doit jouer la famille dans la prise en charge, Paul affirme que c'est de rappeler au malade de prendre ses médicaments.

II.1.1.2. La demande pour la mise sur pied d'un régime alimentaire

À l'issue de la consultation, le médecin recommande aussi certains comportements alimentaires à la personne hypertendue. Or, si la décision de manger telle ou telle chose dépend de la personne malade, l'organisation sociale et ses routines créent des conditions qui ne rendent pas l'application de cette prescription évidente. Il est difficile pour les personnes hypertendues de trouver des restaurants spécialisés dans la ville de Yaoundé. Même lorsqu'ils en trouvent, de par la configuration de leur environnement social, les patients hypertendus ne peuvent pas s'alimenter tous les jours au restaurant. La solution que les malades utilisent est de se replier sur leur réseau social envers lequel ils formulent des demandes implicites ou explicites relatives à la mise sur pied de régimes alimentaires favorables pour leur santé ainsi que prescrit par le médecin.

C'est ainsi que l'entourage de la personne hypertendue et plus précisément sa famille se voit assigner de nouveaux rôles liés à la nécessité de changer de régime alimentaire. La demande formulée à ce niveau concerne la fréquence, la quantité et la qualité des repas que l'entourage met à la disposition de la personne malade. Une partie de cette charge repose sur des proches pour deux raisons. La première a déjà été évoquée plus haut et concerne le fait que la satisfaction

de cette condition exprime l'attachement des proches au malade. La deuxième raison est une question d'organisation sociale.

Dans cette deuxième configuration, chaque groupe social possède son mode de fonctionnement. C'est en fonction de ce fonctionnement que les rôles sont organisés et répartis entre les acteurs sociaux. Cela veut dire que chaque groupe social reconnaît à chacun de ses membres un ensemble de rôles qu'il doit exécuter pour assurer une certaine fluidité selon le modèle qu'ils se sont fixé. C'est ainsi par exemple que le rôle de l'enfant n'est pas le rôle du parent, le rôle du grand père n'est pas celui du frère, celui de la mère n'est pas celui de la tante. Les rôles répondent à des critères qui sont élaborés par chaque groupe social en fonction de ses logiques.

Dans le cas qui est étudié ici, la personne hypertendue n'est pas toujours la personne qui cuisine d'habitude. Même lorsque cela est le cas, elle ne doit pas cuisiner comme elle veut mais selon ce que le groupe attend d'elle. Il existe donc une sorte de tension, un conflit entre la nouvelle situation créée par l'hypertension artérielle et les rôles dévolus avant l'apparition de la maladie. Parce que ce n'est pas toujours la personne hypertendue qui cuisine ce qu'elle consomme, elle émet une demande à l'endroit de la personne qui cuisine afin de pouvoir respecter le régime alimentaire. Cette demande est également introduite auprès des autres membres de l'entourage afin qu'ils comprennent les nouveaux enjeux et ajustent leurs pratiques et leur jugement en fonction de la nouvelle donne. Le pouvoir de changer d'alimentation revient à la personne malade ; le pouvoir d'implémenter cela revient à l'entourage de la personne malade. La coordination de ces pôles de pouvoir permet à la personne hypertendue de respecter le régime alimentaire. Cela ne peut se faire que si la demande formulée par la personne hypertendue envers les personnes qui s'occupent de son alimentation, ainsi que de ceux qui « mangent de la même marmite », à savoir ceux qui verront éventuellement les conséquences de la nouvelle manière de cuisiner sur leur propre alimentation.

II.1.1.3. Créer un environnement avec un stress réduit

Le médecin recommande à la personne hypertendue de limiter les expositions au stress et aux bruits pour améliorer la qualité de sa pression artérielle, tout comme il le fait pour la prise de médicaments. La prise de médicaments répond à des facteurs socio-économiques. Elle peut cependant se passer de l'intervention des membres du réseau social si la personne hypertendue dispose de revenus suffisants. Mais la réduction du stress et des nuisances sonores ne relève pas

toujours de la seule compétence de la personne malade. Si le médicament peut être acheté et consommé même à l'insu de l'entourage, la réduction du stress est une « chose » au sens durkheimien, c'est-à-dire qu'elle ne peut être modifiée un simple décret de la volonté de la personne qui la recherche, en l'occurrence, la personne hypertendue.

C'est donc uniquement avec le concours de l'entourage, du groupe social que cette mesure peut être implémentée pour préserver la santé de la personne malade. C'est dans ce sens qu'il n'est possible de l'obtenir qu'en exprimant et en formulant une demande auprès de l'entourage. Au sortir de la consultation médicale, la réduction du stress est donc une nouvelle attente que le malade exprime à l'endroit de son entourage. En pratique, la nécessité de la réduction du stress ne dispense pas automatiquement la personne hypertendue de conserver ses relations avec le groupe social. Dans certains cas, notamment les cas d'AVC, la personne peut être isolée du stress, dispensée de se rendre au travail ou de sortir, ce qui réduit les sources de stress. Mais dans d'autres cas, le malade continue de se rendre au travail, de jouer le rôle de père, de mère, de frère, de sœur, de chef d'entreprise, d'employé, de voisin, d'ami, d'ennemi, avec toutes les contraintes émotionnelles qui peuvent générer du stress.

La personne hypertendue compte donc sur son entourage pour créer les conditions de lutte contre le stress. Pour cela, elle doit formuler une demande à l'endroit de cet entourage immédiat.

II.1.2. Protection et reconnaissance comme demandes de la personne hypertendue

Que ce soit pour les médicaments, l'alimentation ou la gestion du stress, les demandes que la personne hypertendue formule à l'endroit de son réseau social sont liées à ces cordes qui permettent de tisser le lien social comme conceptualisé par Serge Paugam : la protection et la reconnaissance.

La quête de protection c'est la quête de personne sur lesquelles la personne hypertendue peut compter pour atteindre ses objectifs de traitement. Selon Serge Paugam, ce qui motive une personne à tisser des liens et à se maintenir dans un groupe social et de vouloir s'y intégrer, c'est la capacité de ce groupe à lui accorder la protection dont elle a besoin. Une personne est donc plus liée à un groupe social lorsqu'elle s'y sent protégée face aux difficultés de la vie. La protection est donc une catégorie importante de la demande qu'un individu peut formuler à l'endroit d'un groupe auquel il appartient ou souhaite appartenir.

Le groupe social qui accepte de satisfaire cette demande de protection exprimée par l'individu indique à ce dernier sa capacité intégratrice et, *ipso facto*, gagne un nouveau membre, ou en conserve. La formulation de demandes n'est donc pas une donnée négligeable, elle permet à l'individu d'évaluer le groupe social et de déduire de sa capacité à lui apporter la protection dont il a besoin pour se sentir membre.

Chez les personnes hypertendues, la demande de protection se manifeste par le compte rendu des prescriptions médicales, issues des consultations, qu'elles font au groupe social. Ce n'est donc pas sans attentes que le malade dit à son réseau social qu'il est malade d'hypertension et déploie la liste des prescriptions faites par le médecin. Il existe derrière chaque énonciation des mesures à prendre, des attentes que le malade exprime envers ses interlocuteurs et qu'il attend de voir manifestées. La plupart du temps, quand la personne hypertendue ne considère pas une demande importante, elle n'en parle que peu à son réseau social. Cela est un indicateur qu'à ses yeux, cette demande est moins urgente, moins attendue d'effets que les autres sur lesquels il y a une certaine insistance. Cette situation est visible dans le cas de Jacqueline qui affirme que sa famille seule est au courant de sa maladie et qu'elle n'en parle pas aux autres parce qu'elle n'en attend pas grand-chose : « *disons que les amis, tous les amis ne savent pas que tu es hypertendue. C'est surtout la famille, c'est surtout la famille. Non, les amis se cachent les choses, il faut être sélectif pour dire. C'est à toi de savoir comment faire pour que ça ne joue pas.* » (Entretien avec Jacqueline, hypertendue victime d'AVC, Tsinga, association ACADIAH, 11/06/2021). Elle est aussi visible dans le cas de Myriam dont la fille, Christiane, témoigne : « *[qu'] il y a une différence, parce que la famille est à côté, on la suit de près. Tandis que les amis sont de temps en temps, ils ne savent pas exactement ce qui se passe.* » (Entretien avec Christiane, fille d'hypertendue, Tsinga, association ACADIAH, 15/06/2021).

C'est aussi le cas de Célestine. Après avoir été déclaré hypertendu, il dit n'avoir pas commencé un régime tel que recommandé par le médecin. Il a pourtant pris la peine de s'assurer de ne jamais manquer de médicaments sur lesquels il a concentré l'essentiel des efforts de traitement. C'est ainsi que pendant sept ans, depuis le dépistage de l'hypertension artérielle, il a pris ses médicaments sans toutefois suivre de régime alimentaire. La pression de la demande sur l'entourage relatif à cet élément du traitement n'étant pas forte. C'est ainsi que durant des années, il a choisi de ne demander que des médicaments.

En formulant des demandes à l'endroit du réseau social, la personne hypertendue espère que le groupe manifestera qu'elle compte pour lui. Cette modalité renvoie à l'attachement que le

groupe manifeste à l'endroit de la personne hypertendue. La réponse du groupe social à la demande formulée va donc au-delà de la simple protection, elle permet de juger de la valeur que la personne hypertendue a aux yeux du groupe social. La réponse du groupe social est pour le malade un indicateur de la valeur sociale de la personne hypertendue. Ainsi, plus la demande est satisfaite, plus la personne hypertendue se perçoit elle-même comme intégrée au groupe et en déduit qu'elle compte pour le groupe. À l'inverse, moins cette demande est satisfaite, moins la personne hypertendue se sent valorisée. Cette constatation a notamment pu être observée chez Bernadette. Au début de la maladie, ses enfants encore scolarisés ne comprenaient pas bien la nouvelle condition de leur mère. Pendant longtemps, Bernadette a essayé de faire comprendre à ses enfants, à cette époque-là, la gravité de la situation et l'importance pour eux de mettre sur pied un ensemble d'ajustements. Les enfants n'ont pas compris cela, ce qui a engendré des divergences entre eux, notamment au sujet de l'alimentation et de la réduction du stress. Pour elle, le comportement de ses enfants était un manque de respect pour sa personne et pour sa condition. Avec le temps, ses enfants ont quitté les bancs de l'école et ont commencé à travailler, ils sont devenus comme elle le dit, « *Ce sont des grands, des mariés même déjà, des grands* » ; « *tous sont responsables* ». Désormais, ils participent aux frais lorsqu'elle est malade, ils paient l'hospitalisation et les médicaments. Ces actions des enfants lui ont permis de trouver la valeur qu'elle voulait percevoir à l'époque, à savoir être traitée selon son état, à la fois en tant que mère et personne hypertendue ; de comprendre qu'elle compte pour ses enfants.

II.1.2.3. L'expression de la demande par la personne hypertendue

La personne hypertendue dispose de divers moyens pour faire connaître sa demande aux personnes qui constituent son réseau social. Le premier de ces moyens est explicite. Ici, la personne hypertendue, après avoir reçu les prescriptions médicales, informe des conditions de son traitement à son entourage. Concrètement, elle le fait comme s'exprimant sur ce qui doit désormais être fait pour elle dans le cadre de son traitement. Elle peut dire : « *désormais, en cuisinant, ne mettez plus de cube sur ma (la) nourriture* », ou encore, comme la mère de Rosine, « *le cube n'est pas bon pour la santé* ». Ces expressions orales, ces prises de paroles explicites pour formuler les demandes relatives au traitement de la maladie permettent à la personne hypertendue d'ouvrir des négociations sur ces nouvelles normes, pratiques et comportements à adopter au sein du groupe social pour garantir son intégration.

La demande peut également être implicite. Ici, la personne hypertendue se limite à informer l'entourage de l'existence de la maladie et sur ce que le médecin a recommandé. Elle

laisse plus de place à l'imagination et à l'initiative de ses proches pour l'implémentation des mesures édictées par la médecine. La personne hypertendue, sans trop parler de manière formelle ou solennelle, attend néanmoins que l'entourage trouve le moyen de satisfaire les exigences liées au traitement de la maladie.

La troisième modalité d'expression de la demande, c'est l'insistance. Elle renvoie au fait de souligner des éléments et de les répéter. Souligner les éléments renvoie à l'importance qu'on leur accorde, à leur priorisation. Par exemple, un acteur peut mettre l'accent sur le régime, un autre sur les médicaments. Cela indique ce qui est, selon sa perception prioritaire à mettre en œuvre pour son traitement. C'est par exemple ce qu'a fait Celestine lorsqu'il a choisi de mettre en avant le traitement pharmacologique. Il faut dire que ce classement par ordre d'importance varie en fonction de l'état de la personne hypertendue et selon la perception de l'efficacité des mesures. Chez Bernadette, elle a commencé par mettre l'accent sur la demande de régime alimentaire, pensant que la maladie était curable, et refusant l'idée de la prise de médicaments à vie. Lorsqu'elle s'est rendue compte qu'elle prendrait les médicaments de façon chronique et que le régime seul ne suffisait pas à réduire et à stabiliser sa pression artérielle, elle a mis l'essentiel de son effort, et donc de sa demande, sur le traitement pharmacologique, réduisant par le fait même l'importance du régime alimentaire. En fonction de la perception, les éléments de la demande n'ont pas toujours la même priorité.

La répétition est un moyen d'insistance utilisé par la personne hypertendue pour exprimer sa demande. Elle consiste pour le patient à répéter les attentes qu'elle formule aux proches afin d'obtenir leur accomplissement. Cela peut prendre la forme de rappels tels que « *le cube n'est pas bon pour la santé* » ou encore « *il y a trop de sel dans la nourriture* » ou bien « *vous avez mis trop d'huile* ». Cela peut également prendre la forme de bouderies ou de recherche de solutions alternatives à ce qui est proposé par l'entourage. C'est notamment ce que fait Pierre Marie lorsqu'il considère que la nourriture ne convient pas à ses attentes aux standards formulés par le médecin. Il affirme ne pas manger si « *par erreur le sel est trop dans la nourriture* » (Entretien avec Pierre Marie, hypertendu victime d'AVC, Nlongkak, 07/11/2020). Il compense ce manquement de son entourage en s'achetant du pain complet.

À travers ce qui précède, l'on note que les personnes hypertendues formulent des demandes implicites ou explicites, avec plus ou moins d'insistance auprès de leur réseau social afin de garantir leur prise en compte dans le cours de l'action sociale et par là de garantir leur place, leur intégration au groupe. Cette demande et la pression de celle-ci se font davantage

ressentir sur les liens forts, notamment ce que Paugam appelle lien de filiation. L'exigence n'est pas la même pour les autres types de liens.

II.2. L'offre du groupe social

Face à la demande de la personne hypertendue, le groupe social dispose d'un ensemble de ressources qui lui permettent d'apporter des solutions aux problèmes posés par l'apparition de la maladie. Cette offre est faite à la personne malade pour combattre la maladie et faire face aux contraintes posées par la présence de l'hypertension artérielle. Les ressources mises à la disposition de la personne hypertendue sont potentiellement ou effectivement présentes dans le groupe social. Elles concernent divers aspects et se présentent de diverses façons.

II.2.1. La mise sur pied des ressources financières

Étant donné le caractère chronique de la maladie, les acteurs sociaux doivent consommer les médicaments tout au long du reste de leur vie. La charge de l'achat du médicament n'est pas précisée par le médecin : il revient aux acteurs sociaux de déterminer les modalités de la réalisation de cette prescription. En outre, lorsque le médecin prescrit le changement de régime alimentaire, cela peut entraîner des coûts supplémentaires comme c'est le cas chez Jeannette, Bernadette, Pierre Marie, et les autres malades. Si les prescriptions médicales sont effectuées, elles ne précisent pas les modalités pratiques, à savoir qui précisément fera quoi et d'où viendront les ressources pour soutenir le nouveau mode de vie.

C'est à ce niveau qu'intervient l'entourage pour faire une offre, pour proposer une mise à disposition des ressources financières pour soutenir la personne malade. Leur intervention sur le plan financier permet à la personne hypertendue de prendre ses médicaments et de suivre un régime alimentaire. C'est ainsi par exemple que chez Bernadette, ses enfants participent à l'achat des médicaments. Chez Pierre Marie, les proches ont résolu de lui envoyer à une certaine fréquence une somme d'argent pour l'achat de ses médicaments, y compris ceux qui ne sont pas liés à l'hypertension artérielle.²²² Ils mettent également à sa disposition les moyens dont il a besoin pour l'achat de pain complet. En plus de tout cela, ils ont choisi, suite à l'AVC dont Pierre Marie a été victime et à la fragilité de sa santé, de ne plus le laisser travailler.

La contribution financière pour subvenir aux besoins de la personne hypertendue se révèle donc comme une réponse aux besoins et attentes du malade. Cette offre est une ressource que le

²²² Il souffre également de douleurs à l'estomac.

groupe met à la disposition de la personne hypertendue afin de favoriser sa présence au sein en son sein et de garantir sa santé. Ainsi, face à la multiplication de points de divergences liés à la prise en charge de la maladie et parfois combinés à la détérioration de la santé de la personne hypertendue, les proches organisent le soutien financier nécessaire pour permettre de stabiliser la santé de la personne malade. Il est à noter que l'investissement financier qui est fait par l'entourage est fonction de la gravité et de l'urgence de la situation. En effet, plus la situation s'aggrave et rend la personne hypertendue dépendante, plus la mise à disposition des finances est importante. Cela se voit en procédant à une comparaison entre divers cas. Chez les personnes ayant été victimes d'AVC en général, les proches mettent plus de moyens financiers que chez les personnes n'ayant pas fait de crises. C'est notamment le cas si on se réfère à Pierre Marie qui a fait un AVC et à Jeannette qui n'en a pas fait ; à la mère de Claude qui a fait un AVC et à Celestine qui n'en a pas fait.

En outre, il apparaît que l'assistance financière est particulièrement disponible et abondante lors des épisodes de crise et d'hospitalisation de la personne malade. Il peut donc de temps en temps y avoir relâchement dans l'effort de soutien financier, mais lorsque l'urgence apparaît, il y a de nouveau une mobilisation pour apporter l'assistance financière à la personne malade.

II.2.2. Offre de flexibilité, de capacité d'adaptation

Une chose dont les personnes hypertendues ont besoin est la capacité du groupe à se réinventer. Cette capacité correspond pour le groupe social à pouvoir modifier son mode de fonctionnement avec rapidité pour faire face à une situation d'urgence ou à une dynamique, interne ou externe, qui remet en question son fonctionnement habituel. Lorsque l'hypertension artérielle est déclarée chez un membre du groupe social, les ajustements prescrits par le corps médical ne peuvent être implémentés par la personne malade seule. Cela est difficilement envisageable car la personne hypertendue s'insère dans un réseau de relations qui est inévitablement affecté par l'ordonnance médicale. Dès lors, le changement attendu de la part de la personne malade a des répercussions sur le mode de fonctionnement des groupes auxquels elle participe.

Le groupe social doit pouvoir réagir assez rapidement pour s'adapter aux nouvelles normes, aux nouvelles attentes liées à la condition de la personne hypertendue. C'est ce qui se passe dans la plupart des cas, surtout lorsque les proches sont au courant des risques de la

maladie et en prennent conscience. Ils se réorganisent et se redéployent pour adapter leur quotidien à la présence d'une personne hypertendue parmi eux. C'est ainsi par exemple que des dispositions sont prises pour ce qui concerne l'alimentation. L'entourage de la personne hypertendue, plus précisément sa famille, produit un nouveau programme de cuisson des repas, développe de nouvelles manières de cuisiner, modifie des recettes, privilégie certains repas ou certaines méthodes de cuisson. Cette capacité à se réinventer se voit également dans le soin qui est accordé en termes de lutte contre le stress, les sources de nuisance sonore. Les proches de la personne hypertendue offrent au patient leur capacité à mettre sur pied de nouveaux protocoles de fonctionnement en vue du traitement de la maladie. Cette capacité d'adaptation du groupe social est alors une offre du groupe social met à la disposition des personnes hypertendues pour faire face à la maladie.

Pourtant, tous les groupes sociaux n'offrent pas la même capacité d'adaptation. Le groupe social le plus flexible et sur lequel repose le plus grand effort d'adaptation est le groupe familial, le lien de filiation, pour parler comme Serge Paugam. Dans les liens de type organique, de citoyenneté ou électif, les offres ne sont pas aussi présentes que dans le lien de filiation. C'est en effet la famille qui produit le plus de flexibilité et qui produit le plus de flexibilité et qui offre plus de capacité d'adaptation. Cela est lié à la force du lien qui unit la personne hypertendue à la famille. À cause de ces liens, de leur fréquence et des responsabilités que cela implique, la famille doit créer une marge importante pour protéger ses membres. C'est souvent la famille qui nourrit, qui soigne, qui accompagne à l'hôpital. C'est elle qui accueille la personne malade lorsqu'elle fait un AVC ou alors lorsque la maladie la rend incapable de travailler. La capacité d'intégration des personnes hypertendues y est donc plus grande que dans les autres groupes, que dans les autres types de liens sociaux.

La rigidité des autres types de liens est donc compensée par le groupe familial. Selon l'observation et les entretiens, il est en effet plus difficile pour une entreprise de tolérer la présence de personnes hypertendues victimes d'un AVC et tétraplégique en son sein que pour une famille d'accepter le chômage d'une telle personne. Les groupes sociaux ont tendance à exclure et donc à moins intégrer des personnes qui ne répondent pas à leurs critères. Ceux qui bénéficient de la protection et de la reconnaissance du groupe social sont ceux qui sont considérés comme conformes ou qui bénéficient de circonstances exceptionnelles. Dans le milieu professionnel par exemple, une personne qui est absente à son poste suite à un coma qui se prolonge sur plusieurs mois ou plusieurs années peut être remplacée. En famille, ce n'est pas

le cas : lorsqu'une telle personne est présente, le groupe s'adapte en ajustant son mode de fonctionnement, ses ressources financières et son temps pour assurer un certain bien être à la personne dans le besoin.

II.2.3. Offre de présence et d'assistance

Ici encore, chaque groupe social intervient selon sa capacité à intégrer, c'est-à-dire à accepter les personnes hypertendues comme membres. Ici encore également, c'est la famille qui est au premier plan. En contact direct avec la personne hypertendue, la famille lui assure une certaine présence, une assistance qui va au-delà de la seule assistance financière. Dans certains cas comme des cas d'AVC ou de coma, la personne hypertendue ne peut pas faire certains efforts. Elle a donc besoin de personnes pour l'accompagner, pour la laver, pour lui faire à manger, entre autres. Le groupe social, par sa capacité d'adaptation, trouve le moyen de se mettre à la disposition de la personne malade à travers des individus qui le composent.

Le cas de Vincent peut permettre d'illustrer cet état de choses. Après cet AVC qui a paralysé ses membres inférieurs et supérieurs du côté droit, il ne pouvait plus travailler comme chauffeur mécanicien. Pendant toute la période du coma dans lequel il était plongé, la famille lui a apporté l'assistance dont il avait besoin pour ses soins hospitaliers. Lorsqu'il est sorti du coma, il ne pouvait plus se déplacer de lui-même. Il lui fallait un fauteuil qui était conduit par un proche. Quand il est sorti de l'hôpital, et qu'il devait faire des démarches administratives, il a dû compter sur la disponibilité de sa femme et de ses enfants pour le conduire dans divers bureaux où il devait se rendre pour suivre ses procédures. Vincent témoigne que jusqu'à aujourd'hui, il ne peut pas faire de longues distances ou sortir de la maison longtemps sans être accompagné. Son récit permet de constater que l'offre de présence et d'assistance est importante dans la vie des personnes hypertendues, dans leur déploiement et dans la conservation de leur statut de membre, et donc de l'intégration sociale. Cette assistance est généralement fonction de la perception par les proches des risques encourus par le malade. Elle est également fonction de l'état de santé de la personne malade à un moment précis de la maladie. Plus la maladie est handicapante, plus l'assistance et la présence sont disponibles ; plus la personne malade est autonome, moins le besoin d'offrir une assistance dans les tâches et les activités quotidiennes se fait ressentir.

II.2.4. Une offre implicite ou explicite ?

D'emblée, de même qu'il existe une demande implicite et une demande explicite de la part de la personne hypertendue, il existe une offre explicite et implicite du groupe social. Parlant de

l'offre explicite, cela signifie que le groupe social indique formellement à l'endroit de la personne hypertendue des services, auxquels elle peut s'attendre en raison de la présence de la pathologie. C'est ainsi que le groupe peut clairement et de façon formelle dire au membre hypertendu : « *désormais ton travail c'est de prendre les remèdes* »²²³ ou alors « *désormais je t'enverrai ce dont tu as besoin chaque mois, donc si ça finit tu me dis* », ou encore « *si on prépare cela [untel] ne peut pas manger* ». Il s'organise donc une constitution de l'offre de façon explicite par les proches de la personne hypertendue de telle sorte que cette personne sache que l'offre est disponible et qu'elle peut y recourir en cas de besoin. Cette offre couvre divers domaines dans lesquels la nécessité de prendre en compte le statut d'hypertendu est avérée. L'on note également une certaine corrélation entre le caractère explicite de l'offre et la perception de la gravité de la maladie. Les personnes victimes d'AVC reçoivent des offres plus explicitement formulées que celles qui n'en n'ont jamais été victimes ; celles qui ont fait des crises en ont un peu moins que la première catégorie, mais plus que celles qui n'ont jamais fait de crises.

Les offres sont aussi formulées et mises à disposition de manière implicite. Ici, pas de prise de parole solennelle ou formelle, pas de réunions pour décider de ce qu'il convient d'offrir à la personne hypertendue pour son rétablissement et son intégration sociale. L'entourage met à la disposition de la personne malade certaines ressources, sans se servir du langage pour indiquer leur disponibilité au malade. Cela peut prendre la forme d'une disponibilité à se plier aux demandes ou aux attentes implicites ou explicites de la personne malade, que ce soit au sujet du repas, des médicaments ou de la présence et de l'assistance. Cette modalité implicite de l'offre a été constatée plusieurs fois dans les divers entretiens avec les acteurs. Elle s'exprime dans le langage des personnes hypertendues par des phrases telles que celle prononcée par Pierre Marie : « *ils savent que je suis hypertendu donc ils tolèrent.* » Elle est également visible dans les propos de proches comme Stéphanie qui dit qu'ils ont peur de le tuer ou encore qu'il fasse une crise. Les proches de personnes hypertendues procèdent également à des changements comme celui décrit par Léticia dont la famille a retiré la télévision du salon et demandé aux enfants de jouer à la véranda quand le père est là. Cette famille a aussi exprimé son assistance en demandant régulièrement si le père a pris ses médicaments, en les lui apportant ou en observant son état pour en déduire de sa forme et éventuellement ses besoins. Elle exprime une offre implicite à son malade afin de lui apporter la protection dont il a besoin pour rester membre du groupe

²²³ C'est notamment les propos qui sont ressortis de l'entretien avec Stéphanie, fille de Pierre Marie, hypertendu et victime d'AVC.

social et continuer à être intégré à d'autres liens sociaux, notamment le lien de participation organique.

III. Négociation (pour fixer les bases) et intégration sociale

Dans la relation entre la personne hypertendue et son entourage, il y a un conflit qui naît de la différence de normes entre celles en cours au sein du groupe social avant le dépistage de la maladie et celles requises pour le traitement de la maladie. Cet écart pose des problèmes de cohésion et de stabilité au sein du groupe social, et plus précisément au sein de la famille de la personne hypertendue. La différence de normes s'inscrit sur une période indéterminée et qui, dans le principe, ne s'achèvera qu'avec le décès de la personne malade à cause du caractère chronique de la pathologie. Les acteurs sociaux, hypertendus ou non, doivent donc trouver un compromis, ils doivent négocier pour fixer les nouvelles règles de la vie commune, afin de conserver l'intégration de la personne hypertendue.

La présence de nouvelles normes à implémenter pour le traitement de la maladie entraîne l'apparition d'une demande de la part de la personne hypertendue. Cette demande est adressée à divers groupes sociaux fréquentés par le malade. Elle est en fait une demande de prise en compte des spécificités de la personne malade afin de garantir l'intégrité, c'est-à-dire le caractère entier, complet, totalement impliqué et accepté au sein du groupe social. Pour que cette demande puisse trouver un écho favorable, le groupe doit faire des ajustements dans son fonctionnement en prenant en compte les attentes issues de la nouvelle situation de la personne hypertendue. Une offre fondée sur les ressources dont le groupe dispose se met donc en place pour répondre à cette demande de la personne malade. Pourtant, si le groupe puise dans ses ressources pour satisfaire les attentes de la personne hypertendue en termes de normes et donc d'intégration sociale, cette opération ne se fait pas de façon automatique. Cela signifie que le résultat souhaité n'est obtenu qu'au terme d'un processus négocié et qui peut toujours être renégocié en fonction des éléments nouveaux portés à la connaissance des acteurs sociaux.

III.1. L'intégration sociale au-delà de la socialisation primaire

Selon Guy Rocher, la socialisation permet l'adaptation de l'individu dans l'environnement dans lequel il doit vivre.²²⁴ Cet environnement est fondamentalement social, c'est-à-dire composé d'autres êtres humains qui influencent les comportements de l'acteur social et en fonction desquels l'individu doit calibrer son action. Au cours de ce processus, la personne

²²⁴ Cf. Guy Rocher, dans le tome 1 de son ouvrage d'introduction la sociologie générale, intitulé *L'action sociale*

humaine apprend des normes, s'imprègne de valeurs et découvre des sanctions qui servent à la régulation sociale. En intégrant à la « structure de sa personnalité » les éléments socioculturels de son milieu,²²⁵ elle s'intègre en même temps dans le groupe social et en devient membre. Le non-respect des attentes du groupe par l'individu peut entraîner des sanctions qui peuvent aller jusqu'à l'exclusion.

Pendant la phase de socialisation primaire, le groupe veille à ce que l'individu soit conforme à ses attentes, ce qui garantit son intégration. Cette phase est celle durant laquelle l'enfant découvre le langage, les manières et d'autres aspects de son milieu social. Le concept de socialisation secondaire indique que la personne adulte continue d'apprendre des milieux qu'il fréquente. Cet apprentissage indique que pour être intégré, il faut connaître les normes, et disposer des informations nécessaires à l'obtention d'un statut de membre.

Partant de l'idée selon laquelle la socialisation dure tout au long de la vie, il est possible de déduire que la quête d'intégration ne se fait pas une fois pour toutes. L'intégration sociale n'est pas une donnée finie, un « ordre négocié » permanent qui s'achève avec la socialisation primaire. L'intégration sociale se fait donc tout au long de la vie, elle est une quête, une recherche à laquelle se livrent les individus tant qu'ils cherchent à appartenir à quelque groupe que ce soit. Ainsi, que ce soit dans un nouveau quartier ou dans les relations avec les autres acteurs sociaux, l'intégration est une conquête permanente où le groupe et les individus travaillent à déterminer ce qui leur permet de définir le statut de membre, de personne intégrée. Lorsque ce statut de membre est obtenu, il implique une performance, c'est-à-dire la réalisation des actes, l'expression de symboles et le respect de rites qui indiquent l'intériorisation (même de façade) des normes, valeurs en cours au sein du groupe social. Il y a donc un jeu d'aller et de retour qui se fait entre l'individu et le groupe social pour l'intégration sociale. D'une part, l'acteur social se dispose au groupe social pour son intégration, ce qui est un élément constituant la demande ; d'autre part, le groupe social propose les conditions d'obtention du statut de membre. Cette interaction entre demande et offre qui se fait durant toute la vie de l'individu au sein d'un groupe social et sert de cadre pour une négociation de l'intégration à tous les instants.

III.2. L'intégration sociale comme négociation permanente

Provenant de la sociologie, l'intégration sociale a souvent été récupérée par les politiques : « *le discours politique tend à se limiter à un questionnement dominant qui se porte sur*

²²⁵ Cf. Guy Rocher, op. cit.

l'intégration de personnes minorisées à la société d'accueil. »²²⁶ Si certaines évolutions ont été constatées dans le discours politique, il reste tout de même que pendant longtemps, en France notamment, l'intégration dans le discours politique concernait principalement les populations immigrées. Danièle Lochak²²⁷ fait une sorte d'historique de l'utilisation de l'intégration par les politiques. Elle note qu'en 1993 par exemple, la définition de l'intégration donnée par le Haut Conseil à l'Intégration en France était :

*Un processus dynamique et inscrit dans le temps d'adaptation à notre société de l'étranger qui a l'intention d'y vivre [postulant] la participation des différences à un projet commun et non, comme l'assimilation, leur suppression ou, à l'inverse comme l'insertion, la garantie protectrice de leur pérennisation.*²²⁸

Ainsi, l'intégration a été assimilée en France pendant longtemps comme un parcours de l'immigré, ce dernier devant consentir des efforts nécessaires pour se faire accepter au sein d'un groupe afin d'y être considéré comme intégré. La personne qui n'est pas intégrée serait sous cet aspect responsable de son niveau d'intégration au sein du groupe social. En considérant cela, il se pose le problème pour ce qui est des personnes hypertendues : se pourrait-il qu'un individu qui a vécu dans un groupe social pendant des années, et qui se retrouve malade et astreint à suivre un traitement qui lui garantit la santé soit considéré comme refusant volontairement de s'intégrer à cause du traitement qui est censé le maintenir en santé et en vie ? La réponse à cette question pose le problème de responsabilité seule de la personne hypertendue dans le processus d'intégration sociale.

En disant en effet qu'une personne qui a l'habitude de manger des mets cuisinés par le groupe et qu'il apprécie salés et recouverts d'huile n'est pas intégrée parce qu'elle suit désormais un traitement, l'on prend le risque de considérer toutes les personnes hypertendues comme des personnes marginales qui ont choisi de ne plus faire partie du groupe, de se différencier, alors même que ces personnes voudraient continuer à conserver les habitudes, les pratiques et continuer à fonctionner en selon les normes qu'elles acceptent et qui sont en vigueur dans les groupes sociaux auxquels elles appartiennent.

Cette contradiction apparente indique clairement qu'un autre facteur entre en jeu dans le processus d'intégration sociale puisqu'il s'agit d'un processus. Ce facteur est celui de la capacité

²²⁶ Sheldon Keith, « Compte rendu de *Qu'est-ce que l'intégration ?* par Dominique Schnapper, Paris, Éditions Gallimard, 2007, 238 p., ISBN : 978-2-0703-36-5 », in *Relations industrielles/Industrial Relations*, Vol. 64, n°4, p.787, 2008

²²⁷ Danièle Lochak, « L'intégration comme injonction. Enjeux idéologiques et politiques liés à l'immigration », in *Cultures & conflits*, n° 64, hiver 2006, pp.1-15

²²⁸ Danièle Lochak, op. cit. p. 2

du groupe à s'adapter à des cas de personnes qui, comme les personnes hypertendues, expriment une demande d'adhésion, une volonté d'être membre. La réponse du groupe, la forme de son offre et la flexibilité de son fonctionnement et de sa structure est le deuxième aspect du complexe binaire de l'intégration sociale. Il y a donc d'une part la demande d'intégration de l'acteur et d'autre part la réponse du groupe social. Ces deux éléments déterminent l'intégration sociale. La présence de ces éléments et l'initiation d'une négociation entre les parties favorisent le déclenchement et l'entretien de l'intégration sociale. L'intégration sociale n'est pas une donnée, elle n'est pas non plus une injonction,²²⁹ mais une construction qui se fait par le biais de la négociation sans cesse renouvelée entre l'individu et le groupe. L'intégration n'est donc pas naturelle, elle est une construction faite sur la base d'une négociation permanente.

Lorsqu'un individu qui n'était pas malade et désormais déclaré hypertendu par le médecin, s'il veut suivre le traitement afin de guérir, il s'adresse aux groupes sociaux qu'il fréquente, en fonction de l'importance que ceux-ci jouent dans sa vie, pour indiquer ce qui va désormais changer. Il attend la participation du groupe dans la mise en œuvre de ces changements. C'est au cours des échanges, de ces interactions que se définissent les nouvelles règles, les nouveaux modes de fonctionnement, les nouvelles normes qui permettront de tenir compte de la présence de la personne malade, indiquant ainsi que le groupe tient à ce qu'elle conserve son statut de membre. Les négociations ainsi entamées peuvent être explicites. Ici, les parties en présence s'informent mutuellement de la situation et des contraintes qui feront partie de leurs relations. Au terme de ces interactions et de ces échanges, l'acteur et le groupe fixent – ou pas – les normes qui vont désormais orienter leur action réciproque. Ces bases sont la clé qui garantit à la personne hypertendue le canevas d'actions qu'elle doit mener, les ressources qui sont mises à sa disposition et donc les conditions de son intégration. Cela permet d'aboutir à un ordre social négocié qui sert de base pour la suite de leur vie ensemble. Cet ordre négocié, comme le souligne Strauss, n'est pas permanent. Il sert à fixer de nouvelles règles qui sont par la suite renégociées, lorsque la situation se présente, puisqu'il « *n'y a pas un accord, une entente qui scellerait une situation.* »²³⁰, et qu' « *une négociation ne se termine jamais par un véritable accord.* »²³¹ La fin de cette négociation explicite marque le début d'une nouvelle situation qui connaîtra son terme suite à une nouvelle insatisfaction dans le statut de membre, dans la protection et la reconnaissance que le groupe apporte à l'individu, donc dans le lien social et dans l'intégration.

²²⁹ Selon le mot tiré du titre de Danièle Lochak, op. cit.

²³⁰ Pierre Goguelin, op. cit. p. 157

²³¹ Pierre Goguelin, op. cit. p. 156

Cette insatisfaction donne naissance à de nouvelles négociations qui peuvent être, encore une fois, implicites ou explicites.

La négociation pour le statut de membre et donc pour l'intégration sociale peut donc se faire de façon implicite. Ici, si les parties sont au courant du problème qui se pose, elles n'entament pas des négociations ouvertes qui peuvent prendre la forme d'une réunion au cours de laquelle les acteurs débattent du sujet. Les négociations implicites se font de manière détournée, sans exposition distincte de la demande ou de l'offre, en sorte que c'est au cours des interactions que chaque partie découvre et prend en compte les attentes des autres. C'est à ce niveau que l'intégration sociale n'apparaît pas comme la conséquence d'un décret, d'un débat ou d'une concertation. L'intégration sociale n'est pas construite au quotidien par des entités supérieures à l'individu seulement (État, entreprise, associations, organisations diverses). Elle ne dépend pas nécessairement de l'existence de textes de loi ou de règlements écrits. Elle se négocie au quotidien par les individus qui s'observent, se jugent et se classent suite aux diverses interactions qu'ils entretiennent avec les autres. Cette dimension interactionnelle de l'intégration sociale permet de comprendre que chaque groupe, chaque type de lien social possède sa propre dynamique, qui détermine ou non l'attribution du statut de membre à un individu. La dégradation de la relation qui entraîne une exclusion ou un affaiblissement du lien social et de l'intégration sociale ne se détermine pas donc seulement dans des institutions liées à l'État ou aux normes écrites d'un groupe social, mais plutôt dans la manière dont les individus, au fur et à mesure des interactions sociales, voient augmenter ou diminuer leur capital social dans ces interactions sociales et à la manière dont ils réagissent à cela. Et l'une des modalités de cette réaction des acteurs sociaux à ce risque sur leur intégration sociale est de négocier leur place et de pousser le groupe à tenir compte de leurs spécificités et de leurs attentes.

Cette négociation de l'intégration sociale peut être illustrée à travers le cas de Vincent. Pour cette illustration, deux propos peuvent être mis en évidence. Le premier, c'est lorsqu'il dit « *Depuis que je suis un peu occupé, moi-même j'ai une santé morale. Parce que vraiment, le stress là, ce n'est plus ça. C'était grave là ! Souvent, je gronde même pour rien. Peut-être parce que peut-être il fallait que je sorte, que je dégage un peu. [Maintenant] je sors, je me balade...* » (Entretien avec Vincent, hypertendu victime d'AVC, Nkolbisson, 29/11/2020). Ici, il décrit ce qui se passait lorsqu'il était à la maison, sans activité professionnelle, suite à son AVC. Cette période a été éprouvante pour lui, notamment sur le plan de sa force mentale. Ayant été très actif avant la maladie, il trouvait difficile de rester à la maison avec un handicap qui le limitait. Il dit

d'ailleurs à plusieurs reprises au cours de l'entretien « *c'était dur hein* » ou encore « *c'est dur hein !* », pour décrire les incapacités induites par la présence de cette réduction de capacités physiques.

Le deuxième propos est le suivant : « *J'ai décidé qu'il faut, avec le concours de madame, vraiment, on a... j'ai essayé de m'occuper en faisant mon... mais je ne fais rien parce que je n'ai pas la force.* » (Entretien avec Vincent, hypertendu victime d'AVC, Nkolbisson, 29/11/2020). Dans ces mots, il apparaît que pour qu'il ouvre son atelier de pneumatique, cela a nécessité une discussion, une négociation et une entente avec ses proches, et notamment sa femme. Intégrer à nouveau le monde professionnel ne s'est donc pas fait de façon spontanée. C'est après des épisodes successifs, des espèces de « pourparlers » que cet « *ordre négocié* » a été trouvé.

III.3. Éléments de la négociation pour l'intégration sociale

La négociation repose impérativement sur l'existence de deux parties, chacune exprimant des demandes et exposant les conditions qu'elle juge nécessaires à l'établissement d'une relation durable. Pour que le besoin d'intégration de la personne hypertendue soit pris en compte, cette dernière rassemble des éléments qui indiquent au groupe l'importance des aménagements requis pour une fluidité des relations. Le groupe quant à lui a pour rôle d'examiner, d'organiser et d'implémenter les conditions de mise en place des nouvelles exigences, en fonction de ses spécificités et des ressources qu'il peut allouer à ces aménagements pour l'intégration sociale.

III.3.1. La constitution du dossier par l'acteur hypertendu

L'intégration sociale des personnes hypertendues se pose comme une négociation entre une demande et une offre, et est déclenchée par la volonté de respecter les conditions de traitement de l'hypertension artérielle. Les efforts de la personne hypertendue consistent à produire des éléments qu'elle met à la disposition du groupe, afin d'obtenir des aménagements nécessaires à son intégration sociale. En plus des efforts que la personne hypertendue produit pour satisfaire les exigences de la vie en groupe, elle compte sur celui-ci pour être intégrée. Elle se sert donc du groupe comme moyen de l'intégration sociale. Ce faisant, la personne hypertendue poursuit une finalité qui est de continuer à conserver des liens avec les membres du groupe social et de partager des moments de sociabilité. Pour y parvenir, elle doit présenter des éléments semblables à des pièces, des performances et introduire les groupes sociaux dans lesquels elle veut être intégrée malgré les exigences de son traitement. La présentation de ces éléments vise l'obtention des ajustements, la négociation de conditions du traitement et de

l'intégration sociale malgré les changements de normes et pratiques liées au traitement de la maladie.

III.3.1.1. Produire les résultats de l'examen

La négociation pour l'intégration sociale des personnes hypertendues commence avec l'annonce des résultats de la consultation médicale. C'est cet événement qui est le déclencheur de la mise en place de ces ajustements liés au traitement de la maladie et donc à la redéfinition des relations et normes au sein du groupe social. En diffusant l'information, la personne malade introduit un nouvel élément dans les rapports au sein du groupe et, tout au moins sur le plan de l'information et sur le plan symbolique, indique que la nouvelle condition impose des changements. La personne hypertendue indique aussi que ces changements ne peuvent être implémentés par elle toute seule et que cela requiert la participation des autres.

L'introduction de cette information constitue un des premiers éléments de la négociation pour l'intégration sociale en fonction de de la maladie. En effet lorsque la maladie n'est pas encore déclarée, les acteurs sociaux et leur entourage ont des pratiques qui permettent de l'intégration de la personne. Ces pratiques sont partagées et la stabilité du groupe repose sur une négociation avec compromis de part et d'autre. L'annonce de résultats de la personne au sein du groupe vient, comme d'autres éléments le faisaient par le passé, apporter une nouvelle donnée qui est examinée débattue, négociée pour produire un nouvel ordre social. Cette réflexion constitue le premier acte de la mise sur pied ou non des éléments de l'intégration de la personne au sein du groupe en tant que personne malade dont il faut tenir compte de ses spécificités.

Ce qui vient d'être dit indique que la négociation ne porte pas sur la maladie elle-même. Elle repose davantage sur la reconnaissance du statut de la personne hypertendue et la prise en compte de ce statut dans les interactions et l'intégration sociale. L'enjeu de cette annonce n'est donc pas simplement que les proches soient au courant de la maladie, mais qu'une réflexion soit ouverte sur la base des résultats issus du diagnostic médical et de la suite que le médecin a envisagée pour la nouvelle vie de la personne malade. Cela permet au groupe de juger de l'opportunité de traiter la personne hypertendue comme malade, ce qui implique la mise sur pied de nouvelles normes au sein du groupe qui prend en compte le nouveau statut et ne crée pas de séparation entre l'entourage et le malade. C'est ce qui s'est passé avec Paul Émile. Lorsqu'il a su quelle était sa condition, il en a parlé avec sa femme, et rapidement, un protocole a été mis en place pour favoriser sa prise en charge. Il précise dans ses propos que la mise sur pied de ces

mesures a été faite « *de commun accord* » suite à une discussion qu'il a eue avec son épouse, ce qui indique l'importance de la négociation dans le traitement de la maladie, et partant dans la prise en compte du statut de malade et de son intégration sociale :

C'est vrai que quand ça s'est passé, j'étais jeune marié. Je ne me suis pas marié tôt. J'étais seul avec mon épouse. Donc c'était vraiment facile. Nous deux on s'est mis dans le régime hein. Elle aussi, elle sort d'une famille où son papa était diabétique, elle connaît, donc pour elle ça n'a pas été pratiquement difficile. On s'est mis dans le régime tous ensemble. On mangeait à la maison pareil. Ce qui fait que quand les enfants sont arrivés aussi par après on a essayé de les adapter à ça. Donc c'est un peu ça. De commun accord, elle n'a pas eu particulièrement de difficultés. (Entretien avec Paul Émile, hypertendu, Tsinga, association ACADIAH, 09/06/2021).

Les résultats sont donc importants, mais ce n'est qu'un des éléments dont dispose la personne hypertendue pour négocier son intégration sociale en fonction de son nouveau statut.

III.3.1.2. Décider de suivre le traitement

Cette variable de la prise en compte de la personne hypertendue en tant que malade, et pour son intégration sociale au sein du groupe en tant que tel, constitue un élément assez essentiel de l'intégration sociale. Lors des enquêtes de terrain en effet, le fait que la personne hypertendue s'engageait à suivre le traitement s'est avéré un élément qui influence la négociation pour la prise en compte de son statut de personne hypertendue. Cette décision et la mise en application des prescriptions médicales, même partielles, pèsent dans la négociation.

Il est ressorti des données de terrain que tant que la personne hypertendue n'indique pas au groupe social sa volonté d'être traitée comme hypertendue en jouant ce rôle,²³² et tant que la maladie reste sans manifestations, elle n'est pas considérée comme malade. Les groupes sociaux auxquels elle participe la traitent comme non malade. Dans ce sens, c'est en pratiquant les éléments du traitement de la personne hypertendue que le malade fait peser les éléments de sa nouvelle condition et indique aux autres membres du groupe sa volonté d'être intégrée en tenant compte de son statut.

Chez la mère de Rosine, l'information de l'entourage n'a pas suffi à déclencher le processus d'intégration dans sa famille en tant que personne hypertendue. Lorsqu'elle est rentrée avec les résultats, elle en a parlé à ses proches, indiquant les conditions posées par les médecins pour conserver sa santé. Elle a donc réalisé la première étape de la négociation pour

²³² Dans le sens de la mise en scène, de la performance d'actions (paroles, pratiques) correspondant aux prétentions (paroles, pratiques)

son intégration sociale en tant que malade. Cela n'a cependant pas suffi à déclencher le changement nécessaire pour que les proches l'accompagnent dans cette nouvelle trajectoire. Suite à cette annonce, la mère de Rosine a choisi de commencer à pratiquer les prescriptions médicales au sein de la famille, notamment en ce qui concerne la prise du traitement et le respect de certaines mesures relatives au régime alimentaire. C'est ainsi qu'elle a commencé à cuisiner en éliminant le cube, en réduisant le sel et en privilégiant les légumes dans son alimentation. Cette décision de pratiquer les prescriptions médicales a entraîné de la résistance au sein de la famille, notamment parmi les enfants qui n'apprécient pas le nouveau goût de la nourriture. La mère a cependant continué à maintenir les nouvelles pratiques et, petit à petit, l'entourage a commencé à la traiter comme une personne hypertendue et à mettre sur pied des moyens et les conditions de son intégration en tant que personne hypertendue au sein du groupe.

Lorsque Jeannette a été déclarée hypertendue pour la toute première fois, elle était enceinte. Les médecins lui ont prescrit la conduite à tenir pour le traitement de la maladie. Après avoir pris les comprimés pendant quelques semaines, elle a arrêté d'en prendre. Sur le plan des mesures non pharmacologiques, elle n'a pas mis sur pied un changement de régime alimentaire qui allait dans le sens des prescriptions médicales. Face à cette manière d'agir, ses proches n'ont pas pris la mesure de la maladie. Ces derniers ont continué à interagir avec elle sans tenir compte des spécificités relatives à sa nouvelle condition de personne hypertendue. Jeannette a donc contribué à être au sein du groupe comme une personne non malade et pour laquelle il n'était pas nécessaire de faire des aménagements suite au diagnostic de sa maladie.

Les récits de ces deux acteurs montrent le contraste qui peut exister lorsqu'une personne hypertendue décide de se limiter à dire qu'elle est hypertendue et lorsqu'une personne l'annonce mais entame également un traitement qui vise à soigner la maladie. Dire que l'on est malade ne suffit pas à négocier le statut de malade et à être intégré dans le groupe comme tel : il faut encore que la personne hypertendue mette en scène, c'est-à-dire réalise une performance, joue le rôle de la personne malade pour que se pose la question de son intégration, et partant la question du statut de la personne hypertendue au sein du groupe social. Une négociation pour l'intégration sociale de la personne hypertendue ne peut donc aboutir à de véritables réformes (entre autres) que si la personne hypertendue réalise des actions relatives à son traitement afin de susciter ce conflit, cette incompatibilité de normes, de pratiques qui amène le groupe à se poser la question de la place de la personne hypertendue au sein du groupe. Car, faut-il le rappeler, une négociation ne peut se produire que lorsqu'il existe un conflit ou une tension : tant qu'il n'y a pas

de conflit, il n'y a pas de négociation. Donc, la question de la négociation pour l'intégration de la personne hypertendue ne se pose que lorsque le conflit éclate implicitement ou explicitement. Ce conflit ne peut éclater que s'il y a écart entre les normes et les pratiques en vigueur au sein du groupe social.

III.3.1.3. Les épisodes de la maladie

Les épisodes de maladie constituent un des éléments que présente la personne hypertendue pour négocier son intégration sociale. Après avoir annoncé son statut de patient hypertendu, le malade dispose de deux voies qui peuvent aboutir à la reconnaissance de son statut au sein des groupes sociaux et pour une intégration qui prend en compte ce statut. Il peut commencer le traitement chronique de la maladie pour indiquer au groupe sa volonté d'être intégré en tenant compte de son état, ou alors un épisode de dégradation de sa santé, en lien avec l'hypertension artérielle, peut survenir.²³³

Le deuxième cas peut être la cause d'une « négligence » de la part de la personne hypertendue. Pratiquement, la personne hypertendue ne prend pas les mesures prescrites par le médecin pour endiguer l'augmentation de la pression artérielle jusqu'à ce qu'une complication y relative apparaisse et que le groupe social prenne conscience de la dangerosité de la maladie. Le déclenchement de cette crise agit comme un catalyseur qui permet le changement de perception face à la maladie. Elle permet d'introduire la personne hypertendue dans une nouvelle trajectoire qui sert de base pour la négociation de son intégration au sein des groupes sociaux en tant que personne malade. C'est notamment ce qui s'est passé avec Jacqueline, Jeannette, Bernadette, ou Vincent. Après avoir suivi le traitement pendant une période de quelques semaines en général, ces acteurs ont estimé que la maladie ne justifiait plus un suivi méthodique et chronique. Ils ont donc choisi de se passer de certaines prescriptions : soit le régime alimentaire, soit le traitement et parfois les deux. Quelques mois après ce relâchement, une crise est survenue, introduisant de nouvelles données dans leur perception de la maladie et les introduisant dans un nouveau cycle de négociations avec leur entourage pour la gestion de leur statut de membre.

La crise chez Jeannette c'était d'abord le décès de l'enfant qu'elle portait en son sein. Cela a entraîné un changement de perception chez ce patient, mais également chez ses proches, sa famille en l'occurrence. Cette dernière a compris que la maladie pouvait être fatale et cela a servi

²³³ L'observation et les entretiens ont permis de constater que tant que les proches ou la personne hypertendue ne parviennent pas à associer une crise à l'hypertension artérielle, ils ont tendance à ne pas considérer cette maladie comme une potentielle réelle menace.

de base à la mise sur pied d'un changement dans les normes et les pratiques ayant cours dans sa famille. Cette crise a donc ouvert un certain réexamen de la situation de Jeannette et a débouché sur l'instauration d'un nouvel ordre social négocié.

Chez Bernadette, les crises ont entraîné des changements majeurs dans les normes et pratiques en cours dans sa famille. Suite au diagnostic de la maladie, elle a « négligé »²³⁴ le traitement ne voulant pas suivre un traitement chronique. Plusieurs crises ont suivi cette négligence, menant à des épisodes d'hospitalisation. Bernadette ne « *sentait* » plus son corps du fait de l'hypothermie, de la diarrhée de l'impression que son corps va entrer en défaillance totale. Elle a décidé suite à cela de prendre davantage au sérieux les prescriptions médicales, notamment en termes de régime et de prise de médicaments, imposant par là une tension qui nécessite une négociation des normes et pratiques nécessaires à son intégration au sein de la famille en tant que personne hypertendue.

Vincent avait été averti de son hypertension et de la nécessité de suivre les prescriptions médicales afin de stabiliser sa santé. Il a estimé, sur la base de ses perceptions et du ressenti symptomatique, que la maladie n'est pas grave et qu'il peut continuer à vivre sans respecter le traitement. Pendant cette période, sa présence dans les groupes d'amis, dans le milieu professionnel, associatif et familial n'imposait pas cette tension nécessaire à la prise en compte de son statut de personne hypertendue dans les interactions sociales. Il n'y avait donc pas besoin de considérer Vincent comme une personne malade parce qu'il ne s'était pas exprimé dans ce sens. Cette situation a perduré jusqu'à ce jour où il a fait un AVC. À la suite de cela, l'entourage a compris qu'il fallait penser à de nouvelles règles de fonctionnement qui puissent prendre en compte la présence de cet acteur social hypertendu dans son organisation. C'est dans ces circonstances que les proches de Vincent ont compris qu'il était important de créer de nouvelles normes et de créer de nouvelles pratiques qui prennent en compte les spécificités de son statut d'hypertendu.

La négociation pour l'intégration sociale de la personne hypertendue est donc déclenchée par divers éléments. La nécessité de cette négociation naît du conflit entre les prescriptions médicales et les normes et pratiques en cours au sein du groupe social auquel est affiliée la personne malade. Cependant, pour que cette négociation pour l'intégration puisse être initiée, la personne hypertendue doit constituer son dossier. Cela signifie qu'elle doit apporter des éléments factuels qui indiquent qu'il est nécessaire qu'une négociation soit initiée pour la prise en compte

²³⁴ Ce mot revient souvent dans les propos des enquêtés.

de son statut de malade par les autres, et pour son intégration au groupe en dépit des différences que cette maladie apporte dans les normes et les pratiques. Ces éléments sont : l'information des contraintes de la prise en charge, la performance de rôles cohérents avec le nouveau statut et les diverses évolutions de la maladie qui dégradent la santé de la personne hypertendue. Lorsque ces éléments sont réunis et portés à la connaissance du groupe, et surtout du groupe familial, celui-ci les étudie et ajuste sa réponse à la demande d'intégration de la personne malade.

III.3.2. L'examen du dossier par le groupe social

La négociation pour l'intégration sociale de la personne hypertendue fait intervenir une réponse indispensable du groupe. Les éléments que présente la personne malade ne suffisent pas à assurer cette intégration. Il faut en plus de cela que le groupe social examine la situation et détermine les réponses qui peuvent permettre cette intégration.

III.3.2.1. Intégration et groupes sociaux

L'intégration des personnes hypertendues ne fonctionne pas de la même manière avec tous les groupes sociaux. Il existe des groupes qui travaillent plus à l'intégration de la personne malade que d'autres et qui, par conséquent, fournissent plus d'efforts pour y parvenir. Ces groupes sont notamment la famille et les amis. Ces deux groupes ont une capacité de céder à des compromis majeurs afin de s'assurer de l'intégration des personnes hypertendues en leur sein, et même de s'assurer de devenir des relais de l'intégration sociale des personnes malades au sein d'autres groupes sociaux tels que les associations. Ce sont donc d'abord la famille et les amis qui permettent à la personne hypertendue de conserver une participation au sein du groupe social. À côté de la famille et des amis, l'on peut distinguer le milieu professionnel. Celui-ci peut négocier l'intégration de la personne hypertendue en son sein comme cela a pu être constaté dans le cas de Paul Émile. Il a pu obtenir une certaine faveur de la part de ses superviseurs au niveau professionnel. Ces derniers ont allégé sa charge de travail. En outre, il a la possibilité de s'absenter de son lieu de travail si sa santé se dégrade, et obtient régulièrement des congés maladie.

Il témoigne :

Là, peut-être j'étais malade en fin février, et tout le mois de mars, tout le mois de mars, j'ai passé entre l'hôpital et la maison. Je n'ai pas suivi une procédure particulière [pour obtenir la permission de ses supérieurs hiérarchiques au niveau professionnel]. Dès que je me suis senti mal, je suis allé auprès de mon chef. Connaissant mon état, donc maintenant elle m'a seulement dit OK, essaie de prendre soin de toi, essaie de

prendre du temps pour te... Ça fait que vraiment, les responsabilités que j'avais, je n'arrive plus à les assumer en tant que tel parce que comme je dis par exemple, mes journées de travail sont réduites. Je viens, il y a des jours particuliers. Par exemple avec mon chef on s'est accordé si tel jour, tu peux t'organiser pour que chaque tel jour tu t'occupes de telle chose, vraiment toi et moi, on est d'accord. Ta semaine, si tu fais ça tel, tel, tel jour, tu es là pour faire ceci. Donc elle me dit tu t'organises comme tu veux mais voici là où je t'attends. Je m'occupe de ça. Là, ce début d'année, ça a été assez dur, ça a été vraiment... elle m'a permis d'aller, elle m'a donné un congé que je suis encore en train de terminer. Là, je suis en train de me remettre, ça se passe assez euh... C'est vrai que je suis dans un service où il n'y a pas trop de pression, donc ça aide aussi. Ça dépend du service, ça dépend de la hiérarchie, de la relation personnelle, ça dépend de la façon dont quelqu'un peut prendre la situation. J'ai un dossier médical en bonne et due forme au niveau du service, au niveau de mon dossier personnel, il y a mon dossier médical là-dedans. Un temps, je devais travailler avec deux chefs. Elle est la troisième actuellement. Chacun passe à l'autre, que : vraiment il y a monsieur [Paul] qui a une santé fragile par rapport à ci, par rapport à ça. L'autre vient, on s'entretient et on a notre organisation à part. Donc c'est un peu ça, c'est un peu ça. Il y a un entretien avec [chaque] nouveau responsable. C'est un cas un peu... Il y a des dysfonctionnements parce que si je connais des moments ... Là j'ai eu des grands chocs, je tombe malade, en même temps, mon épouse perd son emploi, ça a été euh... étant déjà fragile. C'est des choses qu'il fait bien qu'elle [son supérieur hiérarchique] soit informée, qu'elle sache que bon, voilà la situation. Je ne manque pas de lui euh... de la tenir informée du suivi. Voilà, cette semaine, voici ce que j'ai eu, voici... Elle ne s'offusque pas pour ça... Donc on s'entend, on s'accorde. Je ne me renferme pas, je m'ouvre beaucoup vraiment à lui dire. Pour le moment, c'est quelqu'un de compréhensif. (Entretien avec Paul Émile, hypertendu, Tsinga, association ACADIAH, 09/06/2021).

Ces propos de Paul Émile permettent de constater que pour que sa présence en tant que membre du milieu professionnel de perpétue, il y a eu négociation. Cette négociation s'est faite sur la base des compromis que chaque partie pouvait accepter afin de conserver un certain équilibre entre les soins et les exigences de la carrière professionnelle. Les propos de l'enquête indiquent clairement qu'il a dû négocier déjà avec trois supérieurs hiérarchiques qui ont accepté de lui concéder un travail sous régime spécial. La présence de son dossier médical dans son dossier d'employé se pose comme un élément servant de base à la négociation de son statut et de ses rôles et donc de son intégration dans le milieu professionnel.

Cependant, une personne qui est victime d'un AVC se soldant par une réduction de la mobilité et qui travaille comme manutentionnaire a moins de probabilité de continuer à être conservée et donc intégrée au sein de son entreprise. Il est plutôt débauché et c'est sa famille et ses amis qui augmentent leur capacité à lui faire conserver sa qualité de membre du groupe. C'est notamment ce qui est arrivé à Vincent. Au moment de la survenue de son AVC, il était en plein service. Depuis ce temps, il n'a pas regagné son poste de travail et donc a perdu son emploi. La raison pour laquelle il a été recruté ne pouvant plus être satisfaite, il a été désaffilié de

son entreprise et est resté à la maison jusqu'à se sentir révolté de la situation : « *Moi, un... moi-même là, je fais quoi à la maison ?* » C'est sa famille, comme il le témoigne, qui a dû changer ses règles pour garantir son intégration malgré sa maladie. L'intégration sociale des personnes malades dans une entreprise est donc moins rarement négociée lorsque le malade est victime d'un événement de santé nécessitant une réorganisation majeure et permanente de son fonctionnement.

III.3.2.2. L'évaluation des risques liés à la santé du malade

Face à la demande d'intégration sociale formulée par les personnes hypertendues, les groupes sociaux commencent par évaluer les risques que la maladie fait peser sur la santé de la personne malade. Pour cela, les proches de patients malades, qui constituent son réseau social, mobilisent des ressources à la fois fondées sur des informations reçues sur la maladie et sur leur expérience de la maladie. L'information sert à déterminer le type de maladie dont il est question. Ici, les acteurs sociaux jugent de la gravité de la maladie, de sa capacité à nuire à la santé de la personne malade. Lorsque les informations qui leur parviennent ne leur semblent pas graves, les proches de la personne malade ne déploient pas de moyens qui changent radicalement l'organisation sociale. Quelques aménagements sont faits tant que cette santé paraît stable.

Dans ce schéma, l'intégration sociale ne déploie pas de ressources identiques à celles déployées dans le cadre de l'intégration d'une personne qui a fait un AVC, par exemple. La perception du risque est donc un facteur important qui détermine la mobilisation de ressources pour l'intégration. Cela peut se voir notamment chez Celestine. Il n'a jamais fait de crises ou été hospitalisé des suites de son hypertension. Cette maladie est perçue par sa femme comme une maladie qui peut être grave, mais qui ne nécessite pas non plus de s'alarmer. Dès lors, pendant des années, deux mesures sur la diversité des mesures existantes ont été prises pour assurer l'intégration de son mari. La première consiste à mettre les médicaments à la disposition de son mari et la seconde consiste à jouer le rôle de barrière entre son mari et les tiers, lorsqu'elle estime que celui-ci doit se reposer. Cela contribue à l'intégration sociale de Celestine car, en prenant les médicaments, il continue de conserver une certaine santé, ce qui lui permet de participer aux interactions sociales hors de son ménage, notamment dans le cadre de l'exercice de son travail de pasteur. Mais l'on note qu'en dehors de ces deux mesures, l'organisation sociale au sein de la famille de Celestine et les habitudes prévalant avant le dépistage de la maladie n'ont pas beaucoup changé.

Par contre, le risque perçu sur la santé est plus élevé, les acteurs sociaux déploient de plus grands moyens. Cela est le cas de personnes qui sont victimes de crises. Ici, la perception du risque pousse le réseau social de la personne hypertendue à faire plus de concessions, de s'engager sur un compromis dans le processus de négociation afin de favoriser l'intégration de la personne hypertendue. Cela implique le renforcement de certains liens sociaux avec l'entourage, notamment familial. Lorsque les informations dont dispose la famille augmentent la perception du risque, cette dernière a tendance à ajuster la protection qu'ils accordent à la personne malade, et parfois, à réduire la participation du malade dans les autres groupes sociaux.

En plus de l'information qui peut être donnée par le personnel médical, les groupes sociaux se fondent sur leur expérience de la maladie pour ajuster les ressources qu'ils allouent à la personne malade. Ce compromis, la négociation pour l'intégration de la personne hypertendue est donc également fonction du risque encouru dans la santé du malade. Lorsque le malade a connu des crises ou un AVC, le groupe social aménage davantage les conditions afin de lui permettre de continuer à se sentir membre. C'est à ces occasions que le groupe cède sur des éléments tels que le régime alimentaire, consent à réduire le sel dans l'alimentation et le stress dans la relation, à mettre à la disposition du malade des ressources qu'il n'avait pas mises sans l'expérience de la gravité de la maladie. Cette situation s'explique avec assez d'évidence. La personne non malade d'hypertension est relativement autonome et peut vaquer à ses occupations, et d'intégrer dans les groupes qui l'attirent. Le besoin et la demande d'intégration ne portent pas sur les questions d'hypertension, dans ces cas-là. L'avènement de l'hypertension artérielle et plus encore avec un AVC restreint les marges de manœuvres de la personne hypertendue en termes d'intégration. Celle-ci est perçue par le groupe comme demandant une réorganisation du fonctionnement qui prend en compte le nouveau statut de malade et donc implique la redéfinition de sa place, de son statut de membre, afin de garantir son intégration sociale, malgré les contraintes liées au traitement de la maladie.

La renégociation de la place de la personne hypertendue dépend également de la fragilité perçue de son état. Plus un cas se révèle risqué pour la santé du malade, plus le groupe familial est enclin à accepter de faire des compromis pour l'intégration de ce malade en son sein.

À ce sujet, Claude déclare :

Quand je suis avec elle, quand je cause avec elle comme je pars souvent, elle dit : « oh, je veux partir... » Je dis que non, il n'y a pas de problèmes, tu vas partir. Mais le problème c'est que si je venais ici que je t'ai vu que tu es partie jusqu'au marché Mvog-

Ada et rentrer, ça veut dire qu'on part. mais comme tu ne marches pas encore, tu vas... on va partir, est-ce que tu vas caler ici à Yaoundé ? [Rires] On la flatte comme un enfant. Si on attend seulement que ça s'arrange... Parce qu'il faut savoir que là où quelqu'un a grandi, toute sa vie est là-bas. Laisser toute sa vie, et aller être bloqué quelque part... c'est pas facile. C'est pas facile. Il faut seulement connaître lui parler et lui dire que tu n'es pas ici définitivement. C'est même pour ça qu'à un moment donné, elle est partie au village deux fois. C'est ça qu'on évitait, puisqu'à un moment donné, elle ne voulait pas manger pour rentrer au village. J'ai vu que quand ça veut déjà arriver à ce niveau-là, n'est-ce pas, on essaie de, de partir au village avec elle. (Entretien avec Claude, fils d'hypertendue victime d'AVC, Nkolbisson, 25/11/2020).

Ici, il apparaît que face à la perception du risque lié à la santé de sa mère, cet acteur social a choisi de discuter et de négocier avec elle afin de lui assurer son maintien dans les relations sociales tout en lui garantissant une santé de qualité.

III.3.2.3. Évaluation des risques liés au fonctionnement du groupe

L'évaluation des risques de la maladie sur le fonctionnement du groupe constitue un autre élément dont le groupe social tient compte lors de la négociation pour l'intégration sociale des personnes hypertendues. Les résultats de la collecte ont permis en effet de constater que le groupe ajuste accepte ou non des compromis en fonction de l'état de santé de la personne hypertendue, mais également de l'impact de la présence de la personne malade au sein du groupe et sur le fonctionnement de ce dernier.

Concrètement, le groupe a davantage tendance à négocier pour intégrer une personne hypertendue, à faire des aménagements pour intégrer la personne en fonction de l'importance de la maladie et des incidences sur son fonctionnement. Deux types de groupes peuvent être identifiés à cet effet.

D'abord les groupes qui ne s'accommodent pas de personnes gravement malades. C'est le cas des entreprises, du milieu professionnel. Ici, les personnes qui sont perçues comme des freins pour le fonctionnement de l'entreprise à cause d'une maladie handicapante comme l'hypertension et ses complications peuvent perdre leur emploi. Ce type de groupe fonctionne sur un type de solidarité qui impose une certaine efficacité, la capacité à remplir une certaine fonction et d'exécuter certaines tâches. C'est d'ailleurs sur la base de l'apport que la personne fournit au groupe qu'elle est intégrée en son sein. Lorsqu'il advient donc que la personne hypertendue ne puisse plus jouer ce rôle à cause d'un handicap, ou de malaises répétitifs, sa présence est considérée par la structure comme un frein. Ce groupe social n'est donc pas enclin à faire des ajustements pour conserver les membres dont la raison initiale de l'intégration n'est

plus possible à accomplir. Lorsqu'il y a donc menace sur le fonctionnement du groupe lié à la présence de la personne hypertendue, cette dernière perd son statut de membre. Le groupe ne s'adapte pas, il se sépare du malade. L'intégration sociale des personnes hypertendues ici, est donc corrélée à l'état de santé de ces personnes, ainsi qu'à l'effet de cet état sur sa rentabilité et sa productivité. Plus la personne est malade et son état est perçu comme un frein, plus le monde professionnel tend à la mettre à l'écart, à lui retirer des responsabilités, ce qui peut déboucher sur la fin du contrat. D'autre part, tant que la personne hypertendue peut accomplir ses tâches contractuelles, même hypertendue, elle peut conserver son intégration au sein du groupe social. La négociation de l'intégration sociale à ce type de groupe se fonde donc sur la perception que celui-ci a de l'efficacité de la personne hypertendue et de sa capacité à ne pas être, à cause de la maladie, un élément qui ralentit ou bloque la dynamique du groupe.

À côté de ce type de groupe, il y a des groupes fondés sur les liens d'élection et de filiation. Ces groupes sont plus enclins à accepter et à supporter la présence des personnes hypertendues, malgré les incidences que leur présence peut avoir sur le fonctionnement en groupe. Ici, la corrélation indiquée dans les liens de type organique peut même inversée. En effet, les liens d'élection et de filiation ont plus de grandes aptitudes à se réinventer pour intégrer des personnes hypertendues qui sont en demande d'intégration. Cette capacité se fonde d'abord sur la flexibilité et la taille de l'organisation sociale et donc des rôles et des statuts des individus. Contrairement à l'entreprise et au milieu professionnel en général, il n'y a généralement pas de règles écrites pour régir les rapports entre les individus au sein des relations amicales et familiales. Les relations se tissent et se maintiennent sur des bases biologiques et affinitaires. Ce qui prime n'est donc pas toujours la rentabilité, la productivité économique, mais la conservation de la relation à travers les échanges émotionnels que les uns et les autres jugent satisfaisants. Rester ensemble est donc un élément important de ce type de relation. Par conséquent, sauf dans des cas de sanctions – comme cela arrive souvent dans toute relation – la pensée de conserver tant que cela se peut la relation, de conserver le lien, et donc d'assurer l'intégration.

Lorsque survient l'hypertension artérielle et que le groupe a compris que la maladie peut fragiliser le sentiment d'appartenance de la personne malade, que la maladie peut fragiliser le lien social et donc l'intégration sociale de la personne hypertendue, ce groupe se dispose à évaluer la situation, les incidences que cette maladie peut avoir sur son fonctionnement. Il développe des mécanismes d'adaptation et se dispose à la négociation de la place de la personne hypertendue est limitée dans ses pratiques et ses actions passées et que son intégration est à

risque, la flexibilité du groupe fait que des mécanismes compensateurs sont mis sur pied. C'est notamment le cas lorsque le principal pourvoyeur des finances de la maison ne peut plus travailler à cause d'un AVC. Les autres membres se déploient pour compenser cette perte de revenus, tout en continuant à s'occuper de la personne malade et en lui conservant son caractère de membre.

La flexibilité du groupe est un moyen d'adaptation dont celui-ci dispose pour négocier l'intégration sociale de la personne hypertendue. Elle se fonde sur le fait que les personnes hypertendues peuvent bénéficier des ajustements et de compensations relatives à leur état de santé. Cette flexibilité est d'abord organisationnelle. Si des rôles sont attribués à certaines personnes au sein d'un groupe social, ces rôles sont plus flexibles que dans le cadre du milieu professionnel. Celui qui pourvoit aux besoins financiers de la famille peut être l'homme, la femme, ou même les enfants dans le cadre de la famille ; tandis que dans l'entreprise, le salarié ne peut généralement pas se substituer au chef d'entreprise. La flexibilité est ensuite normative. Dans le cadre professionnel en effet, chaque employé est soumis à des règles qui sont souvent écrites et formalisées dans un contrat. Cela indique ce que chacun doit faire, ainsi que les limites de son action. C'est ainsi par exemple qu'il est difficile qu'un chimiste soit remplacé par quelqu'un qui n'a aucune qualification dans le domaine, non seulement pour des raisons pratiques, mais également pour des raisons normatives. Dans les liens de filiation et d'élection, quand même il existe une spécialisation, les acteurs sociaux peuvent changer les règles lorsqu'elles sont jugées convenables à la situation. C'est ainsi par exemple que peuvent naître de nouvelles recettes culinaires qui tiennent compte de la personne hypertendue, alors qu'à la base, la norme ne les intègre pas. Avec cette capacité de changer les normes culinaires, relationnelles, les liens de participation élective et les liens de filiation disposent d'une flexibilité qui leur garantit une capacité d'adaptation ainsi qu'une marge de négociation importante lors de l'examen de la situation de la personne hypertendue et de ses besoins.

III.3.3. Négocier la protection, obtenir la reconnaissance

La négociation pour l'intégration sociale de la personne hypertendue au sein des groupes est donc fondée un conflit de normes entre ce que le médecin prescrit et les pratiques qui ont cours au sein du groupe dont il est issu. Cette tension créée se pose comme un obstacle à traverser, comme un problème à résoudre par les personnes hypertendues et leur réseau social. En plus de ces normes qui causent la tension, il y a l'expérience de la maladie, vécue par le

malade et ses proches. La combinaison de ces éléments détermine l'urgence et les éléments de la négociation pour l'intégration sociale de la personne malade.

En informant les proches des nouvelles normes, en manifestant la volonté de les suivre et en vivant dans son corps, les crises, les limitations et handicaps liés à l'hypertension, la personne hypertendue indique qu'elle veut négocier les conditions de sa participation au groupe social, les conditions de la conservation de sa qualité de membre. Elle réclame ainsi de la protection : une protection de sa santé et de sa vie d'abord, mais aussi sa capacité à être intégrée, à être membre du groupe en dépit de la maladie. L'objectif d'informer les autres est que ces derniers initient une réflexion sur le type de rapports et le mode de participation qu'ils envisagent pour la personne hypertendue. L'intention de cet acte est de signifier sa volonté de continuer à conserver les relations avec les autres, de continuer à trouver sa place, malgré la maladie.

Derrière l'idée de conserver les relations avec les autres, il y a la pensée de la reconnaissance. En cherchant cette protection, cette conservation du statut de membre, la personne hypertendue vise la reconnaissance par les groupes sociaux de l'importance de sa place au sein du groupe. L'enjeu dans la négociation va donc au-delà de la simple prise en charge de la maladie, c'est un moment que la personne hypertendue attend pour que le groupe lui démontre qu'elle compte pour lui, que le groupe la tient²³⁵ et tient à elle.

De son côté, le groupe social, par sa capacité à se réorganiser, par sa flexibilité et la prise en compte de la personne hypertendue, indique à cette dernière qu'elle peut la protéger, qu'elle peut trouver des moyens de conserver son statut de membre. Il indique *ipso facto* à la personne hypertendue, par cette protection, qu'il tient à cette personne.

Protection et reconnaissance sont donc des éléments importants du lien social comme indiqué par Serge Paugam, mais également de l'intégration sociale elle-même, c'est-à-dire de la capacité de l'individu à obtenir et à conserver un statut de membre au sein d'un groupe social. Si la négociation pour l'intégration de la personne hypertendue porte davantage sur la protection, elle implique et indique implicitement l'attachement que le groupe social manifeste à l'endroit de la personne malade. Dès lors, les changements qui sont visibles dans les microcosmes et qui visent à tenir compte de la présence de la personne hypertendue sont des indicateurs de la volonté de protéger la personne malade, mais également de lui indiquer qu'elle est importante pour le groupe.

²³⁵ cf. Émile Durkheim, dans *Le suicide*, p. 429

À côté de cela, il convient de dire que lorsqu'une personne hypertendue veut négocier son intégration, elle se sert du groupe comme moyen pour obtenir cette intégration. Elle attend du groupe social qu'il fasse des changements nécessaires à son intégration : c'est par les mécanismes déployés par le groupe que l'intégration est possible. En plus de cela, le groupe est la finalité de l'intégration sociale. C'est en effet pour être intégré au groupe social que l'acteur social se sert du groupe social. La personne hypertendue réalise son intégration par le moyen du groupe et la finalité de cette intégration est d'être membre du groupe social.

Ce chapitre s'est intéressé à l'intégration comme résultat d'une négociation. Il a permis de démontrer que l'intégration sociale n'est pas une donnée spontanée, mais le fruit de concessions, de compromis de part et d'autre. Pour l'individu, ces efforts sont liés à sa volonté de conserver une place au sein du groupe social. Ce dernier quant à lui consent à des ajustements dans son mode de fonctionnement, exprimant ainsi sa volonté de conserver le malade en son sein. C'est la poursuite commune de ces objectifs qui pousse les acteurs sociaux (groupes et individus) à négocier pour y parvenir à l'intégration sociale des personnes hypertendues.

**CHAPITRE VI : L'INTÉGRATION SOCIALE, UNE CONSTRUCTION
INTERACTIONNELLE**

L'intégration sociale naît de liens que l'acteur social entretient avec le groupe. Elle se maintient par la « *performance dramaturgique* » des rôles et se concrétise par la participation au groupe. Il n'y a pas d'intégration sociale sans interaction sociale. Cette interaction sociale et donc cette intégration sociale n'est pas décrétée par des instances qui ne sont pas en relation avec la personne malade. L'intégration sociale se fait entre les acteurs et leur demande d'une part, et le groupe et ses ressources d'autre part.

I. De l'interaction comme lieu de construction de la négociation

L'interaction sociale est une modalité indispensable de la vie en société. Elle permet aux acteurs sociaux d'entrer en contact les uns avec les autres, de se faire une idée des autres acteurs et de déterminer ce qu'il adviendra de cet échange.

I.1. L'interaction, un moyen d'établir un contact entre les acteurs sociaux

Lors de la constitution de la sociologie comme domaine d'étude, la sociologie française a donné une orientation principalement holiste à cette science. Cela a notamment été le cas avec Émile Durkheim²³⁶ qui a voulu que le sociologue s'attache à étudier les faits extérieurs et en quelque sorte supérieurs à l'individu. Il n'était donc pas envisagé que l'acteur social puisse faire l'objet d'une étude, si l'on se fonde sur le critère évoqué par Émile Durkheim. Le caractère subjectif de la sociologie n'était pas à l'ordre du jour : il s'agissait de s'intéresser à ce que l'individu produit et qui lui est imposé de l'extérieur.

Dans l'étude sur le suicide par exemple, Émile Durkheim estime que c'est l'absence de cohésion et d'intégration sociale qui fait que l'individu se suicide. Il propose que l'individu soit encadré par une structure pour que le taux de suicide diminue. La capacité de l'individu à décider de vivre ou de se donner la mort n'est pas motivée par une certaine lucidité, mais c'est la conséquence d'un certain relâchement de la société qui ne tient plus l'individu comme il se doit. Cette posture montre que Émile Durkheim accorde plus de place à la société qu'à l'individu comme acteur rationnel, capable sur la base d'un certain nombre d'éléments de prendre des décisions qui peuvent aller même à l'encontre de la volonté du groupe social auquel il appartient. Lorsqu'il propose que le groupe social doit encadrer l'individu et être suffisamment présent, il ne tient pas compte de ce que l'individu peut aspirer à autre chose que ce que le groupe lui propose. Émile Durkheim sur ce plan ne considère pas l'individu comme un acteur qui peut être attiré par

²³⁶ Que ce soit dans les ouvrages tels que *Les Règles de la méthode sociologique*, *Le Suicide* ou encore *De la division du travail social*, l'orientation holiste de ce père de la sociologie française s'est clairement manifestée.

des valeurs et vouloir se soumettre à d'autres réalités et cadres que ceux qui sont en vigueur au sein du groupe social qui le réclame.

Cela dit, il apparaît que l'acteur social dispose d'une certaine marge de liberté qui lui permet d'adhérer ou non à un groupe social, c'est-à-dire à ses valeurs, ses normes, ses pratiques et d'accepter éventuellement de subir des sanctions qui y ont cours. L'acteur social n'est donc pas juste une personne qui subit les influences d'un groupe social sans pouvoir y répondre favorablement ou non. Outre cette capacité de l'acteur à accepter de faire partie ou non d'un groupe social, il y a la capacité intégratrice du groupe social qui intervient dans l'intégration sociale de l'individu. Même lorsqu'un individu a la volonté de faire partie d'un groupe, ce dernier doit pouvoir disposer de critères qui permettent l'adhésion d'un nouveau membre. Si le groupe social est constitué de manière à ne pas accepter facilement de nouveaux membres, leur intégration peut être compromise.

Sur la base de ce constat, l'on note que pour parvenir à une forme de réalité sociale, il faut qu'il y ait rencontre, qu'il y ait contact entre deux volontés : d'une part, celle de l'acteur social et d'autre part celle du groupe social. C'est donc au prix d'une interaction que naissent les formes sociales d'intégration, d'exclusion, ou de désaffiliation.

La critique formulée ici à l'endroit de la théorie holiste qui a fondé la sociologie française est le fondement sur lequel reposent les études individualistes et subjectivistes portées par des courants, tels que l'individualisme méthodologique de Boudon, l'ethnométhodologie de Garfinkel, ou encore l'interactionnisme symbolique (Erving Goffman et Howard Becker notamment). Suivant ce dernier courant, il ne peut y avoir société sans interaction entre les entités, qu'elles soient individuelles ou collectives. Chaque société a un minimum de relations et d'interactions que les individus entretiennent et qui permettent d'aboutir à des réalités observables. L'interaction est donc au fondement de la société, car elle permet d'établir un contact entre les acteurs sociaux. C'est grâce à l'interaction que les individus se découvrent, font connaissance et décident de se rapprocher les uns des autres ou de s'en éloigner.

Les interactions peuvent donc permettre d'établir le contact qui peut être le début ou empêcher le début d'une relation. L'interaction peut se faire de façon directe entre deux acteurs sociaux. Elle peut également se faire de façon indirecte, à travers une forme de médiateur qui se charge d'établir le contact. Dans le premier cas de figure, un acteur social en découvre ou en rencontre un autre lors d'une première rencontre. Cette première interaction pose les bases de la

relation future qui est fondée sur les impressions que se font les uns et les autres.²³⁷ Dans le second cas de figure, l'interaction se fait par le biais d'une personne tierce qui connaît les deux. Cette interaction médiatisée repose sur le contact entre les deux acteurs, mais est également influencée par la perception de la personne qui fait le médiateur. Celle-ci peut transmettre ses représentations, exprimer ses expériences aux autres acteurs avec lesquels elle forme une triade, en sorte que le premier contact soit fonction, non de la connaissance directe ou de l'impression que l'un peut avoir de l'autre, mais plutôt de ce que le médiateur en dit. Cette forme de première interaction est donc fonction du contenu de la relation existant entre le médiateur et les protagonistes.

Ce qui vient d'être dit place l'interaction comme un élément de négociation d'une relation. Cela signifie que c'est l'interaction qui permet le contact entre les acteurs, et qui permet également la possibilité de négocier une relation, c'est-à-dire sa nature, son cadre (ses limites), sa durée. L'interaction est donc le début d'une négociation et permet d'alimenter la négociation. Il n'y a pas de négociations sans interaction, fût-elle médiatisée. Pour que la négociation se poursuive, il y a nécessairement d'autres interactions qui se produisent. Chaque fois qu'une relation doit prendre une forme, il y a une interaction qui doit avoir lieu. Au cours de cette interaction, les acteurs sociaux négocient le contenu de la nouvelle orientation de la relation, ce qui permet d'aboutir, au terme de l'échange, à un ordre social négocié qui peut être remis en question plus tard lors d'autres interactions.

Dans le cas des personnes hypertendues qui sont l'objet de cette étude, le début de la négociation pour leur intégration sociale se fait par une interaction qui sert à annoncer le nouveau statut aux membres du groupe social. Cette annonce introduit une nouvelle donnée, une nouvelle information dans la relation dont les proches peuvent tenir compte ou non. Mais au moins, si les proches de la personne hypertendue ne chantent pas leurs manières d'être avec la personne hypertendue, ils savent désormais qu'une nouvelle donnée est introduite et peut peser dans les relations. La modalité maladie est présente dans les esprits des proches du malade car ils le savent désormais hypertendu. Les proches ne savent pas toujours quelle est l'ampleur ou la gravité de la maladie comme en témoigne Rosine. Lorsque sa mère a dit qu'elle était hypertendue, ses frères et elle n'ont pas compris ce qu'était la maladie ou ce que cela pouvait impliquer, étant donné que leur mère ne se plaignait de rien de grave à leurs yeux. Cette

²³⁷ Cf. les travaux de Solomon Asch notamment, entre autres l'étude intitulée « Forming impressions of personality », in *The Journal of abnormal and social psychology*, 41(3), pp. 258-290, 1946. D'autres études ont mis l'accent sur les biais cognitifs qui peuvent participer à former cette première impression et donc agir sur la formation d'un type de relations avec les autres, les travaux de Kahneman et Tversky.

interaction au cours de laquelle la maladie a été annoncée était pourtant le signal d'un nouveau monde de relation, un nouveau mode d'être ensemble qui allait modifier durablement les pratiques et les habitudes de leur mère, et partant les relations que les enfants ont avec elle. Sans cette annonce et sans ce changement dans les pratiques, dans les interactions, l'hypertension ne se serait pas posée comme un facteur dynamisant des relations, elle allait rester dans l'esprit de la mère, sans conséquences réelles sur la question de l'intégration de celle-ci dans la famille à la suite du diagnostic.

Cette situation virtuelle trouve une certaine réalité dans la vie de Celestine. Sa femme et son ami sont au courant de sa maladie, mais selon son témoignage, ce sont les seuls qui savent qu'il est hypertendu. La conséquence de cela est que l'interaction qui a permis d'informer les deux personnes a également structuré les interactions qui en ont suivi. Ainsi, il n'est plus étrange pour sa femme et son ami de voir Celestine prendre des médicaments ou demander un appui pour en acheter. Par contre, la plus grande partie de son réseau social n'a jamais eu cette interaction initiale qui annonce l'hypertension et les changements qu'elle implique. La conséquence est qu'il n'y a pas d'aménagements qui sont mis sur pied pour tenir compte de cet état et des besoins que cela implique.

Il y a donc toujours un contact initial, une interaction au cours de laquelle sont définies des identités et des attentes, et qui structure et pose les bases d'une négociation en fonction des attentes réciproques que les acteurs sociaux peuvent avoir. L'interaction est un lieu d'émission et de réception d'informations qui influence la suite des relations entre les individus.

I.2. L'interaction comme lieu de construction des relations sociales

Les échanges qu'entretiennent les acteurs sociaux servent à entrer en contact les uns avec les autres. Ils permettent en plus de cela de construire des relations sociales. À l'observation en effet, les acteurs sociaux créent et maintiennent des relations dont la nature évolue avec le temps. Ce n'est cependant pas le temps en tant qu'unité de mesure qui fait évoluer les relations entre les individus, mais plutôt la manière dont se passent les échanges au sein des relations entre les individus. Ainsi, les différentes interactions que les individus entretiennent déterminent le sens et le type de relations auxquels ils peuvent aboutir.

Les relations sociales ne sont pas des données, ce sont des conquêtes qui se bâtissent au fil du temps, elles se déterminent et s'entretiennent en fonction de la survenance des événements et des interprétations de la réalité sociale. Dans la pratique, ce sont les informations transmises au

sein des échanges, des interactions qui participent à déterminer le contenu d'une relation. Ce n'est pas seulement sur la base de décrets qu'un type de relation émerge, mais – et cela est souvent le cas – c'est au cours des interactions que ces relations se construisent et se modifient.

Dans un article, Louis Quéré écrit que les « *formes de socialisation* » dont parle Simmel dans son œuvre possèdent « *une dimension essentielle d'un processus d'assemblage de la société, d'une société-en-train-de-se-liaison à travers les interactions et les relations entre les gens, en particulier à travers leur mise en forme.* »²³⁸ L'ordre social est donc négocié tel que souligné par Strauss, et la négociation qui peut se faire au niveau du groupe se fait également dans les interactions sociales. Les formes sociales auxquelles l'on aboutit ne sont donc pas nécessairement décrétées, par des entités extérieures aux acteurs en présence. Elles se font en même temps que les acteurs sociaux échangent, discutent, parlent, s'observent et sont en interaction. Ainsi, l'amitié ou l'inimitié, la connivence ou le conflit ne sont pas nécessairement des décrets préparés par des groupes ou des institutions, mais des constructions au quotidien dans les interactions. Chaque échange, chaque interaction ajoute une pierre à la construction de la nature de la relation et donc détermine son contenu, son orientation, sa consistance et sa durée. C'est donc pour la raison évoquée ci-dessus que les études microsociologiques s'avèrent importantes. Elles permettent d'observer la société qui est en train de se faire ou de se défaire au quotidien, considérant que la société commence par les interactions. Une forme sociale n'est donc pas toujours mise sur pied par un cadre légal formalisé : elle peut être orientée et régie par des décisions à l'échelle macrosociale, mais le type de société ou la forme du groupe se bâtit en particulier dans les interactions. Cette construction permet, comme indiqué, de bâtir des relations sociales dont le contenu est déterminé au fur et à mesure que les interactions se forment.

Cette idée signifie qu'il n'y a pas de *statu quo*, il n'y a que des formes temporaires qui se maintiennent tant que chaque acteur social agit avec les autres en fonction de ce qui a été accepté et convenu dès le départ. Les relations sociales ne sont donc pas statiques, et définitivement stables, elles sont sujettes à des évolutions qui peuvent aller dans le sens de la construction ou de la déconstruction en fonction de ce que fait chaque acteur social. Partant sur cette base, une relation peut donc commencer par un conflit et, au fur et à mesure des interactions, devenir plus cordiale, et aboutir à une collaboration. L'inverse peut également se produire, à savoir une relation qui commence par une forme de collaboration et qui s'achève par un conflit ouvert.

²³⁸ Louis Quéré, « Sociabilité et interactions sociales », in *Réseaux*, vol 6, n° 29, 1988, p. 79

L'essentiel de ce mécanisme, de cette dynamique est déterminé dans la manière dont se déroule chaque interaction et par ce que les acteurs sociaux en tirent pour la suite de la relation sociale.

Ce qui vient d'être dit indique qu'au terme de chaque interaction, les acteurs sociaux anticipent sur ce que sera la suite de leur prochaine interaction. Ils se servent donc de cela pour estimer ce qui pourrait être la suite de la relation, en envisageant les scénarios possibles. L'interaction permet d'être en contact avec l'autre et d'avoir un échange avec lui, mais chacun de ses résultats permet aussi de préparer la suite de l'interaction et, plus largement, de la relation.

Un peu plus tard dans l'article de Louis Quéré, il écrit :

Simmel ne parle pas encore d'interaction. Mais son concept d'action réciproque en est équivalent, car il signifie un « se déterminer réciproquement » ; c'est dans leurs rencontres que les individus trouvent les éléments en fonction desquels ils déterminent leurs actions et leurs conduites ; plus exactement, celles-ci se déterminent réciproquement, s'ajustent les unes aux autres. C'est aussi dans leurs relations et leurs rencontres qu'ils acquièrent leur identité personnelle.²³⁹

L'action réciproque ou l'interaction est au centre de certaines études microsociologiques. Elle permet d'observer une part de la réalité sociale, pendant qu'elle est en train de se construire. Si la démonstration de Louis Quéré est de mettre l'accent sur les interactions sociales comme fondement de la société, elle permet aussi de constater que les relations sociales sont construites et que les interactions sont les matériaux principaux qui permettent de déterminer les relations sociales. Chaque échange, chaque interaction ajoute ou retire du capital à la relation sociale, ce qui peut aboutir à des relations plus ou moins durables, plus ou moins fortes.

I.3. Interaction et construction du réseau social

En tant qu'unité de la société, l'interaction sociale est la base qui permet de construire un réseau social. Le réseau social est un ensemble de liens, de relations au sein duquel se trouve une personne hypertendue et à laquelle elle appartient. Chaque personne qui participe à un groupe social ou qui vit en société se situe dans un réseau social qui lui permet de se positionner et de se retrouver par rapport aux autres acteurs sociaux. La densité du réseau social d'un acteur social dépend à la fois de la quantité et de la force des liens que ce dernier entretient avec le reste des individus constituant son réseau. Plus il y a d'interactions entre un individu et un autre, plus ce lien peut être considéré comme fort, comme un lien sur lequel il peut s'appuyer en cas de coup dur.

²³⁹ Louis Quéré, op. cit. p. 80

Le réseau social d'un acteur est construit à base d'interactions répétées ou non et permet de déterminer le positionnement de l'acteur social au sein du groupe. Plus les interactions sont fréquentes, plus elles favorisent un niveau d'intégration dans le groupe social et dans un réseau social. C'est en effet la qualité et la quantité des relations sociales au sein d'un réseau social qui indiquent le degré d'intégration de l'acteur social. Ainsi, il y a une corrélation entre la fréquence des contacts entre un individu et d'autres individus, et son intégration au sein du groupe ou du réseau social. Ce constat permet de dire que pour qu'une personne soit intégrée, elle doit effectivement développer un ensemble de relations avec les autres acteurs et les entretenir en leur accordant une certaine importance. Ainsi, la construction d'un réseau social, si petit soit-il, permet de poser le fondement de l'intégration sociale. Cela passe par des interactions que la personne hypertendue crée et entretient avec le groupe social. Une personne avec un réseau social dense peut profiter des liens qui créent des points de contact pour obtenir un certain nombre d'avantages pour son intégration. Comme Serge Paugam le souligne, il n'y a pas un lien qui unit l'individu à un groupe, mais des liens sociaux²⁴⁰, une pluralité de liens sociaux. La probabilité qu'une personne soit attachée à la société en général dépend aussi du nombre de liens qu'elle tisse et qu'elle noue avec les autres individuellement et avec les groupes sociaux.

L'observation a permis de constater que les personnes qui possèdent des liens divers et variés disposent d'une plus grande probabilité d'être intégrées. Le réseau social des personnes hypertendues commence par les personnes de son entourage immédiat, à savoir les membres de sa famille. Cela peut être les enfants, ce sont aussi les individus qui composent la fratrie. Ces acteurs avec lesquels les échanges constituent en général le premier maillage de son réseau social. Il lui garantit une place en son sein et grâce aux interactions en vue de conserver à la personne malade son statut de membre.

Le réseau de la personne hypertendue s'étend avec les personnes qui peuvent être choisies dans ce que Serge Paugam appelle « lien de participation élective »²⁴¹. C'est ici que l'auteur classe les amis et les conjoints. Ceux-ci sont connectés à d'autres réseaux sociaux qui peuvent faciliter l'intégration sociale des personnes hypertendues. L'interaction avec ces acteurs constitue le second niveau du maillage du réseau social de la personne hypertendue. Cependant la fréquence des interactions entre la personne hypertendue et les amis n'est pas la même que celle entre le conjoint et la personne hypertendue.

²⁴⁰ Cf. Serge Paugam, *Le lien social*

²⁴¹ Serge Paugam, *idem*

II. Liens faibles, liens forts et construction de l'intégration sociale

Dans l'analyse des réseaux sociaux, un auteur comme Mark Granovetter²⁴² a distingué les types de liens : les liens forts et les liens faibles. Chacune de ces catégories possède des caractéristiques spécifiques dont dépend l'intégration des personnes hypertendues. Ces liens forts et faibles sont l'expression d'un réseau social auquel appartient l'acteur social. Au sein de ce réseau, la personne hypertendue interagit, échange, se positionne et construit un capital qui lui assure son intégration.

Les liens forts inscrivent la personne hypertendue dans un ensemble de relations ayant une certaine fréquence d'interactions. Mise à disposition des ressources nécessaires, rester en contact avec les personnes qui comprennent la situation et développent des ajustements pour tenir compte de sa présence et lui assurer l'intégration sociale, une flexibilité qui permet d'être intégré.

II.1. Liens faibles et intégration sociale

En sociologie des réseaux sociaux, il existe deux types de liens : les liens forts et les liens faibles. Chaque type de lien participe à déterminer l'intégration sociale des acteurs sociaux. Les liens faibles sont des liens qui ne bénéficient pas d'une certaine profondeur, d'une certaine fréquence, d'une certaine intensité. Ce type de lien est occasionnel et génère ou n'implique pas une certaine dose d'émotion. Dans une certaine catégorisation, les « *relations sporadiques* »²⁴³ sont considérées comme étant des liens faibles. Pour Mark Granovetter, les réseaux à liens faibles sont « *ceux avec lesquels les individus ont peu d'interaction dans le temps, une faible intensité émotionnelle, peu de confiance et peu de services réciproques.* »²⁴⁴ L'auteur, cité par Carole Marti ajoute que « *les liens faibles donnent accès aux informations disponibles en dehors des cercles familiaux.* »²⁴⁵

Dans la conception des liens faibles de Normand Carpentier, la fréquence des interactions est un élément qui permet de définir ce qu'est un lien faible. L'on a affaire à des liens faibles lorsque les interactions sont rares et que ces interactions ne sont pas inscrites dans une certaine

²⁴² Mark Granovetter, « The Strength of weak ties », in *American Journal of Sociology*, vol. 78, n° 6, 1973, pp. 1360-1380

²⁴³ Normand Carpentier et Deen White, « Perspective des parcours de vie et sociologie de l'individuation », in *Sociologies et sociétés*, Vol XLV, Printemps 2013, p. 289

²⁴⁴ Carole Marti, « L'importance des liens faibles dans les entreprises artisanales : exemple d'Internet pour le partage et la réutilisation des connaissances », in *Revue internationale PME*, vol 19, n°3-4, p.138

²⁴⁵ Carole Marti, idem

fréquence. Le critère de la fréquence est donc mis en avant, mais ce qui est aussi important à noter est que le lien faible, quoique reposant sur des relations sporadiques, ne se manifeste et n'est visible qu'à travers l'interaction. Cette dernière se pose donc comme un élément dont la mesure de la fréquence détermine la force ou la faiblesse des liens sociaux.

Dans la définition de Mark Granovetter paraphrasée par Carole Marti ci-dessus, la dimension interactive est davantage explicite. Le critère du nombre d'interactions est clairement indiqué comme élément permettant d'identifier la force ou la faiblesse d'un lien. Granovetter ajoute à cette interaction une dimension émotionnelle et des réciprocités des services. Sous ce prisme, des interactions ou une relation avec une fréquence élevée, peu chargée émotionnellement et au sein de laquelle les acteurs sociaux s'échangent peu de services peuvent être considérées comme constituants fondamentaux d'un lien faible. Sous ce rapport, il est possible d'envisager que le lien faible peut être présent au sein d'une fratrie, en fonction des interactions, de leur fréquence et de la satisfaction que l'individu en tire.

Quoi qu'il en soit, les liens faibles sont des formes d'interactions qui permettent à l'acteur social de se retrouver encastré dans un réseau relationnel sur lequel il peut s'appuyer éventuellement et sous certaines conditions, pour son intégration.

II.1.1. Les liens faibles, un moyen de conserver une présence dans la société

Une personne hypertendue et dépistée comme telle est soumise au changement des normes. Ces normes prescrites par la médecine lui imposent de prendre un certain nombre de précautions. Elle doit par exemple consommer moins de sel, éviter le stress. Ce traitement non pharmacologique lui impose de créer une certaine distance vis-à-vis des autres membres du groupe. La mise en application de ces prescriptions est rapidement perceptible par les membres composant le lien fort, car c'est avec celui-ci que la personne hypertendue est le plus en interaction. Cela n'est pas le cas pour ce qui est des liens faibles du réseau social de la personne malade.

À cause de la rareté et du caractère sporadique de ce type de liens, les membres de cette partie du réseau social ne sont pas toujours à même de savoir quels sont les changements qui sont effectués, ni même de se douter de ce que la personne en face est hypertendue. Les seuls éléments qui peuvent transparaître sont éventuellement la prise de médicaments, et là encore il faudrait que la personne hypertendue le fasse publiquement et explicitement. Par le fait que le lien faible implique une faible pénétration dans l'intimité de la personne malade, cette dernière a

le loisir de parler ou non de son cas, et peut décider ou non de faire savoir qu'elle est hypertendue.

Cette description correspond à ce qui est pratiqué par Celestine. Ce pasteur vit avec l'hypertension depuis 2013 à l'insu des membres qui composent le lien faible de son réseau social. Il prend ses médicaments sans signaler qu'il en prend, il consomme quasiment tout ce qui lui est proposé comme repas, que cela soit conforme au régime alimentaire ou pas. Il sait qu'en gardant privé cette information, il ne se verra pas poser des questions intrusives qui viendraient remettre en question sa santé. En procédant ainsi, il apparaît aux yeux des personnes appartenant aux liens faibles de son réseau comme une personne non malade.

La dissimulation de l'information est donc un moyen pour les personnes hypertendues de trouver une place, d'être intégrées dans des groupes sociaux. Mais cette dissimulation n'est favorisée que parce que le lien est faible entre la personne hypertendue et les autres acteurs. Les personnes hypertendues jouent donc sur la faiblesse des liens sociaux entretenus avec certains membres de leur réseau social pour conserver une certaine image crédible et par-là garantir leur présence dans le réseau, dans le groupe. Cette marge leur permet de continuer à participer au fonctionnement de la société sans que la maladie n'apparaisse comme un handicap ou que le traitement ne se pose comme un élément de disqualification sociale. Les liens sociaux faibles sont donc utilisés comme un moyen de rester en contact avec la société, de rester en contact avec le groupe social, et partant d'être intégré au groupe social. Cette intégration repose sur un certain nombre d'éléments.

Comme les liens sociaux sont faibles, la personne hypertendue peut continuer à se rendre dans le groupe, à interagir avec les autres acteurs. Ces derniers peuvent continuer à confier des tâches, des missions et des activités à la personne hypertendue sans être informés de la situation qui la fragilise.

Dans son article de 1973,²⁴⁶ Mark Granovetter démontre que les liens faibles, ainsi que l'indique le titre de l'article, ont une certaine force. Cette force consiste à accomplir des choses que les liens forts ne peuvent pas accomplir. À cause de la redondance des liens forts, ces derniers réduisent l'efficacité des membres à trouver de nouvelles solutions à certains problèmes, notamment pour ce qui est de trouver un emploi, car « *les liens faibles donnent accès à des*

²⁴⁶ Cf. l'article de Mark Granovetter, « The Strength of weak ties »

informations disponibles en dehors de cercles familiaux. »²⁴⁷ L'accès à ces ressources permet à l'acteur social de bénéficier d'une grande capacité de pénétration de divers groupes sociaux, ce qui n'est pas possible avec des liens forts. Par conséquent, pour intégrer de nouveaux cercles et faire partie de nouvelles sphères sociales, l'individu peut compter sur les liens faibles.

Ce constat s'applique aux personnes hypertendues. Parce que les membres du réseau social à liens faibles ont la capacité d'ouvrir les portes que les liens forts ne peuvent pas ouvrir, la personne hypertendue peut compter sur ces liens pour accomplir une plus grande percée dans son intégration sociale. Ces liens faibles peuvent lui accorder de faire partie de cercles et de sphères auxquelles elle n'aurait pas pu participer. Les opportunités d'intégration sociale des personnes hypertendues sont d'autant plus multipliées au sein de la société globale et des groupes sociaux que ces derniers, ignorant ou minimisant le statut des personnes hypertendues, peuvent frayer un chemin de l'intégration, créer des opportunités de rencontre.

Pour illustrer cela, l'exemple de Celestine peut être pris encore une fois. Il n'a pas informé les personnes qui appartiennent à son lien faible, estimant que ce n'est pas nécessaire. Cette absence d'information entraîne que les membres de ce réseau social lui ouvrent des portes de certains groupes sociaux au sein desquels il obtient le soutien et l'assistance aux prisonniers démunis de la prison de Yaoundé. Il a ainsi été invité dans des séminaires et en a organisé. Il est intervenu dans les églises sous invitation, a noué des contacts avec des personnes qui apportent des contributions ponctuelles pour l'assistance aux prisonniers. Les liens faibles qui ne savent pas qu'il est hypertendu participent à créer des « ponts » entre lui et les autres groupes. L'action de ces liens faibles participe à augmenter sa présence, son influence dans le réseau social, ce qui le dote et augmente son capital social.

La conversation avec Rosine a permis de déterminer l'importance des liens faibles dans l'intégration de sa mère aux groupes sociaux. Cette mère est en effet membre d'une réunion. Elle est donc soumise aux normes ayant cours au sein de cette organisation. Elle peut bénéficier des aides, de l'assistance prévues par cette association. Pourtant, elle ne s'y rend plus depuis un certain temps pour réduire les sources de stress. En procédant par envoi de sa fille Rosine pour la représenter lors des réunions et événements de l'association, elle se sert du caractère faible des liens qu'elle entretient avec les membres de cette réunion pour rester en contact avec ceux-ci. Il convient de préciser que comme Celestine, elle a évité de dire aux autres membres de l'association pourquoi elle est désormais absente. Ceux-ci ne savent par conséquent pas qu'elle

²⁴⁷ Carole Marti, op. cit. p. 138

est hypertendue et que c'est cet état de choses qui l'éloigne de la communion avec eux. Cette configuration est rendue possible à cause de la nature faible des liens qui existe entre cette mère et ses pairs de l'association. En effet, c'est profitant du caractère peu intrusif de ces liens faibles que la mère de Rosine peut envisager la possibilité de ne pas informer les autres membres. Elle profite également de cela pour cesser de s'y rendre et se faire représenter car l'association n'a pas pour vocation absolue de s'assurer de sa présence physique. Jouant donc entre cette nécessité d'être liée à l'association et la liberté qu'elle a de se faire représenter à cause de la nature des liens, la mère de Rosine parvient à conserver un attachement et une intégration au sein de ce groupe social sans être physiquement présente et sans avoir à expliquer les véritables raisons de son absence.

La situation est quelque peu différente chez Jeannette, avec le même principe relatif aux liens faibles cependant. Elle a découvert son hypertension lors d'une grossesse qui s'est soldée par un mort-né. En 2004, elle est enceinte de sept mois lorsqu'elle ressent des malaises. Les médecins lui prescrivent dans la foulée, les médicaments antihypertenseurs. Elle choisit de « négliger » le traitement aussitôt que sa santé s'améliore. La conséquence de cette décision est qu'à neuf mois, alors que le bébé allait naître, elle fait une autre crise d'hypertension qui cause la perte de son enfant. Le jour de l'entretien avec Jeannette, elle témoigne que cet événement va lui causer beaucoup de chagrin. Passé cette période, elle a continué à ne pas suivre son traitement. La conséquence ne s'est pas faite attendre :

Cinq ans après la perte du fœtus, je suis au travail. Soudainement, mes yeux ne voient plus clair. C'est comme si les choses deviennent floues devant moi. Tout ce que je regarde devient petit La voiture pouvait même être devant moi à quelques mètres, mais je voyais ça petit comme si c'était loin. En même temps, je me sentais déséquilibrée, c'était comme si je perdais l'équilibre. On m'a fait rentrer du travail et ce sont mes collègues qui m'ont accompagnée dans un centre de santé. Arrivé là-bas, on a pris ma tension, c'était à 16. On m'a donné un traitement et des perfusions, mais ça n'allait toujours pas je suis allée à l'hôpital de district de Biyem Assi. Quand on a pris ma tension c'était à 26 sur un bras et à 25 sur l'autre. J'ai dû faire un arrêt de travail, pendant un mois je ne suis pas allée au service. C'est après ça que j'ai su que c'était l'hypertension que je négligeais qui se manifestait et que le déséquilibre et ma vue qui diminuait, c'était causé par la tension. (Entretien avec Jeannette, hypertendue, Mimboman, 15/11/2020).

Dans son réseau social, elle dispose de liens faibles qui participent à maintenir sa position au sein des groupes sociaux. En tant qu'employée, elle a fait des crises au sein de son entreprise. Ses collègues l'ont d'ailleurs aidée et escortée pour l'aider à trouver un hôpital lors d'un épisode de crise. Mais comme ses relations au travail font partie des liens faibles, la question de sa santé

ne se pose pas et ne fait pas l'objet d'une investigation particulière, sauf en cas de manifestation évidente d'un malaise. La conséquence de cela est que les collègues de Jeannette la voient plus comme une collaboratrice que comme une personne malade chronique ayant besoin d'assistance. Cet état de choses entraîne que Jeannette est davantage considérée pour ce qu'elle apporte à l'entreprise que pour cette maladie dont les manifestations ne sont pas perceptibles aux yeux des autres. Profitant du caractère silencieux de la maladie et de la faible capacité d'intrusion des liens faibles dans sa vie intime et personnelle, Jeannette bénéficie d'une intégration au sein de son entreprise qui lui assure sa participation dans ce milieu.

II.1.2. Liens faibles, AVC et intégration sociale

La capacité des liens faibles à favoriser et à entretenir l'intégration sociale nécessite que la personne hypertendue ait omis d'informer de son statut ou de parler fréquemment des malaises que la maladie peut entraîner. Par contre, cette capacité est modifiée lorsque la personne malade fait un AVC ou est rendue invalide par la maladie.

Comme indiqué plus haut, les interactions sont un élément important de la construction des relations sociales, du lien social et de la force des liens dans un réseau social. Tant que la personne hypertendue est capable d'intégrer, même de manière sporadique et irrégulière des liens faibles, ces liens lui permettent une certaine intégration, une capacité de participation à divers groupes sociaux. Cependant, lorsqu'il arrive un AVC, la puissance intégratrice des liens faibles peut être modifiée. Cela est dû au fait que la quantité d'interactions avec les liens faibles est réduite à cause de l'accident et des éventuelles invalidités qu'il cause. Deux cas de figures se présentent alors. Le premier, c'est que la personne hypertendue réduit ses contacts avec les liens faibles du réseau social. Cette réduction est notamment visible chez Pierre Marie qui, victime d'AVC ne sort quasiment plus, si ce n'est pour rendre visite aux membres de sa famille. Il n'assiste plus aux réunions des membres de son village comme par le passé, et ne se rend quasiment plus aux fêtes. Dans son cas en particulier, il est possible d'observer une réduction de son réseau social. Cela a pour effet de limiter sa participation à certaines sphères et à réduire sa capacité d'intégration à d'autres sphères, capacité qui peut lui être mise à disposition grâce aux liens faibles. Le rétrécissement de son réseau social a eu pour principale victime ces liens faibles qui se trouvaient pour la plupart dans le milieu professionnel, dans les relations de camaraderie et dans les réunions.

Le deuxième cas de figure est celui de l'intervention du réseau social pour le soin de la personne hypertendue. Puisque les liens faibles donnent accès aux informations disponibles ailleurs que dans les sphères familiales, les acteurs sociaux hypertendus victimes d'AVC peuvent bénéficier de conseils, d'orientation provenant de ces liens. En général, cette contribution des liens faibles tourne autour de thérapies, des moyens de recouvrer rapidement la santé. Ici, c'est la quête de la santé perdue qui est au centre des interactions concernant les personnes hypertendues. L'intégrité physique et psychologique de la personne malade est alors mise en avant dans les liens faibles, au détriment des questions de construction de liens sociaux. L'intégration sociale est donc dans les esprits, mais la priorité est accordée au recouvrement de la santé qui est le gage et le garant de cette intégration sociale.

Dans les deux cas, les interactions avec les liens faibles sont restreintes. Ces interactions offrent une intégration sociale conditionnée au recouvrement de la santé. La personne hypertendue se retrouve dans un effritement de son réseau relationnel, dans une sorte d'affaiblissement, de désagrégation du lien faible²⁴⁸. En cas d'AVC, et surtout pendant la période où le malade n'est pas encore remis de son accident, les liens faibles se limitent à participer pour l'essentiel au traitement de la maladie.

Ces liens faibles sont réactivés pour une intégration plus globale lorsque la situation de la personne hypertendue s'est remise de son AVC et qu'elle a retrouvé la santé qui lui permet de travailler à son intégration. C'est ainsi par exemple qu'il est difficile pour une personne victime d'AVC et encore alitée d'envisager une intégration au milieu professionnel alors que sa santé n'est pas propice à l'exercice d'un travail. C'est d'ailleurs ce qui est arrivé à Vincent. Tandis qu'il était sur son lit après l'accident, toute l'attention était focalisée sur le fait qu'il devait se rétablir. Les liens faibles apportaient leur contribution dans ce sens. Ainsi, il recevait des moyens financiers pour s'occuper de sa santé. Lorsqu'il est sorti de cet épisode, il s'est dit que malgré sa limitation physique causée par les séquelles de l'AVC, il devait sortir travailler :

[Soupir] ça va faire combien d'années-là [qu'il a recommencé à sortir] ? Même cinq ans hein ! Parce que comme je suis sorti de la maison, j'ai ouvert là, il y a peut-être même trois ans hein, que je suis maintenant aux pneus là, il y a peut-être trois ans. Après, quand ça me lâchait un peu, il y a peut-être cinq ans, j'étais déjà conscient tout ça tout ça, mais entre-temps, je suis allé à l'hôpital. Je suis là. Mais maintenant, il y a trois ans que je m'occupe en faisant le pneumatique. Mais je ne travaille rien. Bon je fais des efforts qu'on me livre, je compte tout, l'argent... Il n'y a que mes membres qui ne fonctionnent pas, ce n'est que la voix, je n'ai que les difficultés pour prononcer.

²⁴⁸ Cet effritement des relations sociales, Vincent et d'autres acteurs l'ont vécu à l'AVC.

[Pendant le pic de la maladie] je suis à la maison, je dors, tout le monde part, je dors, c'est même ça. Je dors jusqu'à ce n'est plus bon. J'ai décidé que non ! Moi, un... moi-même là, je fais quoi à la maison ? (Rires) J'ai décidé qu'il faut, avec le concours de madame, vraiment, on a... j'ai essayé de m'occuper en faisant mon... mais je ne fais rien parce que je n'ai pas la force. [Il est superviseur] voilà. (Entretien avec Vincent, hypertendu victime d'AVC, Nkolbisson, 29/11/2020).

Il a décidé de travailler à son propre compte dans le domaine du pneumatique. Pour cela, en tant qu'ancien chauffeur-mécanicien, il a réactivé les liens faibles de son réseau une fois rétabli. Leur contribution a été importante pour la réussite du projet, qui lui a permis d'intégrer à nouveau le monde professionnel.

Cet affaiblissement suivi du rétablissement des liens faibles s'est également manifesté dans la vie du père de Léticia. Ils avaient déjà été présents lors de ce premier épisode de la maladie au cours duquel il avait été diagnostiqué hypertendu. Ils avaient déjà à cette époque-là, suggéré des traitements qu'il devait prendre afin de recouvrer la santé et de pouvoir reprendre ses activités, sa vie sociale et donc ses interactions avec les membres de son réseau. Lors du second épisode de sa maladie, les amis, collègues et connaissances qui ont appris qu'il avait fait un AVC se sont rendus à son chevet. Parmi ces connaissances, des personnes qu'il ne fréquente pas beaucoup, mais qui ont tenu à passer lui rendre visite à l'hôpital. Quelques-uns de ces visiteurs ont apporté au-delà du réconfort, encore une fois, des recettes pour recouvrer rapidement la santé, ce d'autant plus que le traitement de la médecine moderne semblait n'avoir pas fonctionné, selon leur appréciation de la situation. Léticia témoigne :

[...]il a fallu qu'on utilise aussi les remèdes à l'indigène, mais ça baissait au fur et à mesure.

A l'indigène, on prenait les feuilles de corossol, on mélangeait avec les feuilles de papaye. Les feuilles de papaye, on mélange avec le citron ou le lemon, il boit. Pour combattre l'hypertension, il prenait ça à chaud. On interdit le sucre, le sel alors juste un peu, le cube même ne passe plus. [Ces interdictions ne provenaient pas directement des médecins] Ça c'est comme on dit souvent, les gens qui venaient peut-être lui rendre visite, parce qu'il a chuté et il est tombé malade, il est même allé jusqu'à aller à l'hôpital, à la suite ce ça. À la suite de ça, il a même pris les médicaments, après ces médicaments, il a chuté ! Jusqu'à ce qu'il est entré dans le coma.

Les médecins ont dit qu'il faut baisser la quantité, on a même vraiment baissé la quantité, je ne sais pas à quel degré puisque ce n'est pas un truc constant, en fait. Aujourd'hui par exemple, ça [la pression artérielle] peut grimper ; après peut-être il prend après une semaine ou deux semaines, ça a un peu légèrement baissé, après ça grimpe encore. On ne savait pas exactement si le médicament travaille ou pas, puisque c'est à partir d'une autre maladie qu'on a découvert qu'il avait ça. [Ceux qui sont venus le voir lui ont] conseillé qu'il faut éviter le sel, le cube. Il y a aussi d'autres produits [indigènes] qu'on lui a proposé que je ne peux pas vous donner la

composition, c'était déjà fait. Ce que je connais, c'est les feuilles de corossol, les feuilles de papaye, mélangées avec le citron ou le lemon. Même l'huile, l'huile rouge. (Entretien avec Leticia, fille d'hypertendu victime d'AVC, Nlongkak, 25/11/2020).

Ce récit indique que les connaissances de son père, « *les gens* » qui venaient lui rendre visite, apportaient une contribution en termes de conseils pour qu'il recouvre la santé. Leurs propositions allaient dans le sens de le voir se rétablir pour retrouver une normalité dans sa vie. Ces propos indiquent également que cette idée ne provenait pas du cercle restreint du père de Leticia, mais plutôt d'un cercle assez éloigné de Leticia, qui les désigne par l'expression « *les gens qui venaient peut-être lui rendre visite.* »

Cette situation rappelle celle qui a été évoquée dans les travaux de Yves Bertrand Djouda Feudjio. Les travaux de cet auteur, qui portaient sur la tuberculose, indiquent que le réseau relationnel est capable d'influencer les décisions en matière de santé des personnes malades : « [...] *Les données ethnographiques montrent que nombre de malades camerounais sont orientés, guidés, suivis, conduits et même manipulés sur le chemin des soins par leurs réseaux familiaux ou relationnels.* »²⁴⁹ Il ajoute :

*La trajectoire thérapeutique du malade ne dépend pas toujours de sa claire volonté mais aussi et même surtout de son réseau relationnel (cousines, tantes, parents, amis, voisins...). Celui-ci joue un rôle prépondérant dans le choix et l'organisation de la thérapie. Les membres du support décident non seulement du moment où le malade doit visiter l'hôpital ou le guérisseur, mais, ils jouent un rôle crucial pour ce qui est de la détermination du diagnostic, de l'acceptation sociale du malade, de ses soins et de sa réintégration dans le milieu socio-familial.*²⁵⁰

Les membres du réseau social appartenant aux liens faibles ne sont pas exempts de cette participation. Chacun d'entre eux qui a une solution pour permettre le rétablissement et le retour à une normalité pour la personne malade peut entreprendre de la proposer.

II.2. Liens forts et intégration sociale

Les liens forts sont en quelque sorte l'opposé des liens faibles. Ils se caractérisent par une fréquence élevée d'interaction. Dans l'article de Carole Marti, elle reprend et combine les définitions de Leonard-Barton et Sinha et de Hansens : « *Les liens forts sont des liens interactifs et sont nécessaires pour l'échange de connaissances complexes, difficiles à codifier et souvent intégrées à un système de connaissance structurées.* »²⁵¹ Cette définition indique que les liens forts sont des liens que les acteurs sociaux entretiennent avec des personnes avec lesquelles ils

²⁴⁹ Yves Bertrand Djouda Feudjio, « Réseaux relationnels et processus de soutien aux malades de la tuberculose au Cameroun », in *Redes-Revista hispana para el análisis des redes sociales*, vol. 18, n°6, 2010, p.157

²⁵⁰ Yves Bertrand Djouda Feudjio, op. cit., p. 159

²⁵¹ Carole Marti, op. cit. p. 138

sont en fréquent contact et échangent sur des sujets qui requièrent un certain niveau de complexité. Ce n'est donc pas comme lorsqu'il est question des liens faibles où les interactions sont sporadiques. Les liens faibles donnent accès à des informations extérieures aux cercles familiaux, les liens forts procèdent à une sorte de complexification et d'approfondissement des objets de l'interaction. Plus haut, l'on a abordé le rôle des liens faibles dans l'intégration sociale des personnes hypertendues. Il existe également une participation spécifique des liens forts à l'intégration sociale des personnes hypertendues.

II.2.1. Les liens forts comme lieu d'ajustement des normes sociales

La présence d'une personne hypertendue au sein d'un groupe social est accueillie par les membres constituant ses liens forts comme le signal d'une anomalie et que des ajustements doivent être réalisés. Ces ajustements se font essentiellement lorsque l'entourage des personnes hypertendues a compris la gravité de la situation et veut conserver une certaine santé pour la personne malade. Ces ajustements sont essentiellement pratiques et normatifs en vue d'assurer une certaine protection à la personne hypertendue. Les liens forts du réseau social de la personne malade sont au courant de la maladie. Ils ont accès à des informations d'une certaine précision sur la santé du malade, contrairement aux liens faibles. Cette connaissance de la complexité de la situation les encourage à créer, par solidarité, les conditions de stabilisation de la santé du patient.

C'est au sein des liens forts que se décident les changements normatifs qui vont garantir la santé du patient. Les plus grandes réformes en termes, d'alimentation, de gestion du stress, pour ne citer que cela, sont implémentées par les liens forts du réseau social. Il en est de même pour l'achat des médicaments. Les liens forts sont donc des liens qui s'activent à comprendre et à exécuter les mesures pharmacologiques et non pharmacologiques qui permettent à la personne hypertendue de se retrouver encadrée malgré la permanence et la singularité de la situation.

Cette mise en place de normes ne se fait pas spontanément. Elle se construit à mesure que les moyens financiers et la compréhension de la maladie se développent. Ces éléments sont approfondis et se posent en normes à mesure que les acteurs sociaux échangent avec la personne malade. L'interaction joue donc un rôle important pour bâtir les liens forts. Elle joue également un rôle dans le processus d'élaboration de nouvelles normes qui vont être mises en pratique au sein du groupe.

C'est au fur et à mesure que les acteurs sociaux échangent, interagissent qu'ils créent des ajustements et les normes qui prennent en compte la présence de personnes hypertendues. Les interactions sont donc au centre de la construction de nouvelles normes sociales. Les normes ne sont pas produites par décret, ni même de façon unilatérale par un des acteurs en présence. Il s'agit d'une co-construction. Au cours des échanges d'informations et d'expérience de la maladie les acteurs sociaux s'influencent et prennent la décision qui est à leurs yeux la meilleure pour encadrer la personne malade. Dans cette construction interactive des règles de la vie ensemble dans les liens forts, la perception de la gravité de la maladie de la personne hypertendue est au centre des décisions. L'observation a démontré que plus au sein des interactions, la personne hypertendue est perçue comme fragile, plus des normes sont créées pour s'ajuster à la situation. À l'inverse, lorsque dans les liens forts le danger ne semble pas imminent, la vigueur des normes se relâche. La réalité ainsi résumée ressort des entretiens de terrain, et ces propos de Bernadette l'illustrent :

Franchement, hein, je mange l'huile. Je ne peux pas manger l'huile peut être ou je peux manger même une fois deux semaines. Peut-être les kokis, les pilés, une fois même deux semaines, trois semaines. On ne mange pas à l'excès. Ce n'est pas qu'on verse l'huile comme on voit l'huile nager, non. Non, on prépare avec l'huile. Moi, je mange tout. Maintenant les huiles d'arachide, je ne fais plus deux nourritures comme avant parce que quand on prépare, je mange pour moi. Mais je bois mon remède. Et ma tension est restée maintenant à 12, 11, 12-13. (Entretien avec Bernadette, hypertendue, Nkolbisson, 25/11/2020).

Lorsque Bernadette parle de « on » dans cet extrait, elle fait allusion à elle et aux membres de son ménage principalement. Il s'agit donc de personnes qui vivent avec elle, qui cuisinent pour toute la famille, qu'elle côtoie au quotidien. Elle entretient donc avec ces acteurs de relations qui ne sont pas « sporadiques », mais qui appartiennent à un réseau fort et proche. Ce sont donc ces proches et elle qui jugent de l'évolution de sa santé dans leurs interactions pour choisir le moment de renforcer ou de relâcher l'application des normes thérapeutiques relatives aux soins de l'hypertension artérielle.

II.2.2. Des liens forts et flexibles

Il aurait été possible de s'attendre à une certaine rigidité des liens forts étant donné leur fréquence et leur profond ancrage dans le réseau social face à l'hypertension. Cette rigidité serait compréhensible étant donné que ces liens encadrent le fonctionnement du réseau et systématisent les règles qui régissent son fonctionnement. Pourtant, l'observation permet de constater une certaine flexibilité et une certaine adaptabilité des liens forts face à la survenance d'un cas

d'hypertension. Les liens forts sont fondés sur des pratiques qui sont ancrées de longue date, parfois des traditions qui remontent à des époques précédant les acteurs qui les composent. La force des liens forts ne réside pas seulement dans la fréquence des interactions, mais aussi dans la capacité à se réorganiser, dans une certaine flexibilité face aux événements qui arrivent aux acteurs sociaux.

Face à l'adversité, ce sont les liens forts qui se refondent le plus pour apporter de la protection au membre en difficulté. Dans le cas des personnes hypertendues, les membres constituant le lien fort parviennent à modifier les pratiques culinaires, les habitudes alimentaires et à produire des comportements qui vont dans le sens de tenir compte de la présence d'une personne hypertendue en leur sein. C'est la force des liens que de faire preuve d'inventivité et de flexibilité.

Ce qui explique cette flexibilité, c'est d'abord l'attachement à la personne hypertendue. La force du lien avec le malade, les émotions que cela entraîne, participent à créer le sentiment qu'il faut faire quelque chose pour la personne hypertendue. Cette proposition fait écho à la dimension émotionnelle des liens forts dont parle Mark Granovetter,²⁵² et à la dimension protection du lien social développée par Serge Paugam. Les acteurs sociaux qui sont dans les liens forts sont également liés par des émotions qui les mettent en responsabilité face à la condition de la personne malade. Par conséquent, la réponse face à ces émotions est de manifester la dimension « protection » du lien social afin de satisfaire à la fois la conscience liée à l'émotion, mais aussi la protection de la santé de la personne malade. Émotions et protection sont donc au fondement de la flexibilité des liens forts de la personne hypertendue.

À côté de ces deux éléments cités ci-dessus, il apparaît un troisième qui est davantage lié à l'interaction sociale. Il s'agit de la fréquence de ces interactions. Dans les liens forts, les acteurs sociaux se voient, se parlent, se disputent et se consolent. Ils partagent des émotions, mais aussi des expériences qui facilitent ou compliquent la relation. La survenance de l'hypertension est un événement dont la prise en charge par la personne malade entraîne inévitablement un conflit de pratiques et de normes au sein des liens forts. À cause de ce que la fréquence des interactions est plus élevée ici que dans les liens faibles, les occasions de découvrir l'existence de ce conflit et d'en subir les effets jugés négatifs sont plus nombreuses. À chaque apparition d'une différence normative ou pratique, les acteurs sociaux se retrouvent dans une sorte de conflit dont ils veulent sortir pour éviter de dégrader la relation. Ces tensions générées par l'apparition de la maladie

²⁵² Cf. Carole Marti, op. cit.

sont suffisamment visibles et gênantes pour la suite de la relation, ce qui pousse les acteurs constituant cette partie du réseau social à trouver un moyen de réduire les aspérités qui se manifestent suite à la nécessité de traiter la maladie. C'est donc dans une volonté de fluidifier les relations sociales que les liens forts conservent une certaine flexibilité nécessaire au fonctionnement du groupe social. Là où les liens faibles peuvent ne jamais constater qu'une personne hypertendue qui suit un traitement est parmi eux, les liens forts ne peuvent pas l'ignorer à cause des changements que cela entraîne dans les rapports au quotidien, et essaient de s'adapter afin de réduire la gêne.

II.2.3. Liens forts et conservation du statut de membre

Grâce à la flexibilité dont les liens forts font preuve, ils sont à même de garantir à l'acteur social hypertendu son statut de membre. Ce statut de membre est ce qui garantit à une personne qu'elle fait partie du groupe, qu'elle est acceptée au sein du réseau relationnel. La découverte, le dépistage de l'hypertension crée une situation conflictuelle qui agit sur cette appartenance au groupe. Cela se manifeste au niveau des interactions sociales que le patient entretient avec le groupe. En développant des actions qui ne correspondent plus aux attentes et aux pratiques du groupe, la personne hypertendue s'expose à une forme d'exclusion de certains liens sociaux.

Pour illustrer cela, le cas de l'alimentation peut être considéré. Dans un groupe social où la nourriture est consommée avec du sel et de l'huile par habitude, le membre qui devient hypertendu doit trouver des moyens alternatifs pour se nourrir afin de respecter son traitement. Cela implique qu'elle ne mangera plus les mêmes repas que les autres. Cette différence peut constituer un facteur de fragilisation du lien. C'est notamment ce qui a été vécu par Bernadette et la mère de Rosine. Ces deux mères ont été stigmatisées par leurs enfants à cause du fait qu'elles consommaient des repas qui étaient peu salés et qu'elles ont voulu imposer cela au reste de la famille. La mère qui cuisinait pour tout le monde est devenue celle qui agit désormais en respectant un régime auquel n'adhèrent pas ses enfants. Cela a produit des scènes dans lesquelles ces femmes cuisinaient et les enfants allaient à la boutique acheter autre chose à cuisiner ou à consommer, laissant la nourriture fade à la personne hypertendue, à savoir la mère. Cette illustration permet de voir qu'un stigmatisme était déjà associé à la personne hypertendue et participait à la définir ainsi que son efficacité au sein du groupe social. La conséquence de cela est une fragilisation des liens qui peut aboutir à une certaine solitude, notamment dans la consommation des repas.

Pourtant, malgré les différences introduites par le traitement de l'hypertension artérielle, qui change les normes sociales, les proches de malade, les liens forts de son réseau social, apprennent au fur et à mesure des interactions à comprendre la maladie. Ils en voient les contraintes, les limites, les épisodes et les manifestations, ce qui leur permet de se faire une idée de ce que vit le malade. Un processus de réhabilitation est alors enclenché par les membres des liens forts. Ils choisissent de conserver et de garantir le statut de membre à la personne malade. Pour ce faire, un dispositif est mis sur pied et de nouvelles pratiques voient le jour. Ces éléments servent à assurer un certain confort, une certaine continuité dans le statut de membre pour la personne malade.

Pratiquement, les personnes hypertendues bénéficient d'un traitement particulier de la part de liens forts, et qui est censé alléger les efforts et réduire les différences. Cela se manifeste dans les interactions par la prise en compte du statut de la personne malade. Au cours de ces échanges, les acteurs sociaux se souviennent qu'ils ont affaire à une personne malade qui a besoin de traitement particulier. Ils agissent selon le besoin et les ressources dont ils disposent. Pour certains malades, les proches vont leur assurer une certaine protection, une couverture financière et alimentaire afin qu'ils sachent que le groupe tient à eux et continue de les considérer comme membres. Pour d'autres, les acteurs sociaux vont créer un environnement calme pour garantir sa santé, indiquant par-là qu'ils restent membres et, en tant que tels, ils ont aussi droit à des aménagements.

La question de l'appartenance au groupe, du statut de membre peut être associée au respect de certaines obligations. Elle est aussi liée à la notion de droits. Le groupe social formule des obligations à l'endroit des individus qui veulent faire partie ou qui font partie d'un groupe social, afin de garantir leur intégration. Il propose aussi un ensemble de privilèges auxquels a droit le membre afin que ce dernier se sente partie de la collectivité. C'est ce qui renforce le lien social, ce que Paugam appelle protection et reconnaissance. Il n'y a donc pas que des devoirs de l'individu dans un groupe social, il y a aussi des droits qui, respectés, aident la personne humaine à s'attacher au groupe et donc d'y être intégrée.

II.2.4. L'encadrement des cas d'AVC

L'AVC est un épisode de complication de l'hypertension artérielle. Il survient généralement après des négligences liées au traitement. L'événement frappe les esprits des acteurs sociaux proches des malades. Face à cette scène de corps inanimé, les proches prennent

conscience de la gravité de la maladie et décident de prendre des mesures. L'une des plus développées dans les liens forts de la personne hypertendue est de limiter les interactions avec les autres sphères sociales, notamment avec les liens faibles. Cela ne signifie pas que personne ne provenant des liens faibles ne peut intervenir pour contribuer, mais que le nombre de personnes que la personne malade peut rencontrer diminue grandement. En se fondant sur le cas de Pierre Marie, il est possible de noter que suite à l'AVC, ses proches lui ont interdit de trop sortir pour rencontrer des gens, si ce n'est pour se rendre dans la famille qui fait partie des liens forts. Chez Vincent, cela a été quasiment pareil car suite à l'AVC, il a non seulement été cloîtré à la maison, mais à chacune de ses sorties, il est accompagné d'une personne de sa famille. Il ne sort que très peu et affirme d'ailleurs qu'il ne peut « *plus aller aux « mapanes*²⁵³ » ». La mère de Claude a été ramenée du village à Yaoundé suite à son AVC, et elle ne sort de chez sa fille chez qui elle réside que si ce n'est pour se rendre chez son fils, Claude, à Nkolbisson.

Cet exposé de cas permet de noter que les liens forts participent à créer un cocon, une barrière de protection entre les malades hypertendus victimes d'AVC et les autres membres des liens faibles. Certes, la personne hypertendue a toujours des liens faibles dans son réseau social, mais le contrôle et la protection implémentés par les membres appartenant aux liens forts réduisent encore les interactions sporadiques qui pouvaient exister entre les individus. Cet état de choses est propre à faire dépendre davantage la personne hypertendue victime d'AVC des liens forts, ce qui pèse sur les ramifications du réseau social et donc sur l'intégration sociale et l'accès de la personne hypertendue à d'autres sphères de sociabilité et de construction interactive des relations sociales et de l'intégration sociale. Comme le montre Mark Granovetter²⁵⁴ en effet, les liens faibles ont la force d'accéder à des ressources auxquels les liens forts ne peuvent pas accéder à cause de l'excès de redondance. Cette idée est également présente chez Ronald Burt²⁵⁵, avec sa théorie des trous structuraux qui indique qu'une personne dont le réseau social est riche en trous structuraux et donc en liens faibles possède en fait un réseau social efficace pour pénétrer des sphères potentiellement inaccessibles. En cela, la protection que les liens forts apportent aux malades victimes d'AVC limite la construction d'un réseau efficace pour une intégration plus large de la personne malade.

²⁵³ Le *mapane* désigne *grosso modo* au Cameroun des sorties informelles et souvent dissimulées pour des réjouissances diverses.

²⁵⁴ V. Mark Granovetter, op. cit.

²⁵⁵ Ronald Burt, « Le capital social, les trous structuraux et l'entrepreneur », in *Analyses de réseaux et structures relationnelles. Études réunies et présentées par Emmanuel Lazega. Revue française de sociologie*, 36-4, 1995, pp. 599-628.

III. Les interactions quotidiennes, source de l'intégration sociale

Quand on parle d'intégration sociale, l'idée qui peut venir à l'esprit est celle qu'un individu se fait accepter dans un groupe social et en devient membre. Dans le langage courant au Cameroun il n'est pas rare d'entendre parler de concours d'intégration, ou d'intégration de la fonction publique, qui désigne le processus par lequel une personne qui ne fait pas partie du corps des fonctionnaires par exemple, y accède et en devient un élément, un membre. L'intégration est donc le fait que des personnes étrangères ou différentes d'un groupe social se conforment pour accéder à ce groupe. Dans certains pays en Europe et notamment en France, on parle d'intégration pour désigner, entre autres, le processus par lequel le migrant se conforme à la société française et en devient membre acceptable. Il est donc en général demandé aux immigrés de s'intégrer à la société, de faire ce qui est nécessaire pour devenir membre de la société.

Cette conception sous-entend que la société est inactive, qu'elle a son mode de fonctionnement et que celui-ci serait immuable ou alors sacré, c'est-à-dire intouchable. La société, le groupe social, seraient donc des instances supérieures qui évoluent à leur rythme, se régulant sans réelle intervention de l'individu qui se contenterait de se conformer s'il veut être intégré. Le problème avec cette conception, ou tout au moins avec l'idée sous-jacente est qu'elle donne l'impression que le seul, celui qui doit faire le mouvement pour que l'intégration soit déclenchée et maintenue, c'est l'acteur social. Cette conception donne l'impression que le groupe n'a rien à faire pour que l'individu soit intégré.

III.1. Le rôle restreint du médecin dans l'intégration sociale de la personne malade

Dans le cadre de la lutte contre l'hypertension, le médecin et sa profession jouent un rôle qui consiste à diagnostiquer et à orienter les actions thérapeutiques de la personne malade. Le médecin est donc un allié de la lutte contre la maladie, il participe à réduire les risques de complication²⁵⁶ et de décès liés à l'hypertension. Ce rôle permet au malade de trouver l'orientation et les conseils pour conserver la santé.

Pourtant, lorsqu'il est question d'intégration sociale de la personne hypertendue, le médecin n'est pas au premier plan. Au contraire, son action permet de dépister la maladie et de prescrire le traitement qui entraîne des conséquences sur l'intégration sociale des personnes

²⁵⁶ AVC, cardiopathies, rétinopathies, infarctus, artériopathie, insuffisance rénale, angine de poitrine, artériosclérose, cécité, entre autres.

malades. Si l'objet de cette recherche n'est pas de voir si les personnes hypertendues sont intégrées aux groupes sociaux quand elles ne sont pas malades, l'on peut néanmoins constater que le dépistage de l'hypertension entraîne une certaine dynamique qui contient le risque d'affaiblir l'intégration sociale des personnes malades.

Au fil des entretiens, il a été possible de constater que les acteurs sociaux qui se conforment aux prescriptions médicales pour le traitement de l'hypertension ressentent une certaine différence induite par le fait qu'elles doivent suivre le traitement. Le suivi du traitement de l'hypertension par la personne malade, plutôt que de l'amener à se sentir membre des groupes sociaux, crée une forme de rupture qui se ressent et qui fait peser une menace sur l'intégration sociale de la personne hypertendue. Le traitement proposé par la médecine, surtout celui non pharmacologique, entraîne dès lors de possibles séparations réelles ou ressenties, ainsi que le témoigne Paul Émile :

Ça c'est vrai, c'est vrai que ça crée des différences. Comme je viens de souligner là que par exemple dans une famille, il y a des familles où on fait vraiment le repas de la maman, du papa à part, et ça fait que ça crée une séparation. La nourriture du père, la nourriture de la maman [...] Donc le fait même d'avoir un régime particulier, on ne mange pas comme tout le monde, on ne peut pas boire, on ne peut pas s'asseoir, il y a des... Moi par exemple, j'ai des difficultés à assister à des réunions, des rassemblements où on va manger ensemble parce que parfois c'est des menus qui n'ont rien à voir avec le régime qui est recommandé. Ça influence au niveau des relations parce qu'on va être obligé d'être un peu retiré. J'ai vraiment de la peine à honorer les invitations, aller dans les célébrations, dans les cérémonies. (Entretien avec Paul Émile, hypertendu, Tsinga, association ACADIAH, 09/06/2021).

Il aurait été possible d'envisager que la médecine joue un rôle dans l'intégration sociale des acteurs malades. Mais en l'état actuel de la médecine, surtout pour ce qui concerne la médecine du corps, ce rôle ne lui est pas dévolu. La situation est donc telle que le médecin prescrit des comportements qui peuvent entraîner des conséquences sur la stabilité du groupe et donc sur l'intégration sociale du patient, mais qui ne peut pas intervenir pour remédier à cela. À ce stade, il est possible de constater que le médecin, en voulant résoudre un problème pour lequel il est compétent, en crée un autre sur lequel il ne peut agir, et qui ne ressort pas de sa compétence.

Face à cela, le malade se retrouve à devoir recourir à d'autres moyens, à d'autres entités pour favoriser son intégration sociale, malgré le traitement. Il doit chercher de l'aide ailleurs pour résoudre le conflit de l'incompatibilité entre ses nouvelles normes et les normes en vigueur dans ses sphères d'appartenance. Le malade est donc un acteur de son intégration sociale.

En se référant au discours selon lequel c'est l'individu qui doit se conformer au groupe social, il apparaît que la situation dans laquelle les prescriptions médicales apportées par la médecine introduisent la personne hypertendue dans une sorte d'impasse. Car, si le médecin n'est pas en mesure de travailler à faire respecter les conditions de l'intégration, s'il ne peut pas modifier le mode de fonctionnement du groupe pour que celui-ci prenne en compte le statut de la personne hypertendue et le conserve comme membre, le patient est condamné à rester à l'écart du groupe à cause de la différence qu'entraîne le traitement de la pathologie. Tout cela permet de comprendre que le médecin est efficace pour prescrire, mais pour intégrer, il ne l'est pas, en l'état actuel de la pratique médicale en vigueur au Cameroun.

III.2. L'État et l'intégration sociale des personnes hypertendues

Le lien de citoyenneté selon Serge Paugam permet à l'individu de bénéficier de la protection et de la reconnaissance que peut apporter l'État. Grâce aux lois, aux décrets, l'État peut accorder un statut et créer des conditions favorables pour un groupe social afin de s'assurer que tous les citoyens sont protégés. Ce dispositif peut permettre au citoyen de se sentir membre d'une communauté nationale, de ne pas se sentir différent des autres.

S'il survient un conflit, les organes de l'État peuvent intervenir pour le résoudre, que ce soit par l'intermédiaire de tribunaux ou des services sociaux. L'intervention de l'État à travers ses agents peut participer à restituer le droit d'une personne et de lui donner le sentiment d'appartenance nécessaire à l'intégration sociale. Pourtant, si l'État peut agir ainsi, il ne peut pas pratiquement agir sur ce que font les groupes sociaux pour l'intégration de la personne hypertendue. Il peut constater les conflits, des discriminations, et essayer de les prévenir. Mais, l'État ne peut pas toujours contraindre un membre à adhérer à un groupe ou à en devenir membre, ou même contraindre un groupe à accepter un acteur et à le considérer et à le traiter comme membre.

Appliqué au cas des personnes hypertendues, cela signifie que la fragilité de l'intégration sociale dans laquelle le malade est inscrit à cause des prescriptions médicales, est en quelque sorte hors de portée de l'État et de ses institutions. Le groupe social auquel appartient la personne malade peut choisir de ne pas satisfaire aux exigences de la personne hypertendue que l'on ne verrait pas l'État intervenir pour exiger que cela soit fait pour l'intégration sociale du malade.

À un niveau plus pratique, il a été observé au cours des observations et entretiens avec les malades qu'ils ne recourent pas aux services de l'État pour discuter de leur intégration sociale. La question de l'intervention de l'État pour cette intégration dans les groupes sociaux ne se posait même pas pour les enquêtés. Cette absence d'allusion indique clairement que les acteurs sociaux se servent d'autres voies, d'un autre mécanisme pour assurer l'intégration sociale des malades d'hypertension. Il existe donc d'autres moyens, d'autres voies qui permettent à la personne hypertendue et aux groupes sociaux de parvenir à l'intégration sociale. Ces moyens sont principalement informels et reposent sur une négociation au cours des interactions sociales.

III.3. L'interaction comme source de l'intégration

À partir du constat selon lequel l'intervention du médecin n'est pas évoquée par les acteurs sociaux pour leur intégration au sein des groupes, à partir également du constat selon lequel l'État n'intervient pas dans l'intégration sociale des individus hypertendus au sein des groupes²⁵⁷, il est possible de constater que cette intégration repose sur autre chose. Cette autre chose est l'intégration par l'interaction.

L'interaction permet aux acteurs sociaux de nouer des relations et de les maintenir, ou de les rompre. Selon la théorie des réseaux sociaux, une personne est d'autant plus intégrée qu'elle a un réseau social dense et que les interactions sont fréquentes. La fréquence de ces interactions et la densité du réseau social permettent de donner à l'acteur social un capital social nécessaire à son intégration dans les réseaux sociaux.

Dans une étude publiée par Carol-Anne Gauthier, l'auteur montre l'importance d'avoir un réseau social dense pour être intégré au milieu professionnel. Carol-Anne Gauthier précise que les femmes immigrantes « *ont peu de réseau les mettant en contact avec les employeurs* »²⁵⁸ et que « *le fait d'être immigrantes prive ces femmes des informations stratégiques ou des possibilités de se faire recommander à un employeur qui cherche à recruter des personnes de confiance.* »²⁵⁹

²⁵⁷ Cela ne signifie pas que l'État ne peut pas placer une personne hypertendue à un poste de responsabilité ou dans un groupe, mais que le critère de l'hypertension n'est pas un élément qui favorise cette intégration sociale. Car, en fait, une position occupée par une personne hypertendue dans le fonctionnement de l'État ne tient pas compte de sa maladie. Elle peut même être source de rupture sans que l'État n'intervienne pour rétablir l'intégration.

²⁵⁸ Carol-Anne Gauthier, « Le rôle des réseaux sociaux dans le processus d'intégration socioprofessionnelle des femmes immigrants qualifiées au Québec », in *Économie et Solidarités*, vol 43, n° 1-2, 2013, p. 106

²⁵⁹ Idem

Cet extrait met en évidence l'importance d'avoir un réseau social élaboré pour parvenir à l'intégration socioprofessionnelle. Ce qui est sous-jacent à ce constat est que plus une personne a des relations avec les autres, plus elle interagit avec les autres, plus elle a des chances d'être intégrée. L'intégration sociale ne commence pas tout de suite avec un réseau, mais avec un contact, une interaction entre un acteur social et un autre, faisant partie d'un groupe auquel l'acteur social appartient ou veut appartenir.

L'abondance du capital social, l'abondance d'interaction crée des liens forts ou faibles, dont l'entretien permet de garantir l'obtention et la conservation du statut de membre, et donc l'intégration sociale.

C'est en se fondant sur cette réalité que les acteurs sociaux hypertendus parviennent à trouver des moyens d'être intégrés dans des groupes sociaux. Après le dépistage de la maladie, plutôt que de se séparer du groupe social à cause des exigences du traitement, les personnes hypertendues continuent d'entretenir des relations avec les autres. Ils conservent des interactions avec les autres membres du groupe social. Cette présence et ce contact leur permet d'exprimer et de poser des actions qui peuvent être vues et appréciées par les autres. En restant connectés aux autres, les personnes hypertendues cherchent à conserver leur place de membre et indiquent par le fait même au réseau social, leur attachement à leur présence au groupe.

Pendant toute la durée de l'étude, il n'a été relevé aucun cas de personne ayant décidé de se retirer de tous les types de liens parce qu'il existait un conflit entre les prescriptions médicales et les pratiques au sein du groupe social. Tout au plus, certaines personnes ont limité leurs interactions avec certains groupes en raison de la faiblesse de liens et des contraintes de la maladie et de ses épisodes. La règle est la suivante : les personnes hypertendues restent, tant qu'elles le peuvent, dans le maximum d'interactions que leur santé leur permet de supporter.

Cet état de choses peut être illustré par deux cas de figure. Le premier c'est lorsque la personne hypertendue sait qu'elle est malade, mais elle n'est pas encore victime d'un AVC. Dans ce cas, les malades continuent d'interagir avec tout leur réseau social d'avant la maladie, composé de liens faibles et de liens forts. Cela est valable, que la personne hypertendue ait décidé de suivre un traitement ou pas. Cela est également valable, que le groupe social se soit adapté aux exigences du traitement ou pas. Ce constat démontre une constance : que le traitement soit appliqué ou pas, les acteurs sociaux, malades ou non, continuent d'entretenir des interactions et de considérer qu'ils sont pour les uns membres du groupe, et pour les autres

groupes d'appartenance. L'interaction est donc bien ce qui permet à la personne hypertendue de devenir ou de conserver le statut de membre.

Dans le second cas de figure, les personnes hypertendues qui ont été victimes d'AVC peuvent être considérées. En principe, l'AVC est un accident dont les acteurs sociaux ne peuvent se remettre avec des séquelles ou non. Suite à ce type d'accident, le malade peut être, par le fait du traitement et de sa condition physique, séparé de certaines relations sociales, notamment des liens faibles. Les personnes qui lui sont les plus proches s'occupent de lui et assurent son traitement et ses soins. Dans ce cas, il est possible qu'un tel malade perde son emploi et donc son intégration au milieu socioprofessionnel. Pourtant, il ne cesse d'avoir des interactions avec les membres des autres groupes, dont il se réclame membre et qui le reconnaissent pour être un des leurs. Le réseau social peut donc se restreindre, mais les interactions continuent au sein d'autres groupes, avec les membres qui en font partie.

L'interaction est donc toujours présente là où il y a intégration. S'il est possible d'avoir des interactions sans intégration, il ne peut y avoir d'intégration sans interaction. L'interaction est une condition *sine qua non* et la finalité de l'intégration sociale. En d'autres termes, l'intégration commence toujours par une interaction et l'intégration aboutit à la multiplication des interactions. L'acteur social hypertendu se sert de l'interaction pour être intégré, et lorsqu'il est admis comme membre, c'est pour continuer à interagir avec les autres. L'intégration commence toujours par une interaction, elle se maintient également par des interactions.

L'intégration sociale des personnes hypertendues est possible parce qu'il y a une interaction entre le groupe et ces personnes, que le groupe veut conserver le malade, et le malade s'efforce à rester attaché au groupe. Plus il y a d'interactions, plus il y a de possibilité de réaliser l'intégration sociale et d'augmenter le sentiment d'appartenance au groupe. S'il est vrai que des interactions peuvent déboucher sur des conflits et des ruptures, il est aussi vrai que ces interactions sont la porte du renforcement du lien social, du lien entre les acteurs sociaux. La multiplication des interactions peut augmenter les sources de conflits, tout comme elle augmente les possibilités pour l'individu d'être intégré au groupe.

Que l'on se réfère donc à Pierre Marie, Jeannette, Paul Émile, Jacqueline et tous les autres acteurs qui ont livré des informations dans le cadre de cette étude, leur intégration est possible car ils n'ont pas coupé les liens, ils ont continué à interagir avec les autres membres du groupe social au sein duquel ils étaient membres. La maladie, ses crises ou les complications qu'elle

peut engendrer ne sont pas des facteurs qui créent une rupture, une séparation avec tous les groupes sociaux. Ce n'est pas toujours la gravité de la maladie qui entraîne ou non l'intégration, ce ne sont pas non plus les prescriptions médicales qui l'empêchent. Ce qui garantit l'intégration, c'est le contact, la relation, l'interaction qui unit l'individu hypertendu au groupe social et, de manière plus diffuse, à son réseau social.

III.4. L'intégration est la suite d'une satisfaction dans les interactions

Avoir des relations et entretenir des interactions, c'est une condition de l'intégration sociale. Cette condition n'est pas la seule pour que l'intégration se construise dans les interactions. Il convient, en effet, de préciser que des conflits peuvent mettre un terme à l'interaction et hypothéquer l'intégration sociale. Le conflit est certes un élément qui crée une dynamique par sa dimension de crise, mais dont l'issue peut être la décision d'une séparation, une fin de relation. L'interaction est donc une arme à double tranchant : elle peut lier des acteurs sociaux comme elle peut les séparer. Lorsque c'est la dispute et la séparation qui prévalent, les acteurs sociaux se retrouvent éloignés les uns des autres. Plusieurs éléments peuvent être des causes de malentendus, de conflits et donc de séparation au cours des interactions. Ces éléments peuvent être des paroles ou des silences, des comportements, des actions ou l'inaction, la proximité ou la distance ; bref, toute performance sur cette scène décrite par Goffman que sont les interactions et donc la vie en société, peut déboucher sur une séparation, voulue par les acteurs sociaux ou non.

III.4.1. Traitement de l'hypertension : multiplication des sources de conflits dans les interactions et des réconciliations

Dans le cadre de l'intégration sociale des personnes hypertendues, les interactions peuvent en effet être source de conflits, de tensions. La présence de la maladie, et surtout de la décision de traiter cette dernière entraînent la création d'une zone à l'intérieur de laquelle des conflits sont susceptibles de se développer à tout moment. Par nature même, le traitement de l'hypertension artérielle met face à face les acteurs sociaux, et leur impose de faire face à des frictions. Tandis que la personne hypertendue doit respecter un régime alimentaire avec des ingrédients réduits, le reste du groupe est habitué à consommer autrement. Alors que le traitement de la maladie requiert de réduire les sources de stress, le groupe social a des habitudes et ses membres ont leur manière d'être ensemble qui déterminent la fluidité des interactions, des relations. Quand parfois le revenu est jugé insuffisant pour satisfaire les besoins du groupe, le malade a besoin d'en

demander davantage pour soigner la maladie qui l'affecte. Les sources potentielles de conflits sont donc multipliées lorsque la personne hypertendue doit traiter la maladie. Cela fait que des interactions peuvent apparaître au fil des interactions et compromettre l'intégration sociale des personnes hypertendues.

Ces tensions et conflits apparaissent surtout au début de la maladie. Si les proches de personnes hypertendues peuvent souvent compatir à la nouvelle condition de leur membre, s'ils ne comprennent pas souvent la signification et les implications de la maladie, des conflits apparaissent parfois assez rapidement entre le malade et l'entourage. Ils naissent lorsque la personne entame le traitement avec les contraintes que cela implique. Ces conflits tournent souvent autour des mesures non pharmacologiques du traitement, car elles imposent des changements dans les habitudes ayant cours au sein du groupe. C'est ce qui a été rapporté par les enquêtés. À plusieurs reprises, lorsque la personne hypertendue venait de commencer le traitement, des tensions liées à celui-ci ont vu le jour, s'exprimant plus ou moins explicitement.

Cela a été le cas chez Bernadette. Ses enfants ont boudé les repas qu'elle faisait avec peu de sel et avec peu d'huile. Cette expression de l'insatisfaction dans la relation avec leur mère s'est ensuite reproduite et matérialisée dans les propos des enfants. Ils lui faisaient savoir *grosso modo* qu'ils ne sont pas intéressés par cette manière de cuisiner et que ce n'est pas à eux de subir ce type de repas. Bernadette rapporte les propos de ses enfants en ces termes : « *la mère, on mange d'abord pour nous, quand on aura ton âge...* » Face à leur réaction, Bernadette a continué à leur cuisiner des repas avec peu de sel et sans cube. Mais les enfants se cachaient pour mettre du cube dans leur nourriture. Cela a été le cas pendant les débuts du traitement de la maladie.

Cette expérience a été également vécue chez la mère de Rosine. Les débuts du traitement ont entraîné une réticence de la part des enfants qui n'étaient plus satisfaits de la manière dont les repas étaient assaisonnés, ni même du menu hebdomadaire que la mère avait modifié au profit des légumes. Cette insatisfaction des enfants a créé des tensions et des conflits. Les enfants ont commencé à exprimer verbalement leur désir de voir le menu changer. La réponse de la mère a été de continuer à faire ses repas en tenant compte des exigences de son régime prescrit par le médecin. Elle a demandé aux enfants de trouver le moyen de cuisiner ce qui leur plait en cas d'insatisfaction. Cette situation d'insatisfaction cristallisée autour de l'alimentation essentiellement a perduré jusqu'à ce que le grand-frère de Rosine intègre le corps médical et prenne l'initiative de sensibiliser ses frères.

Le même cas de figure est présent dans le couple Celestine-Jeanne. Au début de l'hypertension chez Celestine, sa femme a demandé qu'il réduise sa charge de travail pour se reposer. Ce dernier a résisté indiquant qu'il a beaucoup à faire dans son œuvre pastorale. Cette situation a été la cause de divers conflits qui ne se sont apaisés qu'à la faveur de l'émergence de la pandémie de Covid-19 :

Sans te mentir, c'est depuis que la prison a été confinée. Parce que jusqu'à présent, ça a permis qu'il se repose plus particulièrement. Parce que là, il n'avait pas de repos, et j'avais les problèmes avec lui tous les jours, parce qu'il ne se reposait pas. J'avais vraiment des problèmes avec lui. Ça, j'ai oublié ce côté-là. On avait vraiment des problèmes, parce que là là là là, ça n'allait pas. Ça m'amenait à bavarder, bavarder, bavarder, à lui faire les reproches tout le temps, et ça apportait les tensions entre nous, parce que moi j'exigeais son repos, et lui il voulait travailler. Je lui disais que non, ce n'est pas lui qui finit l'œuvre de Dieu. Il a fait ça, avant lui il y avait les gens qui ont travaillé, après lui, il y en aura toujours. Il doit prendre soin de lui-même. Mais la grâce que nous avons est comme il le dit lui maintenant qu'il est libéré de de la prison parce que le confinement l'a amené à se reposer et maintenant, il se dit qu'il est libéré. Ça lui fait vraiment la joie. (Entretien avec Jeanne, femme d'hypertendu, Nlongkak, 27/11/2020).

Ce discours permet de comprendre que c'est dans les interactions sociales que les personnes hypertendues et leurs proches discutent des stratégies face à la maladie. Il permet aussi de comprendre que c'est au sein des interactions que des négociations se font pour qu'une identité et une orientation soient données à la personne hypertendue en vue de son traitement et de la gestion de sa place en tant que membre des groupes sociaux.

Dans les cas sus-évoqués, les conflits du début du traitement de la maladie concernent les personnes qui n'ont pas été victimes d'AVC à l'entame de la maladie. La situation est différente pour les personnes dont la découverte de l'hypertension a débuté par un AVC. Parce que la maladie a frappé directement le malade l'exposant à la mort, les proches et le réseau relationnel ont vécu des interactions moins conflictuelles avec le malade, surtout au début de la maladie et lorsque les fragilités issues de cet accident sont ravivées. Dans leur cas, l'entourage est prompt à céder et à éviter toutes les formes de conflits possibles avec la personne hypertendue. L'idée derrière cette précaution est d'apporter du réconfort au malade, et d'éviter qu'il fasse une rechute qui pourrait causer une complication de sa condition ou alors mener au décès. C'est ainsi que beaucoup de précautions sont prises pour limiter le stress, pour cuisiner en tenant compte des besoins spécifiques de la personne victime d'AVC, pour éviter les contrariétés. Pierre Marie, le père de Léticia ou encore Vincent et la mère de Claude entre autres bénéficient de ce régime

particulier où plusieurs conflits sont évités par les proches au cours des interactions de peur de les « tuer. »²⁶⁰

Cette différence de traitement entre les personnes hypertendues et les personnes hypertendues victimes d'AVC au cours des interactions est essentiellement liée à la perception du risque pour la santé de la personne malade. Parce que la personne hypertendue qui n'a pas fait d'AVC est apparemment en santé aux yeux du reste du groupe, parce qu'elle n'a pas de séquelles visibles, ou un handicap observable, elle est reconnue comme malade, mais sans que cela ne soit jugé suffisamment grave pour nécessiter un régime de traitement spécial dans les interactions. C'est pour cela que des conflits peuvent éclater plus facilement au cours des interactions posant un risque sur l'intégration sociale de la personne hypertendue.

Les relations sociales entre les personnes hypertendues et leur réseau social sont sujettes à des conflits liés au traitement de la maladie. Ces conflits ne dégènèrent pas nécessairement au point de créer une rupture définitive entre la personne hypertendue et le reste du réseau social. Il existe des phases de tension et des phases d'accalmie, des ruptures et des réconciliations. La présence de désaccords n'implique pas la fin de la relation et donc la fin de l'intégration, du statut de membre. Ces conflits débouchent souvent sur des négociations implicites ou explicites, aboutissant à la reprise des relations et au rétablissement de la force du lien. Il n'y a donc pas tout le temps, au cours d'une relation, la même intensité de la force du lien : au fil des interactions, il s'affaiblit, se renforce, se maintient en fonction des événements qui l'influencent. Dans ce jeu d'instabilité du lien social, la qualité des interactions est assez déterminante.

III.4.2. Compromis et satisfaction tirés de l'interaction et intégration sociale

Dans l'étude de l'intégration sociale, la place de la négociation et de la qualité des interactions est assez fondamentale. Comme indiqué dans cette section en effet, il n'y a pas d'intégration sans interaction. Par ailleurs, l'on a indiqué que les interactions peuvent être sources de conflits, de rupture ou de fragilisation du lien social, et donc déboucher sur la fin de l'intégration dans un groupe ou dans un réseau social. Il a également été souligné que les interactions, après ces crises qui font peser un risque sur l'intégration sociale, peuvent servir à reconstruire des brèches créées par les conflits.

Pour que cela soit possible et que la relation puisse se maintenir, les acteurs sociaux se servent des interactions. Cela leur permet de se parler, de s'observer et de produire des actions

²⁶⁰ Propos de Stéphanie

qui les rapprochent. Lorsque survient un conflit, l'interaction est un élément déterminant de sa résolution. En gardant ou en renouant le contact, en recommençant à échanger, les acteurs sociaux ouvrent la voie à une issue autre que celle du conflit et de la séparation, propices à l'affaiblissement de l'intégration sociale. C'est ce qui a été observé dans le cas des personnes hypertendues et de leur réseau social. Pour que la rupture ne soit pas définitive, et pour que la séparation ne soit pas consommée, les acteurs sociaux malades et leur réseau social se donnent deux objectifs : compromis et satisfaction.

III.4.2.1. Le compromis dans les interactions comme moyen de l'intégration sociale

Le premier objectif est de trouver un compromis pour la suite de la relation. C'est ici que la négociation prend toute son importance dans le processus d'intégration sociale. Les personnes hypertendues qui suivent leur traitement ne sont pas soumises aux mêmes règles que les autres membres de leur réseau. Cela constitue une source potentielle de conflits. Lorsque ce dernier se répète souvent, les deux parties procèdent à l'abandon de certains éléments auxquels ils tiennent pour ramener du calme au sein des relations. Chaque partie cède du terrain sur des éléments qui font l'objet du conflit et qu'elle estime moins importants. La personne hypertendue peut par exemple consentir à revoir les niveaux de sel dans les repas tandis que les proches acceptent de ne pas avoir de cube dans les repas, ou d'en ajouter plus tard dans le leur.

Cet exemple est tiré du témoignage de Bernadette. Lorsqu'elle venait d'être dépistée, elle a soudainement changé la manière de faire des repas en réduisant le sel, les quantités d'huile et en éliminant le cube. Elle a expliqué aux enfants le bien-fondé de cette pratique, ce que ces derniers n'ont pas approuvé. Il s'en est suivi des bouderies, des dissimulations et un affaiblissement du lien. Les enfants boudaient les repas et cherchaient d'autres moyens de satisfaire leur faim. Cette situation a perduré jusqu'à ce que Bernadette, convaincue que ce n'est pas le régime alimentaire qui la maintient en santé, mais plutôt les médicaments, décide de ne plus en faire une norme dans la maison. Suite à cela, le conflit autour de l'alimentation s'est apaisé et les enfants ont consenti à ne plus consommer de cube.

Cette situation de séparation était également présente dans les interactions de la mère de Rosine et de sa réunion à laquelle elle participait. Après avoir découvert qu'elle était hypertendue, elle a limité ses sorties pour réduire les sources potentielles de stress. Le problème avec cela est que la présence aux réunions et donc les interactions avec les membres sont régies par des normes spécifiques, parmi lesquelles la présence physique à la réunion, la participation

aux contributions financières entre autres. Pendant les premiers moments de la maladie, la mère de Rosine a choisi de ne pas se rendre aux réunions. Elle n'a pas non plus informé les membres de ce groupe de sa maladie et donc des causes de son absence face aux risques de sanctions pouvant aboutir à une exclusion et donc à la perte du statut de membre. Cet acteur social a choisi de continuer à indiquer sa présence et sa volonté de faire partie du groupe en envoyant Rosine, sa fille, la représenter et apporter ses contributions financières en son nom. Le groupe s'est accommodé de cette situation et le compromis a été créé. La mère de Rosine pouvait continuer d'être membre du groupe, même si elle n'était plus régulière et que sa présence était assurée par sa fille.

Ces deux exemples permettent de constater que pour que l'intégration soit possible, les interactions, même celles qui peuvent être conflictuelles doivent déboucher sur des compromis dans lesquels chaque partie accepte, dans une négociation implicite ou explicite présente dans chaque interaction, de ne pas obtenir gain de cause sur la totalité de ses revendications et de ses attentes. Il y a donc, non pas soumission aux normes provenant d'une seule partie, mais une forme d'harmonisation des normes auxquelles les deux entités acceptent de se conformer. L'intégration sociale des personnes hypertendues est par conséquent le fruit d'un compromis négocié dans les interactions entre les normes anciennes présentes au sein du groupe et les nouvelles normes provenant de la médecine.

III.4.2.2. La satisfaction dans les interactions comme moyen de l'intégration

La satisfaction que les acteurs sociaux peuvent tirer des interactions est un facteur important de l'intégration sociale. Elle sert d'attrait pour le renouvellement de l'interaction et conditionne la continuité de la relation. Lorsqu'une interaction s'achève sur une note désagréable pour les acteurs sociaux, ceux-ci ont tendance à éviter de revivre cette sensation et donc prennent leurs distances vis-à-vis des relations dont ont été issues cette insatisfaction. La satisfaction au terme d'une interaction est donc un moyen et une raison de maintenir la relation, de renouveler les interactions, de renforcer le lien et de garantir l'intégration sociale. Lorsque Paul Émile raconte son expérience, il précise qu'il a dû, à un moment donné, se séparer de ses amis parce qu'il se sentait frustré de ne pas pouvoir trouver sa satisfaction dans ces relations à cause du régime qui lui interdisait la consommation de bière. Cette frustration l'a poussé à réduire les interactions avec ses amis, et progressivement, les sorties se sont raréfiées au point que désormais ses amis savent qu'ils ne peuvent plus compter sur lui pour les rencontres dans les bars :

[Ceux qui] savent que je suis malade, qui aimeraient bien que nous ayons une vie normale, ils estiment que c'est... d'autres estiment même que c'est injuste hein. Tout ce qui est bien c'est ça qu'on vous interdit. Il y a l'alcool, les boissons alcoolisées... il faut s'abstenir, il faut éviter. Les bières et tout ça. Ça crée une différence entre les amis. Parce qu'il y a des amitiés qui sont dans le vin. À un moment donné, on était ensemble, on faisait ci, on faisait ça, mais maintenant, on est obligé de devenir casanier. Par exemple, je ne mange pas à l'extérieur. Ça devient difficile de fréquenter les... de rester longtemps dehors, surtout que les relations avec les autres sont un peu coupées. On n'a plus beaucoup d'amis, je n'ai plus beaucoup d'amis.

Il ressort de ce qui précède que la décision de suivre les normes thérapeutiques a causé une frustration chez Paul Émile. Cette frustration est liée au fait que les interactions qui produisaient de la satisfaction chez lui sont devenues impossibles dans ces conditions. Ce qui les unissait et permettait qu'ils soient ensemble, c'était le partage des moments de sociabilité et des verres de « vin ». Ces moments de joie, de partages et d'interactions étant devenus difficiles à reproduire, une insatisfaction est née chez Paul Émile qui a choisi de se mettre à l'écart, fragilisant ainsi les liens qu'il entretenait avec son réseau social. La baisse des interactions liée à la décision de Paul Émile de prendre soin de sa santé a donc eu un impact sur son intégration dans les groupes sociaux. Par la suite, Paul Émile mentionne :

Oui, oui ! C'était un choc hein ! Puisque je dis j'étais quelqu'un qui vivait bien hein ! J'avais des amis de dehors. Je ne pouvais plus être avec eux, je suis resté cloîtré. Jusqu'à présent je n'ai pas retrouvé ces amitiés-là. Je n'ai pas d'amis, je n'ai pas de fréquentations : c'est l'église, le travail, la maison, c'est mon épouse, c'est mes enfants. Même la famille élargie c'est difficile. Parce que vraiment... oui. Les réunions de famille... je me suis vraiment senti comme euh...quelqu'un de euh... Bon il y a que moi-même, mais beaucoup plus le regard des autres, puisque nous ne partageons plus les mêmes centres d'intérêt. On ne peut plus traîner longtemps. À un moment, j'ai faim, il faut que je rentre. Je ne peux pas manger n'importe quoi. Il faut que je rentre, ça fait qu'on ne traîne pas. Donc c'est à ce niveau que je me suis senti comme quelqu'un de mis à part. Mais c'était moins difficile parce que j'étais engagé dans l'église de réveil. Ça crée forcément une séparation parce qu'il y a une autre façon de faire, une autre façon de penser qui ne sont pas très communes. C'était déjà pour moi un peu... Donc ça fait que j'ai vraiment vécu comme ça longtemps. Il a fallu que je prenne l'habitude de fréquenter la famille. (Entretien avec Paul Émile, hypertendu, Tsinga, association ACADIAH, 09/06/2021).

L'insatisfaction dans les interactions, c'est également une expérience vécue par Jacqueline. Pour y faire face, elle préfère limiter ses interactions avec les personnes qui lui font sentir la tristesse et dont les paroles la stressent. Elle avoue se contenter des relations avec les membres de sa famille qui la comprennent mieux depuis qu'elle est hypertendue. Pour elle, les autres types de liens apportent principalement des paroles et des remarques négatives qu'elle préfère éviter

d'écouter en limitant les interactions avec eux. Lorsqu'il arrive qu'elle se trouve en face d'une personne dont les paroles sont stressantes, elle a une technique :

C'est intéressant aussi d'être hypertendue hein, ça t'empêche de faire les choses compliquées, parce qu'il faut éviter l'énervement. Quand tu vois que l'histoire qui vient là... moi je commence à dire que Seigneur l'histoire qui vient là, pardon ne fais pas que ça me touche. Moi-même, pendant que tu parles, moi je suis dans la prière. Tu peux croire que tu m'as tuée alors que je n'ai même pas tout suivi, pendant que moi je priais là, je n'ai même pas suivi tout. (Entretien avec Jacqueline, hypertendue victime d'AVC, Tsinga, association ACADIAH, 11/06/2021).

Ce discours de Jacqueline mentionne le fait que plus elle a l'impression que ses interactions sont désagréables et ne lui procurent pas de satisfaction, plus elle a tendance à limiter ces interactions. L'attitude qu'elle développe est également révélatrice de sa conception de la nécessité d'éviter les situations comportant du stress. Cette situation a pour conséquence de la conditionner à éviter les personnes qui peuvent lui en causer. Ainsi, il y a une association entre l'énervement qui doit être évité et les personnes qui causent cet énervement. Dans les propos de Jacqueline, la manifestation de ce refus de situation est exprimée dans les premières phrases. Éviter l'énervement, c'est d'abord une prescription médicale, éviter les personnes qui peuvent le causer. Mais lorsque l'énervement et les personnes qui en sont à l'origine sont inévitables, le mieux c'est de créer de développer une attitude barrière dans son esprit pour ne pas être atteint par le caractère désagréable et insatisfaisant de l'interaction sociale.

Par ailleurs, la satisfaction dans les interactions entraîne le renforcement des liens et donc le désir d'intégration. Cette réalité est visible dans les histoires des acteurs hypertendus interrogés. Lors de l'échange avec Vincent, il affirme que si sa famille n'était pas présente, il serait décédé. Il est à ce sujet reconnaissant à sa femme qui l'accompagne partout lorsqu'il doit se déplacer. Elle conduit le véhicule, l'amène à ses rendez-vous, réalise les procédures administratives et les opérations financières, s'occupe de la maison et des enfants. Cette présence et la réalisation de ces activités ont satisfait Vincent qui trouve que sa relation avec sa famille et plus précisément sa femme a été un moteur de sa survie et de la conservation de son statut de membre. Le fait que Vincent trouve du plaisir à la relation et se satisfait des interactions produit en lui cette reconnaissance et ce désir de continuer à conserver le lien. Sur cette base, lorsqu'une interaction débouche sur un sentiment de satisfaction, cela renforce le lien et attache davantage l'individu au groupe.

Le développement qui précède permet d'indiquer à ce stade qu'un individu manifeste le désir de faire partie d'un réseau social lorsque celui-ci exerce un attrait sur lui. Cet attrait peut

être éprouvé dans l'issue de l'interaction que l'acteur social entretient avec les membres du groupe. Plus les interactions débouchent sur sa satisfaction, plus l'acteur social a tendance à s'attacher au groupe et à en devenir ou à en rester membre. Les ressources que le groupe met à la disposition de la personne hypertendue sont d'importants facteurs d'attraction, surtout si ces derniers sont concrètement visibles et se manifestent lors des interactions.

Erving Goffman conçoit la société comme une grande scène où les humains sont tous des acteurs qui essaient chacun de réussir sa performance scénique. Pour cela, les acteurs sociaux mettent des masques et interprètent des rôles afin de produire un effet souhaité sur les autres. Cela peut être de l'attraction ou de la répulsion. Chaque interaction est donc le moment pour les acteurs sociaux de jouer le rôle qui leur permet d'être intégrés ou non, d'attirer les autres ou non. Les interactions sociales ne sont donc pas des moments anodins, ce ne sont pas des phases négligeables de la vie quotidienne qui sont sans conséquences sur le charme qui s'exerce ou non auprès des acteurs sociaux. À cause de cela, les performances interactives des membres d'un groupe social sont un des éléments qui permettent à un acteur social de s'attacher ou pas, d'intégrer le groupe ou non. Les personnes hypertendues qui restent intégrées dans le groupe social sont ainsi à la recherche de la protection de la reconnaissance qui déterminent l'attachement au groupe selon Serge Paugam, et qu'ils peuvent tirer des interactions avec les autres membres du groupe. Ces liens sont d'autant plus forts que cette protection et cette reconnaissance sont satisfaites, et l'absence de satisfaction entraîne des « ruptures » du lien social.²⁶¹

III.5. L'intégration sociale des personnes hypertendues ou la négociation dans les interactions, des ressources et des besoins

L'intégration sociale est le fruit d'une négociation entre la personne hypertendue et son entourage. Cette négociation ne se fait pas sur des tables autour d'un médiateur et n'est pas diffusée dans les media. Elle se fait au quotidien, entre la personne hypertendue et les membres des divers groupes auxquels elle appartient, dans les interactions avec les membres de son réseau social. Ce que recherche la personne hypertendue, c'est la protection et la reconnaissance. Mais l'alignement des positions n'est pas systématique et ne se fait pas naturellement. Chaque groupe social a ses spécificités, ses atouts et ses contraintes qui déterminent et limitent ses capacités d'action. À côté de cela, l'acteur social possède ses spécificités et ses attentes qui peuvent être plus spécifiques que ce que le groupe met à sa disposition. C'est l'harmonisation de ces deux

²⁶¹ Voir Serge Paugam, *Le lien social*, op. cit. pp. 87-94

positions, la rencontre entre ce qui est attendu et ce qui est produit qui favorise l'intégration sociale.

Parce que rien n'est donné, l'acteur social hypertendu indique quels sont ses besoins spécifiques à sa condition de personne hypertendue au groupe auquel il appartient. Cette expression se fait au cours des interactions entretenues avec le groupe. Le lieu de la négociation pour l'intégration sociale, c'est l'interaction. Il n'y a pas un espace géographique donné ou destiné où les acteurs se rencontrent pour construire l'intégration sociale ; il existe plutôt un espace social qui garantit les rencontres et les échanges à ce sujet : cet espace, c'est l'interaction sociale.

C'est au cours des interactions que la personne hypertendue fait savoir qu'elle est malade. C'est en interagissant avec elle que le groupe social observe et constate les changements que la maladie apporte à la santé de la personne malade. Au fil des épisodes de la maladie, les interactions entre la personne malade et son entourage leur permettent de mieux cerner et développer un rapport à la maladie. Les interactions servent de jauge pour le groupe social et permettent aux acteurs décider des mesures à adopter pour satisfaire le besoin de protection et de reconnaissance que la personne hypertendue peut exprimer. C'est à travers les interactions que le groupe social et les personnes hypertendues peuvent déterminer la meilleure voie pour renforcer le statut de membre.

III.6. L'intégration sociale est un effort consenti dans les interactions pour vivre ensemble

En termes d'intégration, il n'y a pas qu'une partie qui joue le rôle agit. Le processus est assuré à la fois par l'entité qui intègre à savoir le groupe, et l'entité à intégrer, à savoir l'individu. L'effort n'est pas réparti selon les mêmes critères, mais il est indispensable des deux côtés pour arriver à l'intégration.

La personne qui veut être intégrée dans un groupe social ou dans un réseau social manifeste, au cours des interactions sociales, sa volonté. Cette volonté est observable par la disposition à se soumettre à certaines règles édictées par le groupe. Elle est également observable par la disposition de l'acteur social à accepter le compromis. Une personne qui, pendant les interactions, ne démontre pas aux autres ces deux caractéristiques, a peu de probabilité d'être acceptée au sein d'un groupe social. C'est donc un effort qui doit être fait et démontré au quotidien dans les interactions qui permet à l'acteur social de démontrer sa volonté de faire partie du groupe social. À chaque interaction, que ce soit en période de conflit ou pas, les dispositions

garantissent à la personne humaine une possibilité de conquérir et de conserver une place de membre au sein du groupe social.

Pour illustrer cela, référence peut être faite à la manière dont la mère de Rosine a trouvé le moyen de conserver son intégration au sein de sa réunion, en envoyant sa fille la représenter et à continuer de cotiser : « *Elle ne part pas à la réunion. Si elle a quelque chose à faire, c'est elle qui est là, mais c'est moi. Donc c'est moi qui assiste, c'est moi qui assiste.* » (Entretien avec Rosine, fille d'hypertendue, Nlongkak, 20/11/2020). Cette obéissance aux règles permet au membre de la réunion de reconnaître, par les interactions qu'elle implique, que cette femme ne veut pas être lise à l'écart, et qu'elle tient à son statut de membre de la réunion.

À côté de l'effort de l'acteur social hypertendu, il y a l'effort du groupe social qui consiste à mettre les ressources qu'il possède à la disposition de l'individu. Les ressources peuvent investir divers aspects (finances, affection, présence, etc.) Elles correspondent à ce que Paugam a appelé protection et reconnaissance. Ces ressources ne sont pas uniquement exprimées par des mots ou par des discours : elles peuvent être accessibles et disponibles au niveau de l'interaction sociale. C'est au cours de cette interaction sociale que la personne hypertendue est capable de voir se matérialiser ces éléments. Les ressources ne sont donc pas des données abstraites qui sont téléchargées dans l'esprit humain. Au contraire, c'est au cours des interactions, des échanges et contacts que l'acteur social entretient avec les membres du groupe, selon sphère d'appartenance (lien de participation organique, lien de participation élective, lien de filiation, lien de citoyenneté). Les interactions sont le lieu où le groupe s'efforce à prouver qu'il tient à l'individu et le veut comme membre. C'est ainsi que passées les périodes d'incompréhension, le maintien des interactions permet aux uns et aux autres de mieux comprendre la personne malade et de s'adapter en quelque sorte à la nouvelle donne en termes de relations sociales :

Je suis vraiment resté coupé. Bon c'est vrai que je me suis beaucoup plus attaché à l'église, aux membres de l'église, la communauté chrétienne. Bon après, vous savez, après quand on comprend, quand les autres aussi essaient de comprendre, on relativise. C'est maintenant, ça fait une dizaine d'années, plus même, qu'on essaie de reprendre un peu les relations avec une catégorie de personnes. Une stratégie particulière, je suis resté dans mon coin. Voilà. Les choses se sont faites avec le temps. Il y d'autres qui ont compris que j'étais malade, ils ont fait le pas. C'est-à-dire qu'ils ont compris que vraiment, lui il est comme ça, il n'est pas orgueilleux, c'est parce que la maladie lui impose un système. Par exemple, avec les collègues aussi, ils comprennent que vraiment, dès que je finis ce que j'ai à faire que je me précipite pour aller, ils comprennent que c'est... donc les choses se sont faites un peu, je veux dire, de façon naturelle, selon le degré de compréhension des autres. (Entretien avec Paul Émile, hypertendu, Tsinga, association ACADIAH, 09/06/2021).

Dans le témoignage ci-dessus, Paul Émile indique être resté coupé des relations avec les autres acteurs sociaux depuis le début de la maladie. Cette période de rupture a duré jusqu'à ce qu'il se tourne vers une communauté religieuse. Au sein de cette association, il a noué des relations avec les autres acteurs sociaux. Cette nouvelle configuration a été possible grâce à deux facteurs.

Le premier facteur, c'est l'évolution de la compréhension de Paul Émile. En effet, au départ, il s'est marginalisé, estimant que la maladie ne le rendait plus apte à nouer des relations et à entretenir des interactions avec les acteurs qui ne sont pas directement associés à son réseau de liens forts : c'est dans cette phase qu'il était « *coupé* » comme il l'indique. Son réseau social s'est alors rétréci, se limitant aux personnes qu'il côtoie au quotidien et pour des raisons soit familiales, soit professionnelles. Avec le temps, cet acteur a compris que la maladie n'était pas nécessairement le problème, mais sa compréhension de la maladie. Cette compréhension a été l'élément déclencheur du rétablissement de l'interaction avec un réseau social plus vaste, notamment incluant dans son association religieuse. Il a donc fait le pas et densifié ses interactions avec les autres, se rendant de plus en plus dans les cultes et réunions de l'église. Ce mouvement lui a permis de trouver une place au sein de cette église, et de s'y intégrer.

Le second facteur, c'est celui de la compréhension de la compréhension des autres, et notamment des membres de son église. Ici, il ressort que Paul Émile n'a pas été le seul à faire l'effort. En « comprenant », le groupe social a aussi contribué à faciliter et à rendre possible cette quête de relation et d'intégration. Cela montre que c'est à travers une action réciproque du groupe en réponse à l'initiative de Paul Émile que cette intégration a été réalisée. Dès lors, l'interaction est un élément fondamental de l'intégration sociale. L'importance de cette relation est apparente lorsque Paul Émile précise que ceux qui ont compris qu'il était malade ont fait le pas. Ils ont ainsi accepté sa maladie et choisi de faire le pas pour entretenir les interactions nécessaires à son acceptation en tant que membre.

Cette reprise des interactions, tout comme l'intégration sociale qui se construit, se fait progressivement, selon les propos de Paul Émile. C'est au fur et à mesure que les uns et les autres comprennent sa condition et choisissent de s'ajuster à celle-ci afin de conserver des relations indispensables à l'intégration.

L'intégration sociale est donc une construction, elle n'est pas décrétée ou spontanée. Elle se bâtit pierre après pierre, moment après moment. La construction de l'intégration sociale des

personnes hypertendues se fait à travers les interactions qui existent entre des personnes hypertendues et les groupes et réseaux sociaux. Chaque acteur, personne hypertendus et groupe ou membre du réseau social, apporte à chaque interaction une pierre à l'édifice, dont des raisons d'avancer ensemble, de se sentir ou de devenir membre, de croire en l'appartenance de l'individu au groupe et de lui apporter la protection et la reconnaissance qui renforcent le lien social. L'interaction sociale en tant qu'outil de contact, d'échange et de négociation est une clé indispensable à l'intégration sociale.

Conclusion

Chaque partie ne fait donc pas ce qu'elle croit convenable sans tenir compte de l'autre. C'est en fonction des attentes et des enjeux de la relation que des concessions sont faites pour garantir l'intégration de la personne hypertendue. L'intégration sociale est donc une action négociée, plutôt qu'une donnée spontanée, qui va de soi. Derrière le visage en apparence cohérent affiché dans les relations entre un groupe et une personne qui est soumise à des normes différentes de celles d'un groupe, se cachent en effet des moments de tension, d'incertitude, de négociations. Pour que la négociation se fasse, les parties (malades et groupes sociaux) qui travaillent à l'intégration sociale des personnes hypertendues se servent des interactions. Le lieu de négociation de la place de la personne hypertendue dans les groupes sociaux, c'est l'interaction. C'est dans ce cadre social que se rencontrent les intérêts divergents et que chaque partie fait savoir à l'autre ce qu'il faut pour que la vie ensemble puisse être une réalité. À travers les discours, les épisodes de la maladie, la force du lien social, les groupes et l'acteur malade communiquent pour construire à chaque interaction le sens du mot « membre », pour construire l'intégration sociale des personnes hypertendues.

CONCLUSION

La présente étude était intitulée *Normes thérapeutiques et intégration sociale des personnes hypertendues dans la ville de Yaoundé*. Elle est partie d'un constat : les personnes hypertendues sont membres d'un groupe social. Ce dernier a un mode de fonctionnement qui n'est pas toujours conçu pour prendre en compte les cas d'hypertension qui peuvent survenir. Le groupe social est organisé en fonction d'un certain nombre de paramètres qui envisagent rarement la modification permanente du fonctionnement du groupe à cause de la survenue d'une maladie chronique dont le traitement impose des changements dans des pratiques qui sont souvent fortement ancrées au sein du groupe. Le problème qui se pose ici est le suivant : pour être membre d'un groupe social, il faut accepter de se conformer à des règles qui y a cours. Or, les personnes hypertendues se trouvent, du jour au lendemain et à la suite d'un diagnostic parfois inopiné, en marge des normes et des pratiques en vigueur au sein de son groupe d'appartenance. Si donc l'on se fonde sur cette acception selon laquelle est membre d'un ensemble social celui qui accepte de se conformer à des normes qui lui sont antérieures et imposées par celui-ci, la personne hypertendue est à risque d'exclusion, à risque de perdre son intégration au sein du groupe social. Sur la base de cet obstacle à la compréhension de l'intégration de la personne hypertendue, il a été question de s'interroger sur ce qu'il advient de l'intégration sociale de cette catégorie d'acteurs dont les normes et pratiques prescrites se trouvent modifiées par une entité extérieure – la médecine moderne – aux groupes auxquels ils appartiennent.

Pour lever l'obstacle à la compréhension de l'intégration sociale des personnes hypertendues, la question centrale de cette recherche était la suivante : comment les personnes hypertendues font-elles face aux nouvelles normes thérapeutiques qui mettent à risque leur intégration sociale ? En réponse à cette question une hypothèse centrale a été formulée : pour garantir l'intégration sociale des personnes hypertendues face aux normes thérapeutiques, une action réciproque fondée sur le maintien de l'interaction et de la négociation entre l'individu malade et le groupe social est initiée et entretenue par ces parties. Cette hypothèse propose d'envisager l'intégration sociale comme un mouvement interactif, une suite de stimulus et réponse entre les personnes hypertendues et les groupes auxquels ils appartiennent ou veulent appartenir.

L'hypothèse centrale a été subdivisée en trois hypothèses secondaires. La première hypothèse considérait que le changement du système de normes et de valeurs en matière de santé des personnes hypertendues par les prescriptions médicales crée une déconstruction des

habitudes, et plus globalement, de l'intégration sociale. Selon cette hypothèse, les normes de la médecine en termes de traitement de l'hypertension artérielle inscrivent le malade dans une sorte de monde parallèle au monde réel dans lequel évolue la personne hypertendue, ce qui met cette dernière dans une situation de risque pour ce qui est de la conservation de son intégration sociale.

La seconde hypothèse considérait que les personnes hypertendues se servent des ressources financières, relationnelles et culturelles que les groupes auxquels elles appartiennent mettent à leur disposition pour favoriser leur intégration sociale. Cette hypothèse met en avant l'idée selon laquelle la personne hypertendue ne se laisse pas exclure de fait des groupes ou des réseaux sociaux. Elle déploie des stratégies pour continuer à en être membre. Pour ce faire, elle s'appuie sur les ressources que le groupe social met à sa disposition pour conserver son statut de membre.

La dernière hypothèse enfin envisage les réseaux de relations dans lesquelles participent les personnes hypertendues comme le moyen et la finalité de l'intégration sociale et participent à l'intégration sociale en adaptant leurs normes et actions au nouveau statut des personnes malades. Cela permet de considérer que les réseaux sociaux ne sont pas passifs dans le processus d'intégration sociale des personnes hypertendues. Ils jouent d'ailleurs un rôle actif dans l'intégration sociale des personnes malades en usant d'une certaine flexibilité pour garantir la conservation du statut de membre des hypertendus.

La vérification de ces hypothèses a été fondée sur trois théories. L'ethnométhodologie a permis d'observer et de collecter les méthodes profanes de construction de l'intégration sociale. L'interactionnisme symbolique avait pour rôle d'observer comment le statut de membre se construit dans les échanges entre les personnes hypertendues et le groupe social. La dernière théorie, qui est celle des réseaux sociaux, a permis de voir comment le réseau social peut se déployer pour garantir l'intégration sociale des personnes hypertendues. Sur le terrain, la collecte des données s'est faite à travers des techniques telles que l'observation directe, les entretiens semi-directifs, ainsi que les récits de vie et études de cas. La technique d'échantillonnage utilisée était l'échantillonnage par choix raisonné. Au terme de cette collecte 28 acteurs ont été interviewés. Cet échantillon comprend 20 personnes hypertendues et 8 proches. Quatre personnes hypertendues avaient été victimes d'AVC et quatre acteurs étaient proches de personnes hypertendues ayant fait un AVC.

Cette étude a été divisée en trois parties composées chacune à leur tour de deux chapitres.

La première partie traite du dépistage de l'hypertension artérielle et de la rupture normative dans laquelle elle introduit les personnes hypertendues. Dans cette partie, le premier chapitre s'attache à décrire la vie, les habitudes des acteurs sociaux avant le dépistage de la maladie. Ce chapitre a permis de constater que les personnes qui ne sont pas encore hypertendues ont des habitudes qui peuvent favoriser l'apparition de l'hypertension artérielle. Ces habitudes sont souvent héritées des groupes sociaux et reproduites dans les divers groupes dans lesquels évoluent les acteurs sociaux. Par le mécanisme de la pratique, ces habitudes deviennent des normes qui régissent le fonctionnement du groupe social, déterminent le normal et l'anormal, le beau et le laid le bon et le mauvais. Ces normes construites se transmettent et se reproduisent pour former ce qui est convenable de faire et constitue la mesure qui permet de juger les actions des uns et des autres. L'intégration sociale des acteurs sociaux, la possibilité de se réclamer membre d'un groupe social dépend de leur niveau de conformité à ce groupe social. Ainsi, pour marquer leur appartenance au groupe social, les acteurs sociaux essaient de se conformer le plus aux pratiques en cours au sein du groupe et partant se conforment même de façon apparente à ces normes-là. C'est dans cette logique que des repas sont cuisinés avec des éléments qui favorisent l'apparition des maladies chroniques, et plus précisément l'hypertension artérielle qui fait l'objet de cette étude. L'on constate donc qu'un des facteurs qui pousse les acteurs sociaux à agir est l'identification à un groupe social et la volonté de se conformer aux normes en vigueur dans ce groupe pour en être membre, c'est-à-dire pour y être intégré. La vie avant le dépistage de l'hypertension est donc rythmée par cette quête d'intégration sociale qui permet à l'individu de s'ancrer et de se positionner au sein du groupe social.

Le deuxième chapitre traite du dépistage de l'hypertension et des conséquences qu'il a sur le plan normatif pour la personne hypertendue et son intégration dans le groupe social. Ici, il a été question de démontrer que la question de l'intégration de la personne hypertendue se pose à partir du moment où le médecin et la médecine moderne introduisent des changements dans les pratiques de la personne hypertendue. Ce chapitre a permis de démontrer que tant que la médecine ne prescrit pas de nouvelles normes pour le traitement de la maladie, la question de l'intégration sociale des personnes hypertendues peut être anecdotique. Dès lors que la personne hypertendue est dépistée par le médecin, elle est soumise à un traitement qui est à la fois pharmacologique et non pharmacologique. Le traitement pharmacologique peut avoir des conséquences sur les finances de la personne hypertendue et sur celles de son groupe d'appartenance. La situation est plus complexe constitue un facteur dynamisant des relations entre la personne hypertendue et son réseau social lorsque celle-ci s'attaque aux mesures non

pharmacologiques. C'est en effet à ce niveau que se pose véritablement le problème de l'intégration sociale des personnes atteintes d'hypertension. Ce problème est davantage visible pour les mesures relatives au régime alimentaire et à la gestion du stress. En demandant à la personne malade de réduire sa consommation de sel, de cube ou de matière grasse, en prescrivant à la personne hypertendue d'éviter les sources de stress, le personnel médical s'immisce dans les habitudes décrites au premier chapitre pour proposer de nouvelles manières de faire, de penser et de sentir. Pourtant, la personne hypertendue fait partie d'un réseau relationnel dans lequel elle ne décide pas pour tout et qui possède ses propres règles de fonctionnement. Il existe donc un conflit qui se pose entre les normes qui ont permis l'intégration sociale de la personne hypertendue et les nouvelles normes formulées par la médecine, qui doivent être appliquées par le malade et qui contredisent les normes préexistantes au sein du groupe social. La prescription de nouvelles normes sociales par le médecin est donc le facteur principal qui déclenche la quête d'intégration sociale des personnes malades qui veulent se faire soigner. Elles entrent ainsi en conflit avec les anciennes normes et leur place au sein du groupe, leur position de personne intégrée est remise en question. Pour parvenir à retrouver une place au sein du groupe social tout en conservant son statut de personne malade, les modalités de l'intégration sociale doivent être redéfinies.

C'est dans la seconde partie de cette thèse que sont abordées les stratégies développées par les personnes hypertendues ainsi que le rôle des groupes sociaux dans l'intégration sociale des personnes malades. Le troisième chapitre de l'étude s'intéresse à ce que font les personnes hypertendues pour retrouver une place malgré les modifications des normes auxquelles les médecins les soumettent. Ici, il a été question de voir la manière dont les personnes malades se déploient pour continuer à être membre d'un groupe social alors qu'ils sont soumis à des normes de fonctionnement différentes de celles en vigueur au sein des groupes sociaux. Ce chapitre a permis de constater que les personnes hypertendues utilisent plusieurs moyens à cet effet. L'un de ces moyens est de ne pas se soigner. Cette stratégie leur permet de continuer à se comporter comme des personnes qui ne sont pas malades. Pour se faire, les personnes hypertendues continuent à se soumettre aux normes qui prévalent dans le groupe social et qui sont pourtant jugées par le médecin comme dangereuses pour la santé. Ce faisant, les personnes hypertendues passent aux yeux des autres comme normales et ne nécessitant pas de traitement particulier. Elles évitent ainsi une stigmatisation liée à leur condition de personne désormais différente. Cette pratique est souvent courante chez les personnes qui n'ont pas encore été victimes de crises ou qui n'ont pas encore été victimes de complications de l'hypertension artérielle, notamment la

survenue d'un AVC. Lorsque des crises, un AVC, ou la simple prise de conscience de la gravité de la maladie sont manifestées, les acteurs sociaux hypertendus suivent un traitement qui leur permet d'éviter le pire. Pour cela, certains misent sur la stabilisation de leur santé grâce aux médicaments. D'autres associent en plus de cette précaution pharmacologique, le régime alimentaire recommandé. Mais dans la plupart des cas, et surtout lorsqu'il n'y a pas d'AVC, les patients ne respectent pas strictement la nouvelle norme, et se permettent des écarts quand cela peut leur permettre de retrouver une certaine habitude passée ou encore gommer les différences qui existent entre eux et les autres membres du groupe social. À côté de cela, les acteurs sociaux hypertendus développent des arts de la politesse qui leur permettent de refuser des repas sans paraître impolis et sans offenser les autres. Cela leur permet de continuer à conserver des relations sociales avec les autres, et donc de garantir leur intégration sociale. Mais à côté de ces stratégies, les personnes hypertendues se replient souvent vers leur entourage, vers les liens forts de leur réseau social pour les informer de la maladie. Cette action d'information permet d'émettre un besoin de prise en charge, de prise en compte de la condition de personne hypertendue, avec la tolérance normative qui permet de garantir le statut de membre, bien que la maladie rende l'acteur hypertendu déviant du point de vue des pratiques notamment alimentaires ayant cours dans son groupe. C'est à ce niveau que s'accomplit le premier mouvement de l'intégration sociale qui consiste pour la personne hypertendue à faire un mouvement vers le groupe social pour démontrer son attachement au groupe ainsi que sa volonté de continuer à être membre de ce dernier, c'est-à-dire sa volonté de continuer à être intégré au groupe social.

Dans le quatrième chapitre de cette thèse qui constitue le deuxième mouvement de la seconde partie, il a été question de s'intéresser à la manière dont le groupe social se dispose à réaliser l'intégration sociale de la personne hypertendue. Ce chapitre a permis de constater que suite au dépistage de la maladie chez l'un de leurs proches, le groupe commence par chercher à comprendre le sens de cette nouveauté, de cet élément dynamisant qu'est la présence l'hypertension artérielle. Cette quête de sens est la première procédure à laquelle se soumettent les proches de la personne hypertendue. Lorsque suffisamment de connaissances sont rassemblées, les autres membres du groupe social procèdent à des ajustements qui visent à trouver une place à la personne malade en leur sein, malgré la nécessité de suivre des normes différentes de celles habituellement pratiquées. C'est ainsi que le groupe se dispose à modifier sa manière de cuisiner pour tenir compte des spécificités de la personne hypertendue. Le groupe social en l'occurrence ceux qui appartiennent aux liens forts du réseau social mettent à la disposition de la personne hypertendue les médicaments. En outre, comme c'est le cas chez la

personne hypertendue elle-même, le groupe social agit avec plus ou moins de rigueur dans l'application des nouvelles normes selon la perception de la gravité de la maladie et selon les divers épisodes. Les membres du groupe social plus précisément familial peuvent disposer de leur temps et « faire barrière » pour garantir une réduction du stress nécessaire à la stabilisation de la personne hypertendue. C'est ainsi que le groupe social peut limiter les interactions de la personne malade avec l'extérieur, réduire sa fréquence de sortie. Dans certains cas, la personne hypertendue est représentée dans les autres sphères, généralement par les membres de sa famille pour limiter ses sorties et ses déplacements, et lui assurer une certaine présence dans ces sphères. Le groupe social limite également l'annonce de mauvaises nouvelles et développe une technique d'annonce progressive lorsque la nouvelle concerne le deuil, par exemple. Il est à noter que c'est le lien de filiation qui modifie le plus ses normes et se rend flexible pour accepter et intégrer en son sein les personnes hypertendues. Les autres types de liens, notamment les liens de participation organique, par exemple, ne font pas de réels aménagements pour intégrer les personnes malades, surtout lorsque ces personnes sont handicapées par un AVC. Dans ce chapitre il a pu être noté que l'intégration n'est pas que le fait de la personne hypertendue. Elle n'est possible que si le groupe social répond favorablement en mettant à la disposition de la personne malade les ressources dont elle dispose pour son intégration. Le processus d'intégration n'est donc pas unilatéral, ce n'est pas l'individu seulement ou le groupe social uniquement qui produit l'intégration sociale. Si l'on a coutume d'entendre que pour devenir membre il faut se conformer aux normes en vigueur au sein du groupe désiré, force est de constater que le groupe peut user de flexibilité envers ses normes, et donc son propre fonctionnement, pour assurer l'intégration sociale d'un acteur. Le succès de l'intégration sociale est donc la combinaison de deux volontés qui convergent : celle de l'acteur social, et celle du groupe social.

La dernière partie de ce travail de thèse traite de l'intégration sociale comme négociation et comme produit des interactions. Le cinquième chapitre considère l'intégration sociale comme une négociation. Ce chapitre a permis de revenir sur les raisons de l'existence de la négociation : la présence d'un conflit. Le conflit est donc l'élément déclencheur de toute négociation. C'est d'ailleurs en se fondant sur cela que Strauss a pu dire que tout ordre social est négocié. Sur la base de cette affirmation, il apparaît que les relations sociales sont traversées par des conflits permanents que les acteurs sociaux s'emploient à résoudre. La fin d'une négociation donne lieu à un ordre négocié qui peut encore être remis en question et donc négocié à nouveau afin d'aboutir à un autre ordre négocié. Dans cette perspective, la société est en quête de cette stabilité,

bouillonne en tout temps et négocie pour trouver la forme qui lui correspond le mieux et à un moment donné.

Dans ce cinquième chapitre, une distinction a été faite entre négociation implicite et explicite, ce qui a permis de s'aligner sur la position de Strauss selon laquelle en toute chose la société est en train de négocier pour sa stabilité. Ce chapitre a également souscrit à l'idée d'une négociation qui ne se fait pas toujours de façon formelle ou dans de grandes instances sociales. C'est se fondant d'ailleurs sur cette idée que l'intégration sociale des personnes hypertendues a été analysée comme une négociation implicite et explicite entre les acteurs sociaux dans les cercles souvent restreints. Chaque relation sociale, chaque groupe social survit et se maintient grâce à des micro-négociations permanentes qui lui assurent une certaine stabilité. Dans ce chapitre également, l'origine de la négociation a été identifiée comme le conflit posé par la prescription, par les médecins, de normes allant parfois à l'encontre de celles pratiquées au sein du groupe social avant l'avènement de la maladie. Du coup, pour continuer à vivre ensemble, les patients et les groupes sociaux s'organisent pour trouver de nouvelles manières d'être ensemble, pour négocier les nouvelles normes qui vont régir leur vie en commun.

La négociation se fait entre l'acteur malade et les groupes sociaux auxquels ils appartiennent. Au cours de cette négociation, une demande est émise par la personne hypertendue. Cette demande concerne les prescriptions médicales telles que les médicaments, le régime alimentaire. Elle concerne également la gestion du stress ainsi que d'autres attentions telles que les rappels pour la prise des médicaments, et la considération du statut d'hypertendu dans les interactions. Cette demande peut être exprimée de façon explicite ou implicite, mais prend son origine dans le fait que la personne hypertendue a informé l'entourage de son nouveau statut et des implications de celui-ci.

Face à cette demande, le groupe social peut répondre par des offres. Ces offres peuvent également être exprimées explicitement ou implicitement. Ces offres consistent en des ressources que le groupe met à la disposition de la personne hypertendue afin de réaliser son intégration ou alors de consolider une intégration fragilisée par les normes médicales. C'est ainsi que les groupes ou, de façon plus diffuse, les réseaux sociaux mettent à la disposition de la personne hypertendue les ressources financières. Ils proposent également une certaine flexibilité qui leur permet de s'adapter aux besoins de la personne hypertendue. La personne hypertendue peut aussi compter sur une assistance pour divers besoins et tâches. Cette combinaison binaire dans laquelle l'acteur social demande et le groupe met à sa disposition est ce qui permet de poser

les bases de l'intégration sociale. C'est la négociation et les formes sociales, les ordres sociaux qui en sont issus qui favorisent l'intégration sociale.

Les résultats de cette négociation sont des acquis temporaires qui cristallisent le fonctionnement du groupe pendant un temps avant que de nouveaux événements ne viennent imposer la négociation d'un nouvel ordre. Par conséquent l'intégration sociale n'est pas une donnée définitive : elle se compose et se recompose, se fragilise et se renforce au gré des événements et des résultats de négociations entreprises entre l'acteur social et le réseau social auquel il appartient. Pour que la négociation ait lieu afin de permettre l'intégration de la personne hypertendue, cette dernière doit présenter des éléments qui poussent le groupe à envisager de changer les règles convenues. Ces éléments sont des résultats d'examens ou de consultation, décision de suivre le traitement, l'apparition d'épisodes de maladies comme les crises ou les AVC. Ces éléments présentés au groupe font ensuite l'objet d'un examen par celui-ci. Pour ce faire, le groupe évalue les risques liés à la santé du patient pour déterminer si, selon ses représentations, sa santé ou sa vie sont en danger. Le groupe procède également à l'évaluation des risques liés à son fonctionnement. Ces deux principaux critères servent à déterminer quelle réponse apporter à la demande de l'acteur social et donc à son besoin d'intégration.

Le sixième et dernier chapitre de ce travail porte sur l'intégration sociale des personnes hypertendues comme fruit d'une construction dans les interactions sociales. Il a permis de préciser que l'interaction est au centre de toutes les relations sociales. Ce chapitre a également permis de mettre en exergue l'importance des liens forts et faibles dans l'intégration des personnes hypertendues. Les liens faibles constituent pour les personnes hypertendues le moyen de préserver leur présence dans la société. Cette idée est inspirée des travaux de Granovetter qui estime que les liens faibles ont une certaine force qui permet l'acteur social d'accéder à des ressources qui ne se trouvent pas dans son environnement immédiat, dans les liens forts. Grâce à ces liens faibles, la personne hypertendue parvient à conserver une existence et une participation dans un réseau social plus vaste. Tout cela reste et perdure au fil du temps, avec des variations. Une de ces variations qui peut influencer la perpétuation des liens faibles et donc avoir une incidence sur l'intégration sociale de la personne hypertendue, c'est la survenance d'un AVC. Dans ce cas de figure, la personne hypertendue voit son réseau de liens faibles se réduire au profit du renforcement du réseau de liens forts. Les liens faibles peuvent cependant toujours intervenir de temps à autre.

Les liens forts concentrent le lieu dans lequel les plus grands ajustements sont effectués pour l'intégration sociale de la personne hypertendue. C'est à ce niveau que les normes sont modifiées en fonction de la demande et de la santé de la personne hypertendue. C'est dans les liens forts que la personne hypertendue peut réclamer et obtenir une alimentation qui correspond aux exigences normatives de la médecine dans le cadre du traitement de l'hypertension artérielle. Les liens forts disposent d'une certaine capacité d'adaptation qui assure une protection au patient. Dès lors, quand il le faut et que le groupe dispose de moyens (informations, formation et finances notamment) les membres de cette partie du réseau social s'assurent que la personne hypertendue ne perde pas son statut de membre. Cette précaution du groupe social se manifeste également quand apparaît des cas d'AVC. Lors de cet épisode de maladie, les proches du malade déploient des efforts supplémentaires pour assurer que les interactions qu'ils entretiennent avec la personne malade soient marquées du sceau de la reconnaissance de son statut de membre. Ces proches mettent des ressources à la disposition des personnes hypertendues et renforcent leur présence autour des malades afin de leur assurer leur appartenance au groupe. Les liens forts participent également à la construction d'un réseau social sur lequel la personne malade peut compter dans le cadre de son traitement. Ils servent de base pour tisser d'autres relations, renforcer le réseau, et pénétrer dans des groupes dont les ressources peuvent être capitalisées pour le traitement et l'intégration sociale des personnes malades d'hypertension.

Dans la dernière section de ce chapitre, la place centrale de l'interaction dans le processus d'intégration sociale des personnes hypertendues a été soulignée. Les entités étatiques et médicales peuvent jouer un rôle dans l'intégration des personnes hypertendues, mais l'essentiel de cette intégration se fait à travers les interactions qui existent avec entre la personne malade et les autres. C'est au cours de ces interactions que l'état de santé du malade est connu et que les proches déterminent la gravité ou non de la situation. Sans les interactions, sans les rencontres et les contacts que ces interactions créent, l'intégration sociale se révèle aporétique. Le socle de l'intégration sociale des personnes se trouve dans les relations, les échanges que les acteurs sociaux entretiennent. C'est au cours des interactions que la personne hypertendue est jugée, c'est en échangeant avec les autres que sa situation est évaluée et appréciée. C'est toujours au cours de ces interactions que les besoins relatifs à ses spécificités en tant que personne malade s'expriment et se découvrent. Sans interactions, la situation de la personne hypertendue reste assez abstraite dans les représentations sociales et il est difficile pour les membres du groupe, du réseau social de considérer dans la construction du quotidien, une place pour les personnes hypertendues qui tiennent compte de leurs besoins sans les exclure de certaines sphères.

Le lien entre intégration sociale et interaction sociale est donc un lien de dépendance. L'intégration sociale des personnes hypertendues, surtout celles qui suivent un traitement, est fortement corrélée à la qualité des interactions entretenues entre les personnes malades et la société en général. Si au cours des interactions, la personne hypertendue fait l'effort d'être stricte sur son traitement, elle peut se retrouver à l'écart des groupes sociaux, si en retour le groupe social ne manifeste pas de flexibilité à son égard. Si la personne hypertendue choisit de ne pas afficher le fait de se traiter, elle bénéficie d'une sorte d'état d'intégration qui est lié à la dissimulation de son statut de malade. L'interaction sociale est donc un lieu où se construit l'intégration sociale.

Il convient de noter à la suite de ce qui vient d'être dit que l'intégration sociale se fait d'autant plus facilement que les parties ressentent une certaine satisfaction suite aux interactions qui les lient. Chaque interaction qui se termine par une satisfaction pousse les acteurs en présence à renforcer leurs liens et donc de réaliser ce sentiment d'appartenance, ce réconfort d'être membre nécessaire à l'intégration sociale.

Au terme de ce travail, il apparaît que les hypothèses formulées au départ ont été validées. Les résultats obtenus par cette étude sont donc les suivants :

1. Avant l'apparition de la maladie et son dépistage par le médecin, la personne hypertendue était soumise à des critères d'évaluation de sa condition de membre qui n'étaient pas nécessairement fondés sur le traitement d'une maladie. Les exigences pour le traitement de l'hypertension ne constituent pas des épiphénomènes : elles participent à créer un nouvel univers normatif dans lequel doit s'inscrire la personne hypertendue pour obtenir la stabilisation de sa pression artérielle. Cette orientation des normes qui conditionnent l'action de la personne malade est dotée d'une certaine force de coercition. La coercition dont il est question ici est liée au fait qu'il est clairement expliqué à la personne hypertendue que si elle déroge aux normes prescrites, elle est à risque d'aggraver son état et donc de perdre définitivement sa santé et éventuellement sa vie. En modifiant les normes et en conseillant de nouvelles pratiques, le personnel médical se pose comme une entité normative qui s'immisce dans le fonctionnement usuel d'un groupe ou d'un réseau social. Il remet en cause les pratiques ayant cours au sein des groupes sociaux et crée une situation d'exception, qui engendre des différences de normes et de pratiques entre ce qui doit être pratiqué par les personnes malades et ce qui est pratiqué dans les groupes sociaux. C'est ce conflit qui fragilise

l'intégration sociale des personnes hypertendues au sein des divers groupes sociaux (famille, amitié, milieu professionnel, milieu associatif entre autres.

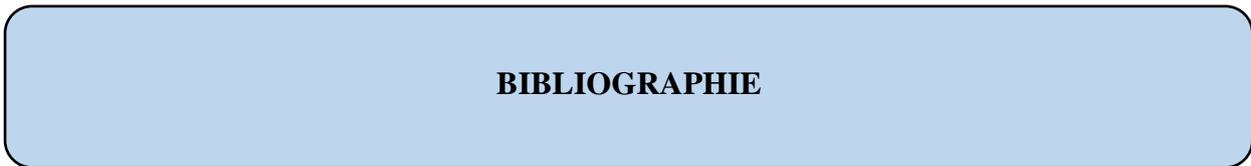
2. Face au risque de voir leur intégration sociale remise en cause ou fragilisée face à la nécessité de respecter de nouvelles normes qui sont parfois en contradiction avec celles des groupes auxquels ils appartiennent, les personnes hypertendues déploient des stratégies reposant sur l'utilisation des ressources que les groupes mettent à leur disposition pour favoriser leur intégration sociale. Concrètement, les malades étudient et évaluent les atouts, les failles et les contraintes des groupes sociaux pour parvenir à garantir leur place au sein du groupe. Que ce soit en usant de dissimulation ou en exprimant des besoins précis, la personne hypertendue parvient à conserver une place dans la majorité des groupes auxquels elle appartient, tant qu'un handicap ou un AVC ne survient pas pour limiter ses interactions avec les autres membres du groupe.
3. À côté de ces efforts que l'acteur social hypertendu consent à faire, les réseaux de relations dans lesquelles participent les personnes hypertendues travaillent à créer les conditions d'une continuité de la participation de la personne hypertendue. Diverses ressources sont ainsi mises à la disposition du malade. Ces ressources sont financières, matérielles, organisationnelles et relationnelles. Ces ressources sont aussi normatives, en vue de créer un certain équilibre entre ce qui est recommandé par les médecins et ce qui avait cours au sein du groupe social avant la maladie. La finalité des efforts consentis par le groupe et la personne malade est l'intégration sociale de la personne hypertendue. Cette intégration est un mouvement fondé sur les actions réciproques, donc sur les interactions entre la personne malade et le groupe social.

La présente étude propose d'envisager que c'est au cours des interactions que les acteurs sociaux négocient et construisent l'intégration sociale des personnes hypertendues. L'intégration sociale est donc une construction issue de la négociation, principalement dans les interactions sociales, des besoins des individus et des ressources du groupe ou du réseau social. L'observation des interactions et des négociations qui s'y produisent sont donc une clé de la compréhension et de la considération de l'intégration sociale comme construction sociale. Les acteurs qui sont en interaction se battent pour des enjeux qui peuvent être des enjeux de pouvoir, des enjeux économiques, des enjeux de civilisation, mais aussi des enjeux d'appartenance sociale, pour la détention du statut de membre. Ce statut n'est pas acquis une fois pour toutes : il

se négocie et s'équilibre au fil du temps et au sein des interactions, à mesure que des dynamiques, et dans le cas d'espèces l'hypertension, viennent remettre en cause l'appartenance de l'individu au groupe ou la force du lien social qui unit l'individu au groupe. Questionner l'intégration sociale, c'est considérer la manière dont les acteurs sociaux interagissent et le fruit de ces interactions au fur et à mesure que des dynamiques internes et/ou externes influencent ces interactions et remettent en question les acquis. On n'est pas une fois et pour toujours membre d'un groupe social, au contraire : l'intégration est une négociation permanente dans les interactions, entre l'acteur social qui fait une demande et doit faire bonne figure d'une part ; et d'autre part, une flexibilité et une offre de ressources que le groupe met à la disposition des personnes qui aspirent à être ou à demeurer membres d'un groupe ou d'un réseau social.

Cette étude sur l'intégration sociale des personnes hypertendues peut être poursuivie en s'intéressant spécifiquement aux conflits qui peuvent survenir à cause de la présence de normes contradictoires et opposées. La présente étude s'est attachée uniquement à l'analyse de ce qui fait qu'une personne hypertendue ne soit pas en rupture avec les groupes sociaux alors qu'elle est désormais soumise à d'autres réalités qui la prédisposent à cette rupture. Une étude portant sur les échecs de l'intégration sociale peut être menée pour compléter ce travail.

En somme, si les personnes hypertendues ne sont pas en rupture avec les groupes sociaux à cause de leur maladie, c'est parce que des négociations principalement informelles sont organisées lors des interactions et que chaque partie consent à faire correspondre la demande et l'offre en sorte qu'un déséquilibre ne mette pas en danger la survie du groupe. Il est donc possible de conclure que la négociation dans les interactions est une condition de l'intégration sociale.



BIBLIOGRAPHIE

1. OUVRAGES GÉNÉRAUX

ABERNOT, Yvan et RAVENSTEIN, Jean, *Réussir son mémoire de master en sciences humaines et sociales. Problématiques. Méthodes. Outils*, Paris, Dunod, 2009.

ALPE, Yves, et al., *Lexique de sociologie*, Paris, Dalloz, 4e éd., 2013.

AMIN, Samir, *Le développement inégal*, Paris, Minit, 1973.

BALANDIER, Georges, *Afrique ambiguë*, Paris, Plon, coll. « Terre Humaine », 1957.

BALANDIER, Georges, *Sens et puissance. Les dynamiques sociales*, Paris, PUF, 3^e éd, 1986.

BALANDIER, Georges, *Sociologie actuelle de l'Afrique Noire*, Paris, PUF, 4^e éd., 1982.

BEAUD, Stéphane et WEBER, Florence, *Guide de l'enquête de terrain. Produire et analyser des données ethnographiques*, Paris, La Découverte, coll. « Guides Repères », 1998.

BLANCHET, Alain et al, *Les Techniques d'enquête en sciences sociales*, Paris, Dunod, 1987.

BRETON (Le), David, *La Sociologie du risque*, Paris, coll. « QSJ », 1995.

CORCUFF, Philippe, *Les Nouvelles sociologies*, Paris, Nathan, 1995.

COULON, Alain, *L'ethnométhodologie*, Paris, PUF, coll. « QSJ », 1987.

DESCARTES, René, *Discours de la méthode*, Évreux, Larousse, coll. « Nouveaux Classiques Larousse », 1972.

DURKHEIM, Émile, *Le Suicide*, Paris, Félix Alcan, 1897.

DURKHEIM, Émile, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, PUF, 11^e éd, 2002.

ELA, Jean-Marc, *La Ville en Afrique Noire*, Paris, Karthala, 1983.

FÉRRÉOL, Gilles et al, *Dictionnaire de sociologie*, Paris, Armand Colin, 2002.

JODELET, Denise, *Les représentations sociales*, PUF, 2003.

LAHIRE, Bernard, *L'Homme pluriel. Les ressorts de l'action*, Paris, Nathan, 1998.

LALLEMENT, Michel, *Histoire des idées sociologiques : De Parsons aux contemporains*, tome

2, Paris, Nathan, 1993.

LEBARON, Frédéric, *La sociologie de A à Z*, Paris, Dunod, 2009.

MENDRAS, Henri, *Éléments de sociologie*, Paris, Armand Colin, Coll. « U », 2001.

MONTOUSSE, Marc et RENOUARD, Gilbert, *100 fiches pour comprendre la sociologie*, Paris, Bréal, 1997.

NGA NDONGO, Valentin (dir.), *Dynamiques sociales en Afrique noire. Chantiers pour la sociologie africaine*, Paris, L'Harmattan, coll. « Sociologie Africaine », 2016.

NGA NDONGO, Valentin, *Plaidoyer pour la sociologie africaine*, Yaoundé, PUY, 2003.

NGA NDONGO, Valentin et KAMDEM, Emmanuel (dir.) et al, *La sociologie aujourd'hui : une perspective africaine*, Paris, L'Harmattan, coll. « Sociologie Africaine », 2010.

OLIVIER, Lawrence et al. *L'Élaboration d'une problématique de recherche*, Paris, L'Harmattan, coll. « Logiques Sociales », 2005.

QUIVY, Raymond et CAMPENHOUDT, Luc Van, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, 1995.

ROCHER, Guy, *Introduction à la sociologie générale*, Québec, Hurtubise HMH Ltée, 4^e éd., 1992.

STEINER, Philippe, *La Sociologie de Durkheim*, Paris, La Découverte, 4^e éd., 2005.

TRAVERSO, Véronique, *L'analyse des conversations*, Paris, Nathan, Coll. « 128 », 1999.

WEBER, Max, *Économie et société. Les catégories de la sociologie*, tome 1, Paris, Pocket, 1995.
Trad.fr. Julien FREUND

2. OUVRAGES SPÉCIALISÉS

ACAR, Philippe et HULOT, Jean Sébastien, *Cardiologie*, Paris, Ellipses, 2001.

ADAM, Philippe et HERZLICH, Claudine, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan Université, coll. « 128 », 1994.

ANZIEU, Didier et MARTIN Jacques-Yves, *La Dynamique des groupes restreints*, Paris, PUF, coll. « Le Psychologue », 1968.

BECKER, Howard, *Outsiders. Studies in the sociology of deviance*, New York, The Free Press, Collier-Macmillan Limited, 1966.

BROUANT, Bernard, *Les maladies cardio-vasculaires*, Paris, Solar, coll. « Consultation », 1991.

DEMEULENAERE, Pierre, *Les normes sociales. Entre accords et désaccords*, Paris, PUF, 2003.

DOUGUET, Florence, *De la passivité à la gestion active du traitement de sa maladie : le cas des malades rénaux chroniques*, Paris, L'Harmattan, coll. « Le travail social », 2000.

DUPONT, Christophe, *La Négociation : conduite, théorie, applications*, Paris, Dalloz, 1994.

GILBERT, Jean-Claude et SAFAR, Michel, *Risque vasculaire cardiaque et cérébral. 33 questions et 7 ordonnances*, Paris, Masson, 2006.

GOFFMAN, Erving, *Les rites de l'interaction*, Paris, Les éditions de minuit, Coll. « Le sens commun », 1993.

GOFFMAN, Erving, *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les éditions de minuit, Coll. « Le sens commun », 1975.

GUTH, Suzie (dir.), *L'Insertion sociale*, Paris, L'Harmattan, 1994.

PAUGAM, Serge, (dir), *L'intégration inégale. Force, fragilité et rupture des liens sociaux*, Paris, PUF, Coll. « Le Lien social », 2014.

PAUGAM, Serge, *Le lien social*, Paris, PUF, Coll. « Que sais-je », 2^e édition, 2010.

PAUGAM, Serge, *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris, PUF, 2009.

PRUDHOMME, Christophe et al, *Dictionnaire de médecine et de soins infirmiers*, Paris, Maloine, 2009.

REY, Jean-Pierre, et al., *Le Groupe*, Paris, Éditions Revue EPS, coll. « Pour l'action », 2000.

STRAUSS, Anselm, *Negotiations: varieties, processes, contexts, and social order*, San Francisco, Jossey-Bass, 1978.

WEBER, Florence, et al. *Charges de famille. Dépendance et parenté dans la France Contemporaine*, Paris, La Découverte, 2003.

3. ARTICLES SCIENTIFIQUES

Articles de revue scientifique

ALLAIN, Sophie, « La négociation comme concept analytique central d'une théorie de la régulation sociale », in *Négociations*, vol. n° 2, n° 2, 2004, pp. 23-40.

ARCHER, Margaret, « Social Integration and System Integration: Developing the Distinction » in *Sociology*, vol. 30, n° 4, November 1996, pp. 679-699.

ARREY, Walters Tabi, et al., « Hypertension, an Emerging Problem in Rural Cameroon: Prevalence, Risk Factors, and Control », in *International Journal of Hypertension*, vol. 2016, 2016, pp. 1-6.

ASCH, Solomon, « Forming impressions of personality », in *The Journal of abnormal and social psychology*, 41(3), 1946, pp. 258-290.

AZANTSA, Boris, et al., « The effect of body weight on the incidence and prevalence of hypertension in Yaoundé », in *Journal of Diabetes and Endocrinology*, Vol 1, March 2010, pp. 6-12.

BOURELLY, Martine, « Cheffe de cuisine : le coût de la transgression », in *Cahiers du Genre*, n° 48, 2010, pp. 127-148.

BOYER, Hervé, « Accueillir, intégrer assimiler : définitions et éthique. À propos de l'accueil et de l'intégration des travailleurs handicapés en milieu professionnel », in *VST - Vie sociale et traitement*, vol. 119, n°3, 2013, pp. 106-111.

Breton, Hervé, « L'enquête narrative : entre description du vécu et configuration biographique », in *Cadernos de Pesquisa*, vol. 50, n° 178, octobre 2020 pp.1138-1158.

BURRICK, Delphine, « Une épistémologie du récit de vie », in *Recherches qualitatives*, Ottawa, coll. hors-série « Les Actes », n°8, Ottawa, 12 mai 2009, pp 7-36.

BURT, Ronald, « Le capital social, les trous structuraux et l'entrepreneur », in *Revue française de sociologie*, 36, n° 4, 1995, pp. 599-628.

CANE, Fabien et al., « Hypertension artérielle chez les patients d'ascendance africaine », in *Revue médicale suisse*, n° 13, 2017, pp. 1576-1579.

CARPENTIER, Normand et WHITE, Deen, « Perspective des parcours de vie et sociologie de l'individuation », in *Sociologies et sociétés*, Vol XLV, Printemps 2013, pp. 279-300.

CHATOT, Myriam et MEDVED, Caryn, « « Est-ce que c'est vraiment le rôle d'un papa d'être au foyer ? » Négocier le rôle de parent au foyer quand on est un homme », in *Négociations*, vol.25, n°1, 2016, pp. 155-166.

CHAUVIN, Maroussia, et al., « Irruption de la maladie grave dans le handicap », in *Revue JAMALV*, n°120, mars 2015, pp. 81-92.

COLLIN, Johanne et HUGHES, David, « Hypertension artérielle et habitudes de vie dans les journaux québécois : désocialisation, responsabilisation individuelle et réprobation morale », in *Aporia*, vol.2, n° 4, pp. 36-46.

COLLIN, Johanne, « Relations de sens et relations de fonction : risque et médicament », in *Sociologie et sociétés*, vol. 39, n° 1, 2007, pp. 99-122.

COLLIOT-THÉLÈNE, Catherine, « Rationalisation et désenchantement du monde : problèmes d'interprétation de la sociologie des religions de Max Weber », in *Archives de sciences sociales des religions*, n° 89, 1995, pp. 61-81.

DEFO, Barthelemy et al., « Blood pressure and burden of hypertension in Cameroon, a microcosm of Africa: a systematic review and meta-analysis of population-based studies », *Journal of Hypertension*, n° 11, Vol. 37, November 2019, pp. 2190–2199.

DJOURDA FEUDJIO, Yves Bertrand, « Réseaux relationnels et processus de soutien aux malades de la tuberculose au Cameroun », in *Redes-Revista hispana para el análisis des redes sociales*, vol. 18, n°6, 2010, pp 145-162.

DUBET, François, « Robert Castel, Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat », in *Sociologie du travail*, vol. 38, n° 2, 1996, pp. 240-244.

DUFOUR, Médéric, « L'homme animal politique », in *Bulletin de l'Association Guillaume Budé*, n°18, janvier 1928. pp. 35-37.

EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, « 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension », in *European Heart Journal*, n° 39, 2018, pp 3021-3104.

FOURCADE, Laurent, « L'hypertension artérielle en Afrique subsaharienne actualité et perspectives », in *Médecine Tropicale*, n° 67, 2007, pp. 559-567.

GARDELLA, Édouard, « Du jeu à la convention. Le self comme interprétation chez Goffman », in *Tracés. Revue de sciences humaines*, n° 4, ENS Éditions, 2003, pp.21-42.

GAUTHIER, Carol-Anne, « Le rôle des réseaux sociaux dans le processus d'intégration socioprofessionnelle des femmes immigrants qualifiées au Québec », in *Économie et Solidarités*, vol 43, n° 1-2, 2013, pp. 98-110.

GENNART, Michèle et al, « La maladie chronique : une atteinte à l'histoire des familles », in *Thérapie Familiale*, 2001/3 Vol. 22, pp. 231-250.

GIRERD, Xavier, et al., « Hypertension et stress : pourquoi informer les hypertendus ? », in *Acta Medica International. Hypertension*, vol. 14, n° 1, janvier 2002, pp 3-4.

GOGUELIN, Pierre, « Le concept de négociation », in *Négociations*, vol. n° 3, n° 1, 2005, pp. 149-170.

GRANOVETTER, Mark, « The Strength of weak ties », in *American Journal of Sociology*, vol. 78, n° 6, 1973, pp. 1360-1380.

KEITH, Sheldon, « Qu'est-ce que l'intégration ? par Dominique Schnapper, Paris : Éditions Gallimard, 2007, 238 p., ISBN : 978-2-0703-3642-5. », in *Relations industrielles*, vol. 64, n°4, 2008, pp.787-789.

KINGUE, Samuel et al., « Prevalence and Risk Factors of Hypertension in Urban Areas of Cameroon: A Nationwide Population-Based Cross-Sectional Study», in *The Journal of Clinical Hypertension*, vol. 17, n° 10, October 2015, pp. 819-824.

KRZESINSKI, Jean-Marie et SAINT-REMY, Annie, « Les maladies complexes : l'hypertension artérielle », in *Revue Médicale de Liège*, vol. 67, n° 5-6, 2012, pp. 279-285.

KUATE DEFO, Barthelemy et al., « Blood pressure and burden of hypertension in Cameroon, a microcosm of Africa: a systematic review and meta-analysis of population-based studies », *Journal of Hypertension*, vol. 37, n° 11, November 2019, pp. 2190–2199.

LAZEGA, Emmanuel, « Analyse de réseaux et sociologie des organisations », in *Revue française de sociologie*, 1994, vol. 35, n° 2, pp. 293-320.

LIGUE MONDIALE CONTRE L'HYPERTENSION, « L'exercice physique dans la prise en charge l'hypertension » in *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, vol. 69, n° 3, 1991, pp. 271-275.

LIVET, Pierre, « Normes sociales, normes morales, et modes de reconnaissance », in *Les sciences de l'éducation – Pour une ère nouvelle*, Vol. 45, n° 1-2, 2002, pp 51-66.

LOCHAK, Danièle, « L'intégration comme injonction. Enjeux idéologiques et politiques liés à l'immigration », in *Cultures & conflits*, n° 64, décembre 2006, pp. 1-15.

MARTI, Carole, « L'importance des liens faibles dans les entreprises artisanales : exemple d'Internet pour le partage et la réutilisation des connaissances », in *Revue internationale PME*, vol. 19, n°3-4, 2006, pp.137-145.

MARTINACHE, Igor, « L'Intégration inégale. Serge Paugam (dir.) Paris, Puf, coll. « Le lien social », 2014, 512 p. ISBN : 978-2-13-056333-4 », in *Idées économiques et sociales*, vol. 178, n° 4, 2014, pp. 76-77.

MAUSS, Marcel « Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés primitives », in *L'Année sociologique (1896/1897-1924/1925)*, vol. 1, 1923, pp. 30-186.

MBANYA et al., « The prevalence of hypertension in rural and urban Cameroon », *International Journal of Epidemiology*, vol. 27, n° 2, avril 1998, pp.181-185.

MOUNIER-VÉHIER, Claire et al., « Prise en charge de l'hypertension artérielle chez une femme enceinte », in *Act. Méd. Int. – Hypertension*, vol. 10, n° 3, pp. 54-61.

NTENTIE, Françoise Raïssa, et al., « A silent killer in the Far North Region of Cameroon: Increasing prevalence of hypertension among Kaele dwellers », in *International Research Journal of Medicine and Biomedical Sciences*, vol.4, n° 2, 2019, pp. 13-22.

PAICHELER, Geneviève, « Présentation / Présentation », in *Sociologie et sociétés*, vol. 39, n°1, 2007, pp. 5-12.

PAUGAM, Serge, « Insertion, intégration, participation », in *Recherches et Prévisions*, n°20, juin 1990, pp 7-8.

POSTEL-VINAY, Nicolas, « Histoire de l'hypertension artérielle et du risque vasculaire : aux origines des mutations de la médecine contemporaine », in *Histoire des sciences médicales*, tome 30, n° 2, 1996, pp. 235-241.

POSTEL-VINAY, Nicolas, « Seuils et cibles de pression artérielle : Chiffres sous influence », in *Hta-Info*, n° 29, 2010, pp. 4-9.

PROULX, Michelle, « Du discours savant à l'expérience subjective de la maladie hypertensive ou lorsque le sens est mis à risque », in *Sociologie et sociétés*, vol. 39, n°1, 2007, pp. 79-98.

PRUJIM, Menno, et al. « Alimentation et hypertension artérielle : au-delà du sel de table », in *Revue Médicale de Liège*, vol. 4, n° 262, 2010, pp. 1715-1720.

QUÉRÉ, Louis, « Sociabilité et interactions sociales », in *Réseaux*, vol 6, n° 29, 1988, pp. 77-91.

REYNAUD, Emmanuèle, « Strauss Anselm, Négociation. Varieties, contexts, processes and social order », in *Revue française de sociologie*, vol. 21, n° 3, 1980, pp. 461-463.

RHEIN, Catherine, « Intégration sociale, intégration spatiale », in *L'Espace géographique*, vol. 31, n° 3, 2002, pp. 193-207.

RIVIÈRE, Carole-Anne, « La spécificité française de la construction sociologique du concept de sociabilité », in *Réseaux*, vol. 123, n° 1, 2004, pp. 207-231.

RIVIÈRE, Carole-Anne, « Le téléphone : un facteur d'intégration sociale », in *Économie et statistique*, n° 345, 2001, pp. 3-32.

SAINT POL, Thibaut (de), « Les évolutions de l'alimentation et de sa sociologie au regard des inégalités sociales », in *L'Année sociologique*, vol. 67, n° 1, 2017, pp. 11-22.

SCHAAL, Benoist et SOUSSIGNAN, Robert, « L'enfant face aux aliments : d'avant-goûts en préférences en programmations », in *Enfance*, vol. 60, n° 3, 2008, pp. 213-218.

STOETZEL, Jean, « La maladie, le malade et le médecin : esquisse d'une analyse psychosociale », In *Population*, vol. 15, n° 4, 1960, pp. 613-624.

TANKEU, Aurèle, et al., « Spécificités de la prise en charge de l'hypertension artérielle chez le patient diabétique sub-saharien », in *Médecine des Maladies Métaboliques*, vol. 11, n° 2, mars 2017, pp 148-154.

TISSOT, Sylvie, « Entre soi et les autres », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 204,

n° 4, 2014, pp. 4-9.

VILLE, Cassandre, « L'intériorisation des normes : une analyse discursive des pratiques dépilatoires des femmes à Montréal », in *Anthropologie et Sociétés*, vol. 40, n°3, 2016, pp. 279-296.

WIEVIORKA, Michel, « L'intégration : un concept en difficulté », in *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. 125, n° 2, 2008, pp. 221-240.

Chapitres d'ouvrage collectif

ASCH, Solomon, « Effects of Group Pressure on the Modification and Distortion of Judgments », in Guetzknow, H., (dir.), *Groups, Leadership and Men; research in human relations*, Pittsburgh, Carnegie Press, 1951, pp. 177-190.

DAMON, Julien, « Léon Bourgeois. La solidarité et le solidarisme », in Damon Julien (dir.), *100 penseurs de la société*, Paris, PUF, 2016, pp. 49-50.

GOUGH, Ian and OLOFSSON, Gunnar, « Introduction: New Thinking on Exclusion and Integration », in *Capitalism and Social Cohesion*, Ian Gough and Gunnar Olofsson (dir.), Palgrave Macmillan, 1999, p. 1-10.

LOCKWOOD, David, « Social Integration and System Integration », in *Social Change: Exploration, Diagnoses, and conjectures*, George K. Zollschan and Walter Hirsch (dir.), Schenkman Publishing Company, pp. 370-383.

MORTENSEN, Nils, « Mapping System Integration and Social Integration », in *Capitalism and Social Cohesion*, Ian Gough and Gunnar Olofsson (dir.), Palgrave Macmillan, 1999, p. 13-37.

4. THÈSES ET MÉMOIRES

Thèses

DOULOUGOU, Boukaré, *Hypertension artérielle dans la population adulte du Burkina Faso : Prévalence, Détection, Traitement et Contrôle*, Thèse de doctorat Ph. D en santé publique option épidémiologie, Université de Montréal, 2014.

GONZALEZ-SICILIA FERNANDEZ, Daniela, *Le rôle de l'activité physique et la sédentarité en âge préscolaire sur les habitudes de vie, le rendement scolaire et le développement psychosocial au début de l'adolescence*, Thèse de doctorat PhD en psychoéducation, Université

de Montréal, Août 2019.

ROBERT, Pauline, *Place de la dynamique mitochondriale dans l'hypertension artérielle et l'anévrisme aortique*, Thèse de doctorat en physiologie, physiopathologie, biologie systémique médicale, Université d'Angers, 2021.

Mémoires

EZÉCHIEL, Arthur Noel Match, *Les stratégies individuelles d'intégration des immigrants guinéens, maliens et sénégalais au Québec*, Mémoire présenté comme exigence partielle de la maîtrise en communication, Université du Québec à Montréal, février 2006.

KENNE, Urbain Serges, *La vente des médicaments traditionnels dans l'espace urbain. Esquisse d'une « médecine » du trottoir à Yaoundé*, Mémoire de master en sociologie, Université de Yaoundé I, 2010.

MANGA, Serges Landry, *Politiques de réduction de la pauvreté et impacts sociaux : Le cas de la vente de médicaments génériques à Yaoundé*, Mémoire de maîtrise en sociologie, Université de Yaoundé I, 2007.

NDEME BEPEDE, Léa Emmerentienne II, *Mode de consommation alimentaire et socialité en milieu urbain : contribution à une étude de la restauration de rue à Yaoundé*, Mémoire de master en sociologie, Université de Yaoundé I, 2010.

NSANGOU MBOUEMBOUE, Moustapha Mohammed Moncher, *Les comportements sexuels et reproductifs des femmes vivant sous antirétroviraux au Cameroun*, Mémoire de master en sociologie, Université de Yaoundé I, 2010.

ONANA NOAH, Nathan, *La Dynamique de la consommation à Yaoundé : Essai d'approche sociologique des modes de consommation dans une société en mal-développement*, Mémoire de master en sociologie, Université de Yaoundé I, 2002-2003.

RENAUD, Anaïs, *L'insertion des personnes handicapées en milieu « ordinaire » de travail*, Mémoire de fin d'études Master 2 Management des Entreprises de l'Économie Sociale, Université de Reims Champagne-Ardenne, 2013/2014.

ST-HILAIRE, Isabelle, *Les difficultés d'intégration sociale des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale sur le plan de l'habitat : le point de vue des personnes atteintes d'un trouble de*

santé mentale et des travailleurs sociaux dans la région de Lanaudière sud, Mémoire présenté comme exigence partielle de la maîtrise en travail social, Université du Québec à Montréal, février 2011.

TCHIATAGNE FOSSI, Luther Ivan, *L'hypertension artérielle au Cameroun, prise en charge et incidence sur les relations sociales : une étude dans la ville de Yaoundé*, Mémoire de Master en sociologie, Université de Yaoundé I, 2013.

5. RAPPORTS DE RECHERCHE

BUCREP, 3^e RGPH. *Rapport de présentation des résultats définitifs*, Yaoundé, mars 2010.

COUVREUR, Agathe, et al., *De la transmission à l'apprentissage des savoir-faire culinaires : regards croisés de filles et de mères*, CREDOC, Cahier de recherche 198, 2004.

INSERM U558, *La relation médecin-malade lors de consultations de patients hypertendus en médecine générale de ville. Analyse pour l'amélioration de la prise en charge de l'hypertension artérielle et la réduction des facteurs de risque*, Rapport de recherche, INPES, Février 2007.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE et ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Rapport de suivi des 100 indicateurs clés de Santé du Cameroun en 2019*, Yaoundé, 2019.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, *Plan National de Développement Sanitaire PNDS 2016-2020*, Yaoundé, août 2016.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, *Plan stratégique pour la promotion et le développement des mutuelles de santé au Cameroun 2005 - 2015*, Yaoundé, mars 2006.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Panorama Mondial de l'hypertension. Un « tueur silencieux » responsable d'une crise de santé publique mondiale*, Journée mondiale de la santé 2013, 2013.

6. SOURCES INTERNET

CAMEROON TRIBUNE, « Hypertension artérielle : environ 35 % de la population concernée », en ligne sur <https://www.cameroon-tribune.cm/article.html/19020/fr.html/hypertension-artérielle-environ-35-de-la-population-concernee>, consulté le 14 février 2020.

DJITÉ, Cathérine, « Cameroun : Combattre l'hypertension avec le gui », *La Voix Du Paysan*, 3 septembre 2018. Disponible sur <https://www.lavoixdupaysan.net/cameroun-combattre->

lhypertension-avec-le-gui/, consulté le 07 mai 2022

GOVERNMENT OF CANADA, STATISTICS CANADA, *Le Quotidien — Rapports sur la santé : tension artérielle, hypertension et principaux facteurs de risque*, diffusé le 20 février 2019 et en ligne sur <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/190220/dq190220a-fra.htm>, consulté le 24 juin 2021.

Marie Christine, « Lutte contre les maladies cardiovasculaires : la santé du cœur en priorité », en ligne sur <https://www.cameroon-tribune.cm/article.html/29071/en.html/lutte-contre-les-maladies-cardiovasculaires-la-sante-du-coeur-en-priorite>, publié le 11 novembre 2019, consulté le 19 février 2020.

MBASSI, Yvette, « Maladies du cœur : ces tueuses qu'il faut bien connaître », en ligne sur <https://www.cameroon-tribune.cm/article.html/29687/fr.html/maladies-du-coeur-ces-tueuses-quil-faut-bien-connaître#>, publié le 12 décembre 2019, consulté le 14 février 2020.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, « Hypertension », en ligne sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>, publié le 25 août 2021, consulté le 18 février 2022.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, « Activité physique », en ligne sur www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity, publié le 26 novembre 2020, consulté le 23 janvier 2021.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, « Hypertension et Covid-19. Note d'information scientifique », en ligne sur <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/342639/WHO-2019-nCoV-Sci-Brief-Hypertension-2021.1-fre.pdf>, publié le 17 juin 2021, consulté le 19 mars 2022.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, « Journée mondiale de la Santé : mesurez votre tension artérielle pour rester en bonne santé. Communiqué de presse de l'OMS du 03 avril 2013 », en ligne sur <https://www.who.int/fr/news/item/03-04-2013-world-health-day-2013-measure-your-blood-pressure-reduce-your-risk>, consulté le 19 février 2020.

PEREZ, Martine, « L'ail contre l'hypertension », in *Le Figaro Santé*, 21 novembre 2010, disponible sur <https://sante.lefigaro.fr/actualite/2010/11/21/10558-lail-contre-lhypertension>, consulté le 07 mai 2022

7. JOURNAUX ET PERIODIQUES

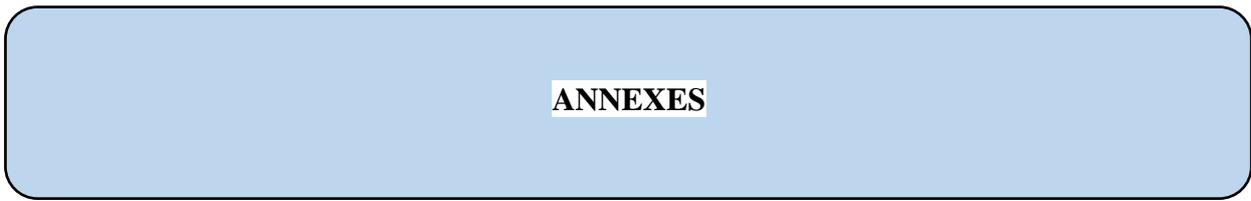
DJITE, Catherine, « L'hypertension artérielle. La connaître pour mieux la prévenir », in *La voix du paysan*, n° 133, février 2003, p. 8.

MVOM, Salomé Angeline, « Hypertension artérielle. Définition, complications et conseils pratiques », in *Diabète-Info-Acadia*, n°004, 2005, pp. 13-14.

NKEUBENG, Alain Claude, « Aux sources... Une progression vertigineuse », in *Espoir santé*, n°001, juin 2011, p. 6.

SINFO, Agnès, « Entretien... « Contrôler votre tension [sic] tous les six mois ». Pr K. Ngu Blackett, cardiologue au CHU éclaire sur l'hypertension et l'AVC », in *Espoir santé*, N° 001, Juin 2011, p. 7.

SINFO, Agnès, « L'hypertension artérielle. La couleuvre aux tentacules géantes ! [sic] », in *Espoir santé*, N° 001, Juin 2011, p. 6.



ANNEXES

LISTE DES PERSONNES INTERVIEWÉES

N°	Identifiant	Sexe	Statut	Autres
1	Pierre Marie	M	HT	Victime AVC
2	Jeannette	F	HT	
3	Celestine	M	HT	
4	Rosine	F	Proche (Mère HT)	
5	Stéphanie	F	Proche (Père HT)	Père victime AVC
6	Bernadette	F	HT	
7	Claude	M	Proche (Mère HT)	Mère victime AVC
8	Léticia	F	Proche (Père HT)	Père victime AVC
9	Jeanne	F	Hypertendue et Proche (Mari HT)	
10	Vincent	M	HT	Victime AVC
11	Paul	M	HT	
12	Paul Émile	M	HT	
13	Jacqueline	F	HT	Victime AVC
14	Myriam	F	HT	
15	Christiane	F	Proche (Mère HT)	
16	Aboubakar	M	HT	
17	André	M	HT	
18	Gustave Théodore	M	HT	Victime AVC
19	Gwladys	F	HT	
20	Anne	F	HT	
21	Angeline	F	HT	
22	Aïssat	F	HT	
23	Jean Bosco	M	HT	
24	Alain	M	HT	
25	Louissette	F	HT	
26	M. M.	M	Proche (Ami HT)	Ami Victime AVC
27	M. Pascal	M	HT	
28	Solange	F	Proche (mari HT)	

GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES PERSONNES HYPERTENDUES

i. Identification

ii. Prise en charge de la maladie et rupture biographique

- ✓ Historique de la maladie et de sa détection
- ✓ Prescriptions médicales
- ✓ Respect des prescriptions médicales et raisons
- ✓ Perception de l'incidence des prescriptions médicales sur les relations avec les autres acteurs des différentes sphères sociales fréquentées
- ✓ Identification des sphères sociales au sein desquelles le sentiment d'exclusion se fait le plus ressentir, manifestation et indicateurs
- ✓ Détermination des différents bénéfices (protection et reconnaissance) tirés dans les divers types de liens
- ✓ Comparaison de l'intensité de la protection et de la reconnaissance dans les sphères, avant et après le dépistage de la maladie.
- ✓ Identification des changements relationnels, des pratiques post détection de la maladie et du sentiment d'appartenance au groupe.

iii. Stratégies développées par la personne hypertendue pour son intégration

iv. Perception de l'apport des personnes tierces dans la facilitation de l'intégration sociale

- ✓ Identification des efforts de la filiation rétablir le sentiment d'appartenance suite à la nécessité de respecter les prescriptions médicales
- ✓ Identification des efforts des liens d'élection pour rétablir le sentiment d'appartenance suite à la nécessité de respecter les prescriptions médicales
- ✓ Évaluation de la satisfaction face à ces efforts

GUIDE D'ENTRETIEN POUR L'ENTOURAGE DES PERSONNES HYPERTENDUES

i. Identification

ii. Prise en charge de la maladie et rupture biographique

- ✓ Historique de la maladie et de sa détection
- ✓ Prescriptions médicales
- ✓ Participation au respect des prescriptions médicales et raisons
- ✓ Perception de l'incidence des prescriptions médicales sur les relations avec la personne hypertendue
- ✓ Identification des situations dans lesquelles ne se manifeste plus la différence suite au besoin de prise en charge, manifestation et indicateurs
- ✓ Comparaison de l'intensité de la protection et de la reconnaissance dans les sphères, avant et après le dépistage de la maladie.
- ✓ Identification des changements relationnels, des pratiques post détection de la maladie et du sentiment d'appartenance au groupe.

iii. Stratégies développées par l'entourage de la personne hypertendue pour conserver le sentiment d'appartenance

- ✓ Stratégies de protection
- ✓ Stratégies de reconnaissance
- ✓ Existence ou modification des normes en faveur des personnes hypertendues
- ✓ Estimation du délai avant l'adoption de ces normes

iv. Évaluation de l'apport de l'entourage dans l'intégration de la personne malade

- ✓ Réponse de la personne hypertendue face aux mécanismes d'intégration sociale développés par le groupe (adhésion, indifférence, refus...)
- ✓ Existence de sanctions en cas d'isolation ou de refus de bénéficier des mécanismes d'intégration (protection et reconnaissance)
- ✓ Évaluation de la satisfaction face à ces efforts

Index des auteurs

A

Allain Sophie, 246, 249
 Alpe Yves, 153, 208
 Amin Samir, 59
 Archer Margaret, 10
 Aristote, 63, 64, 360
 Asch Solomon, 63, 288

B

Balandier Georges, 121, 240
 Beaud Stéphane, 26, 28
 Becker Howard, 121, 229, 287
 Blanchet Alain, 27
 Boyer Hervé, 206
 Burrick Delphine, 27
 Burt Ronald, 143, 307

C

Campenhoudt Luc Van, 26
 Cane Fabien, 5
 Carpentier Normand, 293
 Castel Robert, 121, 346
 Chatot Myriam, 247, 248
 Chauvin Maroussia, 202
 Colliot-Thélène Catherine, 80
 Couvreur Agathe, 45

D

Demeulenaere Pierre, 106
 Djouda Feudjio Yves Bertrand, ii, 251, 301
 Doulogou Boukaré, 3, 5, 14, 15, 32
 Dufour Médéric, 64
 Dupont Christophe, 248
 Durkheim Émile, 8, 9, 30, 66, 132, 142, 173, 174, 283, 286

G

Gardella Édouard, 140, 229
 Gauthier Carol-Anne, 311
 Girerd Xavier, 96
 Goffman Erving, iii, iv, 70, 121, 140, 143, 226, 227, 228, 229, 287, 322

Goguelin Pierre, 241, 242, 244, 245, 248, 249, 268
 González-Sicilia Fernández Daniela, 54
 Gough Ian, 8, 10, 350
 Granovetter Mark, iii, iv, 25, 26, 139, 293, 294, 295, 304, 307

H

Hughes David, 16

I

INSERM U558, 103, 352, 360

K

Keith Sheldon, 267
 Kuate Defo Barthelemy, 3, 4

L

Lahire Bernard, 51
 Lallement Michel, 143, 144
 Lazega Emmanuel, iii, iv, 25, 143, 307
 Ligue mondiale contre l'hypertension, 94, 95, 360
 Livet Pierre, 212
 Lochak Danièle, 267, 268

M

Marti Carole, 293, 294, 296, 301
 Mauss Marcel, 70
 Mbanya Jean Claude, 32
 Medved Caryn, 247, 248
 Mortensen Nils, 8, 10, 11

N

Nga Ndongo Valentin, ii, 22, 174

O

Olofsson Gunnar, 8, 10, 350
 Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2, 5, 15, 91, 92, 360

P

Paugam Serge,11, 12, 13, 62, 63, 64, 65,
121, 122, 124, 125, 192, 196, 203, 256,
262, 283, 292, 304, 310, 322, 348
Postel-Vinay Nicolas,81

Q

Quéré Louis,290, 291
Quivy Raymond,26

R

Rey Jean-Pierre,30, 115
Rhein Catherine,8, 30, 210
Rocher Guy,104, 153, 208, 265, 266

S

Schnapper Dominique,62, 267, 347
Simmel Georg,64, 68

Steiner Philippe,9

Stoetzel Jean,133, 135, 136, 137, 180

Strauss Anselm,246, 247, 249

T

Tabi Arrey Walters,2

Tankeu Aurèle,3, 14, 15

Tchiatagne Fossi Luther Ivan,113

Tissot Sylvie,141

V

Ville Cassandre,6

W

Weber Florence,26, 28

Weber Max,80, 346

White Deen,293

Index thématique

A

Accident vasculaire cérébral, 2, 15, 40, 71, 80, 84
 Activité physique, 4, 20, 32, 37, 53, 54, 55, 83, 84, 91, 92, 94, 95, 111, 115, 122, 152, 194, 350, 369, 370, 371
 Appartenance, 6, 9, 12, 37, 41, 45, 51, 62, 63, 64, 70, 124, 125, 133, 172, 206, 235, 240, 243, 281, 305, 306, 309, 310, 313, 324, 326, 329, 331, 337, 338, 339, 340, 357, 358
 AVC, v, 28, 29, 40, 42, 56, 57, 61, 68, 70, 71, 72, 74, 75, 76, 77, 82, 90, 92, 93, 98, 99, 105, 109, 112, 113, 114, 117, 120, 134, 146, 147, 148, 149, 150, 152, 154, 155, 159, 162, 166, 167, 169, 183, 185, 186, 187, 191, 192, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 203, 204, 205, 207, 211, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 221, 222, 223, 224, 225, 232, 233, 235, 247, 256, 257, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 269, 270, 275, 277, 278, 279, 280, 282, 298, 299, 300, 301, 306, 307, 308, 312, 313, 316, 317, 321, 330, 333, 334, 336, 337, 339, 354, 356, 363, 370, 375

C

Capacité d'adaptation, 261, 262, 263, 282, 337, 374
 Compter pour, 56, 63, 65, 122, 196, 256
 Compter sur, 65, 122, 171, 192, 193, 196, 202, 206, 214, 233, 253, 263, 296, 319, 335
 Conflit, iii, 6, 7, 10, 35, 69, 116, 124, 126, 127, 160, 167, 168, 212, 215, 218, 241, 242, 243, 244, 248, 255, 265, 273, 274, 275, 282, 290, 304, 309, 310, 312, 314, 318, 323, 332, 334, 335, 338, 374
 Crise, 2, 5, 72, 87, 88, 89, 97, 98, 107, 111, 113, 114, 122, 123, 131, 133, 134, 137, 138, 147, 150, 151, 156, 169, 189, 193, 195, 196, 200, 203, 204, 207, 214, 217, 224, 231, 240, 250, 253, 261, 264, 274,

275, 278, 279, 283, 297, 313, 314, 317, 332, 333, 336, 352

D

Demande, 17, 19, 28, 29, 115, 117, 154, 169, 219, 220, 242, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 263, 265, 266, 268, 269, 270, 276, 278, 279, 281, 286, 335, 336, 337, 340, 374
 Discrimination, 48

E

Entre-soi, 18, 19, 141, 142, 143, 372

H

Hypertension artérielle, ii, iii, iv, v, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 27, 28, 31, 32, 33, 35, 38, 39, 42, 43, 44, 47, 48, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 62, 64, 68, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 98, 99, 100, 101, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 115, 117, 118, 119, 120, 124, 125, 126, 127, 131, 132, 133, 140, 142, 145, 150, 151, 153, 154, 155, 156, 161, 162, 163, 169, 170, 171, 173, 175, 176, 178, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 191, 193, 194, 195, 197, 199, 200, 204, 209, 211, 212, 213, 216, 223, 225, 228, 230, 240, 247, 251, 252, 253, 255, 257, 260, 261, 270, 274, 275, 278, 279, 280, 281, 283, 289, 295, 297, 300, 303, 304, 305, 306, 308, 309, 311, 314, 316, 329, 330, 331, 332, 333, 337, 338, 340, 345, 346, 347, 348, 349, 351, 352, 353, 354, 369, 370, 371, 373, 375

I

Intégration sociale, ii, iii, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 35, 47, 62, 65, 67, 110, 121, 122, 123, 125, 126, 127, 129, 131, 133, 135, 137, 138, 139, 142, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150,

- 153, 156, 157, 159, 162, 166, 171, 172, 173, 177, 180, 187, 196, 205, 206, 210, 212, 217, 222, 226, 227, 228, 229, 231, 232, 234, 235, 236, 238, 240, 243, 244, 250, 251, 252, 258, 259, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 286, 287, 288, 289, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 301, 302, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 344, 345, 347, 348, 349, 350, 351, 357, 358, 370, 372, 373, 374, 375, 376
- Interaction sociale,iii, iv, 13, 21, 24, 25, 65, 67, 70, 104, 126, 131, 134, 143, 162, 187, 223, 238, 248, 250, 251, 266, 267, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 301, 302, 304, 311, 312, 313, 314, 317, 318, 319, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 329, 336, 337, 338, 339, 344, 375
- L**
- Lien faible,139, 293, 294, 295, 296, 299
- Lien fort,139, 187, 192, 234, 294, 304
- Lien social,12, 18, 63, 64, 65, 66, 121, 122, 124, 125, 137, 138, 139, 142, 152, 157, 159, 162, 192, 196, 203, 206, 215, 256, 268, 269, 281, 283, 292, 298, 304, 306, 313, 317, 322, 326, 327, 340, 344, 348
- M**
- Maladies cardiovasculaires,3, 32, 84, 353
- Membre,iii, 18, 19, 25, 30, 33, 37, 39, 46, 63, 64, 129, 131, 135, 164, 173, 174, 176, 178, 180, 196, 206, 207, 209, 210, 236, 238, 243, 252, 257, 261, 263, 264, 266, 268, 269, 274, 277, 279, 281, 282, 283, 284, 287, 292, 296, 304, 305, 306, 308, 309, 310, 312, 313, 315, 316, 317, 319, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 337, 338, 339, 340, 375
- N**
- Négligence,18, 19, 44, 110, 131, 132, 133, 136, 156, 164, 169, 172, 173, 175, 176, 184, 188, 252, 274, 275, 297, 372
- Négociation,iii, 21, 69, 238, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 266, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 286, 288, 289, 290, 311, 317, 318, 319, 322, 323, 326, 327, 329, 334, 335, 336, 339, 340, 345, 347, 374, 375, 376
- O**
- Observance,77, 115, 132, 198
- Offre,28, 38, 50, 158, 161, 163, 238, 250, 251, 260, 262, 263, 264, 265, 266, 268, 269, 270, 340, 374
- P**
- Prescription médicale,6, 7, 16, 18, 19, 21, 27, 28, 35, 93, 98, 110, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 123, 124, 127, 133, 134, 159, 168, 177, 188, 193, 197, 198, 205, 207, 210, 213, 214, 222, 226, 230, 236, 240, 252, 257, 258, 260, 272, 273, 275, 309, 310, 312, 314, 329, 335, 357, 358, 371, 373, 374
- Proches,ii, iii, 16, 17, 28, 38, 39, 40, 43, 44, 60, 62, 65, 74, 76, 96, 112, 113, 124, 125, 139, 149, 150, 151, 152, 154, 155, 156, 160, 168, 169, 171, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 187, 188, 189, 191, 193, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 211, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 221, 222, 223, 224, 226, 227, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 247, 253, 254, 255, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 278, 283, 288, 303, 306, 307, 313, 315, 316, 317, 318, 330, 333, 337, 373
- Protection,12, 13, 18, 122, 149, 193, 196, 198, 203, 206, 226, 232, 256, 257, 258, 262, 264, 268, 279, 282, 283, 302, 304, 306, 307, 310, 322, 323, 324, 326, 337, 357, 358, 373, 375

R

Reconnaissance,ii, 12, 13, 18, 37, 41, 63,
122, 124, 196, 198, 206, 212, 242, 243,
256, 262, 268, 271, 274, 282, 283, 306,
310, 321, 322, 323, 324, 326, 337, 348,
357, 358, 374, 375

Relations sociales,24, 26, 37, 68, 70, 71, 72,
104, 113, 135, 137, 142, 156, 158, 162,
173, 188, 208, 215, 216, 231, 241, 249,
250, 280, 289, 290, 291, 292, 298, 299,
305, 307, 313, 317, 324, 333, 334, 335,
336, 352, 373, 374, 375

Réseau social,iii, 5, 23, 25, 26, 38, 67, 68,
70, 131, 139, 141, 142, 145, 147, 150,
151, 153, 155, 160, 174, 175, 180, 181,
182, 183, 184, 185, 193, 196, 200, 203,

204, 206, 210, 215, 218, 222, 225, 226,
228, 230, 231, 232, 234, 236, 240, 252,
253, 254, 255, 256, 257,258, 259, 278,
279, 282, 289, 291, 292, 293, 294, 295,
296, 297, 298, 299, 301, 302, 303, 305,
306, 307, 311, 312, 313, 314, 317, 318,
320, 321, 322, 323, 325, 326, 330, 331,
333, 336, 337, 338, 339, 340, 372, 375

S

Ségrégation sociale,62

V

Vivre ensemble,30

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix - Travail - Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

B.P. 337 Yaoundé
Tél/Fax : (237) 222 22 13 20
e-mail : uyi@uycdc.uninet.cm

Direction des Affaires Académiques
et de la Coopération

Division de l'Enseignement et des
Personnels Enseignants

Service des Programmes et des Diplômes

201254

N° /UYI/VREPDTIC/DAAC/DEPE/SPB/CB-A



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace-Work- Fatherland

UNIVERSITY OF YAOUNDE I

P.O. BOX : 337- Yaounde
Phone/Fax: (237) 222.22.13.20

Department of Academic Affairs
and Cooperation

Sub-Department of Teaching and
Teaching Staff

Program and Certification
Service



30 JUN 2020
Yaoundé, le.....

LE RECTEUR

A
Madame le Doyen de la Faculté des
Arts, Lettres et Sciences Humaines
A
l'attention de Monsieur le
Coordonnateur du CRFD/SHSE

OBJET : Changement d'encadreurs
de Doctorat/Ph.D des étudiants du
Département en Sociologie

Madame le Doyen,

Faisant suite à votre Correspondance du 03 avril 2020 relative à l'affaire portée en objet,

J'ai l'honneur d'autoriser le changement d'encadreurs de Doctorat/Ph.D des étudiants
de votre établissement, selon le tableau ci-après :

N°	Noms et Prénoms	Matricules	Département	Anciennes équipes d'encadrement	Nouvelles équipes d'encadrement
1	TCHIATAGNE FOSSI Yvan Luther	05L237	Sociologie	NGA NDONGO Valentin, Pr, UYI	NGA NDONGO Valentin, Pr, UYI DJOUDA FEUDJIO Yves Bertrand, MC, UYI
2	BEKPA Anicet Hyacinthe	02D310	Sociologie	CHINDJI KOULEU, Pr, UYI	NZHIE ENGONO Jean, Pr, UYI

Veuillez agréer, Madame le Doyen, l'expression de ma parfaite considération.

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE DE YAOUNDE I,



M. Maurice Aurélien Fossi
P. Maurice Aurélien Fossi

Ampliations :
-VREPDTIC
-DAAC
-CRFD/SHSE
-Intéressés
-CHRONO/ Archives

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

FACULTÉ DES ARTS, LETTRES
ET SCIENCES HUMAINES

DÉPARTEMENT DE SOCIOLOGIE

BP : 755 Yaoundé
Siège : Bâtiment Annexe FALSH-UYI, à côté AUF
E-mail : depart.socio20@gmail.com



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF ARTS, LETTERS
AND SOCIAL SCIENCES

DEPARTMENT OF SOCIOLOGY

ATTESTATION DE RECHERCHE

Je soussigné, Professeur **LEKA ESSOMBA Armand**, Chef de Département de Sociologie de l'Université de Yaoundé I, atteste que l'étudiant **TCHIATAGNE FOSSI Luther Ivan**, Matricule **05L237**, est inscrit en Thèse de Doctorat Ph.D, option Population et développement. Il effectue, sous la codirection du Professeur **NGA NDONGO Valentin** et du Professeur **DJOUA FEUDJIO Yves Bertrand**, un travail de recherche sur le thème : « *l'intégration sociale des personnes hypertendues au Cameroun* ».

Je vous serais reconnaissant de lui fournir toute information non confidentielle, susceptible de l'aider dans cette recherche.

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

77 DEC 2020

Fait à Yaoundé, le _____

Le Chef de Département



REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail - Patrie

 MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

 SECRETARIAT GENERAL

 DELEGATION REGIONALE DU CENTRE

N° **1113** /AP/MINSANTE/SG/DRSPC

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

 MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

 SECRETARIAT GENERAL

 CENTRE REGIONAL DELEGATION

Yaoundé, le **26 FEV 2021**

LE DELEGUE REGIONAL

A

Monsieur TCHIATAGNE FOSSI Ivan Luther
 -Etudiant à l'UYI-

Objet: Accord de principe.

Monsieur,

En date du 18 février 2021, vous m'avez adressé une correspondance relative à l'autorisation de mise en œuvre du projet de recherche intitulé : « **Intégration sociale des personnes hypertendues en milieu urbain camerounais** » auprès des patients des structures sanitaires de la ville de Yaoundé, dans le cadre de votre thèse de fin d'études en vue de l'obtention du Doctorat Ph.D en Sociologie.

Au vu de la clairance éthique qui accompagne votre demande et de la qualification des encadreurs, je suis rassurée que la mise en œuvre sera conforme à la méthodologie approuvée et que les principes éthiques seront respectés.

A cet effet, je ne trouve aucune objection à ce que vous procédiez à la mise en œuvre de ladite étude dans les structures sanitaires ciblées, en collaboration avec les responsables desdites structure.

Veillez accepter, Monsieur, l'expression de ma parfaite considération./-

Ampliations :

- CRERSH-Ce



LE DELEGUE REGIONAL,

Dr MOUSSI Charlotte
 MD - MPH MIVA

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

 MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

 SECRETARIAT GENERAL

 COMITE REGIONAL D'ETHIQUE DE LA
 RECHERCHE POUR LA SANTE HUMAINE DU CENTRE

 Tél : 222 21 20 87/ 677 75 73 30



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

 MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

 SECRETARIAT GENERAL

 CENTRE REGIONAL ETHICS COMMITTEE
 FOR HUMAN HEALTH RESEARCH

CE No = 1132/CRERSHC/2021

Yaoundé, le 12 FEB 2021

CLAIRANCE ETHIQUE

Le Comité Régional d'Ethique de la Recherche pour la Santé Humaine du Centre (CRERSH/C) a reçu la demande de clairance éthique pour le projet de recherche intitulé : « Intégration sociale des personnes hypertendues en milieu urbain camerounais » soumis par Monsieur TCHIATAGNE FOSSI Ivan Luther.

Après son évaluation, il ressort que le sujet est digne d'intérêt, les objectifs sont bien définis et la procédure de recherche ne comporte pas de méthodes invasives préjudiciables aux participants. Par ailleurs, le formulaire de consentement éclairé destiné aux participants est acceptable.

Pour ces raisons, le Comité Régional d'éthique approuve pour une période de six (06) mois, la mise en œuvre de la présente version du protocole.

L'intéressé est responsable du respect scrupuleux du protocole et ne devra y apporter aucun amendement aussi mineur soit-il sans l'avis favorable du Comité Régional d'Ethique. En outre, il est tenu de :

- collaborer pour toute descente du Comité Régional d'éthique pour le suivi de la mise en œuvre du protocole approuvé ;
- et soumettre le rapport final de l'étude au Comité Régional d'éthique et aux autorités compétentes concernées par l'étude.

La présente clairance peut être retirée en cas de non-respect de la réglementation en vigueur et des directives sus mentionnées.

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

Ampliation:
 - CRERSH



LE PRESIDENT

Dr. Dobo Boye Casimir
 Pharmacien

TABLE DES MATIERES

DEDICACE.....	i
REMERCIEMENTS	ii
RÉSUMÉ.....	iii
ABSTRACT	iv
LISTE DES ABRÉVIATIONS, ACRONYMES ET SIGLES	v
SOMMAIRE	vi
INTRODUCTION.....	1
I. CONTEXTE.....	2
II. PROBLÈME.....	5
III. PROBLÉMATIQUE	7
IV. QUESTIONS DE RECHERCHE.....	21
V. HYPOTHÈSES	21
VI. MÉTHODOLOGIE	22
1. Cadre théorique.....	22
1.1. L’ethnométhodologie	22
1.2. L’interactionnisme symbolique.....	23
1.3. La théorie des réseaux	25
2. Les techniques de collecte de données	26
2.1. L’observation directe.....	26
2.2. L’entretien semi-directif.....	27
2.3. Les récits de vie et étude de cas	27
3. Population d’étude et technique d’échantillonnage.....	27
4. Considérations éthiques	29
VII. DÉFINITION DES CONCEPTS.....	29
VIII. DÉLIMITATION SPATIO-TEMPORELLE	32
IX. PLAN DE LA THESE.....	33
PREMIÈRE PARTIE : DU DEPISTAGE DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE À LA RUPTURE DES HABITUDES	34
CHAPITRE I : LE VÉCU DES PERSONNES HYPERTENDUES AVANT LE DÉPISTAGE	36
I. Alimentation, activité physique et gestion du stress avant le diagnostic de la maladie .	37
I.1. Se nourrir avant le diagnostic de la maladie	38
I.1.1 L’alimentation des acteurs sociaux dans la sphère familiale avant le dépistage....	38
I.1.1.1 Se nourrir comme les autres	39

I.1.1.1.1 Les impératifs culturels de l'alimentation avant hypertension artérielle ..	39
I.1.1.1.2 Les impératifs économiques dans le choix des repas.....	40
I.1.1.2 Antécédents familiaux d'hypertension et alimentation des personnes à risque	42
I.1.2 L'alimentation des acteurs sociaux hors de la famille	47
I.1.2.1 La consommation des aliments en milieu professionnel	47
I.1.2.1.1 Manger « dehors »	47
I.1.2.1.2 Manger dans les lieux dédiés à la restauration grand public	49
I.1.2.1.3 L'alimentation de rue chez les enquêtés	50
I.1.2.2 La consommation des aliments en milieu associatif	50
I.1.2.2.1 Une alimentation soumise à un règlement	50
I.1.2.2.2 Les types de mets présents dans les réunions	51
I.1.2.2.3 Les boissons dans les réunions	53
I.2. La pratique de l'activité physique avant le diagnostic de la maladie	53
I.3. La gestion du stress avant le diagnostic de la maladie.....	55
I.3.1. Se « défouler » grâce à des sorties	55
I.3.2. Fuir les situations stressantes	57
I.3.3. Répondre au stress par la volonté de contrôler le cours des événements.....	57
II. Travail, participation aux associations et sociabilité avant le diagnostic de la maladie	59
II.1. L'activité professionnelle avant le diagnostic de la maladie	59
II.1.1. Les personnes sans activité professionnelle.....	60
II.1.2. Les personnes ayant une activité professionnelle	61
II.2. Participation aux autres types de liens sociaux avant le diagnostic de la maladie	62
II.2.1. Une participation pour tous les genres.....	63
II.2.2. L'association comme relation.....	63
II.2.3. L'association comme lieu de soutien et d'aide	65
II.2.4. L'association comme lieu d'intégration sociale.....	65
II.3. Conception de la sociabilité et de la vie avant le diagnostic de la maladie	66
II.3.1. Le concept de sociabilité.....	66
II.3.2. La sociabilité comme une construction.....	67
II.3.4. Les différents lieux et moments de sociabilité avant la maladie	68
II.3.4.1. Les fêtes comme lieu de sociabilité.....	68
II.3.4.2. Donner un coup de main, organiser des sorties comme actes de sociabilité.	70
III. L'hypertension et sa découverte par les acteurs sociaux	72
III.1. Connaissance de l'existence de l'hypertension artérielle avant son dépistage	72

III.2. La découverte du statut d'hypertendu	74
III.2.1. Découverte de l'hypertension lors de consultations pour une autre « maladie »	74
III.2.2. Découverte de l'hypertension lors d'un épisode d'AVC.....	76
CHAPITRE II : L'INTERVENTION DE LA MÉDECINE : DU DIAGNOSTIC DE LA MALADIE AU CHANGEMENT DU SYSTÈME NORMATIF	79
I. Comprendre l'hypertension artérielle	80
I.1. L'hypertension artérielle : ce que c'est, ses causes, ses effets	80
I.1.1. Les facteurs héréditaires	81
I.1.2. Les facteurs liés à l'alimentation.....	83
I.1.3. La sédentarité comme facteur de l'hypertension.....	84
I.2. Le traitement de l'hypertension artérielle	85
I.2.1. Les méthodes de traitement liées à la prise de médicaments	86
I.2.2. Les méthodes de traitement liées à l'alimentation	89
I.2.2.1. Réduire la consommation de sel	90
I.2.2.2. Éviter les cubes de bouillon.....	90
I.2.2.3. Éviter les aliments gras.....	91
I.2.3. Les méthodes de traitement liées à l'activité physique	94
I.2.4. Les méthodes de traitement liées à la gestion du stress	95
I.2.5. Mise en œuvre des prescriptions médicales et difficultés rencontrées par les personnes hypertendues	98
I.2.5.1. Découverte de la maladie : la phase de choc	98
I.2.5.2. Tentatives d'échapper à la maladie et de trouver d'autres solutions	101
I.2.5.3. Apprivoiser la maladie, mieux la comprendre.....	102
I.2.5.3.1. Faire des « essais » sur son corps comme moyen de comprendre la maladie	103
I.2.5.3.2. Lexique médical contre discours social sur l'hypertension	104
I.2.5.3.3. Comprendre la maladie pour mieux interagir avec elle	106
I.2.5.4. Quelques difficultés liées à la consommation des médicaments	108
II. Volonté de se soigner, respect des normes, adhésion aux valeurs prescrites par la médecine comme situation à risque de rupture biographique.....	109
II.1. De la mise en application des exigences du traitement de l'hypertension comme modification du cadre normatif chez les personnes hypertendues	109
II.1.1. Sur le plan pharmacologique	110
II.1.2. Le changement de comportements.....	111
II.1.2.1. Limiter la consommation d'ingrédients de cuisine qui favorisent l'hypertension	112
II.1.2.1.1. Ne plus s'alimenter hors de la maison.....	112

II.1.2.1.2. Différencier les repas.....	113
II.1.2.1.3. Éviter les bruits, les sorties et les interactions stressantes.....	113
II.2. Les prescriptions médicales comme introduction de normes.....	114
II.3. Les prescriptions médicales comme normes dynamisant le groupe social.....	118
II.4. Respect des normes thérapeutiques et rupture biographique chez le patient.....	120
DEUXIEME PARTIE : STRATÉGIES DE TRAITEMENT DÉVELOPPÉES PAR LES PERSONNES HYPERTENDUES ET RESSOURCES DES GROUPES SOCIAUX. UNE COMBINAISON POUR L'INTÉGRATION SOCIALE.....	128
CHAPITRE III : LES STRATÉGIES D'INTÉGRATION DES PERSONNES HYPERTENDUES.....	130
I. L'idée d'intégration sociale derrière le traitement pharmacologique.....	131
I.1. Ne pas se soigner comme moyen d'intégration sociale.....	131
I.2. Se soigner comme moyen d'intégration sociale.....	133
I.3. Entre prise et non prise de médicaments, une lutte pour l'intégration sociale.....	135
II. La gestion de l'information comme stratégie d'intégration sociale.....	139
II.1. Ne pas informer les membres du réseau social.....	139
II.1.1. Exclure tout en restant intégré : la création de l'entre-soi.....	141
II.1.2. Cacher l'information pour être intégré.....	142
II.1.3. Préserver la face de la personne malade.....	143
II.1.4. Participation et intégration sociale.....	145
II.2. Informer les membres du réseau social.....	150
II.2.1 Le choix des personnes à informer.....	150
II.2.2. Informer les autres pour être compris.....	151
II.2.3. Informer les acteurs pour être toléré.....	153
II.3. Minimiser l'ampleur de la maladie comme expression de la volonté de participation	155
III. Les arts de la politesse et l'intégration sociale des personnes hypertendues.....	156
III.1. L'art de refuser un repas.....	157
III.1.1. « Faire l'appétit ».....	157
III.1.2. « J'ai déjà mangé ».....	159
III.1.3. Goûter le repas.....	160
III.2. L'art d'innover dans les repas pour être intégré.....	162
III.2.1. L'art de choisir ses repas.....	163
III.2.1.1. Consommer des crudités.....	163
III.2.1.2. Choisir ses mets lors des cérémonies et sorties.....	165
III.2.2. Créer de nouvelles façons d'assaisonner les repas.....	168

III.2.2.1. Réduire les ingrédients.....	168
III.2.2.2. Créer de nouvelles recettes	169
III.3. Céder à la négligence.....	172
CHAPITRE IV : LE RÔLE DES RÉSEAUX SOCIAUX DANS L'INTÉGRATION SOCIALE DES PERSONNES HYPERTENDUES.....	179
I. L'effort de compréhension de la maladie : de l'incompréhension à l'adoption de la maladie.....	180
I.1. Sans symptômes et malade ?.....	180
I.2. Comprendre l'hypertension par l'association de signes manifestes.....	182
I.3. Se renseigner sur la maladie : un effort de quête de sens.....	184
II. Les ajustements pour l'intégration de la personne hypertendue	187
II.1. Accepter le caractère chronique de la maladie comme condition d'un traitement efficace	188
II.2. Changer l'alimentation de la personne hypertendue	188
II.3. La contribution du groupe social en termes de médicaments et de suivi.....	193
II.3.1. La contribution en termes de médicaments	193
II.3.1.1. Un constat de l'efficacité des proches.....	193
II.3.1.2. La participation des proches dans l'achat des médicaments	195
II.3.1.3. L'ethnomédecine et le traitement de la personne hypertendue	197
II.3.2. Participation des proches dans le suivi de la maladie.....	198
II.4. Les aménagements consentis par les proches pour accompagner le malade.....	199
II.4.1. Une participation fondée sur la perception de la gravité.....	200
II.4.2. Se rendre disponible pour le malade	202
II.4.3. La quête d'informations pour s'adapter aux besoins de la personne hypertendue.....	204
II.4.4. Des aménagements pour l'intégration sociale.....	205
II.5. La mise en place de nouvelles normes et l'adaptation des normes au sein du groupe	207
II.5.1. Une contextualisation des prescriptions médicales	207
II.5.2. Des normes dans les relations sociales.....	208
II.5.3. Maladie chronique, hypertension artérielle et normes	209
II.5.4. De nouvelles normes pour l'intégration sociale des personnes hypertendues.....	210
II.5.4.1. Les normes appliquée au niveau de l'alimentation	213
II.5.4.2. Les mesures relatives à la gestion du stress.....	216
II.5.4.2.1. Éviter de contrarier le malade	216
II.5.4.2.2. Limiter les sources de stress	218

II.5.4.2.3. Limiter les interactions et les sorties des personnes hypertendues ...	221
II.5.4.2.4. Préparer la personne hypertendue aux mauvaises nouvelles	222
II.5.4.2.4.1 Informer les malades d'hypertension au fur et à mesure, avec un léger décalage.....	223
II.5.4.2.4.2 Déléguer des personnes pour informer des nouvelles jugées tristes	225
III. La protection de la face de la personne hypertendue par les proches comme stratégie d'intégration sociale.....	226
III.1. La mise en scène de la santé	227
III.2. Jouer le rôle de complice du malade pour faciliter son intégration sociale.....	228
III.2.1. Le travail au niveau des coulisses.....	229
III.2.2. Au niveau officiel : la représentation publique	230
III.2.2.1. Au niveau des conversations.....	230
III.2.2.2. Au niveau du jeu des acteurs	231
III.3. La famille comme lieu de reconstruction de la personne hypertendue	232
III.4. Jouer le rôle de représentant de la personne hypertendue dans les autres groupes sociaux	234

TROISIEME PARTIE : L'INTÉGRATION SOCIALE DES PERSONNES HYPERTENDUES. UNE CONSTRUCTION ESSENTIELLEMENT PROFANE FONDÉE SUR UN ORDRE NÉGOCIÉ EN PERMANENCE.....	237
CHAPITRE V : L'INTÉGRATION SOCIALE COMME NÉGOCIATION	239
I. Du concept de négociation	240
I.1. C'est quoi, la négociation ?.....	241
I.1.1. Aux sources de la négociation, l'existence d'un conflit.....	241
I.1.2. Des ressources comme objet des conflits.....	243
I.1.3. De l'origine du concept de négociation dans la Rome antique	244
I.1.4. La négociation : son caractère explicite et implicite	245
I.1.5. L' « <i>ordre négocié</i> » comme finalité de la négociation	247
I.1.6. La négociation dans les relations sociales.....	249
II. De la binarité demande-offre comme socle de la négociation pour l'intégration sociale	250
II.1. La demande de la personne hypertendue.....	252
II.1.1. La demande liée aux prescriptions médicales.....	252
II.1.1.1. La demande en médicaments	252
II.1.1.2. La demande pour la mise sur pied d'un régime alimentaire	254
II.1.1.3. Créer un environnement avec un stress réduit	255
II.1.2. Protection et reconnaissance comme demandes de la personne hypertendue ...	256

II.1.2.3. L'expression de la demande par la personne hypertendue.....	258
II.2. L'offre du groupe social	260
II.2.1. La mise sur pied des ressources financières	260
II.2.2. Offre de flexibilité, de capacité d'adaptation.....	261
II.2.3. Offre de présence et d'assistance	263
II.2.4. Une offre implicite ou explicite ?	263
III. Négociation (pour fixer les bases) et intégration sociale	265
III.1. L'intégration sociale au-delà de la socialisation primaire.....	265
III.2. L'intégration sociale comme négociation permanente.....	266
III.3. Éléments de la négociation pour l'intégration sociale	270
III.3.1. La constitution du dossier par l'acteur hypertendu	270
III.3.1.1. Produire les résultats de l'examen	271
III.3.1.2. Décider de suivre le traitement	272
III.3.1.3. Les épisodes de la maladie.....	274
III.3.2. L'examen du dossier par le groupe social	276
III.3.2.1. Intégration et groupes sociaux	276
III.3.2.2. L'évaluation des risques liés à la santé du malade	278
III.3.2.3. Évaluation des risques liés au fonctionnement du groupe	280
III.3.3. Négocier la protection, obtenir la reconnaissance	282
CHAPITRE VI : L'INTÉGRATION SOCIALE, UNE CONSTRUCTION	
INTERACTIONNELLE.....	285
I. De l'interaction comme lieu de construction de la négociation	286
I.1. L'interaction, un moyen d'établir un contact entre les acteurs sociaux.....	286
I.2. L'interaction comme lieu de construction des relations sociales.....	289
I.3. Interaction et construction du réseau social	291
II. Liens faibles, liens forts et construction de l'intégration sociale.....	293
II.1. Liens faibles et intégration sociale	293
II.1.1. Les liens faibles, un moyen de conserver une présence dans la société	294
II.1.2. Liens faibles, AVC et intégration sociale	298
II.2. Liens forts et intégration sociale.....	301
II.2.1. Les liens forts comme lieu d'ajustement des normes sociales.....	302
II.2.2. Des liens forts et flexibles	303
II.2.3. Liens forts et conservation du statut de membre	305
II.2.4. L'encadrement des cas d'AVC	306
III. Les interactions quotidiennes, source de l'intégration sociale.....	308

III.1. Le rôle restreint du médecin dans l'intégration sociale de la personne malade	308
III.2. L'État et l'intégration sociale des personnes hypertendues	310
III.3. L'interaction comme source de l'intégration	311
III.4. L'intégration est la suite d'une satisfaction dans les interactions	314
III.4.1. Traitement de l'hypertension : multiplication des sources de conflits dans les interactions et des réconciliations.....	314
III.4.2. Compromis et satisfaction tirés de l'interaction et intégration sociale.....	317
III.4.2.1. Le compromis dans les interactions comme moyen de l'intégration sociale	318
III.4.2.2. La satisfaction dans les interactions comme moyen de l'intégration	319
III.5. L'intégration sociale des personnes hypertendues ou la négociation dans les interactions, des ressources et des besoins	322
III.6. L'intégration sociale est un effort consenti dans les interactions pour vivre ensemble	323
CONCLUSION	328
BIBLIOGRAPHIE	341
ANNEXES	355