

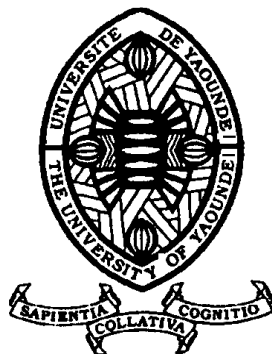
REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix-Travail-Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

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

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



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace-Work-Fatherland

UNIVERSITY OF YAOUNDE I

POST GRADUATE SCHOOL FOR
HUMAN, SOCIAL AND EDUCATIONAL
SCIENCES

DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR
HUMAN SOCIAL SCIENCES

**VIVRE AVEC UNE MALADIE CARDIAQUE : REALITE
PSYCHIQUE SUBJECTIVE DES PATIENTS AYANT
SURVECU A UN INFARCTUS DU MYOCARDE**

*Mémoire rédigé et présenté pour une évaluation partielle en vue de
l'obtention du diplôme de Master en Psychologie*

Spécialité : Psychopathologie et Clinique

Par:

MACHUENTUM MFOPAH AICHA CHANCELLE

Titulaire d'une licence en Psychopathologie et Clinique

Matricule :

17C639

Sous la direction de :

NGUIMFACK Léonard

Professeur

(Université de Yaoundé I)



JUILLET 2023

SOMMAIRE

SOMMAIRE	i
DEDICACE	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES TABLEAUX	iv
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	v
RESUME	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCTION GENERALE	1
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE	4
CHAPITRE 2 : REVUE DE LITTÉRATURE ET ANALYSE CRITIQUE DES CONCEPTS .	34
CHAPITRE 3 : THEORIES EXPLICATIVES	91
DEUXIEME PARTIE : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE	111
CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE DE L'ETUDE	112
CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS	135
CHAPITRE 6 : INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS	155
CONCLUSION GENERALE	167
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	167
ANNEXES	CLXVII

À

MES PARENTS

REMERCIEMENTS

De prime abord nous, tenons à exprimer notre profonde gratitude à notre directeur de mémoire, le professeur Nguimfack Leonard pour vos grandes qualités humaines. Ensuite, pour la rigueur de votre pensée, la justesse de votre rétroaction et votre sens critique bienveillant. Merci pour vos éclairages lumineux ainsi que pour vos encouragements sincères dans les moments difficiles, les moments de doutes.

Au chef de département de la filière psychologie de l'université de Yaoundé I le professeur Chandel Ebale Moneze pour avoir signé l'autorisation de recherche. À tous les enseignants du département de psychologie, nous ne pouvons pas tous vous nommer. Durant toute notre formation, vous nous avez nourris de savoirs et de vos précieux conseils. Nous pensons particulièrement à : feu Pr Ketcha Wanda Germain Jean Magloire, Pr Ndje Ndje Mireille, Dr. Ondoua Laura etc.

Au Directeur de la Polyclinique Les Promoteurs De La Bonne Santé qui nous a ouvert les portes de sa polyclinique de référence le Pr Yiagnigni Euloge. Au service de psychologie de la polyclinique pour son encadrement et sa suivie.

Ensuite nous voulons dans les prochaines lignes réitérer notre gratitude profonde :

À tous nos camarades de promotion et de formation, pour les fous rires, les moments chaleureux passés avec eux durant cette formation. Nous pensons entre autres à : Tchuya Cécile Grace, Fosso Sonken Syriane, Zebsoubo Theodore,

À la très grande famille Mfopou auquel j'appartiens pour le soutien et la suivie. A ma feue belle soeur Ngono Michelle pour ses nombreux encouragements et ses nombreux conseils. A toi.

À mes grands frères et soeurs pour les encouragements, pour l'assistance, le soutien qu'ils m'ont apporté jusqu'à ce niveau : Apoukoné Célestin Jules, Anoupepum Haman et son épouse, Matagnigni Fatima et son époux, Ayue Nazir et à la petite dernière Manjia Grace.

À toutes mes connaissances et amis, pour leurs immenses assistances à notre égard lors de la réalisation de ce mémoire.

Sans vous ce mémoire n'aurait jamais vu le jour.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1:caractéristiques des participants de l'étude..... 118
Tableau 2:grille d'analyse..... 130

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

- **ASCAOC** : Association des Sociétés de Cardiologie d’Afrique de l’Ouest et du Centre
- **AVC** : Accident Cardio-vasculaire
- **CAV** : Canal Atrio-Ventriculaire
- **CIV** : Communication Inter-Ventriculaire
- **EEG** : Electrocardiographie
- **EP** : Embolie Pulmonaire
- **ESC** : Congrès National de Cardiologie
- **FDR** : Facteur de Risque
- **FDRCV** : Facteur de Risque Cardio-Vasculaire
- **HTA** : Hyper Tension Artérielle
- **IC** : Insuffisance Cardiaque
- **IDM** : Infarctus du myocarde
- **IMC** : indice de masse corporelle
- **IRM** : Imagerie par Résonance Magnétique
- **MCV** : Maladie Cardio-Vasculaire
- **MNT** : Maladie Non Transmissible
- **M.** : Monsieur
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Sante
- **PAN** : Partie apparemment normale
- **PASCAR** : congres de la société panafricaine de cardiologie
- **PE** : Partie émotionnelle
- **PBS** : polyclinique les promoteurs de la bonne santé
- **SCA** : Symptôme Coronarien Aigu
- **SCC** : Société Camerounaise de Cardiologie
- **SODACAR** : Congres de la Société Sénégalaise de Cardiologie
- **TEP** : Topographie par Emission de Positons
- **TGV** : Transposition des Gros Vaisseaux
- **TSCCI** : Theory of selft –care of chronic illness

RESUME

Notre sujet de recherche s'intitule : « vivre avec une maladie cardiaque : réalité psychique subjective des patients ayant survécu à un infarctus du myocarde ». L'infarctus du myocarde provoque un choc, car il survient de manière brutale chez la victime. Il est souvent violent au point où il laisse son survivant dans un entre deux de vie et de mort qui le marque toute la vie. L'observation des patients ayant survécu à un infarctus de myocarde nous a permis de relever qu'ils parlent de leur vie « psychique » beaucoup plus au présent, ils parlent sans aucune référence au passé, leurs désirs sont factuels « je me sens vide ; je ne sais pas si je vis encore; je ne pense plus à rien ; je ne réfléchis plus sur ma condition ; je ne rêve plus...», ce qui nous a amené au constat que les patients ayant survécu à l'infarctus du myocarde présentent une vie marquée par le rapport au présent, tout pour eux tourne autour du présent, de l'immédiat. Bref, ce que les psychanalystes appellent « réalité psychique subjective ou interne » est, chez eux, marquée par l'instant, par l'imminent, donc sans effet intermédiaire. Or pour la théorie métapsychologique psychanalytique, si l'on veut comprendre notre réalité psychique, il faut comprendre sa construction dans le passé. Autrement dit, le contenu psychique se révèle à travers l'actualisation des expériences passées par le sujet. Dans cette étude, nous nous sommes donnés pour objectif d'accéder à la réalité psychique subjective des patients ayant survécu à un IDM en mettant un accent particulier sur le sens qu'ils lui donnent. Pour y parvenir, nous avons fait usage de la méthode clinique, plus précisément l'étude de cas. Les données ont été recueillies à l'aide d'entretiens semi-directifs auprès de trois survivants d'IDM, pris en soin à la Polyclinique les Promoteurs de la Bonne Santé (PBS). Par la suite, nous avons eu à recourir à l'analyse de contenu afin d'analyser nos données. Les résultats obtenus ont donc été interprétés à l'aide de la théorie métapsychologique psychanalytique de Freud. Ces résultats montrent que la réalité psychique des patients repose sur l'intégration du ressenti des premiers signes et l'expérience de l'urgence par le Moi des sujets, les expressions émotionnelles, sur les constructions cognitives par le Moi, les conflits du Moi se traduisant par les symptômes, les investissements objectaux, les mécanismes psychiques du Moi, sur le sens que leur attribue le Moi des patients et le rapport au temps expérimenté par le Moi. Ces résultats permettront d'avoir une bonne compréhension de leur réalité psychique et aideront à faire un bon suivi médical et psychothérapeutique de ces patients.

Mots clés : réalité psychique subjective, infarctus du myocarde, vécu, métapsychologie, Moi.

ABSTRACT

Our research topic is entitled: « Living with heart disease: the subjective psychic reality of myocardial infarction survivors ». Myocardial infarction comes as a shock, because it occurs so suddenly to the survivor. It is often so violent that it leaves its survivor in a life-and-death in between that marks his or her entire life. Observing patients who have survived a myocardial infarction has enabled us to note that they talk about their life (psychic) much more in the present tense, they speak without any reference to the past, their desires are factual “I feel empty; I don’t know if I’m still alive, I don’t think about anything anymore, I don’t think about my condition, I don’t dream anymore” This leads us to the observation that patients who have survived myocardial infarction have been marked by the present: for them, everything revolves around the present, the immediate. In short, what psychoanalysts call (subjective or internal psychic reality) is, for them, marked by the imminent, and therefore without any intermediate effect. For psychoanalytic metapsychological theory, however, if we want to understand our psychic reality, we need to understand its construction in the past. In other words, psychic content is revealed through the subject’s actualization of past events. In this study, we set ourselves the goal of accessing the subjective psychic reality of myocardial infarction survivors, focusing on the meaning they give to it. To achieve this, we used the clinical method, more specially the case study. Data were collected through semi-structured interviews with three MDI survivors, cared for at the polyclinic les Promoteur de la Bonne Sante (PBS). We then used content analysis to analyse our data. The results were interpreted using Freud’s psychoanalytic metapsychological theory. These results show that the patients’ psychic reality is based on the integration of the feeling of the first signs and the experience of the emergency by the subjects’ egos. Emotional experiences (fear, dread, relief), cognitive constructions by the ego (representations of treatment, changes), ego conflicts reflected in symptoms (anxiety and care), ego psychic mechanisms (humor, idealization, acting out) and finally the meaning attributed to them by the patients’ egos. The results will give us a good understanding of their psychic reality, and will help us to provide these patients with proper medical and psychotherapeutic follow-up.

Key words: subjective psychic reality, myocardial infarction, lived experience, metapsychological, ego.

INTRODUCTION GENERALE

De nos jours, les maladies chroniques sont celles qui affectent de plus en plus la population mondiale. Delplanque (2010) affirme dans ce sens que : « les premières causes de mortalité ne sont plus les maladies infectieuses, mais les maladies chroniques (cancer, diabète, maladies cardiovasculaires...). Les maladies cardiovasculaires sont les premières causes de mortalité dans le monde. Elles provoquent 17,1 millions de décès par année, dont 7,2 millions seraient dus à une cardiopathie coronarienne telle que l'infarctus du myocarde (OMS, 2011). En Afrique noire, les infarctus du myocarde apparaissent comme les causes cardiaques qui dominent soit 48% des causes cardiaques et 21% de l'ensemble des morts. Au Cameroun l'infarctus du myocarde à elle seule représente 43% des causes meurtrières des maladies cardiovasculaires (Nganou et al, 2021).

L'infarctus est un mode d'entrée brutale dans la maladie chronique qu'est la coronaropathie. Avant cela, le patient ne se sait, bien souvent pas malade et cela annonce la perspective d'interventions, de souffrances, de menaces parfois vitales. Cette atteinte de l'organe « noble » du corps porte en elle une forte composante symbolique et a un impact sur la vie du patient qui en est victime et sur celle de ses proches car sans lui la vie s'arrête (Tessah, 2014).

Depuis que les traitements médicaux en cardiologie sont améliorés, de plus en plus de nombreux patients survivent à l'infarctus du myocarde. Toutefois, cette expérience de santé ne laisse pas seulement des traces physiques sur le cœur mais marque aussi le côté psychologique du survivant coronarien. Fischer (2010), fait comprendre que tous ceux qui un jour, apprennent qu'ils ont une maladie mortelle ou incurable ont le sentiment que leur vie s'arrête. Du point de vue psychologique, il s'agit avant tout d'une expérience qui confronte brutalement à la réalité de la souffrance et à l'horizon de la mort. Elle représente donc un réel problème de santé. Ceci montre à suffisance l'intérêt qu'il y a tant que chercheur en psychologie clinique et en psychologie de la santé de s'intéresser à la notion de réalité psychique subjective de ces personnes ayant survécus à un infarctus du myocarde.

Plusieurs recherches en psychologie clinique et en psychologie de la santé ont été menées sur cette notion. La plupart s'intéressent à la caractérisation de cette réalité psychique

(Johnson et Morse en 1990, par exemple la caractérise en terme d'altération de soi, Ellefsen en 2013 la caractérise en terme de souffrance...). Ces recherches relèvent par ailleurs que la réalité psychique subjective de ces patients ayant survécu à un infarctus du myocarde est caractérisée par l'altération de soi, mais aussi de nombreuses souffrances qui découlent de la maladie.

Mais aucune desdites recherches ne s'est intéressée particulièrement à la caractérisation de cette réalité psychique subjective en accordant une place au sens donné par le patient à cette réalité plus encore à l'infarctus du myocarde comme maladie. C'est donc cet aspect qui nous intéresse dans la présente étude. Raison pour laquelle nous nous sommes intéressé au survivant de l'IDM et avons intitulé notre sujet comme suit : « Vivre avec une maladie cardiaque : réalité psychique subjective des patients ayant survécu à un infarctus du myocarde », avec pour objectif d'accéder à la réalité psychique subjective des patients ayant survécu à un infarctus du myocarde tout en mettant un accent particulier sur le sens qu'ils lui donnent.

En vue d'atteindre l'objectif sus-évoqué, nous avons subdivisé notre travail en plusieurs chapitres (six chapitres précisément) notamment : le chapitre 1 intitulé problématique, le chapitre 2 qui est une revue de littérature sur tous nos concepts, le chapitre 3 qui porte sur l'insertion théorique du problème. Le chapitre 4 intitulé méthodologie, le chapitre 5 fait la présentation et l'analyse des résultats et enfin le chapitre 6 présente une synthèse des résultats, leur interprétation et leur discussion.

PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE

CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE

1.1. Contexte de l'étude

Les maladies non-transmissibles ont pris une proportion considérable en santé. On enregistre selon l'OMS (2011), environ 17,1 millions de décès dues aux maladies cardiovasculaires, des chiffres qui prennent des proportions assez inquiétantes au fil des années. Et constituent au courant du 20 siècle la première cause de décès à l'échelle mondiale (OMS ,2010).

1.1.1. Les maladies cardiovasculaires dans le monde

Chaque année, plus de personnes meurent en raison de maladie cardiovasculaires que toutes autres causes. Elles sont responsables de 17,7 millions de décès, soit 31 % de la mortalité mondiale totale. Selon cette instance, 7,4 millions sont dus à des cardiopathies coronaires, 6,7 millions à un AVC (chiffre de 2015). Cette mortalité est encore plus accrue dans les pays à faible revenu ou intermédiaires dans lesquels on enregistre plus de trois quart des décès liés aux maladies cardiovasculaires. Sur les 17 millions de décès survenant avant l'âge de 70 ans liées aux maladies non transmissibles, 82% se produisent dans les pays à faibles revenus ou intermédiaires et 37% sont imputables aux maladies cardiovasculaires (OMS, 2017).

Les maladies cardiovasculaires existent partout dans le monde, en France elles sont même la deuxième cause de mortalité chez les hommes et la première chez les femmes. Ces troubles affectent le cœur et les vaisseaux sanguins (l'infarctus, arythmie cardiaque ou encore la thrombose veineuse...) tout ceci constituent la multiplicité des maladies cardiaques. Généralement, une mauvaise alimentation, un manque d'activité physique, une consommation abusive d'alcool, l'obésité, le stress, l'hypertension, et le tabagisme représentent des facteurs favorisant l'apparition des maladies cardiovasculaires. En 2018, 4,1 millions d'assurés français étaient traités pour une maladie cardio- neurovasculaire dont plus de 360 000 pour une maladie aigue¹. On enregistre 7,2 millions de personnes sous traitement pour risque cardiovasculaire. Au total plus de 15 millions de personnes sont prises en charges en France pour une maladie cardiovasculaire ou diabète. Mais il faut noter que le taux de mortalité cardiovasculaire standardisé sur l'âge a été divisé en trois depuis 1980 grâce aux avancés de la

¹ Une maladie aigue est une maladie qui survient brusquement et évoluant rapidement (Larousse, 2020)

prévention des progrès thérapeutiques et de l'organisation des soins. Même si le nombre de personnes augmente avec le vieillissement de la population, du fait de fortes inégalités sociales et territoriales persistantes. En France par exemple, la mortalité est plus élevée en Outre-Mer ou en Haut de France, zone à population aux conditions socioéconomiques défavorables. Le taux de mortalité cardiovasculaire avant 65 ans est trois fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes, le taux standardisé d'hospitalisation est en hausse chez les personnes de moins de 65 ans pour l'infarctus du myocarde, en particulier chez les femmes de 40-65 ans et pour l'accident vasculaire cérébral.

On fait la remarque que les taux de mortalité et d'hospitalisation pour la maladie cardiovasculaire chez la femme sont faibles que ceux des hommes, mais l'écart se réduit avant 65 ans, le taux d'hospitalisation pour l'infarctus du myocarde a augmenté de 25,2% sur la période de 2002-2013. L'exposition aux facteurs de risques est mise en cause dans cette évolution défavorable (le tabagisme en augmentation chez les femmes dans les tranches d'âges de 45-64 ans, l'association tabac et contraception oestroprogestative, une activité physique en baisse et une sédentarité élevée, la consommation d'alcool, l'augmentation de la prévalence de l'obésité et du diabète de type 2).

L'une des raisons de l'augmentation de l'incidence des maladies cardiovasculaires à travers le monde est l'augmentation des personnes âgées, mais aussi l'exposition aux facteurs de risques comportementaux et physiologiques qui sont responsables de 75% des maladies cardiovasculaires. L'une des principales caractéristiques des maladies cardiovasculaires dans les pays développés est qu'elle a tendance à entraîner des complications chez des personnes relativement jeunes. Ainsi les accidents cardiovasculaires cérébraux, l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance rénale viennent alimenter le cercle vicieux de la mauvaise santé et de la pauvreté.

Le Ministère des Solidarités et de la Santé de France (2018) affirme que, 4.1 millions d'assurés du régime général étaient traités pour une maladie cardio-neuro-vasculaire, dont plus de 360 000 pour maladies aiguës. Plus de 7,2 millions d'assurés du régime général étaient sous traitement pour risque cardiovasculaire, antihypertenseur ou hypocholestérolémiant et ils étaient 3,3 millions d'assurés traités de diabète (autre facteur de risque cardiovasculaire). Au total, plus de 15 millions de personnes sont prises en charge en France pour les maladies cardio-neuro-vasculaires, le risque cardiovasculaire ou diabète.

Le rapport du système canadien de surveillance des maladies chroniques fait comprendre qu'au Canada, les maladies du cœur viennent au deuxième rang des causes de décès après les cancers, presque 20% de l'ensemble des décès en 2012. En 2012-2013, environ 2,4 millions d'adultes canadiens (soit 1 sur 12) âgés de 20 ans et plus vivaient avec une cardiopathie ischémique, dont 578 000 avaient un antécédent d'infarctus aiguë du myocarde. De plus, 669 600 (3,6%) des adultes canadiens âgés de 40 ans et plus vivaient avec une insuffisance cardiaque.

Les provinces de l'est du Canada semblent particulièrement touchées par ce type de maladie chronique. En Ontario, par exemple, le pourcentage moyen de maladies cardiaques au sein de la population était de 5,3% en 2000-2001 (Gelinas et Gauthier-Frohlick, 2005 : 56). Il est intéressant de noter que le taux de maladies cardiaques est significativement plus élevé chez les francophones que chez les anglophones de l'Ontario. Le deuxième rapport sur la santé des Francophones de l'Ontario (Lemondé et Levesque, 2005), indique que le taux des malades cardiaques chez les francophones est de 6,6%, comparativement à 5,1 chez les anglophones de cette province, où se trouve la plus grande proportion de francophones de l'extérieur du Québec. Ces gens semblent être plus à risque de développer une maladie cardiovasculaire que les concitoyens anglophones.

La mortalité par les maladies cardiovasculaires en Suisse est sur le déclin depuis des années soixante, avec un recul encore plus net après les années 80, et cela encore plus que la moyenne européenne qui suit la même tendance. La mortalité par maladie coronariennes a moins régressé que celle par maladies cérébraux-vasculaires ou autres cardiopathies. En 2007, le taux de mortalité par maladies ischémiques du cœur, standardisé selon l'âge pour 100 000 habitants, était de 93,4 pour les hommes et de 45,4 pour les femmes (en 1995 : 156,6 et 71,3 respectivement) (Fondation suisse de cardiologie, 2018).

Comme les pays d'Amérique et même d'Europe, l'Afrique elle aussi enregistre de nombreuses victimes en MCV.

1.1.2. Les maladies cardiovasculaires en Afrique

En Afrique les principales maladies cardiovasculaires sont celles qui sont liées à l'artériosclérose², aux cardiomyopathies³ et aux cardiopathies rhumatismales. L'Afrique

² L'athérosclérose est une maladie causée par l'accumulation de dépôts graisseux et d'autres substances à la surface interne des artères.

³ Les cardiomyopathies sont des maladies du muscle cardiaque qui entraînent un défaut de contraction et réduisent ainsi la capacité du cœur à pomper le sang.

subsaharienne représente près de 25% des cas de cardiopathies rhumatismales dans le monde. Selon une étude faite par Thiam et al (2018), l'on ne constate que 40 millions de personnes dans le monde qui en sont touchées. L'Afrique subsaharienne enregistre près d'un quart des cas, et ceux-ci surviennent généralement chez les enfants, les femmes et les adultes âgés de 25-45 ans. Pour les besoins d'une étude, des chercheurs ont recensé 4809 africains dont 3301 femmes au Kenya, au Mozambique, en Namibie, au Nigeria, en Afrique du Sud, au soudan, en Ouganda et en Zambie entre décembre 2012 et mars 2018. Parmi eux 2 548 avaient la maladie et 2 261 ne l'avaient pas dont plus de la moitié du panel.

La prévalence croissante des maladies cardiovasculaires en Afrique subsaharienne et la mortalité qui en résulte ont été établies. Ainsi, beaucoup d'affections se présentent comme des urgences. Grace à l'étude multicentrique subsaharienne de 2006, on retient un total de 665 patients inclus dans sept centres, participants dans sept pays différents. 417 en zone de savane (Dakar, Nouakchott, Ouagadougou, Ndjamena) et 248 en zone de forêt (Abidjan, Libreville, Yaoundé). Ces patients ont été examinés par un ou plusieurs cardiologues expérimentés.

L'analyse a été faite par le département médical de l'hôpital de Marseille et les résultats révèlent que : il y a plus d'hommes (53,4 %) que de femmes (46,6 %) et (77,7 %) habitaient en zone urbaine, la plupart d'entre eux étaient d'un niveau socio-économique bas ou très bas. Le transport des patients à l'hôpital a été fait en ambulance dans seulement 6,2% de cas. Trois causes immédiates étaient prépondérantes à savoir : l'hypertension sévère (32,2%), insuffisance cardiaque (27,5%), l'accident cérébral vasculaire (11,1%). Les maladies coronaires étaient plus rares (6,1%) Les mortalités ont été de (21,2 %) sans différence entre les âges. Les urgences les plus mortelles ont été les accidents cardiovasculaires cérébraux (31,9 %), les collapsus (18,4 %) et les embolies pulmonaires (9,2%). La fréquentation hospitalière par les MCV a augmenté au fil du temps. Les maladies hypertensives étaient le premier motif d'hospitalisation (66,8%). En 2001 l'OMS estimait à 17,3 millions le nombre de décès aux MCV dans le monde et ce chiffre pourra atteindre 23,6 millions en 2030. Entre 1990 et 2001 tous les décès survenus dans les pays à revenus bas ou intermédiaire⁴ étaient liés au MCV qui passe de 26 à 28 %.

L'Afrique est en train de faire face à sa transition épidémiologique. C'est du moins ce qui ressort des études statistiques qui montrent qu'un Africain de 30 ans à 70 ans à une

⁴ Les pays à revenus bas sont les pays pauvres ou en voie de développement, notons que les pays d'Afrique en font parties.

probabilité de mourir de l'une des principales maladies non transmissibles (affections respiratoires chroniques, maladies cardiovasculaires, cancer et diabète) comparable à la tendance mondiale, soit 19,4 % rappelle l'OMS. Comme dans les pays industrialisés les maladies cardiovasculaires sont au centre de la transition sanitaire en cours depuis les années 1980, et les données sont alarmantes. Ainsi le pourcentage d'adultes hypertendus oscillerait entre 16 et 40 % en Afrique subsaharienne, selon une revue de littérature publiée en mars 2018 dans le journal de médecine vasculaire. Dans plus de deux tiers des cas, la maladie n'est pas diagnostiquée et lorsqu'elle l'est, les patients ne se traitent pas comme il se doit. Mal pris en charge, l'hypertension fait le lit de l'insuffisance cardiaque, de l'accident vasculaire ou encore de l'insuffisance rénale.

Selon l'OMS, il y'a chaque minute 60 cas D'AVC dans le monde dont les trois quarts surviennent dans les pays dits en développement, particulièrement en Afrique. Le continent compte un million de mort précise Lemogoum Président de la Fondation Camerounaise du Cœur (Cameroun Tribune, 2021).

L'épidémiologie des maladies cardiovasculaires en population générale rurale au Bénin souligne qu'à l'instar des autres pays du continent Africain, le Bénin connaît une transition épidémiologique avec une augmentation de la prévalence des facteurs de risques et Maladies Non-Transmissibles. Les MCV sont sous notifiées au Bénin. Selon l'Annuaire Des Statistiques Sanitaires du ministère de la sante. L'HTA et les MCV représentaient moins de 3,5 % des cas de maladies notifiés en 2016 (Amousson et al, 2017).

Faisant parti des pays Africains, le Cameroun est une zone où l'on enregistre de nombreuses victimes.

1.1.3. Les maladies cardiovasculaires au Cameroun

Nganou et al. (2021) soulignent qu'au Cameroun les MVC sont la deuxième cause de mortalité parmi les maladies non transmissibles, ce chiffre pourrait connaître une hausse avec la montée de l'urbanisation, les comportements alimentaires déséquilibrés et le vieillissement de la population. Cette progression est surtout liée aux FDRCV. Il s'agit de : HTA, le diabète, le tabagisme, la dyslipidémie, l'obésité et la sédentarité qui font partie du groupe de facteurs de risque dits modifiables, c'est-à-dire ceux sur lesquels une action individuelle ou collective aboutit à une baisse de l'incidence des maladies cardiovasculaires.

Une étude a été réalisée sur 1821 dossiers des patients qui ont été hospitalisés pour maladie cardiovasculaire. L'âge moyen des patients étaient de 60,45 ans. La population d'étude était constituée majoritairement des jeunes avec 51,4 ans soit un sex ratio homme -femme de 0,95. La mortalité hospitalière de cette dernière était de 79,4 % des cardiopathies hyper-intensives, avec 20,6 % des cas. Avec un enregistrement de 328 décès soit une mortalité globale de 12 %. C'est donc à partir de ces chiffres que nous pouvons affirmer que les maladies chroniques invalidantes telles que les cancers, les maladies du système nerveux, ne cessent de gagner du terrain dans le secteur sanitaire. Dans un pays comme le Cameroun qui compte seulement 100 cardiologues, on estime que 17 millions de personnes perdent la vie chaque année suite à une maladie cardiovasculaire. Le pourcentage des personnes affectées par ces maladies au Cameroun s'étend selon la société camerounaise de cardiologie entre 35% des populations adultes, soit près de 17 milles cas officiellement recensés chaque année. Dans la plupart des pays en développement dont le Cameroun, leur fréquence est sous-évaluée du fait de l'absence de grandes enquêtes épidémiologiques pouvant apporter des données de base (Cameroun tribune, 2019).

Selon la société camerounaise de cardiologie (2016), les maladies cardiovasculaires sont en hausse au Cameroun et touchent déjà près de 35% de la population adulte, soit environ 17 milles cas officiellement recensés chaque année.

Dans le Sud-Ouest Cameroun, à partir de l'étude rétrospective de patients avec un diagnostic de MCV admis dans les services médicaux de l'hôpital de Buea entre janvier 2016 et décembre 2017. Concernant les 3140 patients qui ont été admis, 499 (15,9 %) ont été admis pour MCV, soit 304 femmes (60,9 %) avec un âge moyen de 58,7 à 16,2 ans. La tranche d'âge la plus fréquemment touchée était celle des 50-59 ans (22 %). L'insuffisance cardiaque (38,5 %), les accidents vasculaires cérébraux (33,3 %) et l'hypertension non contrôlée (22,4 %) étaient les CVDS les plus courants. La proportion des patients admis pour un AVC était significativement plus élevée chez les hommes, tandis que l'hypertension non contrôlée était significativement plus fréquente chez les femmes. Les admissions pour AVC et insuffisance cardiaque ont augmenté avec l'âge. L'HTA non contrôlée était plus fréquente entre 40 et 60 ans.

Parler de la maladie cardiaque nous a permis d'avoir un aperçu général de son omniprésence dans le globe, toute fois nous nous concentrerons sur l'infarctus du myocarde (crise cardiaque), Objet de notre étude.

1.1.4. Les infarctus du myocarde dans le monde

Les MCV et plus particulièrement l'infarctus du myocarde⁵ (IDM), constituent la première cause de mortalité dans le monde. En 2003 L'OMS estimait le nombre de décès provoqués par l'IDM à 7,3 millions (Boudin, Cohen, Berthelot, Garcia et al 2009). En Suisse par exemple il provoque un décès toutes les 30 minutes et constitue à lui seul 40% de décès chez des personnes âgées de plus de 65 ans. Ainsi l'on apprend que le risque de souffrir d'un infarctus du myocarde augmente avec l'âge, à partir de 45 ans chez les hommes et 55 ans chez les femmes. En Belgique par exemple, on dénombre 15 milles cas d'infarctus du myocarde par an, ceux-ci s'avérant fatal dans la moitié des cas.

L'IM touche plus fréquemment les hommes que les femmes, les œstrogènes jouant un rôle protecteur chez ces dernières. Cependant après la ménopause, elles courent le même risque que les hommes. Elle est fatale pour 55% contre 49 % pour les hommes. Si un quart des premiers infarctus se manifeste chez l'homme avant 55 ans, le tiers de ceux-ci est fatal. L'OMS estime à 23,6 millions les personnes qui mourront d'une MCV d'ici 2030. L'infarctus du myocarde communément appelé crise cardiaque se produit à l'interception du flux sanguin au niveau du myocarde. Ce processus très rapide peut entraîner la destruction du muscle cardiaque (myocarde) en quelques heures. Ainsi, l'infarctus du myocarde est une affection fréquente et grave, qui touche 120 milles personnes en France. Il apparaît plus fréquemment chez les hommes, ceux de 50 ans mais concerne aussi les femmes de plus de 50 ans.

Le Rapport Canadien (2018), estime qu'en 2012 -2013, environ 2,4 million d'adultes canadiens (soit 1 sur 12) âgés de 20 ans et plus vivaient avec une cardiopathie ischémique, dont 578000 avaient un antécédent d'infarctus aigu du myocarde. De plus, 669 600 (3,6 %) d'autres adultes canadiens âgés de 40 ans et plus vivaient avec une insuffisance cardiaque.

Selon la Ligue de Cardiologie Belge, les maladies cardiovasculaires et particulièrement l'Infarctus du Myocarde, restent aujourd'hui la première cause de mortalité et de morbidité en Belgique. Chaque année, on compte en Belgique environ 15. 000 cas d'infarctus dont près de la moitié sont fatals (49 % chez les hommes, et 55 % chez les femmes).

Le continent Africain lui aussi enregistre un grand nombre de cas d'infarctus communément appelé crise cardiaque.

⁵ Le dictionnaire Larousse 2022 définit le myocarde comme étant le muscle qui constitue la partie moyenne de la paroi du cœur.

1.1.5. Les infarctus du myocarde en Afrique et au Cameroun

L'infarctus du myocarde est une affection relativement fréquente dans le milieu Africain en générale et camerounais en particulier. Avec une mortalité liée aux complications hémodynamique⁶ et rythmiques.

1.1.5.1. La crise cardiaque fait de nombreux morts en Afrique

Dans son article Complication et mortalité de l'infarctus du myocarde, Vehoukpe et al (2016), affirment que l'IDM est observé de plus en plus souvent en Afrique Noire. Une étude multicentrique organisée dans 13 pays en 1991 resituait en effet les maladies coronaires au 5^{ème} rang des affections cardiovasculaires, l'IDM étant la plus fréquente car survenant dans 43,6% des cas. En Côte d'Ivoire, en 1985, sur 120 cas de maladies coronaires, L'IDM a représenté 69% des cas au Congo ; il occupât le 4^{ème} rang en 1999 et il représente 25,4%. Alors qu'au Sénégal il faisait 19,3% des urgences cardiovasculaires. Au Bénin en 2002 elle était au 3^{ème} rang des urgences cardiovasculaires avec une prévalence de 13,7%.

De Juin 1995 à mars 2004 une étude rétrospective analytique et descriptive est menée sur les complications et la mortalité de l'infarctus du myocarde en milieu béninois, en absence de thrombolyse⁷ et d'angioplastie⁸. Sur 80 patients 58,8% ont présenté des complications avec des complications hémodynamiques (37,5%) en tête de liste dont 25% présentaient une insuffisance ventriculaire gauche, suivis des troubles du rythme (30%) avec 20% pour la ventilation auriculaire et 16% pour la tachycardie ventriculaire. Tandis que les complications mécaniques étaient survenues chez 10 patients (12,5%) dont 5 patients (6,2%) pour complications thrombotiques. A cet effet, on se rend compte que, ces complications étaient responsables de 13,8% de décès hospitaliers avec un risque relatif de 3,27%. Quant à la mortalité post-hospitalière on enregistre un pourcentage de 8,45 au sixième mois avec 09 cas perdus de vue soit (11,2 %).

The Pan Africa Medical Journal (2003), définit la mort subite comme une mort instantanée ou rapide d'origine naturelle inattendue ou inopinée chez les adultes. Les causes cardiovasculaires pulmonaires cérébrales dominent, son mode de survenu est dramatique, une

⁶ Dysfonctionnement cardio-vasculaire plus ou moins marqué et durable, pouvant se résumer en une baisse de la tension artérielle ou être plus grave, avec des troubles du rythme cardiaque voire un état de choc.

⁷ Méthode thérapeutique consistant en injection d'une substance thrombolique (capable de dissoudre un caillot sanguin).

⁸ Christophe marchand (2022) définit l'angioplastie comme étant une technique médicale utilisée pour déboucher les artères. Elle consiste à introduire et à gonfler un ballonnet à l'intérieur de l'artère afin de la dilater et de permettre une meilleure circulation de sang.

étude a été faite en Afrique (Yameogo et al, 2005), dont l'objectif était de déterminer les circonstances de survenues de ces morts subites, les facteurs de risques et d'identifier les causes. Il ressort de cette étude faite sur une période allant du 1^{er} janvier 2001 au 31 décembre 2005 que, 476 cas de mort subite chez l'adulte sur 1936 autopsiés ont été enregistrés. Le sexe ratio est de 2,9 avec 356 hommes soit 74,8% et 120 femmes soient 25,2 %. Les cardiopathies ont été la première cause de décès dans la série avec 177 cas sur 476 soit 37,2 %. En Afrique, les infarctus se retrouvent chez les patients âgés de plus de 18 ans. On comprend donc que l'âge moyen des patients est de 45,5 ans avec des extrêmes allant de 18 à 90 ans. Le maximum de cas est enregistré entre 50-55ans. Le sexe ratio est de 2,97 avec 356 hommes et 120 femmes. Les infarctus du myocarde apparaissent en Afrique comme les causes cardiaques qui dominent, soit 48,7% des causes cardiaques et 21,3% de l'ensemble des morts. Et le Cameroun se voit tout aussi confronté à la menace permanente que constitue cette pathologie.

1.1.5.2. Infarctus du myocarde au Cameroun

Au Cameroun, en 1997, les maladies cardiaques occupaient le 8^{eme} rang des maladies les plus meurtrières et L'IDM représentait 43% d'entre elles (Nganou et al, 2022). Cependant de nos jours, il est difficile d'avoir une idée réelle des chiffres, parce que les camerounais sous estiment très souvent les douleurs peut être par ignorance. Ceci fait que la plupart des patients que les cardiologues reçoivent présente avec les séquelles d'infarctus. Mais selon les données hospitalières, on peut estimer entre 2 à 3% de taux d'admission dans les services internes des patients ayant un infarctus du myocarde. Si les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de mortalité dans le monde, au Cameroun elles touchent 35% de la population (Nganou et al, 2021).

Cet aperçu général que nous venons de faire, donne de comprendre que les maladies cardiovasculaires figurent parmi les maladies les plus meurtrières. Elles sont une vraie menace à la vie, raison pour laquelle, elles cristallisent l'attention aussi bien du politique que du scientifique.

1.1.6. Réflexion scientifique sur les maladies cardiovasculaires

En 2019, Le congrès national de cardiologie ESC, a été organisé par les chercheurs. Ledit congrès s'est donné pour objectif principal de proposer des moyens de prévenir les maladies cardiovasculaires. Ce faisant, un programme a été élaboré sous le thème « **villes engagées pour un cœur en bonne santé** » a été lancé dans le but de sensibiliser à la lutte contre les

maladies cardiovasculaires en ville, en utilisant pour moyen la diminution de la pollution atmosphérique. Ainsi de nombreux parisiens ont pu se former aux recours des premiers gestes, mais aussi à l'identification des signes qui prédisposent aux risques cardiaques. Après le congrès de 2020, un autre s'est effectuée 2021 en Amsterdam puis à Londres. De ces congrès il ressort qu'effectivement les maladies cardiovasculaires constituent une véritable menace sanitaire et s'y intéresser de près est le meilleur moyen de mettre en place des stratégies défensives.

Tous les ans il est organisé au Canada, Le congrès canadien sur la santé cardiovasculaire par la société canadienne de cardiologie et la Fondation des Maladies du Cœur du Canada. Congrès important, réunissant des professionnels de la santé cardiovasculaire et de spécialistes dans les domaines connexes au Canada. Ce congrès permet les échanges de points de vue au sein de la collectivité, dont la communauté de chercheurs canadiens. C'est aussi une occasion de présenter les travaux et avancées sur les maladies cardiovasculaires ou enrichir ses connaissances pour les chercheurs. Ce congrès offre diverses activités (séances scientifiques, ateliers interactifs, présentation de tous nouveaux essais cliniques et débats animés).

Le continent Africain organise lui aussi des rencontres scientifiques portant sur la problématique des maladies cardiovasculaires, avec des engagements particuliers venant de chaque pays.

C'est notamment le cas du PASCAR tenu au Sénégal le 19 mai 2013. Le congrès de cardiologie est le troisième congrès de la société sénégalaise de cardiologie qui s'est déroulé du 15 au 19 à Dakar. La reconnaissance pendant le congrès du fait que les pays à haut revenus, ceux intermédiaires et bas partagent en commun les réalités cardiaques. C'est grâce à ce congrès qu'une loi anti-tabagisme (facteur de risque des maladies cardiaque) a été adoptée au Sénégal. La prévention et le contrôle des maladies non transmissibles en Afrique a été au centre de nombreuses communications et de débats du congrès. On a enregistré 600 cardiologues médecins généralistes, de nombreux décideurs politiques, des responsables d'institutions de recherche, des organisations, des paramédicaux, des étudiants, des exposants des sociétés privées venus à ce rendez-vous du savoir.

À la suite de ce congrès, un autre est organisé sur l'Urgence Cardiovasculaire avec les spécialistes d'Afrique Centrale et de l'Ouest, a été organisé au Cameroun du 10 au 12 mars à Douala. Pendant ladite rencontre les agents de santé et chercheurs se sont concertés afin de

cerner au mieux la problématique complexe que posent les urgences cardiovasculaires aux praticants de la médecine. Ce congrès a été présidé par le professeur Samuel Kingue, président du comité d'organisation du 12^e congrès scientifique de la Société Camerounaise de Cardiologie et du premier congrès de l'Association des Sociétés de Cardiologie d'Afrique de l'ouest et du centre, réunis à Douala en ligne du 10 au 12 mars 2021. Plus de 500 médecins généralistes et spécialistes, chirurgiens cardiaques, anesthésiques, réanimateurs, Urgentistes d'Europe, D'Afrique Centrale et de l'Ouest ont tenu une téléconférence, sous le thème « **les urgences cardiovasculaires** » et ressortent que les maladies cardiaques constituent avant l'avènement du covid 19 la première cause de mortalité dans le monde. On enregistre 7 conférences magistrales, 3 symposiums et 16 thématiques spécialisées conduites par des experts d'Europe et d'Afrique.

La maladie chronique étant une problématique majeure en santé publique, elle ne peut être entreprise globalement que dans la perspective de la prise en compte du malade qui en souffre. A cet effet, certains pays organisent des tables rondes sur la réalité psychique des malades, pour donner l'occasion à ces patients de parler ouvertement de leur expérience.

La France, par exemple organise de nombreuses tables rondes. Comme celle de 2019, sur le thème Santé mentale et maladies chroniques : Actes de la journée du 7 mars. Sous le thème '**Maladies chronique et répercussions psychique**' pendant lequel de nombreux malades chroniques en présence de certains experts du domaine font part de leurs expériences. Cougnas qui fait un AVC – « j'ai subi, j'ai vécu, j'ai survécu ». Celui sous le thème : **douleur chronique : corps et esprit à l'épreuve**. Claire Legendre patiente experte bénévole AFVD. Parle de la douleur chronique.

1.2. FORMULATION DU PROBLÈME

Nous allons dans cette partie faire un état des lieux sur les maladies chroniques en générale et les maladies cardiovasculaires en particulier, puis énoncé le problème.

1.2.1. Etat de la question sur la vie psychique des patients souffrant des maladies chroniques et l'IDM

L'avènement d'une maladie chronique qu'elle soit légère ou sévère va de pair avec une mobilisation des réactions à la fois psychologiques, émotionnelles et comportementales du sujet et de son entourage. Prévisible ou non elle se présente comme un élément extérieur

venant fragiliser l'homéostasie⁹ aussi bien individuelle que collective de la personne qui est touchée. Au-delà de l'annonce, vont donc devoir se déployer un tas de mécanisme allant de la compréhension de la maladie jusqu'à son intégration ainsi qu'à la redéfinition du sujet et de ses nouvelles circonstances de vie (résilience). Il s'agit là d'un réel défi pour le patient (Pedinielli, 1996). Le travail de la maladie commence alors par l'intégration de tous les ressentis (dues à l'atteinte somatique mais également à l'administration des traitements) en représentation psychiques. L'appropriation subjective de la maladie semble pouvoir s'installer grâce à l'intégration progressive des éléments somatiques au psychisme, la création et le passage par des aires intersubjectives (Ciccone, 2006). Ainsi, la maladie chronique est susceptible d'entraîner des événements traumatiques désorganisateur (annonce du diagnostic, pronostic, gravité, traitement, soin, séparation dues aux hospitalisations, qualité de vie), failles dans l'activité représentationnelle (Bertrand, 2005).

L'annonce de la maladie chronique a bien sûr un impact sur les patients et son entourage proche. Ils vivent le moment du diagnostic comme un événement traumatique¹⁰, un « choc qui suscite l'effroi », les patients doivent faire face à une « succession de pertes, extrêmement brutale » qui ébranlent profondément leur narcissisme en leur laissant un sentiment d'impuissance insupportable (Mero, 2008, p98). L'évocation d'une formulation diagnostique risque d'enfermer le sujet dans une sorte de prescription psychopathologique (Lebsvici et Soule, 1970).

Ces patients traumatisés au moment de l'annonce du diagnostic, entrent dans une situation inattendue. Évènement qui conduit ces sujets à rentrer dans l'état de choc, de culpabilité et de dépression. Marqués par la difficulté à accepter leurs maladies, ils font face à certains signes tels que le stress permanent, la perte d'intérêt, l'incapacité à résoudre des problèmes, l'insomnie, l'irritabilité, l'indécision, le refoulement, l'évitement et l'isolement pour faire face à leur souffrance et à la réalité douloureuse (Zeblah et Talaouanou, 2019). L'annonce du diagnostic est ainsi intégrée par le patient et fera naître des représentations qui lui sont propres.

⁹ Deloy (1953) définit l'homéostasie comme la tendance de l'organisme à maintenir ou à ramener les différentes constantes physiologiques (température, débit sanguin, tension artérielle, etc) à des degrés qui ne s'écartent pas de la norme.

¹⁰ Crocq (2014), le traumatisme psychique ou trauma est un phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant sur la vie ou l'intégrité physique et ou psychologique d'un individu qui est exposé comme victime, témoin ou acteur.

Louis (2000), fait comprendre que suite à la survenue d'un évènement cardiaque, le patient serait soumis à de nombreux agents stressants. Tels que les agents stressant physiologiques : la présence de certains symptômes cardiaques, le changement dans le fonctionnement physiologique et le manque d'information sur le pronostic et le traitement. Les agents stressants psychologiques vécus par les patients durant la période de convalescence comprennent des réactions psychologiques telles que (l'anxiété, le déni, la culpabilité, l'incertitude, l'inquiétude, et des symptômes de dépressions). Le manque de soutien psychologique et le manque d'informations sur les réactions émotionnelles sont aussi des difficultés rencontrées. Ceux socio-culturels qui sont multiples et bouleversent la période de convalescence. Les grandes sources de stress portent sur les changements dans les activités de vie quotidienne, les changements dans les habitudes de vie, le manque de contact social, le manque d'assistance des personnes significatives, la reprise des activités sexuelles, les problèmes financiers et les problèmes de transport. Concernant les agents stressants de développement, le stress porte essentiellement sur la perte de l'estime de soi, la restructuration du rythme de vie, les changements dans les rôles, les problèmes de communication interpersonnelle et les difficultés dans la relation conjugale. Enfin, les agents stressants spirituels qui sont liés à d'autres évènements survenus dans la vie durant la période de convalescence et qui ne sont pas réellement en lien avec l'infarctus du myocarde en exemple des difficultés à observer les pratiques religieuses dues au problème de déplacement en raison d'une intervention chirurgicale.

Compte tenu des nombreuses perturbations psychiques¹¹ qui accompagnent l'IDM, précocement et à long cours, l'ajustement émotionnel possède une place majeure dans l'évolution des patients, et a fait l'objet de nombreuses recherches. De nombreux travaux de recherches quantitatives ou qualitatives, menés chez les patients après un IDM, rapportent une importante anxiété (De Jong & al. 2004 ; Roberge, Dupuis, & Marchand, 2008). L'anxiété est fréquemment secondaire à la présence d'un évènement constituant un danger important pour le sujet, comme l'IDM. Cette émotion est liée à la mort. « Comme la vie ne saurait exister sans la mort, l'anxiété fait partie intégrante de notre condition humaine et accompagne l'incertitude associée à la maladie grave » (Piot-Ziegler, 2005), relative au danger que représente l'évolution péjorative potentielle de la maladie. L'accident cardiaque peut

¹¹ Le concept du psychisme au sens moderne du terme ne désigne ni l'âme, ni l'esprit. Il vient de la psychanalyse freudienne qui tente de trouver une détermination aux conduites humaines et en particulier à leur aspect pathologique. Le psychisme tout en intégrant le fonctionnement cognitif y associe des aspects neurologiques et des influences sociales (Juginet, 2022).

constituer un traumatisme, et être responsable d'un syndrome de stress post-traumatique. Sa constitution fait l'objet de questions concernant plusieurs théories cognitives à son développement (Brewin & Holmes, 2003). Un modèle prédictif du trouble de stress post traumatique post IDM a été proposé pour évaluer l'intensité des symptômes (Roberge, Dupuis, & Marchand, 2010). Des facteurs de risque liés à l'intensité de ce syndrome après un IDM ont été mis en évidence, tels que la perception d'une menace à la vie, l'intensité d'un trouble de stress aigu et des symptômes de dépression quelques jours après l'IDM, des antécédents d'aiguillage vers un psychologue ou un psychiatre, et le sexe féminin (Roberge & al, 2010). L'association à une dépression est fréquente, et est associée à un moins bon pronostic après IDM, avec un taux de ré-hospitalisation plus important, et un taux réduit d'adoption par les patients des mesures de prévention (Meijer et al. 2011 ; Myers et al. 2012). La dépression, fréquemment secondaire à un événement constituant une perte importante, accompagne souvent la période post-IDM lorsque les patients prennent conscience de la maladie chronique et de la perte définitive de leur santé. Son impact en post-IDM, récemment confirmé par une large étude longitudinale avec un suivi sur 13 ans, associant une altération de la qualité de vie, un plus mauvais contrôle des facteurs de risque, des complications et hospitalisations plus fréquentes, ainsi qu'un coût important engendré par les complications, représente un enjeu significatif en termes de santé qui a fait l'objet de tentatives de prise en charge médicamenteuse, n'ayant pas fait la preuve de leur efficacité sur le pronostic des malades. Le traitement pharmacologique de la dépression post-IDM est donc volontiers réservé aux épisodes dépressifs majeurs. En revanche, le diagnostic de dépression en post-IDM permet d'identifier des patients vulnérables chez qui des efforts particuliers devraient être mis en œuvre pour favoriser les mesures de prévention et l'adoption d'un style de vie favorable (Myers et al, 2012). Le diagnostic et l'évaluation des troubles dépressifs des patients atteints de pathologie cardiovasculaire ont fait l'objet de recommandations du National Heart, Lung, and Blood Institute Working Group en 2006 (Davidson et al, 2006). Les méthodes d'évaluation de la dépression dans les études cliniques après IDM sont diverses et basées sur des instruments d'hétéro-évaluation validés, réalisés au cours d'entretiens structurés ou semi structurés, et sur des instruments d'auto-évaluation, ces échelles quantitatives étant très utiles pour les études cliniques, en mettant à disposition des praticiens des moyens de diagnostic et d'évaluation de la sévérité des troubles. En revanche, peu de travaux de recherche qualitative ont été menés sur les patients présentant des troubles dépressifs en post-IDM dont le processus commencera pendant la rencontre du médecin et du patient.

La rencontre entre le médecin et son patient est au cœur des annonces de la maladie ou de son aggravation et la façon dont les patients vont mettre en place des aménagements psychiques sont corrélés à la subjectivité de cette relation. Expérience toujours singulière, la maladie grave bouleverse la vie du patient et de sa famille et conduit à de nombreux remaniements psychiques dans la vie personnelle que familiale et sociale. Au cœur du travail d'élaboration psychique de la maladie, les modalités de l'annonce jouent un rôle essentiel et c'est pourquoi il est indispensable de prendre en compte dans l'analyse des mouvements psychiques à l'œuvre suite à l'annonce d'une maladie grave et de son aggravation (Gavard & Pheulpin, 2002, pp 232-240).

Suite donc à cette annonce qui constitue l'une des situations stressantes à laquelle est soumis le patient, un processus d'évaluation en deux temps se met en place. La première qui constitue une évaluation suppose de déterminer la signification de l'événement stressant en rapport avec les croyances, les valeurs et les motivations de l'individu, tandis que la seconde évaluation dépend des capacités et des ressources disponibles susceptibles d'éliminer ou d'atténuer les effets de la situation stressante. Si les capacités ou ressources sont insuffisantes, inadéquates ou indisponibles, la réponse de stress s'impose et les individus vont devoir mettre en œuvre des stratégies d'adaptation destinées à faire face à la situation, le coping. Venant du vocabulaire anglais « to cope » signifiant littéralement « faire face à », le coping est défini comme « la mise en place d'efforts cognitifs et comportementaux destinés à gérer les demandes externes et internes qui sont évaluées comme épuisant ou excédent les ressources de la personne ». Folkman et Lazarus ont mis en évidence deux fonctions principales du coping : une stratégie orientée sur le problème, une autre orientée sur la gestion du stress émotionnel. Les orientations plus nouvelles dans le champ du coping apportent des approches proactives associant les aspects temporels classiques liés au coping des événements passés ou présents, mais également le coping face aux événements futurs. Par ailleurs, les affects positifs et la recherche de sens intègrent ces orientations nouvelles du coping en tant qu'éléments essentiels du fonctionnement optimal (Folkman & Moskowitz, 2000, 2004). Les facteurs qui peuvent influencer le coping des patients hospitalisés pour un IDM ont été évalués par une méthode qualitative, confirmant par ailleurs la recherche de contrôle que les patients expérimentent pendant leur hospitalisation à la phase aiguë (Salminen-Tuomaala et al. 2011). Les études du coping dans le contexte de l'IDM se sont également attachées à trouver pourquoi les malades présentant des symptômes cardiaques décalaient l'appel des

secours, posant le problème du délai de la prise en charge de l'accident (Alonzo & Reynolds, 1998 ; Stewart, Hirth, Klassen, Makrides, & Wolf, 1997).

L'environnement soignant dans le contexte d'IDM se tourne vers le corps biologique et a tendance à mettre au second plan les soins du corps émotionnel, du corps vécu de la personne malade, et ce pour des raisons de priorités liées à la survie du patient. Cette relation de soins entrave la véritable communication (Lebigre, 1993). Balint avait souligné l'importance de la relation médecin-malade en tant que véritable thérapeutique (remède-médecin) (Balint & Valabrega, 1960), mais dans le cadre de l'urgence et du sauvetage d'organe et de vie, cette relation-traitement privilégiée est souvent absente, faute de temps disponible. Le patient se trouve privé du contrôle de son corps et dépendant des soins qui lui sont prodigués en urgence pour sa survie. Dans une certaine mesure, il est également privé de ses choix de vie, concentré par l'environnement humain et matériel de l'hospitalisation sur son consentement au traitement d'un organe. A l'admission, 64% des patients expriment leur sentiment de sécurité en se remettant complètement entre les mains des soignants, seulement 22% posent des questions sur les traitements réalisés, alors qu'après stabilisation de leur état, 30 et 35% d'entre eux souhaiteraient être plus impliqués dans les décisions les concernant pendant l'hospitalisation et dans le suivi, respectivement, les femmes semblant plus insatisfaites et demandeuses d'implication dans les choix thérapeutiques que les hommes (Arnetz & Arnetz, 2009). Dans ses travaux, Aujoulat rapporte le sentiment de perte de contrôle des faits importants. Pour la vie des malades chroniques (Aujoulat, Marcolongo, Bonadiman, & Deccache, 2008). Le concept de « powerlessness » se réfère à « l'absence de pouvoir, la perte du sentiment de contrôle sur sa propre vie », et semble pouvoir également s'appliquer au vécu aigu d'un malade admis pour un IDM, alors que « l'impuissance acquise » (Miller, Seligman, & Kurlander, 1975), pourrait être un facteur favorisant la dépression fréquente en post-IDM, chez des sujets qui ne pourraient ultérieurement s'émanciper du sentiment d'incapacité à agir, par exemple face à des prescriptions de changement de vie impossibles à suivre, des complications ou récidives ultérieures hors de leur contrôle.

L'annonce de la mauvaise nouvelle, la survenue d'une maladie que l'on ne peut pas guérir¹² même si on peut la soigner viennent briser le vécu fluide du temps. Pour tout un chacun, chaque jour passé ne reviendra plus, mais chaque nouveau n'est qu'une continuité «

¹² Soigner en terme de santé est défini comme le fait de s'occuper de rétablir la santé, s'occuper de guérir. Là ou guérir est défini comme rendre la santé, faire cesser une maladie, délivrer d'un mal (cahier de psychologie clinique, 2015).

mais jamais plus, mais toujours encore ! », l'irruption du diagnostic de la maladie chronique arrête le mouvement de la chaîne, ce qui ne sera plus jamais comme avant et du coup « jamais plus, pour toujours ! ». Bien souvent il existe une discordance entre le temps du médecin et du malade. Le temps du malade est celui de travail d'acceptation qui peut demander plusieurs années, c'est le temps des changements comportementaux qui ne se font pas sur commande mais arrivent à des moments précis de l'histoire de la maladie et de la vie (Grimaldi, 2006, pp 45-51).

La maladie chronique vient donc bouleverser la représentation du temps et ne manque pas de soulever les angoisses de la mort. Elle impose donc le travail d'acceptation que l'on assimile au travail de deuil. Elle impose ses contraintes et parfois ses handicaps. Elle modifie les rapports aux autres et finalement les rapports à soi (Grimaldi, 2006, pp 45-51).

Cette attitude extrême du « A chaque jour suffit sa peine » (Mathieu 6 v.34), « Demain est un autre jour » (Fleming) est banale dans la mesure où, lorsque nous n'avons pas conscience qu'il existe un problème, nous avons aucune intention de modifier un comportement dans un avenir-proche ce que Prochaska appelle « la precontemplation » dans son modèle transtheorique. Le changement de comportement va nécessiter un temps de prise de conscience, de réflexion, d'évaluation, d'hésitations. On peut aider à cette maturation mais on ne peut pas la brusquer. Pour changer, il faut que la personne soit convaincue non seulement qu'elle a un risque, mais que le changement en vaut la peine. Aider le malade à changer n'est donc pas lui rappeler les bonnes raisons qu'il a de le faire, mais l'aider à peser le pour et le contre en n'hésitant pas à se faire l'avocat du diable, c'est à dire à insister sur tous les arguments qui militent pour les changements.

Les croyances et représentations des patients après un IDM évoluent avec le temps. La motivation à modifier les comportements de santé est diminuée par l'anxiété et la dépression, fréquentes après un IDM. Les études intégrant la temporalité des représentations des patients, ainsi que des cofacteurs influençant les représentations des patients sont rares. Une recherche qualitative menée chez 30 patients avec un 1^{er} IDM a exploré les représentations du patient à 3 jours puis 4 mois de l'événement, précisant les représentations intimes des patients non disponibles dans les études quantitatives (Jensen & Petersson, 2003). Les perspectives de changement de comportements ont fait l'objet d'une autre étude qualitative menée 6 semaines après un IDM, et montrant les difficultés rencontrées par les patients à opérer trop de modifications à la fois dans leur style de vie, alors qu'ils ressentent un manque de soutien par

des professionnels, un stress important et une frustration due à une surprotection des proches (Condon & McCarthy, 2006).

Selon le type de maladie il est important pour bien comprendre les enjeux adaptatifs de situer l'infarctus du myocarde dans le temps. A cet égard (Rolland, 1987), propose une typologie dans laquelle il envisage l'évolution d'une maladie en trois phases soit le but de la maladie, le développement de la symptomatologie : l'évolution progressive, constante, épisodique. Les conséquences intrinsèques de la maladie sur l'individu et son entourage. La maladie cardiaque s'inscrit donc dans chacune de ces phases par le fait qu'elle survient généralement de façon subite, qu'elle suit un développement constant parce qu'évolutive, qu'elle ne semble pas brimer les capacités adaptatives de l'individu, et qu'elle risque d'être fatale (Gagnon, 1994).

L'infarctus est un mode d'entrée brutale dans la maladie chronique qu'est la coronaropathie¹³. Avant cela le patient ne se sait, bien souvent pas malade et cela annonce la perspective, de souffrances, des menaces parfois vitales. Cette atteinte de l'organe « noble » du corps porte en elle de forte composante symbolique et a un impact sur la vie du patient qui est victime et sur celle des proches car sans lui la vie s'arrête. Le patient est confronté à différents pertes physique, sociale voire financière dans un sentiment d'impuissance. Il suscite un stress intense lorsqu'il survient et force l'individu, le couple, la famille et la communauté à mobiliser des ressources adaptatives. D'après Ajoulat deux facteurs essentiels au sentiment d'impuissance : le sentiment d'insécurité et de perte d'identité. Le sentiment d'insécurité provient de la perte du control de ce que les patients étaient, ce qu'ils voulaient être, de leur relation à l'autre, de ce qu'ils voulaient faire. La perte du sentiment d'identité dû à une perte d'image de son infailibilité « l'atteinte du corps bouleverse le sentiment d'identité pouvant conduire certains à de vrai épisodes de dépersonnalisation au cours desquels la personne se sent dissociée, en décalage avec la réalité » nous dit Massol (2004). Le patient doit réaliser un véritable travail de deuil de celui qu'il était et de sa santé afin d'intégrer sa maladie.

Après l'infarctus, les croyances de santé permettent de donner du sens à ce qui s'est passé et la façon dont le sujet peut s'y adapter. Plusieurs revues de la littérature ont été publiées concernant les causes à l'origine de l'infarctus que les patients s'attribuent, et révèlent en premier lieu le stress comme cause d'accident, juste avant les facteurs de risque liés à

¹³ La coronaropathie est l'une des maladies cardiaques les plus courantes, elle s'accompagne d'un rétrécissement d'un ou de plusieurs vaisseaux coronaires, cela entraîne des troubles circulatoires dans les muscles cardiaque (Herold et al, 2012).

l'hygiène de vie, comme le tabac, la mauvaise alimentation et le cholestérol (French, Marteau, Senior, & Weinman, 2002). Récemment, une étude quantitative conduite chez 171 patients avec IDM a montré que l'attribution causale à l'IDM par les patients était fortement liée à leurs facteurs de risque objectifs, leur sexe et leur statut socio-économique (PerkinsPorras, Whitehead, & Steptoe, 2006).

Dans une recherche qualitative chez des patients ayant eu un premier IDM, utilisant une analyse interprétative phénoménologique, l'exploration des causes de la maladie, exprimées par les patients, a permis aux chercheurs d'avoir accès également au raisonnement du patient et à ses buts en attribuant des causes à son IDM. Il a pu être montré comment le processus d'attribution causale pouvait faire partie de l'adaptation émotionnelle et comportementale du patient après un IDM, le corollaire de ces résultats étant que les tentatives de modification par les soignants de modifier le processus d'attribution causale, par exemple lors d'informations délivrées au malade, ou lors de programmes d'éducation thérapeutique, pouvaient s'avérer délétères (French et al, 2005).

Dès les premiers jours de la vie, la maladie peut pénétrer sur la santé¹⁴. Elle exige de l'individu qu'il s'engage dans le maintien de la santé, ce qui la place dans une situation d'apprentissage tout au long de la vie (Hureaux, 2008). On ne peut occulter l'aspect social de la maladie. La santé n'est pas médecine comme l'affirme Claudine Herzlich (1969, 1994), la santé et la maladie sont vécues et pensées par l'individu en référence en ses rapports avec la société ou en est exclu (Wulf, 1999). L'envie de rester socialement inscrit malgré la lourdeur de sa pathologie oblige le malade à développer des stratégies soit d'adaptation soit d'évitement pour rester « citoyen ».

L'infarctus du myocarde entraîne habituellement de lourdes conséquences non seulement sur la santé physique mais également sur sa santé psychologique. Il suscite un stress intense lorsque la crise survient et force l'individu, le couple, la famille et la communauté à mobiliser leur ressources adaptatives (Folkman & Lazarus 1986 ; Gunn, 1986 ; Lepore, Evans, et Scheider 1991). Il en résulte d'importantes difficultés d'adaptation au niveau personnel, conjugal, et social (Doherty, 1990).

Il s'avère également que la perception que les gens ont de l'évènement stressant par l'anticipation de la menace de l'inconnu (prévisibilité, incertitudes, anticipation) et du control

¹⁴ Selon OMS (1946), la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

qu'ils ont, joue un rôle important dans le processus de réajustement (Dohrenwrend & Martin, 1979 ; Folkman, 1984, Klan, (1981 : voir Lemyre (1986) ; Lazarus & Folkman, 1984 ; Lemyre, 1986). Cette évaluation cognitive de l'évènement a des incidences sur le stress (Kobassa, 1979, 1982). La perception se base sur l'expérience acquise et sur les tentatives d'adaptation fructueuse et infructueuses.

En présence de maladie, le concept de soi de chaque personne évolue au gré de ses expériences (L'écuyer, 1994) tel que discuté par plusieurs études, le patient cardiaque n'échappe pas aux effets psychologiques engendrés par cette expérience. Le déni en exemple, documenté par plusieurs chercheurs comme étant un mécanisme d'adaptation, utilisé par un individu afin de réduire le haut niveau d'anxiété engendrer par l'infarctus du myocarde (whisnie, Hackett & Cassem, 1971 ; Esteve, Valdes, Riesco, Jordan, & De Flores, 1992). L'anxiété s'avère une autre réponse psychologique forte importante en post infarctus et peut persister pendant toute une année (Havick &Macland, 1990). Un taux d'anxiété amène une insatisfaction durant la période de convalescence, une diminution du retour au travail et une difficulté de la reprise de la vie sexuelle (Friedman, 2000). Elle augmente le risque de complication telle que la reinfarcisation et la fibrillation ventriculaire (Busilli &Stuart, 1999 ; Morse & Dracup, 1996). La dépression s'avère une troisième réponse psychologique suite à l'infarctus du myocarde. Elle aurai un lien significatif lié à la mortalité (Irvine, Basinki, Backer, Jandcier, Paquelle, Cairns, Connely, Robert,Gent & Dorain, 1999, Lauzon, Diodati, Carbonneau, Huynth, Dion, Racine, Carignan, Diodati, Carbonneau Dupuis, & Pilote, 2003 ; Welin, Lappas, &Wilhelmsen, 2000).

Le vécu psychologique tel que présenté par Zeblah et Talaouanou (2019) serai porter sous plusieurs angles. Le premier relatif à la qualité de la vie relationnelle, le patient aurait une bonne relation avec la famille, et fait comprendre que très souvent lors de l'annonce c'est la famille qui est avec le patient. Le second relatif à la relation entre les évènements traumatisants et la maladie cardiaque. Lors de l'annonce de la maladie, certain sont très étonné « psychologiquement je n'étais pas du tout prêt à cette annonce, parce que je me suis toujours dis que j'ai juste un petit problème dans mon cœur, parce que aussi je faisais attention à moi et je suis sportif, franchement cette annonce ma bouleversé ». Le patient présente un certain choc, un traumatisme par cette nouvelle. L'on remarque tout aussi chez ces patients un discours caractériser par sa maladie, une perturbation du rythme de sommeil, la présence de cauchemar...

Révoquer donc une expérience douloureuse peut être difficile. Cependant la verbalisation des vécus et de leur consolidation dans une mémoire explicite, réfléchie ; peuvent favoriser la construction de sens sur les éléments sensoriels douloureux. Le chercheur aide le malade à se soustraire à ses référents externes c'est-à-dire, aux formes de langage médical et hospitalier, pour lui permettre de dire son vécu dans son propre registre lexical. Il l'encourage ou manifeste verbalement par des gestes qu'il trouve bien mentalement sur la scène de crise, là où le malade l'emmène et qu'il comprend ce qui lui a adressé. Il permet au malade de s'affranchir des jugements portés sur ses comportements de santé, par autrui ou par lui-même. Pour l'aider à verbaliser les éléments procéduraux de son vécu. Dans les heures qui suivent la crise, le vécu fraîchement stocké dans la mémoire est facilement rappelé mais ne sont pas au premier plan d'une agitation cognitive importante dans le post-IDM immédiat, aux soins intensifs. Plus tard entre quelques jours et trois mois après la crise ; le souvenir est moins envahi par la douleur mais les défenses psychiques sont plus importantes ; limitant l'évacuation de la crise. Les souvenirs du vécu conscient permettent au sujet de se raconter en disant « Je ». Mais lorsque les capacités attentionnelles sont engagées dans d'autres tâches fortement consommatrices, certains éléments du vécu ne sont pas directement accessibles à la conscience, comme dans le cas de l'irruption soudaine d'une souffrance physique ou d'une sensation de mort imminent lors de l'IDM. Les libérations mentales pendant la crise ne sont alors constituées que des représentations de la souffrance du corps et de l'angoisse de mort. Quand la terreur envahit la conscience ; la configuration narrative du sujet subissant son corps révèle la distance avec soi comme sujet. Un flux d'information préconscient peut être appelé à la conscience lors de la reconstitution de la scène de crise et peut enrichir l'expérience de l'IDM (Lafitte, 2018).

Pour la compréhension de l'expérience du patient qui subit l'infarctus du myocarde Johnson et Morse (1990) suite à l'analyse de multiples données, arrivent à la conclusion que l'individu lutte environ un an afin de reprendre le contrôle de sa vie. Elles expliquent que le patient doit arriver à la question « pourquoi moi » s'il veut revivre et qu'il doit entreprendre cette lutte en lui donnant un sens (Ford, 1989 ; King & Jensen 1994).

La vie a désormais un tout autre goût, car habité par une conscience de la vie à frôlé la mort. On comprend ainsi que la maladie, ce chemin qui fait passer la nuit, débouche sur une autre vie qui discerne mieux à l'horizon sa propre finitude. La maladie est aussi en définitive un voyage, un voyage inattendu qui mène au fond de sa propre vie. Il conduit l'être humain au

—delà de lui-même ; et sur ce chemin abrupt et rocailleux, il se découvre comme un être habité par une vie qui transcende les déterminismes biologiques du mal qui le ronge (Fischer, 2011).

De nos jours, nous avons une vision essentiellement médicale de la maladie, elle n'a pas grand-chose à voir avec la maladie que vit le malade. Pour lui c'est une expérience bouleversante qui l'oblige à affronter des situations auxquelles il n'est pas préparé. C'est une situation vécue qui ébranle quelqu'un au plus profond de lui-même, la maladie apparaît comme une expérience psychique. L'expérience vécue par le malade constitue en ce sens une catégorie de connaissance portant sur ce que l'on appelle communément le monde intérieur du malade (Pardinielli, 1997). Cette face cachée où chacun se trouve avec la misère et sa souffrance. En redonnant à l'expérience du malade toute sa valeur, on contribue à une compréhension de la maladie qui n'est pas une entité médicale mais qui est toujours la maladie d'un malade (Fischer, 2008). La maladie grave n'est pas seulement un problème de santé au sens strictement médical du terme. C'est une expérience qui touche la précarité radicale de l'expérience du patient, une expérience qui le secoue « l'homme se réveille seulement quand le bâton de la mort lui tombe sur la tête » (Kabîr, 1959). La maladie est donc un véritable combat, un parcours de combattant. Elle nous apprendra quelque chose sur le comportement humain, c'est seulement quand l'adversité nous frappe que nous nous révélons vraiment à nous même (Fischer, 2008).

Fischer (2008), parle de l'expérience intime en s'attardant sur les enjeux psychiques fondamentaux soient les expressions de l'adaptation et les mécanismes pour survivre. Selon lui le premier enjeu apparaît au début de la maladie. Lorsqu'on apprend que nous sommes atteints de maladie grave (cancer, sida...) alors s'opère de manière violente une rupture avec le cours ordinaire de la vie. C'est un moment décrit par de nombreux malades comme cataclysme, une catastrophe, la fin du monde ; mais qui les propulse en fait assez rapidement dans un autre monde. Beaucoup disent que leur vie bascule tout d'un coup. Ce basculement correspond à leur entrée dans une épreuve et l'engrenage médical dans lequel ils vont être pris : interventions chirurgicales, traitements, examens médicaux. Lié à cette onde de choc, un deuxième enjeu est la nécessité de se battre. La maladie est un véritable combat, un parcours de combattant. C'est un apprentissage qui ne va pas de soi, il exige que l'on puisse au fond de soi des forces de vie. Elles ont ceci de particulier : dans la vie ordinaire elles ne sont guère modélisées ; dans les situations extrêmes elles sont essentielles car elles sont vitales ; ce sont des forces de suivi. Dans ce sens l'expérience de la maladie est un creuset où se déploient des ressources de vie inattendues. Elles ont une efficacité spécifique qui se caractérise avant tout

par le fait qu'elles entraînent des transformations intérieures par rapport à la façon de vivre. Etre malade, ce n'est pas seulement lutter contre la maladie, mais c'est aussi une expérience qui bouleverse une vie et oblige à faire appel à ses ressources intérieures pour survivre. Etre malade transforme une vie. Un autre enjeu psychique est lié à l'issue. Quand on a traversé l'épreuve d'une maladie grave, la fin des traitements ne met un terme à l'expérience vécue ; elle établit seulement un constat que la pathologie est sous contrôle ou éradiquée. C'est pour le malade le moment d'un immense soulagement, quand on lui annonce que les résultats médicaux sont de nouveaux « normaux » et qu'il peut s'estimer « guéri », mais pour le reste c'est-à-dire la façon dont il sort psychologiquement d'un tel parcours, c'est une histoire. En effet, on ne sort pas automatiquement de l'expérience qu'on a traversée du seul fait que les traitements sont terminés. Il faut encore laisser la maladie derrière soi, sortir de son état psychologique de malade.

Lacroix (2009), entreprend le vécu des patients en s'attardant sur le retentissement de l'annonce du diagnostic chez ces derniers. L'annonce de la mauvaise nouvelle est le premier acte qui va jouer un rôle parfois déterminant, car son retentissement dépend de plusieurs conditions. Selon Massol (2004) « son retentissement dépend de la personnalité du sujet, de son histoire et du moment de vie qu'il est en train de traverser, il dépend de la maladie en cause et des représentations que s'est fait le patient ». Il procède aussi et particulièrement de la façon dont le diagnostic, et le pronostic et type de traitement sont communiqués. Ces divers éléments existentiels et contextuels constituent le cadre dans lequel se joue une partie risquée pour le patient. Comme dans toute situation de crise, l'annonce engendre une certaine stupeur, un instant d'incrédulité quasi inévitable comme se protéger d'une réalité inadmissible. Cette réaction normale peut s'observer dans maintes circonstances où nous sommes victimes d'un préjudice ou même lorsque nous avons perdu ou égaré un objet nécessaire. Suivant l'importance attribuée à l'objet, cette incrédulité persistera jusqu'au moment où elle cèdera devant l'évidence du fait.

Ellefsen (2013), caractérise la réalité psychique du patient atteint de maladie chronique en termes de souffrance. Souffrance qui est à la fois une expérience intime, interminable, supportable, et subie. L'avènement d'une maladie chronique représente un élément déclencheur d'un parcours de vie jonché de multiples pertes lesquelles s'accompagnent de la souffrance. Elle se définit comme une expérience affective désagréable associée à la perte interminable de son identité (le Soi) cette structure dynamique qui donne cohérence et continuité à l'expérience d'être vivant (Ellefsen, 2013, sous presse). La souffrance est une

expérience subie au sens où la personne y est exposée contre son gré (Ricoeur, 2004). De plus, elle remet en cause cette toute puissance que l'humain croit détenir sur sa vie. Cette toute puissance ne réfère pas au pouvoir de dominer les autres, mais désigne plutôt la croyance que l'être humain est maître de sa vie grâce à la conscience, à sa raison et à sa volonté. Au contraire, la souffrance relève que l'être humain est tout sauf un être tout puissant. Elle permet de découvrir que la vie ne peut pas être « mise sous contrôle » et que le seul pouvoir qui demeure est celui de s'éprouver. Les propos de Louise traduisent bien cette perte de contrôle de soi provoqué par la douleur :

« J'ai toujours vécu avec une douleur qui était de 4 ou 5 sur 10. Et lorsque je me mettais à faire quelque chose qui me passionnait, j'étais capable de l'oublier... mais la douleur épuise vu qu'à endurer une douleur, tu en perds ton jugement (Ellefen, 2010 :117) »

La restriction du pouvoir d'exister imposée par la souffrance ne signifie pas pour autant une résignation ou une acceptation passive de la part des personnes vivant avec la maladie chronique. En effet, la souffrance se présente comme « ce qui doit être », mais la vie continue grâce à la révolte qu'elle provoque. La souffrance devient alors le meilleur ennemi contre elle-même (Longneaux, 2007. Poree, 2001). Le verbatim de Vincent évoque de manière éloquente le choix du changement qui s'impose face aux symptômes gastriques liés à la maladie chronique :

« Moi je me dis que j'aurais pu abdiquer, j'aurais pu abandonner ... je continuais à m'obstiner à boire de l'alcool, à manger. J'étais malade, je mangeais ce que je voulais pareil. Mais là, à un moment donné, tu as un choix à faire et moi j'ai choisi d'être heureux là-dedans (Ellefsen, 2010 :133) »

Continuer de vivre implique donc de donner une nouvelle vie au soi. Cela implique de se renouveler, c'est-à-dire de changer continuellement son identité, une identité qui intègre à la fois celle du passé, mais aussi celle d'un futur possible. Dans ce renouvellement de soi, l'espoir se juxtapose à l'incertitude engendrée par la souffrance. Ainsi, le compagnon cultivera l'espoir en soutenant le patient dans la réalisation de projets à court terme et à la mesure de ses capacités, lesquels lui procureront du bonheur malgré la souffrance.

« *La vie serait insupportable si nous n'étions pas capables, par moments, de nous sentir heureux* (Christophe André, 2012) »

Pour Pedinielli, l'expérience de la maladie est avant tout une expérience subjective, propre à chaque sujet. Il entreprend la réalité psychique en une triple souffrance. En s'appuyant sur les travaux de Leriche (1936), Pedinielli part du postulat que la « maladie du médecin » diffère de la « maladie du malade ». Face à la rupture dans la vie du sujet que constitue la maladie, le patient va être confronté à un nécessaire travail de mise à l'épreuve tant de son corps propre que de sa capacité à gérer psychiquement l'évènement. Au fur et en mesure de cette confrontation avec la maladie, des représentations conscientes et inconscientes vont fluctuer pour permettre au patient de s'approprier sa maladie. Ce sont des fluctuations qui constituent le véritable support du « travail de la maladie ». Ce travail de la maladie paraît donc soutenir l'intégration dans le quotidien et faciliter l'accès à une autonomie psychique. A partir du discours relatif au travail de la maladie des patients, Pedinielli (1987) met en lumière une triple source de souffrance. Comme dans le travail du deuil, la survenue de la maladie effracte le psychisme de l'individu, le plongeant dans un état de sidération empêchant dans un premier temps tout travail d'élaboration. Les investissements libidinaux sont alors retirés sur le moi au détriment des autres objets. Cette effraction de la maladie dans le psychisme constitue une première source de souffrance pour le sujet puisqu'elles viennent compliquées le travail de liaison entre représentations et affects. Le malade se retrouve alors face à un évènement insensé, qu'il ne peut pas élaborer. Cependant, ce travail de deuil se trouve parfois altéré, entraînant une lutte contre l'intégration de tous changements consécutifs à l'état du patient. Dans ce cas, c'est un « travail impossible de renoncement » qui semble s'opérer (Pedinielli, 1987, p 1050).

Le sujet malade est également confronté à une souffrance liée à la non réalisation des désirs ainsi qu'aux remaniements identitaires nécessaires pour composer avec la maladie (Pedinielli, 1987). En s'appuyant sur la conception économique de la maladie somatique de Freud, Pedinielli émet l'hypothèse d'un retour de la libido sur le moi comme un des buts principaux du travail de la maladie. Celle-ci devient omniprésente et principale objet d'investissement entravant la réalisation des désirs objectaux. Elle vient représenter un attribut réducteur de l'identité du malade. Le sujet ne peut se percevoir que comme un être vulnérable et affaibli.

Marco et Genant (2006) l'expérience pathique de la douleur chronique première se décrit comme le fait pour le sujet d'être retourné sur une partie de son corps, d'y être à la fois enchaîné sans pouvoir s'en distraire et en même temps, d'être aliéné, car tout ce passe comme si la partie de notre corps qui nous fait souffrir n'était plus nous même, la maladie produit

ainsi une singulière division, voire une dissociation entre nous-mêmes et la partie de notre corps qui nous fait souffrir. En deuxième lieu la maladie modifie notre monde, le caractère éprouvant de la maladie ne vient pas seulement de ce que quelque chose nous perturbe à l'intérieur de nous mais aussi du fait que cela nous oppresse corporellement entrave ou dans le cas critique interrompt carrément nos autres possibilités de réalisation limitant ainsi notre horizon d'existence. Une telle expérience est en outre souvent traverser par la peur, car ce qui va ainsi mal tout en se déclarant en nous échappe à notre contrôle et laisse affleurer la menace d'une destruction ou d'une mort imminente (Levinas, 1947). La maladie nous éprouve en ce qu'elle réduit notre monde et l'appauvrit en rapprochant ses limites de la portée de notre corps. Elle fait en sorte que notre corps s'épaissit, il tend à devenir lui-même une partie importante de notre monde, une chose qui nous encombre, qui nous tourmente et dont nous ne pouvons pas ne pas nous préoccuper. L'expérience pathique a pour troisième espace de réalisation la relation à l'autre. Tandis que, lorsque nous allons bien nous sommes en mesure de nous oublier, nous-mêmes et notre corps pour nous consacrer à nos activités et aux personnes de notre entourage, dans la maladie la pression émanant de ça qui dans notre corps nous perturbe est telle que nous perdons une bonne part de notre aptitude à nous abandonner à l'autre et à nous engager dans des préoccupations communes. Elle transforme l'ouverture du patient vis-à-vis des autres, envahit les espaces intersubjectifs tout comme elle envahit l'espace du moi, devient alors un thème lancinant autour duquel se focalisent l'attention, les gestes et les échanges entre le patient et les membres de son entourage.

Contrairement à ce que ces auteurs expliquent par rapport à la réalité psychique des personnes malades, l'approche phénoménologique interprétative (IPA) de Smith (2004), postule que l'expérience vécue par chacun détient des richesses spécifiques à faire émerger car l'expérience façonne la compréhension de la réalité. Elle donne accès au monde interne du sujet : représentations, croyances, perception grâce au mot utilisé par celui-ci pour le décrire. Elle appréhende ou explique le vécu (expérience) de la situation (maladie) à partir du discours (oral ou écrit) des sujets (patients). Autrement dit c'est ce que le sujet dit, qui rend compte de sa manière de vivre une situation ou renseigne sur les caractéristiques de la situation telle que le sujet l'appréhende psychiquement. Dès lors il existe d'autant de réalités que d'yeux pour les voir. Selon la théorie de Pierre Vermerch (2008), l'utilisation du langage permet la verbalisation de ce qui est vécu, et qui est présent à la conscience, de ce qui a été vécu et mémoriser dans un mode explicite, ou conscientisable par le rappel, mais également d'images mentales en référence à une situation, des représentations en lien avec des expériences, des

signifiés sans correspondre à l'expérience vécue. Ainsi leurs l'accès passe par la verbalisation, la parole incarnée et de restitution mentale de scène de crise. Cependant, souligne le fait que révoqué une expérience douloureuse peut être difficile. Mariane Lafitte (2017), ayant travaillé sur l'infarctus du myocarde fais comprendre que pendant la crise et dans les heures qui suivent la crise, le vécu fraîchement stocké dans la mémoire est facilement rappelé (descriptions des signes corporelles), mais ne sont pas au premier plan d'une agitation cognitive importante dans le post-IDM immédiat, aux soins intensifs. Plus tard entre quelques jours et des mois après la crise, le souvenir est moins envahi par la douleur mais les défenses psychiques sont plus importantes ; limitant l'évacuation de la crise. Les souvenirs du vécu conscient permettent au sujet de se raconter en disant « Je ». Mais lorsque les capacités attentionnelles sont engagées dans d'autres tâches fortement consommatrice, certains éléments du vécu ne sont pas directement accessibles à la conscience, comme dans le cas de l'irruption soudaine d'une souffrance physique ou d'une sensation de mort imminent lors de l'IDM. Les libérations mentales pendant la crise ne sont alors constituées que des représentations de la souffrance du corps et de l'angoisse de mort. Quant à la terreur, elle envahit la conscience, la configuration narrative du sujet subissant son corps.

Pendant que les chercheurs de type quantitatif s'intéressent à comprendre les réponses psychologiques comportementales ; Dénis, Anxiété et dépression suite à un infarctus du myocarde, certains chercheurs de type qualitatif se préoccupent de comprendre le phénomène de la même pathologie mais cette fois, selon la vision et le récit de l'expert, soit le survivant à l'infarctus du myocarde.

Johnson et Morse (1990), font comprendre que la réalité de ces patients serait marquée par l'altération du soi. Mais aussi il lutte afin de regagner le contrôle. Leurs processus se composent de quatre étapes. La défense de soi, à ce stade le patient ne veut pas voir la réalité, il prend ses symptômes pour une grippe, un malaise gastrique... Suite à l'annonce du diagnostic, il fait de l'humour et prétend que ce n'est pas lui. Il tente au maximum de se distancier de la réalité afin de maintenir un sens de contrôle, il utilise le déni. L'étape peut durer jusqu'à sept jours post-événement. Venir à terme réfère au processus par lequel les patients comprennent qu'ils ont subi un infarctus du myocarde. Stade qui dure trois à huit jours. A cette étape le patient réalise qu'il aurait pu mourir, il fait la revue de sa vie, cherche les explications à l'évènement et tente de voir les conséquences pour le futur. Un homme mentionne que *connaître la cause amène la clef de la guérison* (p.129). Aussi lorsque la personne envisage le futur, selon son attitude personnelle, l'avenir peut être perçu de façon

très différente. Les personnes de personnalité positive entendent l'avenir de façon confiante, elles sont reconnaissantes de leurs deuxième chance, elles croient connaître la cause de l'évènement et possèdent un plan de convalescence. Les personnes de personnalité pessimiste éprouvent la peur de mourir ou de l'invalidité, elles sont hostiles et n'arrivent pas à comprendre, elles perçoivent leurs limites comme insupportables. Apprendre à vivre qui comprend trois phases : Préserver le soi de la personne, Minimiser l'incertitude et Etablir des plans pour vivre. La protection du soi de la personne se concrétise souvent par les rôles sociaux. Les rôles de père-mère, epoux-epouse s'avèrent les plus importants. Ils expriment que la restriction de certaines taches diminue la valeur de leur existence. Leurs incertitudes sont décrites comme accablante. Afin de réduire cette source les patients veulent acquérir des connaissances en regard de leur maladie, car connaître, redonne aux patients, une sensation de contrôle sur la maladie. La planification du projet d'avenir fait naître un sens à la réadaptation et permet à l'individu de croire qu'il vivra le plus indépendant possible. Revivre signifie que le patient accepte ses limites, il repense ses priorités et reprend le contrôle sur sa vie. L'un des patients mentionne lors de son entrevue « ça prend du temps à rebâtir sa confiance et tu dois presque réapprendre à vivre ».

1.2.2 ÉNONCÉ DU PROBLÈME

L'observation des patients ayant survécu à un infarctus de myocarde nous a permis de relever qu'ils parlent de leur vie « psychique » beaucoup plus au présent, ils parlent sans aucune référence au passé, leurs désirs sont factuels « je me sens vide ; je ne sais pas si je vis encore; je ne pense plus à rien ; je ne réfléchis plus sur ma condition ; je ne rêve plus...», bref ce qui nous a amené au constat que les patients ayant survécu à l'infarctus du myocarde présentent une vie marquée par le rapport au présent, tout pour eux tourne autour du présent, de l'immédiat. Ce que Freud (1923b, 1925b) appelle « réalité psychique subjective ou interne » est, chez eux, marquée par l'instant, par l'immédiat, donc sans effet intermédiaire.

Or pour la théorie métapsychologique psychanalytique de Freud (1896), si l'on veut comprendre notre réalité psychique, il faut comprendre sa construction dans le passé. Autrement dit, le contenu psychique se révèle à travers l'actualisation des expériences passées par le sujet. En effet, la métapsychologie psychanalytique représente une théorie d'ensemble des faits psychiques qui fait référence à une vie psychique inconsciente et à la reconnaissance du conflit psychique (le symptôme, toutes manifestations de la subjectivité ont un sens, celui-ci étant caché, subjectif, spécifique et qu'il cherche à signifier quelque chose que le sujet « sais » sans le savoir, sans savoir qu'il sait « inconsciemment » ; ce sont les mêmes processus

qui sont utilisés dans la vie psychique normale courante, habituelle, saine que l'on retrouve dans les formations psychopathologiques (Freud, 1923b) .

C'est ainsi que s'offre à nous la question sur la caractérisation et le sens que le patient ayant survécu à un infarctus de myocarde donne à sa réalité psychique.

1.2.3. QUESTION DE RECHERCHE

Sachant qu'il vit dans l'immédiat, comment se caractérise la réalité psychique subjective du patient ayant survécu à un infarctus du myocarde et quel sens lui donne-t-il ?

Notre recherche étant exploratoire, nous ne trouvons pas indispensable d'émettre une hypothèse de recherche. Nous travaillons avec les objectifs. La recherche exploratoire a ceci d'originale qu'elle amène le chercheur à explorer un phénomène de fond en comble, un sujet sans pour autant obtenir des données pour répondre à une question de recherche, mais plutôt fournir un contexte plus profond à une question (Voxco, 2022).

1.2.4. L'OBJECTIF DE LA RECHERCHE

La recherche ne peut se mener sans objectif préalable. Le nôtre est d'accéder à la réalité psychique du patient qui a survécu à un infarctus du myocarde, tout en mettant un accent particulier sur le sens qu'il lui donne.

1.2.5 LES INTÉRÊTS DE LA RECHERCHE

Les intérêts de notre recherche se déclinent en plusieurs aspects : scientifique, clinique, social.

1.2.5.1. Intérêt sur le plan scientifique

En orientant notre étude sur la réalité psychique subjective des patients qui ont survécu à un infarctus du myocarde, notre particularité s'inscrit dans l'accès à la réalité psychique subjective chez le patient ayant survécu à un infarctus du myocarde et au sens qu'ils leur donnent. Ainsi travailler dans cette optique, permettra l'enrichissement des connaissances scientifiques sur cet objet. Mais aussi ouvrir un champ ou apporter des connaissances nouvelles dans le contexte camerounais. C'est donc sous cet aspect que nous soulignons l'originalité de notre recherche qui sous-entend notre intérêt scientifique. Nos résultats pourront permettre l'amélioration des conditions de prise en charge en prenant en compte le sens qu'accorde le patient sur sa réalité.

1.2.5.2. Intérêt sur le plan clinique

Sur le plan clinique les résultats de cette recherche dans un premier temps permettront aux professionnels de la santé d'humaniser leur prise en charge en accordant plus de place à la subjectivité de leurs patients. Dans une autre mesure, ces résultats permettront d'entreprendre une prise en charge globale et profonde dans le but d'éviter un effondrement psychique.

1.2.5.3. Intérêt sur le plan social

Notre travail pourra servir d'outil d'information au grand public (proche de ces patients, et autres) sur l'expérience subjective et de la réalité subjective des patients ayant survécus à un infarctus du myocarde. Ceci permettra une prise de conscience de leur souffrance et tout ce qu'ils endurent lorsqu'ils se retrouvent dans une telle situation. Mais aussi un appel à l'éveil, à la prudence et une préparation psychologique à faire face à un tel évènement. Connaître la vie psychique des patients pourra aussi faciliter la connaissance des patients et leurs besoins, ce qui pourra aussi jouer sur le coût des finances à engager auprès d'eux.

Au sorti de ce premier chapitre, nous pouvons retenir que les maladies cardiovasculaires et plus précisément l'infarctus du myocarde constitue l'une des maladies les plus meurtrières au monde, en Afrique et même au Cameroun. C'est donc dans cette optique que nous nous intéressons à ces personnes qui survivent à une telle crise (leurs réalités psychiques subjectives).

CHAPITRE 2 : REVUE DE LITTÉRATURE ET ANALYSE CRITIQUE DES CONCEPTS

L'objectif de ce chapitre est de faire une synthèse des principaux travaux déjà effectués sur notre thématique. Il s'agit en fait de ceux portant sur la maladie cardiaque, sur l'infarctus du myocarde, la réalité psychique subjective. Nous présenterons tout d'abord la littérature sur les maladies cardiovasculaires pour en examiner quelques aspects, puis nous aborderons la notion d'infarctus du myocarde. Ensuite, nous exposerons celle liée à la réalité psychique subjective. Pour finir, nous essayerons d'évoquer quelques travaux étudiés qui mettent en lumière le lien entre les concepts sus évoqués. Ce chapitre s'ouvre par une analyse critique des concepts.

2.1. ANALYSE CRITIQUE DES CONCEPTS

Il sera question dans cette partie de faire une analyse critique des concepts de l'étude.

2.1.1. Réalité psychique subjective

Pour Bourguignon et Katz (2018), la réalité psychique désigne la prévalence des désirs inconscients et des fantasmes qui lui sont associés. Freud en 1897 fait la distinction entre la réalité événementielle et la réalité psychique. La réalité psychique s'oppose à toutes autres réalités telles que biologique et matérielle. Dans le dictionnaire de la psychanalyse (2002), la réalité psychique est décrite comme un niveau de réalité spécifique des processus de la psychè. Roussillon en référence à Freud fait comprendre que sa consistance est issue des formations, des processus, des instances, des symptômes et formation de compromis.

Notons que la réalité psychique se définit en trois espaces. L'école Argentine de Berenstein et Puget (2008) qui définit l'espace psychique comme étant une métaphore d'un type de représentation de la psyché et du lien que le moi établit avec son propre corps, avec un ou plusieurs autres et avec le monde environnant. La métaphore de l'espace psychique permet de souligner l'intersubjectif qui est à son tour inclus dans le lien trans-subjectif à savoir la réalité sociale et culturelle qui le parle. L'espace intersubjectif reflète dès lors la manière singulière dont le sujet fait sienne, cette double inclusion appartient à la fois au monde des relations dont il est issu et la façon socioculturelle dans laquelle ces liens se déploient.

Franguin (2009), précise que la réalité psychique désigne des représentations, des images mentales, qui s'opposent à l'imaginaire. L'être humain étant un être de langage est déterminé par les représentations qu'il a ou qu'il se fait des choses. La réalité psychique qui compte est donc celui de notre monde intérieur. A cet effet l'on accorde une grande importance aux représentations mentales.

La réalité psychique comprend à la fois la ' matière ' issue de nos expériences passées (contenus psychiques) et ses modes d'expressions (fonction psychique), lorsque Freud médecin chercheur psychanalyste est confronté à l'énigme de l'hystérie il éprouve la nécessité de créer une nouvelle discipline : la psychanalyse, L'hystérie, se présente comme une maladie énigmatique et pense en toute logique que si l'on ne trouve pas la cause objectivable au niveau du substrat organique, c'est forcément qu'elle se situe à un autre niveau de réalité (réalité psychique).

Massons (2018), va aller dans l'ensemble en disant que la réalité psychique apparait comme un fondement de la métapsychologie. Pour voir dans un angle plus particulier, il faut noter qu'il existe trois niveaux de réalité, celle matérielle, biologique et enfin psychique. La réalité matérielle concerne tous les corps qu'ils soient vivants ou inanimés, tous les corps entendent que matière. La réalité biologique suppose que certains corps du domaine biologique (animés) a développé des propriétés particulières qui permettent de définir un champ suffisamment singulier au sein de la réalité matérielle ; ces corps ont développé et produit un environnement propre, autonome, et autodéterminé au sein duquel les lois de fonctionnement spécifiques peuvent être sélectionnés et se développer. La réalité biologique se résume à sa capacité d'auto : organisation, production, reproduction. La réalité psychique se présente comme un cas particulier de la réalité biologique en ceci que le vivant non seulement s'auto régule mais peut aussi développer une conscience, sa capacité « auto- réflexive », sa caractéristique est la capacité « d'auto- méta » « pensée réflexive ». La réalité psychique s'avère alors comme pensée, processus, auto méta et réflexivité. Il est important aussi de noter que la propriété que les philosophes avaient omis d'attribuer, les psychanalystes, les psychologues et même les biologistes l'avaient mentionnée, la conscience (l'activité psychique) et pour parler comme les psychanalystes de l'inconscient.

Il existerait donc une réalité subjective mais paradoxalement la reconnaissance de l'objectivité de la subjectivité humaine. La réalité et l'objectivité sont souvent opposés à la subjectivité qui apparait comme moins consistant. A cet égard la subjectivité n'est pas

considérée comme une objectivité d'un autre ordre. La réalité psychique apparait comme l'une des réalités fondamentales de l'être humain ; on signifie le monde ; la vie en fonction d'elle, elle apparait comme une réalité objective dans la mesure où elle a ses principes, ses contraintes, les lois et effets propres qui conditionnent la manière dont on vit les événements, dont on appréhende des relations, dont on leurs donne sens. Elle est objectivement agissante dans la mesure où elle donne leur couleur, leur gout, leur forme spécifique aux contenus psychiques. Elle se produit en nous ou dans nos relations avec les autres. Sa complexité relève du fait qu'elle possède une partie consciente et une large partie inconsciente.

Dans les propos de Kaes (2009), la réalité psychique inconsciente constitue l'hypothèse de la psychanalyse, elle se définit par sa consistance propre, c'est-à-dire la matière psychique inconsciente, irréductible et opposable à tout ordre de réalité. La prévalence accordée aux désirs inconscients spécifie la réalité psychique. Sa consistance est celle des formations, des processus et des instances de l'inconscient, des pulsions, des symptômes et des formes homologues dont la structure est celle des formations de compromis. Une partie de la réalité psychique est partageable et partager avec d'autres sujets. Freud (1897) initiera cette ligne de pensée avec le concept d'identification par les symptômes. En 2015, il ajoute que la réalité psychique est une étendue de matière psychique dans laquelle agissent les processus et les formations de l'inconscient qui constituent cet inconscient. Le trait spécifique de cet espace est le fait qu'il soit divisé par l'effet de l'inconscient, la matière serait la base de la réalité psychique inconsciente autant parce qu'elle évoque une consistance spécifique.

Widlocher (2006), voit la notion de réalité psychique comme étant liée à la notion de vérité historique, événements du passé précisément à l'événement excitant ou l'événement de l'excitant de séduction ou de traumatisme. Du traumatique Freud (1897) revient au pulsionnel. L'exploration de l'inconscient est celle d'une pensée qui se veut créatrice d'illusion, elle va s'exprimer dans les dérivés, les rejetons de l'inconscient, les contenus de rêves, les symptômes mais aussi dans l'ensemble de notre vie psychique, celle-ci est prise entre deux réalités, celle que Freud (1897) appelle la réalité matérielle et celle créée par la pensée inconsciente celle du fantasme que Freud (1897) appelle la réalité psychique.

Pour Roussillon et al (2007) dans manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale, la vie psychique et la matière spécifique qui l'habite se donne comme réalité. L'on distingue cependant trois niveaux de réalités. La réalité matérielle qui vaut pour tous les corps animés comme inanimés, la réalité biologique qui elle ne concerne pas le corps

animes (organisme du vivant) et enfin la réalité psychique. La réalité psychique se présente comme un cas particulier de la réalité biologique, le vivant non seulement s'autorégule mais peut aussi développer une conscience ; la réalité matérielle se réfère au monde extérieur objectif ; c'est-à-dire le monde jeter la devant, la psychopathologie d'orientation psychanalytique plaide pour l'objectivité des phénomènes et des processus psychiques qui agissent dans la vie psychique même si ceux-ci sont inconscients et respectivement indécélables. L'on parle de réalité pour désigner la psychè, pour en quelque sorte faire un demi contenu dans les termes tels que (imaginaire) ou (fantasme). L'utilisation du terme de réalité psychique se veut avoir une consistance propre, une résistance propre, une autonomie ; la réalité psychique est l'une des réalités fondamentales de l'être humain, il s'agit d'une réalité objective car ses principes, ses contraintes, lois, effets, propre conditionnent la manière dont on vit les événements, dont on appréhende les relations, dont on donne un sens particulier. La réalité psychique est une réalité complexe qui possède une partie complexe et une large partie inconsciente inconnue de la perception directe mais néanmoins est active. Une partie qui peut être appréhendée par la conscience qui est l'organe de la perception qui se produit en nous et une partie difficile à appréhender ; inconsciente, qu'il faut repérer à ses propres signes et dont il faut déduire la présence à partir des effets et reconduire le processus caché pour la rendre intelligible.

La partie inconsciente de la réalité psychique se comporte au sein de la psychè comme une énigme agissant et produisant des effets. Il n'y'a pas de signe qui soit signifiant en lui-même et par lui-même, notons qu'il se définit relativement dans un jeu de différence, de comparaison en fonction d'un contexte donné, d'une situation singulière. Il existe pour le sujet qui le présente et qui le ressent comme un symptôme, comme un élément signifiant de sa vie psychique pour le sujet qui en repère la spécificité en présence des jeux psychiques. Le signe signifie un pan de la réalité psychique à l'œuvre pour une subjectivité ; une interprétation subjective et en fonction de celle-ci.

Guillaumin (2008), tiré de Freud (1901) parle de la transmission ou encore induction de pensée pour faire allusion à une sorte de transmutations par lesquelles les certitudes de l'analyste concernant la réalité matérielle se transformeraient étrangement et comme spontanément chez le patient en réalité psychique et en un souvenir subjectif prenant leur place d'élaboration intime dans son histoire interne. Il s'agirait d'une sorte de modification par laquelle le genre de représentation et la mémoire perceptive précise requis dans la prise en considération de la réalité matérielle viendrait à se fondre jusqu'à se confondre

mystérieusement avec les représentations internes. Selon lui la chose la plus fascinante dans la démonstration est la conception de la réalité psychique, absente au bénéfice d'une prise en compte exclusive de la réalité historique ou matérielle. On conclut que, la réalité en soi ne peut nous être donnée qu'à travers la représentation que nous en formons et toute représentation de cette réalité en soi comporte une référence implicite à un réel qui nous échappe et dont nous faisons partie.

Dans la pensée psychanalytique précisément issue de Freud (1897), on parle de deux notions : la réalité matérielle ou historique d'une part et d'une autre part de la réalité psychique. La réalité matérielle ou historique est nécessairement soumise à une épreuve de vérification qui comporte une action du sujet sur le monde, à un effort de transformation par voie corporelle ou mécanique. Par contre la réalité psychique dont la mise en évidence constitue un ressort essentiel de l'analyse est opposée à la fantasmatisation et aux représentations défensives arbitraires.

La réalité psychique subjective telle que nous l'utiliserons dans notre travail sera comprise comme étant cet ensemble formé à la fois des perceptions et représentations, des symptômes, pensés, mécanismes, et affects et le vécu de certaines situations.

2.1.2. Expérience subjective

Avec Husserl Dès les recherches logiques, l'expérience se comprend sous régime d'intentionnalité comme l'ouverture active de la conscience aux objets. Dans la terminologie husserlienne, l'expérience (erfahrung) a pour nom le vécu (erlebnis), et celui-ci est d'emblée saisi transitivement comme ce par quoi et en quoi l'objet d'expérience se manifeste à la conscience selon la manière spécifique de le viser (Speak, 2013).

Quant à Engel (2022), il fait comprendre que le caractère propre de l'expérience consciente en général est ce que l'on peut appeler l'égoцентриté : le fait que cette expérience n'est accessible qu'à partir d'un point de vue personnel irréductible. Selon l'expression de Nagel (1979), tout organisme qui a une expérience consciente doit éprouver un certain sentiment, tel que cela lui fait « un certain effet » ou un « comme c'est » (what it is like) d'être cet organisme.

Rogalski et Leplat (2009), insistent des deux dimensions de l'expérience. D'une part, serai des vécus particuliers ou expériences épisodiques issues de situations singulières considérées dans leur totalité et leur particularité, d'autres parts des expériences sédimentées qui résultent

de la répétition d'une même activité avec réorganisation et adaptation des anciennes expériences.

En plus, Cizeron et Huet (2011) estiment que toute expérience est celle d'un sujet qui l'éprouve. Ce caractère subjectif de l'expérience lui confère une dimension privée, ce qui ne la rend accessible que du point de vue du sujet, en lui donnant la parole.

La conception de l'expérience que nous retiendrons dans notre sujet, est celle qui la considère comme des vécus particuliers ou expériences épisodiques issues des situations singulières considérées dans leur totalité et leur particularité. C'est celle d'un sujet qui l'éprouve et qui est accessible que de son point de vue en lui donnant parole.

2.1.3. Le vécu

Étymologiquement, le mot 'vécu' vient du grec « veky » qui signifie « vivre » et définit comme « manière de passer sa vie ». En tant qu'adjectif, vécu est ce qui appartient à l'expérience de la vie, c'est-à-dire le réel : ce qui s'est passé ou se passe réellement. Tandis qu'en tant que nom masculin, le vécu est synonyme de l'expérience vécue, le véridique, le vrai. Le vrai ici n'est pas obligatoirement la concordance entre ce que le sujet vit et ce qu'il ressent, car comme le souligne ponty (1945) « le vécu n'est jamais tout à fait compréhensive, ce que je comprends ne rejoint jamais exactement ma vie » (p.35). La compréhension du vécu semble plus aisée en psychologie.

La notion de vécu renvoie en psychologie à l'expérience de la vie, l'expérience vécue en relation avec un phénomène, c'est l'ensemble de tous les événements qui vont meubler la vie de l'individu concerné par une étude sur un phénomène qui l'inclut (Panes, 2008). Doron et Parot (1991) définissent le vécu comme « l'ensemble des événements inscrits dans le flux de l'existence en tant que ceux-ci sont immédiatement saisis et intègres par la conscience subjective ». Ceci veut dire que l'immédiat qui constitue le caractère essentiel de l'expérience vécue signifie la coïncidence de l'objet et de la conscience.

Quant à Fitzel et Pakemham (2010), ils conçoivent le vécu comme la manière dont l'individu s'adapte ou non à la situation dont il fait face. C'est sa réalité, le récit de sa vie, prenant en compte la manière dont il s'adapte ou non à la situation nouvelle, qu'il la contourne, ou encore qu'il se laisse engloutir et s'y abandonne.

Selon Forget et Paillè (2011), ils pensent que le vécu se définit comme ce que fait, vit et éprouve effectivement une personne à un moment donné de sa relation au monde, ce que cette

personne en ait nécessairement pris conscience au moment de le vivre. Parlant des caractéristiques du vécu, il est singulier et situé dans la mesure où il appartient à une personne et non à une collectivité et qu'il advient dans un moment du présent : l'histoire d'une vie se déroule sur le temps long, mais le vivre du vécu n'appartient qu'au présent et qu'à la vie de la personne qui l'expérimente.

Ainsi le vécu sera considéré comme étant ce qui appartient à l'expérience de la vie, c'est-à-dire le réel (ce qui s'est passé ou se passe réellement), elle associe objet et conscience. C'est ce que fait, vit et éprouve effectivement une personne à un moment donné de sa relation au monde.

2.1.4. Les maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires selon l'organisation mondiale de la santé (2017) se définissent comme étant celles qui constituent un ensemble de troubles affectant le cœur et les vaisseaux sanguins.

Selon Daigle (2006), les maladies du cœur et les maladies vasculaires cérébrales sont des maladies qui touchent comme son nom l'indique le cœur et tous les vaisseaux sanguins qui parcourent tout le corps et le cerveau. Dans la même lancée,

Nguen, Laohudumave Bongo, (2018), pensent que les maladies cardiovasculaires sont des maladies qui affectent le cœur et les vaisseaux sanguins.

Thompson, Shea, ne contredit pas les maladies cardiovasculaires sont des maladies qui touchent le cœur ou les vaisseaux sanguins. Dans plus de précision,

Perino définit les maladies cardiovasculaires comme l'ensemble des maladies concernant le cœur (myocardes, valves, rythme coronaires, endocardes) et les troubles de coagulations (thrombose, embolies, hémorragie).

Shutter stock, apporte juste un nouveau terme en parlant de pathologie qui touche le cœur et les vaisseaux sanguins. La maladie cardiaque inclue entre autres les lésions des vaisseaux, les problèmes structuraux et les caillots sanguins. La maladie cardiovasculaire se définit donc comme étant une maladie qui affecte le cœur et les vaisseaux sanguins.

Ainsi nous retenons que les maladies cardiaques sont des maladies qui touchent spécifiquement le cœur (le myocarde).

2.1.5. Infarctus du myocarde

Pour le dictionnaire le robert (2005) l'infarctus de myocarde est une altération d'un tissu, d'un organe par obstruction de l'artère qui assure son irrigation.

Selon Steg (2017) précise que infarctus du myocarde survient quand le cœur est privé d'oxygène. Communément appelé crise cardiaque, l'infarctus du myocarde correspond à l'obstruction d'une artère qui alimente le cœur en sang et donc en oxygène.

Selon l'organisation Mondiale de la Santé (2007), le myocarde est un muscle cardiaque, il est irrigué par les artères coronaires qui oxygènent le cœur. Lorsque les artères se bouchent, cela provoque la mort d'une partie plus ou moins étendue du muscle cardiaque, c'est ce qu'on appelle l'infarctus du myocarde. C'est la destruction ou nécrose plus ou moins étendus du muscle cardiaque au niveau de la paroi médiane du cœur nommé myocarde. Elle est une détérioration du cœur, notamment du ventricule gauche en charge de l'éjection du sang dans le corps, il est causé par un défaut d'oxygénation, une artère coronaire bouchée empêche la circulation sanguine. C'est un caillot sanguin qui bouche l'artère suite à une rupture d'un athérome¹⁵ (une accumulation de cholestérol). A cause de la mort très rapide des cellules cardiaques, le cœur se contracte moins bien, et conduit à l'insuffisance cardiaque, parfois le cœur s'arrête dans un cas sur dix de personnes décèdent une heure après.

Nous retiendrons que la crise cardiaque est une altération d'un tissu, d'un organe par obstruction de l'artère qui assure son irrigation et provoque la crise.

2.2. ETATS DES LIEUX SUR LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Les maladies cardiovasculaires qu'est-ce que c'est ? Quelle est la typologie ? Quelles en sont les causes, les manifestations ? De quelles manières sont-elles diagnostiquées et prises en charge ? Quelles en sont les facteurs de risques et Comment peut-on les prévenir ? Autant de question auxquelles nous aimerons donner une réponse dans cette partie.

2.2.1. Définition des maladies cardiovasculaires

Le cœur est notre organe noble principal. Au cours d'une vie humaine, il bat environ trois milliards de fois et achemine ce faisant, quelques 250 millions de sang dans l'organisme.

¹⁵ Un athérome est un dépôt de plaques riches en cholestérol sur la paroi interne des artères, finissant par provoquer l'athérosclérose.

Lorsque le cœur est malade, l'être humain est touché au plus profond (Dietschi et Olten, 2018).

Les maladies cardiovasculaires sont définies par Daile (2006), comme étant les maladies qui touchent comme son nom l'indique le cœur et tous les vaisseaux sanguins qui parcourent tout le corps. Ngueno et al (2018), la définissent comme étant une maladie qui touche le cœur et la circulation sanguine. Marie (2018) quant à elle l'appréhende comme étant une maladie qui affecte le cœur et les vaisseaux sanguins. Les maladies cardiovasculaires pour Thompson et Shea (2020), sont des maladies qui touchent le cœur ou les vaisseaux sanguins. Pour Perino (2019), les maladies cardiovasculaires sont cet ensemble des maladies concernant le cœur (myocardes, valves, rythme, coronaires, endocarde), les vaisseaux (artères, veines, capillaires) et les troubles de la coagulation (thromboses, embolies, hémorragie).

A la lumière de ces définitions, nous voulons dans le cadre de ce travail, appréhender les maladies cardiovasculaires comme étant des maladies qui affectent le cœur et les vaisseaux sanguins. Il existe donc plusieurs types de maladies cardiovasculaires.

2.2.2. Les type de maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires constituent un ensemble de troubles affectant le cœur et les vaisseaux sanguins (OMS, 2017), selon la typologie dressée par Dietschi et Olten (2018), on peut distinguer au rang des maladies cardiovasculaires :

- Les cardiopathies coronariennes (touchant les vaisseaux sanguins qui alimentent le muscle cardiaque) l'exemple de l'angine de la poitrine, de la crise cardiaque etc.
- Les maladies cerebro-vasculaires (touchant les vaisseaux sanguins qui alimentent le cerveau) l'exemple d'AVC (ischémique, hémorragique, ischémique transitoire).
- Les artériopathies périphériques (touchant les vaisseaux sanguins qui alimentent les bras et les jambes) en exemple de la dysplasie fibro-musculaire artérielle, l'acrocyanose, le syndrome de Raynaud ect.
- Les cardiopathies rhumatismales, affectant le muscle et les valves cardiaques et résultantes d'un rhumatisme articulaire aigu causé par une bactérie streptocoque.
- Les malformations cardiaques congénitales (malformations de la structure du cœur déjà présente à la naissance). L'exemple des malformations cyanogènes, les shunts gauches –droit, les sténoses.

- Les thromboses veineuses profondes et les embolies pulmonaires (obstruction des veines des jambes par un caillot sanguin, susceptible de se libérer et de migrer vers le cœur ou les poumons). En exemple de thrombose veineuse superficielle, thrombose veineuse profonde, et l'embolie pulmonaire.

Bruno et Cohen (2009), soulignent que l'athérosclérose intervient pour une part importante dans la physiopathie des MCV, en particulier pour les symptômes coronariens aigus. On estime à 43,7 des décès mondiaux en 2003 qui étaient dus à un infarctus du myocarde, 32,9 à un accident vasculaire cérébral et 23,4 dus à l'hypertension artérielle, l'embolie pulmonaire et l'insuffisance cardiaque.

La prévention des maladies cardiovasculaires identifie sept maladies cardiovasculaires les plus courantes soient l'infarctus du myocarde, l'accident vasculaire cérébral, l'angine de poitrine, l'angor artériosclérose, l'insuffisance cardiaque, l'arythmie cardiaque, l'hypertension artérielle. Les maladies cardiovasculaires constituent la première cause de mortalité dans le monde. Pourtant la plus part d'entre elles peuvent être prévenues à condition d'agir sur les facteurs de risques. Alors ce qu'il y'a lieu de faire est d'arrête de fumer, de modifier son alimentation et surtout de bouger.

Au sein des maladies cardiovasculaires figurent les maladies cardiaques. Maladies qui ont ceci de spécifique qu'elles concernent principalement l'organe noble du cœur. Quelles sont donc ces maladies ?

❖ **La maladie coronarienne**

C'est un dépôt (plaque d'athérome) qui se forment sur la paroi interne des vaisseaux sanguins rétrécissant les artères coronaires (c'est ce que l'on appelle l'athérosclérose¹⁶), de sorte que la circulation peut être entravée ce qui entraîne une mauvaise oxygénation du muscle cardiaque. Le patient ressent alors une oppression dans la poitrine lorsqu'il fait des efforts tels que gravir les escaliers ou marcher en montant. C'est l'angine de la poitrine. En cas de maladie coronarienne, il se peut qu'une artère coronaire s'obstrue complètement, d'où un infarctus du myocarde.

¹⁶ L'athérosclérose constitue la forme la plus fréquente, elle constitue un problème caractérisé par un durcissement et une perte d'élasticité de la paroi des artères.

❖ Les maladies de valves cardiaques

Notre cœur possède quatre valvules, on parle aussi de valves cardiaques qui fonctionnent comme des soupapes et s'assurent de ce que le sang circule dans le cœur dans la bonne direction. Dès la naissance, les valvules peuvent présenter des malformations. De plus, des inflammations rhumatismales ou bactériennes peuvent leur porter atteinte. Dans d'autres cas, les valvules présentent avec l'âge des signes d'« usures » de sorte qu'elles perdent leur étanchéité (insuffisance valvulaire). Les valvules peuvent aussi se « calcifier » avec le temps d'où un rétrécissement (sténose¹⁷).

❖ L'insuffisance cardiaque

L'insuffisance cardiaque est souvent une séquelle à long terme de l'infarctus du myocarde. L'infarctus du myocarde entraîne la nécrose (mort de tissu) de la région du cœur privée d'irrigation sanguine. La partie du cœur qui est restée en bon état doit alors assumer à elle seule le travail de pompage. A la longue il se peut que le cœur s'affaiblisse en raison de cette surcharge de travail. Il n'est alors plus en mesure de propulser suffisamment de sang et d'oxygène dans le système circulatoire. Des cardiopathies congénitales ou des maladies de valves cardiaques peuvent également être la cause d'une insuffisance cardiaque.

❖ L'arythmie cardiaque (trouble du rythme cardiaque)

Chaque battement de cœur est déclenché par une impulsion électrique. Cette commande électrique peut se dérégler pour diverses raisons. D'où une arythmie cardiaque. Le trouble du rythme cardiaque est plus dangereux, mettant directement la vie en danger, est la fibrillation ventriculaire, une « tempête électrique » désorganisée qui se produit dans le muscle ventriculaire. La fonction de pompage du cœur est interrompue, le sang cesse de circuler le patient perd connaissance. Le trouble du rythme cardiaque le plus fréquent est la fibrillation auriculaire. Il s'agit d'un trouble du rythme des oreillettes. Le cœur bat de manière désordonnée et trop rapide tirer du Document de la Fondation Suisse de Cardiologie (2018).

A cet effet quelles peuvent donc être les causes de ces nombreuses maladies ?
Connaitre donc les causes restent capitale.

¹⁷ La sténose est le rétrécissement pathologique, congénital acquis du calibre d'un organe, d'un canal ou d'un vaisseau.

2.2.3. Les causes des maladies cardiovasculaires

Mounier-Vehier (2020), définit l'athérosclérose comme étant une forme de vieillissement des artères. C'est la principale cause des maladies cardiovasculaires.

La cause la plus courante des maladies cardiovasculaires de façon générale, est la constitution d'un dépôt gras qui s'épaissit progressivement sur la paroi interne des vaisseaux sanguins jusqu'à boucher complètement l'artère qui se décompose et envoi des petits éléments flottant qui vont obstruer une artère plus petite. Certains organes ne reçoivent plus de sang et c'est le drame. Provoquant ainsi une hémorragie cérébrale, dans une autre mesure un AVC peut être la conséquence du saignement d'un vaisseau sanguin cérébral.

Le grand groupe de maladie coronarienne est causée selon la Fondation Suisse de Cardiologie (2018) par le tabagisme, l'hypertension artérielle, la dyslipidémie (taux de cholestérol défavorable), un fort excès de poids, de manque d'activité physique, trop plein de stress ainsi que le diabète sucré. Mais aussi par une prédisposition familiale. Par exemple pour l'infarctus du myocarde (IDM) selon Akerma et al (2021) c'est la destruction d'une partie du myocarde après l'obstruction de l'artère coronaire qui irrigue le cœur. L'infarctus et l'angine de poitrine ont la même cause. Cependant toutes crises d'angor ne sont pas nécessairement dues à une maladie coronaire (Vidal, 2021), pour l'insuffisance cardiaque, selon le Medtronic généralement, il se développe lentement après une lésion cardiaque. Il n'existe pas de cause unique, parfois on en ignore les causes. Les plus courantes sont (antécédents de crise cardiaque, coronaropathie, hypertension artérielle, maladies des valves, infections cardiaque ou myocardite, maladie cardiaque congénitale ...).

En ce qui concerne les maladies des valves cardiaques, elles sont dues aux malformations des valvules, soit aux inflammations rhumatismales et bactériennes, soit à leur usure qui entraine la perte de leur étanchéité, à leur calcification qui provoque leur rétrécissement.

Pour ce qui est de l'insuffisance cardiaque la partie du cœur encore fonctionnel (l'infarctus du myocarde entraine la nécrose soit la mort des tissus qui affecte une partie du cœur) qui assure à elle seule la fonction de pompage, entraine à long terme un affaiblissement du cœur. De ce fait, le cœur ne sera plus en mesure de propulser suffisamment le sang et le dioxygène dans le système circulatoire.

Les troubles du rythme cardiaque sont principalement causés par l'interruption de la fonction de pompage du cœur qui entraîne l'arrêt de la circulation du sang et la perte de connaissance du patient.

On retiendra donc que ces maladies ont plusieurs causes, comme nous venons de les identifier plus haut. Quelles en sont donc les manifestations ?

2.2.4. Symptômes et signes des maladies cardiovasculaires

Andrea et al (2020) ont établi un inventaire des signes et des symptômes des maladies cardiovasculaires, dans ce document ils font comprendre qu'un seul symptôme n'indique pas à lui seul clairement un trouble cardiaque. Mais certains symptômes en suggèrent la possibilité et la présence simultanée de plusieurs symptômes et rend le diagnostic presque incertain. Pour identifier les symptômes les médecins interrogent la personne pour prendre connaissance de ses antécédents médicaux et en pratiquant un examen clinique. Des procédures diagnostiques sont souvent réalisées pour confirmer le diagnostic, toute fois une maladie cardiaque même grave peut rester asymptomatique tant qu'elle n'a pas atteint une phase avancée. Des bilans de santé systématiques ou une visite médicale effectuée pour d'autres raisons peuvent ainsi détecter une maladie cardiaque même si rien ne la suggère.

Comme symptômes de la maladie cardiaque, nous pouvons citer :

- Certains types de douleurs comme en exemple les douleurs thoraciques ;
- L'essoufflement ;
- La fatigue ;
- Les palpitations (conscience de battement cardiaque lent, rapide ou irrégulier) ;
- Les sensations de vertiges (étourdissements ou des sensations de vertiges en position debout et hypotension post prandiale) ;
- L'Evanouissement ;
- Le Gonflement des jambes, chevilles et des pieds.

Notons que, ces symptômes n'indiquent pas nécessairement la présence d'une maladie cardiaque. Une douleur thoracique par exemple peut être due à une maladie pulmonaire ou digestive et non à une maladie cardiaque, l'essoufflement peut être dû à un trouble pulmonaire. La fatigue peut être provoquée par un grand nombre de troubles. Il faudra donc des examens supplémentaires.

Les symptômes des maladies vasculaires périphériques diffèrent selon la localisation des vaisseaux concernés. Les symptômes peuvent inclure :

- Douleur dans un membre (généralement une jambe) ;
- Fatigue musculaire ;
- Sensation de vertiges ;
- Gonflement de jambes et des pieds ;
- Engourdissement des pieds ;

Notons qu'il faut associer à cela des examens supplémentaires car pris de façon singulière ils ne traduisent pas nécessairement la présence d'une maladie cardiovasculaire. Par exemple les crampes et la fatigue musculaire peuvent être dues à une affection du système musculosquelettiques du système nerveux.

Spécifiquement en exemple, les maladies coronariennes se manifestent par une oppression dans la poitrine en cas d'efforts tels que gravir les escaliers ou marcher en montée. Les valves cardiaques elles, se manifestent par une baisse de performances physiques, une difficulté à respirer ou encore une douleur au niveau de la poitrine. Pour l'insuffisance cardiaque, elle se manifeste par une détresse respiratoire (dyspnée), de l'œdème dans les jambes, et une fatigue qui survient rapidement. Les arythmies cardiaques quant à elles se manifestent par un battement de cœur désordonné et trop rapide.

L'apparition de ces symptômes et signes chez le sujet permet au médecin d'établir un diagnostic et plus tard d'envisager un traitement.

2.2.5. Diagnostic et traitement des maladies cardiovasculaires

Lorsqu'on parle de diagnostic, l'on fait allusion à une démarche par laquelle le médecin détermine l'affection dont souffre le patient et qui permet de proposer un traitement.

2.2.5.1. Le diagnostic des maladies cardiovasculaires

Bruno et Cohen (2009), font comprendre que les marqueurs biochimiques tiennent une place importante dans le diagnostic des MCV, dans la stratification du risque ainsi que dans leur prise en charge. Le praticien, le plus souvent cardiologue doit faire face à des situations variées qui parfois mettent en jeu à court terme le pronostic vital. Le diagnostic repose sur la clinique et des examens complémentaires simples, la troponine I ou T pour le diagnostic et la

prise en charge du syndrome coronarien aigu, le BNP¹⁸ ou NT pro, le BNP pour le diagnostic et le suivi thérapeutique des insuffisances cardiaques, et les D- di mère pour le diagnostic différentiel des EP, les examens d'imageries bénéficient de progrès importants qui portent sur le matériel et la formation des personnels spécialisés.

Michael et Adrea (2020) font comprendre que parfois, les antécédents médicaux et l'examen physique seuls suggèrent à un médecin que la personne est atteinte d'une maladie cardiaque ou vasculaire. Cependant, des procédures diagnostiques spéciales sont souvent nécessaires pour confirmer le diagnostic, préciser l'extension de la gravité de la maladie et contribuer au choix du traitement. Ces procédures diagnostiques peuvent être non invasives ou minimalement invasives.

Les tests non invasifs ne nécessitent pas d'incision ou une incision ou de ponction d'aiguille autre que parfois un prélèvement sanguin ou le déplacement d'un cathéter intraveineux court standard dans la veine du bras ...ces tests comprennent :

- ❖ L'électrocardiographie (EEG) ;
- ❖ L'épreuve d'effort ;
- ❖ Test de la table basculante ;
- ❖ Radiographie ;
- ❖ L'Echographie y compris l'échocardiographie ;
- ❖ L'imagerie par résonance magnétique (IRM) ;
- ❖ Scintigraphie ;
- ❖ Tomographie par émission de positons (TEP) ;
- ❖ Tomodensitométrie.

La fluoroscopie qui est une intervention utilisant les rayons X continu est rarement utilisée. Des analyses de sang sont souvent pratiquées pour mesurer le taux de glucose (test de diabète), de cholestérol et d'autres substances pour examiner des troubles pouvant provoquer une maladie cardiaque.

Les tests minimalement invasifs exigent généralement un long cathéter souple qui est inséré dans le vaisseau sanguin jusqu'au cœur. Ces tests comprennent :

- L'examen électrophysiologie ;
- Cathétérisme cardiaque ;

¹⁸ Le BNP, NT pro BNP sont des marqueurs d'insuffisance cardiaque.

- Cathétérisme veineux central ;
- L'angiographie.

La plupart de ces procédures comportent très peu de risque, cependant le risque augmente avec la complexité de la procédure, la sévérité du trouble cardiaque et de toute autre maladie dont la personne est atteinte.

Ainsi une fois le diagnostic établi par le médecin, un traitement approprié sera administré.

2.2.5.2. Le traitement des maladies cardiovasculaires

Nguemou et al (2018) dans l'étude ethnobotanique et phytochimique des plantes médicinales, parlent du traitement contre la maladie cardiaque. Ils soulignent le fait que, parfois les traitements peuvent être administrés lors de certains examens invasifs¹⁹ de diagnostic, par exemple, une intervention coronaire percutanée pour les personnes atteintes de maladies des artères coronaires peut être réalisée pendant un cathétérisme cardiaque et une ablation par radiofréquence pour des personnes atteintes de trouble du rythme cardiaque, peut être réalisée pendant un examen électro physiologique.

Pellerin et Methot (2005), postulent que la recherche est très active en ce qui concerne le traitement de l'infarctus du myocarde avec l'élévation du segment ST²⁰. Après le début des symptômes, la thérapie de la reperfusion incluant l'angioplastie ou l'administration de l'agent thrombolytique constitue le pilier du traitement et doit être obtenue le plus tôt possible. Certaines études soutiennent l'administration des inhibiteurs des récepteurs de la glycoprotéine II b / II a combiné à la thérapie de reperfusion dans l'infarctus du myocarde avec l'élévation du segment ST. De nouvelles études viennent préciser la place du clopidogrel et de la bivalirude chez cette population. De plus, l'instauration précoce des statines en phase aiguë d'infarctus du myocarde avec élévation du segment ST améliore le pronostic des patients.

Spécifiquement pour remédier aux rétrécissements des artères coronariennes qui freinent la circulation sanguine l'on utilise un cathéter à ballonnet (angioplastie coronaire ou dilatation par ballonnet). Il s'agit de pousser un cathéter jusqu'à l'artère coronaire en passant par une artère de l'aîne ou de bras pour dilater le vaisseau sténosé et le maintenir dilaté à l'aide d'un

¹⁹ Examen médical requérant une effraction de la peau plus importante qu'une simple ponction veineuse.

²⁰ Abdelouahed (2019), fait comprendre que le segment ST est la proportion de l'ECG qui se situe entre la fin de l'onde S du complexe QRS et le début de l'onde T.

stent (petite armature métallique). Une anesthésie n'est pas nécessaire. Parfois, un pontage peut s'avérer nécessaire : cette opération consiste à contourner le rétrécissement à l'aide d'une portion de vaisseau sanguin prélevée dans la poitrine, la jambe ou le bras. A cet effet il faut ouvrir la cage thoracique et généralement faire provisoirement prendre en charge la circulation par une machine cœur-poumons. Cette opération se fait sous anesthésie générale. Pour ce qui est de la maladie des valves, à un certain degré de gravité, le défaut valvulaire est corrigé par le biais d'une opération chirurgicale ou d'une intervention par cathéter. L'insuffisance cardiaque du fait qu'elle soit une maladie chronique, qu'il est souvent impossible de guérir, se traiter par les médicaments ou autres mesures permettent, de soulager les symptômes et de freiner l'évolution de la maladie, de sorte que la plupart des patients atteints d'insuffisance cardiaque peuvent mener une vie active et avoir une bonne qualité de vie. La fibrillation ventriculaire (dans les troubles du rythme cardiaque) peut être stoppée à l'aide d'un choc électrique appelé défibrillation (Dietschi & Olten, 2018).

Après l'hospitalisation, les patients sont dirigés vers la structure de réadaptation cardiovasculaire. Celle-ci est de deux types, ambulatoire ou en stationnaire. Dans le premier cas, le patient rentre chez lui tous les jours et passe la moitié de sa journée au centre de réhabilitation. Le programme dure environ 6 semaines. Dans le second cas, le patient reste durant tout le séjour dans la clinique, sans rentrer à son domicile (les week-ends mis à part). La durée est raccourcie à un mois, le programme étant intense. Le patient peut choisir le type de réadaptation qu'il préfère. Il existe cependant des indicateurs pour le séjour stationnaire, si le patient :

- Présente des complications ou des risques élevés après un infarctus ;
- A des craintes quant à la reprise d'une activité physique (sur ses capacités physiques, peur d'un nouvel accident) ;
- A de nombreux facteurs de risques et peu de motivation pour les corriger ;
- Vit dans de mauvaises conditions (familiales, sociales), ce qui rend bénéfique un éloignement de milieu ordinaire ;

Les objectifs des programmes en réadaptation sont de permettre le retour à la vie active du patient, de le sensibiliser aux facteurs de risque et à l'importance de les corriger, d'informer le patient sur sa maladie et ses médicaments. Ainsi on essaie de prévenir la rechute en informant au mieux le patient sur ce qu'il peut faire pour éviter un nouvel accident, sur les changements d'habitudes à effectuer (Caroline et al, 2009).

Malgré les dispositions prises pour traiter ces maladies cardiovasculaires, il est important pour nous de mettre un accent sur ce qui en constitue les risques.

2.2.6. Les facteurs de risques des maladies cardiovasculaires

Lorsqu'on parle de facteurs de risque l'on fait allusion aux éléments qui prédisposent les individus aux maladies cardiovasculaires. Le risque est donc la probabilité de survenue d'une maladie ou d'un accident cardiovasculaire (Assurance maladie, 2022). Quelques travaux, en font étalage :

Les travaux de Parier et Despres (2003), soulignent que parmi les populations vivant dans les pays industrialisés, un nombre croissant d'individus sont affectés par le surplus de poids dû à leurs modes de vie. C'est le cas de l'obésité, qui est en voie de devenir le problème de santé le plus commun du XXI siècle qui pourrait également contribuer à l'augmentation significative de la prévalence des maladies cardiovasculaires dans les pays. Ainsi, L'obésité abdominale par exemple est associée à de nombreuses altérations lipidiques, thrombotiques et inflammatoires.

Quant aux travaux de Baudin et Cohen (2009), ils relèvent que les maladies cardiovasculaires (MCV) sont responsables de la majorité des décès dans le monde en 2010, une incidence qui augmente dans tous les pays. Bien que leur prise en charge s'améliore constamment, les modifications nutritionnelles et la consommation de tabac sont les causes essentielles de cette augmentation.

Les travaux de Berrouiyue et Rourih (2011) effectués en Algérie en 2018 à Tlemcen, (commune semi urbaine du nord-ouest), et dont les facteurs de risques cardiovasculaires ont été analysés et le risque cardiovasculaire global quantifié selon les modèles de framinghan et de LESH-ESC présentent la prévalence des facteurs de risques élevés comme suit :

- ❖ La sédentarité à 42 ,6 % ;
- ❖ Le tabagisme 17,2 % ;
- ❖ Le surpoids IMC supérieur ou égal à 25% ;
- ❖ Obésité IMC supérieur ou égal à 30M% (l'obésité abdominale selon NCEP-ATP III) ;
- ❖ L'hypertension artérielle : 36,2 % ;
- ❖ Le diabète : 6,8% (dont le diabète de type I : 0, 4, le diabète de type 2 6,4% ;

❖ Dyslipidémie : 15,9% dont l'hypercholestérolémie, 14,3% et l'hypertriglycéridémie : 2,8 %.

On constate que dans cette région, les facteurs de risques sont très élevés. Les prévisions indiquent que leur prévalence va dramatiquement s'accroître avec le changement du mode de vie et le vieillissement de la population.

Ewane & Luma effectuent une enquête en 2011, évaluant le niveau d'activités sportives (ASP) et indiquent que deux cents soixante-dix personnes (43 plus ou moins 14, sex ratio H/F = 1/45) ont répondu à l'enquête. Le résultat de l'enquête indique que sur 505 participants 38,1 % avaient une pression artérielle (PA) supérieure à 140 /90mm 37 % étaient obèses (indice de masse corporelle IMC supérieur à 30 Kg /m² et 4,4 pourcent une glycémie supérieure ou égale à 1,26 g/l). Le pic de fréquence des facteurs de risques se situant entre 40 et 59 ans. Des associations de risques ont été trouvées entre PA et le tabagisme ($r = 0,546$, p inférieur à 0,001), obésité et consommation d'alcool ($r = 0,502$ et p inférieur à 0,001) glycémie et consommation d'alcool ($r = 0,502$, p inférieur 0,001).

La fondation suisse de cardiologie 2018, fait comprendre qu'en effet, en 2022 concernant la population de plus de 55ans : 1/3 souffre d'hypertension artérielle, 1/6 d'hypercholestérolémie, 3/10 a un IMC supérieur à 25,8 % et est donc obèse et enfin 24% des femmes et 30% d'hommes fument. La tendance est à l'augmentation pour toutes ces proportions, exception faite pour les hommes fumeurs. On peut remarquer que les populations plus défavorisées présentent une prévalence plus élevée pour tous ces facteurs de risque.

Selon l'assurance maladie (2022), il existe plusieurs facteurs de risques cardiovasculaires ceux sur lesquels on ne peut pas agir comme (l'âge, le sexe, l'existence de maladie cardiovasculaire dans la famille) et ceux sur lesquels on peut agir. Concernant les facteurs sur lesquels on peut agir, nous pouvons avoir comme facteurs de risques cardiovasculaires :

➤ **Le tabagisme**

La fumée concerne un peu moins du tiers des personnes de plus de 15 ans en suisse. Les fumeurs sont plus nombreux que les fumeuses, bien que la tendance actuelle soit à la diminution de consommation de tabac chez les hommes et à l'augmentation chez les femmes (Caroline et al, 2009).

Les résultats d'une enquête menée en suisse en 2007 sur les fumeurs et ceux ayant eu un antécédent ou pas, pour un échantillon de 100 personnes relève que :

- Les fumeurs ont un total de 27,9%, soit 32,3% pour les hommes et 23,6 % pour les femmes.
- Les anciens fumeurs enregistrent 21,2% avec 24,3% pour les hommes et 18,2% pour les femmes.
- Les non-fumeurs (ceux qui n'ont jamais fumé) enregistrent un pourcentage de 50,9 avec 43,4 chez les hommes et 58,2 chez les femmes.

➤ **Le diabète**

Le diabète est une maladie chronique grave et fréquente. Elle est un facteur de risque modifiable, soit par prévention de son apparition, soit par dépistage rapide ou encore un suivi rigoureux du traitement. Le diabète et la maladie cardiovasculaire sont fortement liés, près de 80% des diabétiques décèdent de suite de ces affections. En suisse, la population d'adultes diabétiques est estimée à 250 000 individus. On ne peut pas donner les chiffres exacts, ceci s'explique par le fait qu'au début, le diabète est asymptomatique, ainsi il existe une partie de la population qui n'a pas été diagnostiquée et qu'au fil du temps la proportion de la population touchée augmente.

- La tranche 15-24 ans enregistre 0,3%
- La tranche 25 –34 ans enregistre 0,2%
- La tranche 35-44 ans enregistre 1%
- La tranche 45-54 ans enregistre 2,2 %
- La tranche 55-64 ans enregistre 5,1%
- La tranche 65-75 ans enregistre 9,9%
- Et la tranche de 75 ans et plus enregistre 11,3%

➤ **L'hypercholestérolémie**

On recommande d'avoir un cholestérol total inférieur à 5 mmol /l, avec le maximum de HDL²¹/ LDL²² (le plus haut possible) et un minimum de LDL (inférieur à 2,6 mmol/l). Le rapport HDL/LDL (le plus haut possible) est un indicateur plus intéressant que le cholestérol

²¹ HDL : high density lipoproteins ou lipoprotéine de haute densité.

²² LDL : low density lipoproteins ou lipoprotéine de base densité.

total. L'observation montre que les taux de cholestérol totaux chez le nouveau-né sont de 4 mmol /l environ, et qu'ils augmentent ensuite avec l'âge. Après la ménopause, la proportion d'hypercholestérolémie augmente chez les femmes, dépassant celle des hommes du même âge. Des données recueillies à Genève entre 1993-2003 montrent une augmentation de la prévalence d'hypercholestérolémie chez les deux sexes.

➤ **La sédentarité**

Le mode de vie actuel favorise la sédentarité de la population. Les moyens de transport motorisés (voitures, motos) permettent aux personnes de se déplacer sans effort, dans un certain confort, à l'endroit et au moment voulus. Ainsi, l'activité physique « involontaire » est très réduite. Pour les personnes travaillant dans les bureaux, la dépense physique due au travail est très faible.

➤ **L'hypertension**

Ce facteur de risque est diagnostiqué lorsque la mesure de la tension artérielle est trop élevée, et cela à 3 moments différents. La tension est classée en différents stades :

- ✚ Normale, si les valeurs sont inférieures ou égales à 120 /80 mm Hg
- ✚ Pré-hypertension, si les valeurs sont supérieures à 120 /80 mm Hg
- ✚ Hypertension de stade 1, si les valeurs sont supérieures à 140/ 90 mm Hg
- ✚ Hypertension de stade 2, si les valeurs sont supérieures à 160 /100 mm Hg
- ✚ Hypertension sévère, si les valeurs sont supérieures à 180/ 110 mm Hg

Dans 90% des cas, l'hypertension est dite essentielle, car on ne peut en déterminer la cause (Caroline et al, 2009).

➤ **La consommation d'alcool**

Une consommation excessive d'alcool peut conduire à de l'hypertension, ce qui à son tour, augmente fortement le risque d'un infarctus. La combinaison d'alcool et de tabac pendant de nombreuses années, ainsi que de mauvaises habitudes alimentaires exacerbent ces risques. Une consommation excessive augmente les risques d'arythmies cardiaques et d'infarctus. Cela dû aux effets toxiques de l'alcool (en grande quantité) sur le cœur.

Dans certains cas l'alcool consommé modérément offre une certaine protection contre les maladies cardiaques et les infarctus cérébraux. Une consommation modérée se situe entre 1 à 2 verres maximum par jour, avec 2 jours d'abstinence par semaine. Elle empêcherait dans une

certaine mesure l'obstruction des artères par le cholestérol ceci se présente surtout chez les hommes de plus de 40 ans et chez les femmes de plus de 45-50 ans. Chez les jeunes, cet effet bénéfique n'est pas constaté (Delibèros et al, 2023).

➤ **L'obésité**

En Suisse en 2007, 29,1% de la population était en surpoids, et 8,2% en forte surcharge pondérale. La prévalence de ces problèmes de poids est élevée dès un âge jeune (15-24 ans : 9,1 + 2,4%) et elle augmente avec l'âge, atteignant 40% de la population dès 45-54 ans et près de 50% dans les deux des cas. Chez les plus de 75 ans, la proportion d'obèses diminue, peut-être à cause d'une mortalité plus précoce de cette population. Il est à noter qu'entre 45 et 74 ans, la prévalence de l'obésité est supérieure à 10%.

Les facteurs de risques propres aux maladies coronariennes sont : le tabagisme, l'hypertension artérielle, la dyslipidémie (taux de cholestérol défavorable), un fort excès de poids, le manque d'activité physique, trop de stress ainsi que le diabète sucré. Une prédisposition familiale peut aussi jouer un rôle (Caroline et al ; 2009).

Nombreux sont les facteurs qui conduisent aux maladies cardiovasculaires, ainsi la prévention et l'éducation thérapeutique constituent un moyen de limiter son évolution.

2.2.7. Prévention et éducation thérapeutique des maladies cardiovasculaires

La prévention est une approche indispensable dans le traitement des maladies cardiovasculaires parce qu'elles ont tendances à agir de manière « silencieuse ». Les maladies cardiovasculaires sont des maladies inflammatoires chroniques. On les appelle « silencieuses » car pendant de longues années, la maladie peut rester inaperçue et le patient peut ne pas être conscient jusqu'à ce qu'un événement comme un infarctus ou un accident vasculaire cérébral survienne. Les événements de ce type sont annonceurs d'une maladie cardiovasculaire de longue date qui se manifeste cliniquement. L'athérosclérose est une maladie cardiovasculaire qui se développe très tôt dans la vie d'un être humain et qui évolue plus ou moins rapidement selon plusieurs facteurs de risques cardiovasculaires. Il faut également noter que l'on distingue trois niveaux de prévention en santé publique :

➤ **Prévention primaire**

Celle qui vise à éviter l'apparition de la maladie. Par exemple, en poussant à avoir une activité physique régulière ou avoir un régime alimentaire varié.

➤ **Prévention secondaire**

Elle consiste en la détection d'une maladie qui est déjà présente mais pas encore complètement développée afin de stopper son développement. Par exemple le dépistage du cancer du sein est une stratégie de prévention secondaire.

➤ **Prévention tertiaire**

Son but est de minimiser l'impact délétère d'une maladie déjà présente et qui s'est déclarée cliniquement mais aussi de prévenir les complications et de restaurer la fonction normale de la personne malade. Par exemple, le traitement de statines après un épisode d'infarctus traité chirurgicalement (Caroline et al, 2009).

Baudet & al (2012), font retenir que les maladies cardiovasculaires sont pour l'essentiel secondaires à l'athérosclérose (vieillesse des artères) dont le développement est très dépendant de notre mode de vie. Le ralentir passe par la lutte contre les facteurs de risques essentiels qui sont : l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle, le tabagisme, la sédentarité, la surcharge pondérale, le diabète ... Et sans pourtant négliger les causes au moins partielles sous-jacentes : mauvaise habitude alimentaire, sédentarité, surcharge pondérale car celle-ci ont aussi des impacts négatifs sur la fonction endothéliale, le stress oxydant, l'inflammation, l'arythmie, la thrombose. La prévention doit aussi cibler la lutte contre la sédentarité et la surcharge pondérale, la mise sur place d'une alimentation moins calorique, moins salée et de type méditerranéen dont les mécanismes d'action commencent à être élucidés et qui vont au-delà de la seule prévention cardiovasculaire. L'éducation thérapeutique tient une place grandissante et complémentaire dans les actions de santé publique qui doivent mobiliser les forces de tous les personnels de santé.

Ainsi fait un état des lieux sur les maladies cardiovasculaires en générale, il sera donc question dans la suite de notre travail de nous attarder sur l'infarctus du myocarde objet de notre recherche.

2.3. ÉTAT DES LIEUX SUR L'INFARCTUS DU MYOCARDE

L'infarctus du myocarde encore appelé crise cardiaque fait partie des maladies cardiaques, elle est causée par une obstruction d'une artère et se manifeste physiologiquement par un certain nombre de faits sa prise en charge et son traitement impose que l'artère soit débouchée.

2.3.1. Définition

Selon le dictionnaire le robert (2005, p225), l'infarctus du myocarde est une altération d'un tissu, d'un organe par obstruction de l'artère qui assure son irrigation.

Selon Has (2007), Le myocarde est un muscle cardiaque, il est irrigué par les artères coronaires qui oxygènent le cœur. Lorsque les artères se bouchent, cela provoque la mort d'une partie plus ou moins étendue du muscle cardiaque c'est ce qu'on appelle l'infarctus du myocarde.

Pour Steg (2017) ce qui est Communément appelée crise cardiaque, l'infarctus du myocarde correspond à la l'obstruction d'une artère qui alimente le cœur en sang et donc l'oxygène.

2.3.2. Les causes de l'infarctus du myocarde

L'infarctus du myocarde est déclenché par l'obstruction d'une artère qui alimente le cœur en sang et donc en oxygène (artère coronaire). Privée d'oxygène, les cellules musculaires du corps mesurent rapidement sur une zone plus ou moins étendue. Cela entraîne des problèmes de contraction du muscle cardiaque (myocarde), se manifestant par des troubles du rythme, une insuffisance voire l'arrêt cardiaque (Dietschi & Olten, 2018).

Avec l'âge et sous l'influence de divers facteurs de risque des plaques appelées athéromes constituer notamment de cholestérol, se forment le long de la paroi des artères. Lorsqu'une de ces plaques se rompt un caillot sanguin se forme et part dans la circulation. Il peut aller bloquer une artère à différents endroits de l'organisme (le cœur, le cerveau, les membres) ce qui réduit brutalement le débit sanguin voir l'interrompt totalement. C'est ce que l'on nomme l'ischémie²³. Si ce phénomène se prolonge, l'hypoxie (manque d'oxygène) induite entraîne la mort des cellules concernées.

Il existe dès lors plusieurs types d'infarctus du myocarde,

2.3.3. Classification clinique des différents types d'infarctus du myocarde

Ranya et Jivan (2022), font comprendre que l'infarctus du myocarde peut être classé en cinq catégories basées sur l'étiologie et les circonstances :

²³ L'ischémie est l'arrêt ou l'insuffisance de la circulation sanguine dans une partie du corps ou un organe, qui prive les cellules d'apport d'oxygène et entraîne leur nécrose.

- TYPE I : infarctus du myocarde (IM) spontanée lié à l'ischémie due un évènement coronarien primaire tel que l'érosion d'une plaque et ou la rupture, la fissure ou la dissection d'une plaque.
- TYPE II : infarctus du myocarde secondaire lié à l'ischémie due à une demande accrue ou à un apport réduit d'oxygène. Exemple du spasme des artères coronaires, embolie coronaire, anémie, arythmies, hypertension ou hypotension.
- TYPE III : mort cardiaque subite imprévue, incluant l'arrêt cardiaque, souvent avec des symptômes suggérant une ischémie myocardique accompagnée d'un sus-décalage du segment ST, ou d'un nouveau BBG, ou d'une preuve d'un nouveau thrombus dans une artère coronaire décelé a l'angiographie et ou à l'autopsie, mais la mort survient avant que l'on ait pu obtenir des échantillons de sang, avant l'apparition des bio marqueurs cardiaques dans le sang.
- TYPE IV a : infarctus du myocarde associé à une ICP (intervention coronarienne percutané).
- TYPE IV b : infarctus du myocarde associé à une thrombose intrastent documentée par angiographie ou par l'autopsie
- TYPE V : infarctus du myocarde associé à un PAC (pontage aorto-coronarien)

Les différents types d'infarctus du myocarde (du type I à celui V), se manifestent pratiquement de la même façon.

2.3.4. Manifestations d'un infarctus du myocarde

L'essentiel des morts subites survient dans les tous premiers instants qui suivent le début de la douleur thoracique. 30% des personnes ayant fait un infarctus meurent avant d'avoir un premier contact médical, indique un des experts aux états généraux de Lyon (Compagnon et Maurel, 2014).

Spécifiquement en exemple, les maladies coronariennes se manifestent par une oppression dans la poitrine lorsque les personnes malades font des efforts tels que gravir les escaliers ou marcher en montée. Les valves cardiaques, se manifestent par une baisse de performance physique, une difficulté à respirer ou encore une douleur au niveau de la poitrine (Dietschi & Olten, 2018). Ces douleurs aiguës et persistantes de la poitrine se localise tout aussi le bras gauche, sur le dos et la mâchoire, entraînant un malaise, des nausées et des vertiges.

C'est donc à partir de ces quelques manifestations que le diagnostic de l'IDM peut être posé.

2.3.5. Critères diagnostics de l'infarctus du myocarde

Pendant de nombreuses années, le diagnostic d'IM était fondé sur des critères établis par l'OMS en 1979. Deux des trois critères suivant étaient nécessaires pour le diagnostic d'un IM aigu avec sus- décalage de segment ST (IMSST) :

- ❖ Gène thoracique caractéristique de l'ischémie
- ❖ Schéma électrocardiographique (ECG) typique incluant le développement d'ondes Q.
- ❖ Elévation typique des marqueurs sériques de lésion myocardique, généralement l'isoenzyme créatine (CK)-MB.

Ainsi, les patients éprouvant une douleur thoracique typique et dont le taux CK-MB est élevé, mais ne présentant pas de signe de sus-décalage du segment ST ou d'ondes Q, souffriraient d'un IM sans sus-décalage du segment (IMSSST), alors que les patients ayant un type de douleur thoracique instable, ne présentant pas de sus -décalage du segment du segment ST ou d'ondes Q et ayant un taux normal de CK-MB souffriraient d'angor instable (ACC) (Tony et al, 2007).

Le cardiologue ayant donc la certitude qu'il s'agit bien d'une maladie cardiaque (infarctus du myocarde) met sur pieds une stratégie thérapeutique pour le patient.

2.3.6. Prise en charge et traitement

Pellerin et Methot (2005), postulent que la recherche est très active en ce qui concerne le traitement de l'infarctus du myocarde avec l'élévation du segment ST. Après le début des symptômes la thérapie de la reperfusion incluant l'angioplastie ou l'administration de l'agent thrombolytique constitue le pilier du traitement et doit être obtenue plus tôt possible. Certaines études soutiennent l'administration des inhibiteurs des récepteurs de la glycoprotéine II b / II a combinée à la thérapie de reperfusion dans l'infarctus du myocarde avec l'élévation du segment ST. De nouvelles études viennent préciser la place du clopidogrel et de la bivalirude chez cette population de plus l'instauration précoce des statines en phase aiguë d'infarctus du myocarde avec élévation du segment ST améliore le pronostic des patients.

La seule solution face à un infarctus est de déboucher l'artère le plus rapidement possible après le début de symptômes. Cette reperfusion rapide diminue la mortalité et les complications associées à l'IDM.

Lorsque le délai prévisible entre le début des symptômes et la prise en charge dans le service spécialisé est inférieur à 90 minutes, le patient bénéficie d'une angioplastie qui est une intervention qui consiste à dilater les parois de l'artère obstruée à l'aide d'un ballonnet gonflable afin de restaurer la circulation sanguine. Le ballonnet est introduit directement dans l'artère grâce à un cathéter. Elle est suivie de la pose d'un stent (petit dispositif tubulaire en mailles métalliques placé dans l'artère afin de la maintenir dilatée)

Si le délai de mise en œuvre de l'angioplastie risque de dépasser 90 minutes le patient peut se voir immédiatement administrer un agent thrombolytique capable de dissoudre le caillot sanguin obstruant l'artère coronaire. Ce médicament, très efficace peut toutefois entraîner des hémorragies cérébrales dans environ un pourcent des cas.

Un traitement médicamenteux complémentaire est également administré pour limiter le risque de complication. En urgence, ce traitement repose le plus souvent sur des combinaisons de médicaments anticoagulant injectable (héparines ou plaquettaires similaires) et d'antiagrégant plaquettaire oral avec de l'aspirine et un antiplaquettaire dirigé contre la voie de l'adénosine di phosphate comme le clopidogrel, le ticagrelor ou le prasugrel.

Il sera aussi important de préciser les facteurs de risque qui mettent en danger les individus ou qui les prédisposent.

2.3.7. Les facteurs de risque

Après une étude faite par Coulibaly et al (2014), il ressort que la fréquence des facteurs de risque de l'IDM augmente avec l'âge et étaient prédominés par le tabac (80%), le stress (50%), l'HTA (hypertension artérielle) (40%), la dyslipidémie (20%). À cela nous pouvons ajouter l'obésité, le diabète.

Caroline et al (2009) regroupent en deux les facteurs de risque de l'infarctus du myocarde. Les facteurs de risques modifiables tels que la sédentarité, le tabac, le diabète, l'alimentation, l'obésité, dyslipidémie, l'hypertension, et les facteurs non modifiables comme l'âge, le sexe, l'histoire familiale, la génétique.

Selon Savard et Provencher (2020), le fait que les femmes soient exposées à certaines phases hormonales significatives, favorise l'augmentation du risque cardiovasculaire notamment pendant les mesures contraceptives, la grossesse et la ménopause. L'interaction entre le tabac et la contraception oestroprogestive par exemple augmente l'effet thrombotique

surtout si la femme a plus de 35 ans. Concernant la grossesse, certains changements coronariens en exemple une hypercoagulabilité combinée à une tachycardie et à une augmentation du volume sanguin en plus de risque diabète gestationnel et de la prééclampsie /éclampsie. La ménopause qui se caractérise par une cessation de la fonction ovarienne entraînant une carence en œstrogène (qui est reconnu pour son effet atheroprotecteur). Le déficit hormonal qui entraîne une modification vasculaire mais également divers changements métaboliques prédisposant aux facteurs de risques de l'infarctus du myocarde chez la femme.

Ainsi l'état des lieux fait sur l'infarctus du myocarde, nous nous intéresserons donc par la suite au concept de réalité psychique subjective.

2.4. ÉTATS DES LIEUX SUR LA RÉALITÉ PSYCHIQUE SUBJECTIVE

De nombreux chercheurs ont axé leurs travaux sur la réalité psychique subjective à l'exemple de Freud, de kaes et de Puget pour ne citer que ceux-ci. Il sera donc question dans cette partie de recenser leurs travaux.

2.4.1. La réalité psychique subjective selon Freud

Widlocher (2006), dans son article Réalité psychique et vérité historique : model explicatif postule que si un enfant naïf veut quelque chose, alors il doit penser que cela est arrivé, cette logique de production prend la forme suivante si l'objectif est de réaliser X alors inscrit que X soit réalisé. La pensée dans notre inconscient n'est pas une croyance irrationnelle dont nous devons nous départir, elle est une manière inconsciente de penser. L'on souligne la parenté entre l'accomplissement hallucinatoire du fantasme inconscient et l'acte magique. La théorie du rêve nous rend sensible à cette priorité du fantasme inconscient. Il souligne que le rêve n'est pas une représentation d'action car son contenu pourra être décrit comme une scène dans laquelle une action se déroule ou comme une succession de scènes. Qu'il s'agit du cadre ; des objets et des personnes, ils sont là pour donner sens à cette action.

C'est dans le livre « Totem et Tabou » que se construit chez Freud (1912) le concept de réalité psychique, héritière de l'inconscient de chacun de la pensée magique primitive, c'est-à-dire l'omnipotence de la pensée. La réalité psychique est très liée à la notion de vérité historique c'est-à-dire des événements du passé et tout particulièrement à des événements excitants, de séduction ou traumatique ; la référence au cas redonne tout son poids à la pulsion. Du traumatique Freud revient au pulsionnel. Pour Freud (1912) les pulsions avaient

toujours une source dans la partie pulsionnelle la plus interne du corps. Tandis que pour Bion (1957) les évènements peuvent aussi naître de stimuli externes dans l'esprit primordial.

Freud (1897) lorsqu'il considère les effets de l'évènement passé traumatique, il mentionne que ces effets sont de deux sortes « positif et négatif » et souligne à propos de ces derniers leurs caractères de contrainte, c'est-à-dire qu'ils montent avec une grande intensité psychique une dépendance considérable par rapport à l'organisation des autres processus, psychiques qui sont adaptés aux exigences du monde réel qui obéissent aux lois de la pensée logique. Ils ne sont pas ou pas influencés par la réalité extérieure et ne se soucient pas d'elle et de sa représentation psychique « Etat dans l'état », ils tirent cette force qui brave la réalité du fait qu'une réalité psychique interne arrive à prédominer sur la réalité du monde extérieur. C'est en créant ou en renforçant cette réalité psychique inconsciente que s'exprime l'effet négatif du trauma. Ainsi se dessine le double impact du traumatisme, sur le Moi (Ego) et sa logique de défense d'une part ou sur le ça (ID) ou l'inconscient d'autre part. Ce dernier reçoit des excitations traumatiques et par sa structure leur donne une force elle-même traumatique. Cette dernière sera destructrice de l'appareil psychique, comme Freud (1897) le suggère en parlant du risque de psychose à propos d'une réalité qui envahirait l'esprit sans retenue. C'est donc dans cette mesure que la fonction contenante du Moi intervient pour donner forme à des fantasmes construits qui donnent sens à l'impensable de la réalité psychique. Nous constatons ici l'existence d'une nouvelle barrière non plus entre la réalité traumatique extérieure et le moi, mais entre les évènements du ça et les constructions fantasmatisques qui en sont dérivés.

Le lien étroit entre la réalité psychique et la vérité historique nous fait certes comprendre pourquoi la réalité psychique a cette force hallucinatoire. Elle s'impose comme une croyance parce qu'historiquement l'évènement qui lui a donné naissance s'est imposé comme vérité même si elle a été une perception erronée de la réalité. Le pouvoir hallucinatoire de l'inconscient serait la trace amnésique de la fausse réalité historique.

La réalité psychique est donc cette réalité qui vient s'opposer à la réalité matérielle. L'on comprend donc que nos fantasmes ne sont pas seulement des représentations imaginaires de la réalité matérielle et notre vision subjective de la nature. L'autre scène psychique que l'inconscient construit en nous n'est pas seulement une représentation du monde mais un réel à part entière celui de la réalité psychique. La réalité psychique est désirante par sa propriété compulsive. Transposée à l'accomplissement d'un fantasme de destruction. On peut tout autant dire que dans la réalité psychique le mal se réalise. Il impose de l'intérieur son pouvoir

de contrainte, l'impose comme un autre réel. L'autre réel complète le travail du fantasme. Celui-ci construit l'objet du mal qui s'inscrit dans la réalité psychique. Il revêt alors cette dimension d'un réel psychique, c'est cette force hallucinatoire qui fait d'un contenu fantasmatique une réalité à part entière.

En 2008, Guillaumin nous fait comprendre qu'au préalable Freud dans sa construction en 1937 s'appuie sur le transfert au patient de la croyance acquise par l'analyste relativement à son histoire. Comme si la poursuite ou l'achèvement de l'analyse réclamait que l'adhésion à un énoncé d'une certaine réalité matérielle de nature historique manquait encore à l'analysée, incapable de la produire par lui-même tant que l'analyste. Par manque de matière. L'inachèvement de cette reconstitution l'empêcherait de faire alliance définitivement avec la représentation qu'il a de sa propre vie.

Lorsqu'on regarde de plus près, elle suppose en effet une sorte de transmutation par laquelle les certitudes de l'analyste concernant la réalité matérielle, se transformeraient étrangement et particulièrement chez le patient en réalités psychiques, en souvenirs subjectifs prenant leur place dans l'élaboration intime de son histoire interne. Il s'agirait d'une sorte de modification par laquelle le genre de représentation et la mémoire perceptive requis dans la prise en considération de la réalité matérielle viendraient à se confondre jusqu'à se fondre mystérieusement avec les représentations internes. Quant aux traces de mémoire encore insignifiées, elles renvoient aux expériences traumatiques de l'enfance. La métapsychologie dynamique de ce processus de déplacement interpersonnelle avec sa position indispensable. Il est en effet évident que la transformation exigée par le processus relève d'une analyse économique capable de rendre compte des relations topiques qui ne peuvent manquer de s'établir non seulement à l'intérieur de l'appareil psychique du patient, mais aussi dans la représentation qu'il se forme du thérapeute pouvant occuper dans ses fantasmes une position à quelque égard toute puissance.

Freud (1897) parle de suggestion, de transmission ou encore induction de penser pour faire allusion à la problématique de déplacement ou de transformation.

Guillaumin (2008) fait comprendre que le raisonnement de Freud confronté à sa période d'extrême vieillesse et à sa perspective de la mort qu'il a pu éprouver en 1937. Le besoin de se porter fermement détenteur au bénéfice de l'analysé dans ce qu'il appelle la part de l'analyste. D'un registre dont la possession et le transfert magique au patient est assuré inconsciemment d'une sorte de maîtrise dressée contre l'inconnue du destin. Le mouvement

de Freud loin de retenir la notion d'un excès de croyances réalistes chez le patient s'attache à souligner un défaut de prise en compte par ce dernier de représentations référent à la réalité historique défaut que l'analyste se propose de combler. Si la seule ressource du thérapeute consistait en 1897 à reconnaître *per via di levare* la brèche laissée par l'expérience traumatique infantile de séduction dans l'appareil représentatif du patient, la doctrine de 1937 a en quelque sorte renversé et réparé cet échec par le recourt à un pouvoir thérapeutique capable de compléter et de restaurer *per via di parre* la représentation blessée du patient. L'on soulignerait déjà que l'opposition réalisme de 1896 et celui de 1937, impuissance du patient et toute impuissance du thérapeute, entre soumission pure et simple à la brutalité du réel et l'omnipotence réparatrice par le moyen de l'interprétation apparaît donc comme une solution alternative ou intermédiaire. Cependant l'auteur souligne la possibilité du travail de l'incertitude (1987) reposant sur une mise en suspens transitoire de la croyance réaliste dans le cadre d'une démarche intermédiaire qu'il nommait *per via di riservare* dont l'instrument privilégié peut être la quête de la réalité comme telle et de sa mise en travail par le sujet et allie technique nécessaire de « l'opérateur négatif » qui sollicite et alimente le travail de la psychè (Guillaumin, 2003). Tout se passe comme si en 1937 la ' part du patient ' conçue comme toute passive était réduite à subir qu'à contribuer à créer l'architecture de son histoire. Tandis que l'analyste conçue comme toute active demeurait toute hypothèse décisive, occupait la place du maître d'œuvre dans l'édification de la construction historique de l'analysant, même si celui-ci paraît y souscrire volontiers au moins en apparence, et se trouve disposer à s'en servir pour continuer à sa façon le récit de Freud.

Guillaumin (2003) nous fait comprendre que Freud (1896) dans la dernière partie de son article ou il insiste sur le morceau de vérité historique que contient nécessairement toute démarche interprétative comme toute tentative de théorisation de qui provient, analyste ou alors le patient. Ce n'est que guère plus en ce sens, que le témoignage de l'adhésion profonde de Freud a une position épistémologique qu'on pourrait qualifier à la rigueur postkalienne. La réalité en soi ne peut être donnée qu'à travers la représentation que nous nous en formons et toutes représentations de cette réalité en soi comportent une représentation de référence implicite à un réel qui nous échappe et dont nous faisons partie.

Il précise que la réalité matérielle ou historique est nécessairement soumise pour lui à une épreuve de vérification qui comporte une action du sujet sur le monde. Visant à mesurer la résistance de ce monde à un effort de transformation par la voie corporelle ou mécanique. Par contre la réalité psychique qui constitue un ressort essentiel de l'analyse afin de l'opposer

à la fantasmatisation et aux représentations défensives arbitraires n'a pas fait de la part de Freud l'objet d'étude spécifique, si bien qu'on peut constater dans son œuvre, des équivoques et même des contradictions entre l'usage qu'il fait des termes tels que « seclé », « psychè », « psychische apparatus » bien que ces usages divers tournent tous autour de l'intuition de ce que les philosophes appellerait une matière subtile tissée des liens qu'entretiennent entre eux de multiples moments et lieux de l'activité psychique .

En fait la réalité psychique destinée à désengager le sujet des dépendances aux excitations corporelles et aux réponses du monde matériel, ne peut être éprouvée et validée que par les moyens internes d'une mise en relation, au sein du seul appareil psychique des diverses et multiples manifestations ou apparitions qu'elle présente successivement à l'observation du Moi. Elle forme ainsi pour user d'une métaphore d'une sorte d'hologramme fragile, voir instable et en tout cas inachevable, qui protège la liberté du sujet à la fois de l'engouffrement dans le fantasme et de l'évacuation sans recul dans la décharge immédiate de l'agir en direction des excitations de la réalité matérielle. Cela sans toutefois couper le Moi des attaches et des homologies qu'il entretient fondamentalement avec le corps, d'une part et avec la fantasmatisation d'autre part.

Ciccone (2018), écrit dans les bords de la réalité psychique et de la psychanalyse « il est classique de dire que la subjectivité se construit à l'entre croisement du « corps » et du « social ». La matière psychique émerge à partir du substrat corporel, de la sensorialité, de la pulsionalité, de la perception et de la rencontre avec l'autre, avec plusieurs autres avec le social, avec le monde. »

La réalité corporelle impose une exigence de travail psychique. Le corps, ainsi impose toujours une exigence de travail psychique. C'est d'abord la définition même de la pulsion, de l'effet ou de la fonction de la vie pulsionnelle qui est intimement liée à la vie émotionnelle, corporelle, somatique et qui est au cœur et au fondement de la vie psychique. Mis à part le point de vue de la pulsion, le point de vue de la perception de la sensorialité du soma et de l'acte, du mouvement ceux-ci témoignent que le corps est au fondement de la vie psychique. Freud (1923b, 1925 b) a pu dire, on s'en souvient que le psychisme est issu du corporel, dérive des sensations corporelles, que la perception est le noyau du Moi est au Moi ce que la pulsion est au Ca, que les perceptions sont toujours d'anciennes perceptions, que tout ce qui se trouvent dans le psychisme (naissant, émergent) s'est trouvé préalablement dans les perceptions même hallucination que Freud (1895,1911), considère comme une première

forme de pensée suppose comme une perception préalable . Un certain nombre de psychanalystes (Bion 1957, 1962 b, 1963, Aulagnier 1975 etc.) ont par ailleurs placé la sensorialité à l'origine de la vie psychique. L'une des premières fonctions psychiques consiste à relier les impressions sensorielles entre elles, pour construire en même temps un objet subjectif. Il faut en premier lieu rassembler ; lier les impressions sensorielles provenant de cet objet. Ce que l'on sent, ce que l'on voit, ce que l'on entend, ce que l'on touche provient du même objet. Ainsi l'objet est construit. C'est un objet consensuel, cette opération s'appuie sur une capacité d'attention. À cet effet que Bion et Meltzer (Meltzer et al, 1975) ont très bien décrit ce processus. La première activité psychique ou activité de pensée est ainsi une activité et de liaison. Ainsi le corps impose un travail psychique. L'expérience corporelle est au fondement de la vie psychique, il est le terreau à partir duquel se construit la substance psychique. Le corps est ainsi un transit de la réalité psychique dans la mesure où non seulement il fabrique cette dernière mais est le lieu d'expression de cette réalité. Le corps « borde » la vie psychique du fait également des mouvements et des actes dont il est l'instrument et qui permettent à la subjectivité de s'exprimer, tout en participant aussi à sa construction, l'acte est souvent opposé à la pensée (avec la notion de passage à l'acte, d'acting ; de conduite addictive ; etc) pourtant l'agir est aussi une modalité de pensée, un moyen par lequel se psychisent les expériences, se développe la vie mentale.

L'activité de pensée, après si elle est potentiellement favorisée ou empêchée par un cadre externe, s'appuie essentiellement avant tout sur un cadre interne. Le même acte selon le cadre interne auquel il est référé sera créateur sur le plan psychique ou bien désorganisateur. Non seulement le corps est un lieu de transit de symbolisation mais l'expérience corporelle peut être aussi substitut au travail psychique défaillant. Pareil sur tous les symptômes névrotiques, psychotiques, les pathologies de l'agir. Ce qui ne peut se dire en mots se dit en « corps » en « actes ».

Du côté de la réalité sociale et événementielle l'on souligne déjà que le corps, la perception, la sensorialité, la pulsionnalité, l'acte représente l'un des fondements de la réalité psychique. L'autre fondement est représenté par l'intersubjectivité qui se fonde en partie sur la subjectivité. Dans les champs de la psychanalyse on peut dire que Bion (1957), avec son modèle de la fonction Alpha a été un précurseur et un initiateur quant à la prise en compte de l'intersubjectivité dans le processus d'émergence de la vie psychique. La psychanalyse intègre en général cette conjoncture et les psychanalystes prêtent attention à l'entourage des patients et de l'histoire des liens avec cet entourage. Mais celui-ci est la plus part du temps limitée à

l'entourage familial. Le psychanalyste écoute réellement la famille d'un patient adulte, tous les membres de son entourage et leur subjectivité qui ont une importance et un impact majeur sur le développement psychique de l'individu sur son vécu actuel, son état évènementiel psychopathologique, capacité transformer les expériences douloureuses, toxiques. Tout cet entourage et sa vie subjective imposent, comme le corps précédemment, une exigence de travail psychique du sujet. Au-delà de la subjectivité des objets rencontrés ces autres, c'est la réalité sociale et évènementielle la réalité du monde. La réalité sociale, évènementielle est un matériau essentiel avec lequel ou à partir duquel se fabrique la réalité psychique. La conception d'une réalité concrète, évènementielle procède par une intériorisation de la réalité sociale. Le monde interne est une réplique, privée ; modifiée ; transformée du monde externe. Ce qui conduit Klein (1948) par exemple et d'autres, à concevoir toute une sociologie du monde intérieur, peupler qui entretiennent des relations plus ou moins cordiales, plus ou moins civilisées (voir Meltzer, 1948b). Depuis quelques temps les évènements terroristes tragiques font partie des discussions ordinaires dans les interactions sociales et font partie du matériel apporté par les patients. L'horreur s'est invitée partout, dans tous les cabinets de psychologues, de psychanalystes comme dans toutes les relations d'aide, d'accompagnement et autres. On peut dire que la réalité psychique se fait entendre par le social mais elle se fait entendre par le corporel.

La réalité psychique est liée au social, à l'évènementiel également au corporel et aux évènements du corps. Le psychanalyste ne peut donc pas ignorer ces dimensions, l'écoute psychanalytique compose avec l'écoute des évènements du corps. Parmi la réalité et les évènements sociaux, la réalité politique à évidemment un impact sur le travail psychanalytique et l'expressivité de la subjectivité. Freud s'est en quelque sorte un peu intéressé à la réalité politique ne serait-ce que dans la mesure ou sa construction théorique de la réalité psychique, on l'a vu, était en partie le fruit d'une compréhension ou d'une observation d'une réalité socio-politique. Certains ont pu souligner fortement le lien entre psychanalyse et politique. Les deux sont liées d'abord parce que la psychanalyse concerne un lien thérapeutique mais aussi un lien sociétal comme le dit Menechal (1999), dans la mesure où elle implique un regard privilégié à une souffrance du « risque de l'étrange » selon son expression psychanalytique et psychopathologique. À cet effet l'on doit donc prendre en compte, cette dimension politique. Car elles sont liées. La psychanalyse à une fonction politique garante de la subjectivité, témoin de la singularité du sujet de sa nature conflictuelle imprévisible.

La psychanalyse est fondamentalement politique, l'acte psychanalytique est un acte de parole subjectivant et un acte politique, enfin parce qu'il implique un regard sur le sujet, une prise en compte de la subjectivité bien sûr avec ses logiques complexes, conflictuelle mais aussi du rapport du sujet avec les autres, à l'organisation des liens humains dans la cité, dans la « vraie vie ». Le psychanalyste qui écoute son patient ne peut ne pas entendre la réalité des liens qui l'unit aux autres, à son entourage familial. Et autres de la vie collective, dans le monde au risque d'être sourd aux souffrances liées à ces liens concrets et dans la composition du contre transfert. Par ailleurs, entreront en jeu nécessairement ses propres liens à lui dans la cité, son inscription et ses modalités d'inscriptions dans la vie collective de la cité. Il est impératif qu'un patient qui subit une violence sociale par exemple, soit entendu quant à la réalité de ce qu'il subit, un patient qui est harcelé par son employeur, maltraité par son collègue ... Doit être entendu quant à cette violence subie sans qu'immédiatement lui soit renvoyé le complexe d'œdipe ou tout autre fantasme qu'il actualiserait. Certaines violences institutionnelles relèvent des tribunaux sans pour autant être une analyse institutionnelle ou une analyse des pratiques.

Comme plusieurs autres chercheurs Roussillon et al en 2007 dans manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale, nous font comprendre que le temps et le moment de construction de l'appareil psychique et de la subjectivité ne se succèdent pas au hasard. Ils partent de l'hypothèse selon laquelle il y'a une ou des logiques de leurs enchainement et articulation qui résultent autant du sujet lui-même héros de l'histoire que de l'évolution de sa rencontre avec l'environnement humain, ses parents principalement et tous ceux avec qui il se construit.

La réalité psychique apparait comme le premier concept fondateur de la métapsychologie et qui est fondateur de l'ensemble de l'édifice théorique. Cela signifie que la vie psychique et la matière spécifique qui l'habite se donne bien comme une réalité, une réalité qui représente la même consistance que les autres formes de celle-ci, même si elle n'en a pas la même matière. Ils parlent de la réalité matérielle, biologique pour finir par celle psychique. La réalité psychique se représente comme un cas particulier de la réalité biologique dans la mesure où en plus du fait que le vivant s'autorégule il peut tout aussi développer une conscience de cette autorégulation. L'utilisation du terme réalité fait en sorte que l'auteur insiste sur sa consistance propre, sa résistance et son autonomie propre. La réalité psychique est ce sur quoi l'on bute, ce que l'on ne peut négliger sans conséquences. C'est l'une des réalités fondamentales de l'être humain, on naît, on vit, on meurt, on tue, on jouit en rapport avec la

réalité psychique. On signifie le monde et la vie en fonction d'elle. On parle de la réalité objective c'est-à-dire qu'elle a ses principes, ses contraintes, les lois et effets propres qui conditionne la manière dont on la vit, les évènements dont on appréhende les relations, dont on leur donne sens particulier. Elle est objectivement agissante, elle donne leur couleur ; leur gout, leur forme spécifique aux contenus psychique. Elle produit des représentations que nous pouvons nous construire de ce qui se passe en nous ou dans nos relations avec les autres.

La métapsychologie psychanalytique représente une théorie d'ensemble des faits psychiques qui limitent le plus possible cette réduction grâce à la référence à une vie psychique inconsciente et à la reconnaissance du conflit psychique. La métapsychologie issue de la pratique de la psychanalyse élabore à partir de la pathologie et du soin psychique, et conclut une alliance historique avec la question de la souffrance humaine, du pathos qui témoigne de l'échec du Moi à trouver un règlement acceptable à son rapport à sa propre zone d'ombre et d'énigme. Se fonde sur le refus méthodologique d'un certain nombre de réponses « toutes faites » aux énigmes de la psyché humaine (hérédité, génétique, dégénérescence, biologie) trop réduit pour dégager un niveau spécifique et spécifiquement psychique. Et se fonde sur la notion de symptôme, toutes manifestations de la subjectivité ayant un sens. Celui-ci étant caché, subjectif, spécifique et qu'il cherche à signifier quelque chose que le sujet « sait » sans le savoir, sans savoir qu'il sait « inconsciemment ». Mais l'exploration de la psychopathologie a aussi abouti à relever qu'entretemps le processus qui s'opère dans la pathologie psychique et la symptomatologie est ceux repérables dans le cours normal du fonctionnement de la vie psychique, il n'y avait pas de différence de nature. Ce sont les mêmes processus qui sont utilisés dans la vie psychique normale courante, habituelle, saine et que l'on retrouve dans les formations psychopathologiques.

La partie inconsciente de la réalité psychique se comporte au sein de la psyché comme une énigme agissant et produisant des effets. Le signe en lui-même n'est pas signifiant il se définit relativement dans un jeu de différence, un jeu de comparaison en fonction du contexte donné, d'une situation singulière. Il est traité comme un message même si son contenu est énigmatique. Il n'existe pas en soi mais pour un sujet en situation. Il existe pour le sujet qui le présente et le ressent comme un symptôme, comme un élément signifiant de la vie psychique. Le symptôme est un signe d'un point émergent de la vie psychique inconscient, d'un point de manifestation de celle-ci, d'un effet de son activité. Au côté du langage verbal qui est utilisé les représentations de mots. Freud a montré l'existence d'un langage qui s'exprime à partir des biais de représentations de chose, de symbole, non verbaux tels que le langage du rêve. Le

troisième système que possède l'être humain est celui des émotions et d'une manière très générale celui des affects.

2.4.2. La réalité psychique subjective selon kaes

En 2009, Kaes propose de développer le concept du lien en centrant la réflexion sur la réalité psychique du lien. Il s'appuie sur l'hypothèse de l'inconscient ou la réalité psychique inconsciente, définit la réalité psychique en faisant référence à sa consistance propre c'est-à-dire la matière psychique inconsciente. Cette consistance est ainsi celle des formations, des processus et des instances de l'inconscient. Le sujet auquel les psychanalystes apportent habituellement leur attention et leur soin est un sujet « singulier ». Ils traitent et le pensent « un par un » c'est la réalité psychique inconsciente de ce sujet qui les intéresse, l'organisation de son monde interne et ses conflits, les vicissitudes de son histoire à travers ses transformations et ses impasses, les processus de sa subjectivation. Pour constituer se savoir sur l'inconscient comme Leclaire (1975), isole l'espace de la réalité psychique interne de son environnement social et intersubjectif.

Il développe le concept du sujet du groupe et celui encore plus large, le sujet de lien (kaes 1994). Dans la mesure où il est tout à la fois le serviteur, le bénéficiaire et l'héritier de cette chaîne. Le sujet individuel celui qui se singularise à chacun d'entre nous se construit en effet dans les liens et les alliances dans lequel il se forme dans les ensembles dont la partie constituée et partie constituante ; la famille ; les groupes ; les institutions. Ce sujet en tant qu'il est le sujet du lien ; est un sujet « singulier pluriel » et à ce double titre est sujet de l'inconscient. Il consacre ses études sur les trois espaces de la réalité psychique (le sujet singulier, celui de l'intersubjectif et celui de l'ensemble des espaces complexes ou encore des configurations des liens comme le groupe, les familles et les institutions. Le lien étant son objet d'étude, il le définit comme étant la réalité psychique inconsciente spécifique, construite par la rencontre de deux ou plusieurs sujets. Les alliances inconscientes sont aux fondements de la réalité psychique du lien et celle du sujet (Kaes 1989, 2007, 2009) elles accomplissent plusieurs fonctions : celle de cadre et la fonction de garant métapsychique.

En 2015 il écrit la matière de la réalité psychique inconsciente et définit l'espace psychique ou plus exactement espace de la réalité psychique inconsciente comme une étendue de la matière psychique dans laquelle agissent les processus et les formations de l'inconscient qui constituent cette matière.

L'enjeu clinique à penser dans et avec la psychanalyse la consistance psychique des liens intersubjectifs qui s'inscrit dans un double but : la connaissance de la réalité psychique inconsciente dans le lien et la transformation de celle-ci lorsque le lien est source de souffrance pathologique. La clinique du lien émerge à partir du moment où les garants métapsychologiques n'accomplissent plus leurs fonctions de cadre, d'arrière fond. Des ruptures ou des transformations menacent l'ensemble en tant qu'il est l'espace des liens qui sont transformés à l'insu de chaque sujet qui le constitue. On parle d'une souffrance de l'ensemble ou lorsqu'ils sont ensemble dans les rapports tels que la pathologie de l'un est nécessairement la pathologie de l'autre.

Lorsque nous prenons en considération les conséquences de la défaillance des cadres et des garants métapsychiques, on mesure tout l'intérêt que représente le travail psychanalytique dans les configurations de liens pour le traitement de ces souffrances psychiques et de ces psychopathologies. Le dérèglement, les défaillances ou les défauts de ces cadres et garant métapsychologiques affectent directement la structuration et le développement de la vie psychique de chacun.

Georgieff (2014), il s'inscrit dans l'école française d'une manière générale, développe dans son article général selon laquelle l'approche développementale soulève inévitablement la question de la cause ou de l'origine. Comment interpréter en effet la succession des faits développementaux ? Demandant si l'on devrait poser la possibilité de représentation d'un autrui ou inversement poser cette rencontre comme condition de l'inscription d'une représentation d'autrui chez le bébé. Il se demande dans son article s'il existe une intersubjectivité primaire ou encore si elle ne peut être secondaire, qui relève un débat classique apparaissant entre nature et culture. Poser le soi avant et après l'intersubjectif ou l'inverse, c'est maintenant soi et autrui comme entités préexistantes alors que ce que nous avons développé ici s'appuie plutôt sur l'hypothèse selon laquelle subjectivité et intersubjectivité, soi et autrui ne sont pas ontologiquement distincts mais sont deux visages d'une même réalité, une propriété du vivant qui les produisent ensemble comme effets et non comme cause. Les données développementales suggèrent que le bébé naît probablement doté des moyens de la rencontre empathique avec autrui, de la capacité de le représenter mais comme la clinique le montre, encore faut-il que cette rencontre ait lieu, et soit satisfaisante pour que l'intersubjectif se développe dans l'interaction pour la rencontre. Le bébé naît dans la rencontre.

En 2007, Missonnier écrit *Question à Roussillon*, dans lequel Roussillon nous fait comprendre que son ouvrage (manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale) a ceci d'original qu'il ouvre une réflexion d'ensemble sur le développement de la subjectivité de l'enfant jusqu'à l'adolescence. Il s'agit de l'histoire de la création de la subjectivité et de ses formes qui est prise comme axe central. Il fait comprendre que c'est le recueil de différents travaux sur le développement de la subjectivité et de la fabrique du sens aux différents âges de l'enfance. En essayant de produire la logique d'ensemble du processus, il souligne que la référence à la subjectivité vaut d'abord par son lien avec la notion de réalité psychique. L'idée forte est celle que la subjectivité et ses productions spécifiques définissent une forme spéciale de la réalité qu'il revient à Freud de dégager. Il propose ainsi une réflexion sur la manière dont le sujet humain s'approprie son expérience psychique. Il y aura donc ce qui se produit et qui constitue l'expérience brute et il y'a le travail fait par la psychè pour donner sens et ainsi s'approprier ce qui s'est ainsi produit. Paradoxalement le sens objectif d'une expérience est celui que la subjectivité construit, et elle le construit en fonction de l'état de son fonctionnement du moment de son degré de maturité et donc de sa réalité.

2.4.3. La réalité psychique subjective selon Janine Puget

En 2016, Puget écrit comment penser le lien social après Freud ? Janine souligne que suite à sa lecture de Totem et Tabou de Freud ; elle essaie de déterminer la place et la crainte qu'il occupe dans divers contextes. C'est à la crainte nous dit-il que nous devons la capacité de réagir face à un danger, soit pour nous en protéger en créant des refuges qui éventuellement regroupent les sujets dans ce qu'on appelle des communautés, soit pour attaquer ou obéir aveuglement, ou enfin pour nous défendre d'un passé social et individuel qui pourrait nous envahir. Les communautés ayant leurs propres règles (leurs tabous) et leurs totems qui assureront en partie l'organisation, du moins ce qui concerne la politique, le vivre ensemble. C'est de la crainte que découle l'efficacité de l'administration de la vie de la communauté qui a alors pour tâche d'opérer l'inévitable bien et mal.

Nous habitons et appartenons à un monde dans lequel se produit des événements inscrivant quelque chose d'ordre événementiel qui n'ont pas encore acquis dans le corpus psychanalytique la place voulue. Et depuis un certain temps la notion de marche occupe une grande place chacun de ces événements ont bouleversés nos esprits produisant des ruptures qui furent parfois de l'ordre de l'événementiel. Mais produisant en tout cas le besoin de considérer que le monde change en permanence et que ce qui était utile hier peut ne plus l'être

aujourd'hui c'est-à-dire que tout ce qui se passe et s'est passé depuis que Freud a écrit Totem et Tabou (1915) nécessairement interrompue ou devrait avoir interrompu et retenus en question une certaine manière de penser les relations humaines, c'est donc grâce à ces événements que Puget introduit dans le vocabulaire psychanalytique le concept de discontinuité qui concerne un grand nombre de situation et principalement la différence entre le Deux, le communautaire, les liens et le tout ce qui est de l'autre lien qui s'inscrit dans la logique comprenant les relations entre deux ou plusieurs sujets ces derniers ayant toujours à faire avec l'écart irréductible qui les sépare, écart qui est appelé la différence radicale c'est-à-dire l'espace entre deux .

Savoir reconnaître ce qui est de l'ordre des questions que se pose ; habiter son propre monde intérieur et ce qui est de l'ordre d'habiter des espaces qui dépendante des effets de présence ; de l'altérité de chacun et bien évidemment impose toujours de l'inattendue. Ce sont deux logiques qui régissent des mondes séparés par ce que j'appelle une discontinuité qui peuvent parfois se relier au moyen de ponts assouplissant les effets de ladite discontinuité. À certains moments ils pourront se relier, créant alors des conflits du précisément à cette impossible liaison.

Puget (2016), souligne dès lors que la notion de discontinuité est un concept inhérent à la constitution subjective du Un qui est d'un autre ordre celui du Deux. Dans chacun de ces espaces, la différence qui sous le même nom occupe une place, ayant sa propre signification. Différence binaire et classique et différence radicale issue de la complexité et de la potentialité de l'entre deux condition nécessaire d'un lien. Discontinuité entre l'attendue et l'attente de l'inattendu comme le dirait Blanchot (2006) capacité d'errance comme le conçoit Quignard (2002). Nous ne sommes que des migrants d'après elle, ayant l'illusion d'une appartenance définitive. Il y aurait collision entre l'inquiétante incertitude et le besoin d'assurance.

Le concept de discontinuité vient déloger sa place centrale de la dissociation, la fragmentation (...) qui sont de l'ordre du Un. Tandis que les mécanismes qui ont à voir avec le Deux ne coïncident en rien avec les mécanismes qui nous permettent d'aborder les questions du Un. Quelques-unes des grandes questions que nous pose ce qui se passe dans le monde sont de l'ordre de l'évènementiel et de la logique du DEUX. Pour ce membre d'une communauté il faut tenir compte et tolérer le fait que plus nous vivons ensemble, moins nous nous connaissons et que plus nous allons de l'avant plus la discontinuité entre notre monde

intérieur, celui des pulsions, de l'inconscient et ses différentes manières de s'exprimer, ne nous permet pas d'aborder certaines questions. Deux logiques cohabitent et vivent ensemble, soit établissant des ponts précaires soit produisant à partir de la discontinuité souvenir permanent de la disharmonie se sentir membre d'un lien, d'une communauté dépend exclusivement de ce qui se passe à partir de la différence radicale et le produit en lui-même n'appartient à aucun des membres. Quelque chose s'est passé qui ne fait qu'augmenter la distance entre chacun et éveiller. Avoir envie d'en savoir d'avantage, l'excès déloge la logique du UN. Il ne sera pas possible de transférer cette expérience à une autre situation car chacun de nous est dans la communauté, un état qui devrait pas nous permettre le « pour toujours » cette incertitude ne crée pas des totems ni des tabous qui puissent devenir des organisateurs des ensembles. Les totems et tabous de Freud avaient une qualité dotée de solidité. Tandis que l'incertitude, telle que je la pense, ne réunit pas ces conditions. Elle donne une place à l'imprévisible qui correspond aussi à un « faire avec » la dispersion, le monde de la complexité. Mais le problème se complique quand il faut admettre que nous habitons des mondes ou des espaces superposées car cela veut dire que nous conservons en tant que sujet et membre de diverse communauté, des aspects traditionnels qui nous font héritier de diverses passes, tout en ayant à faire avec le présent continu. Entre deux logiques je suppose l'existence d'une discontinuité qui parfois admet des ponts alors que d'autres fois c'est l'hétérologue qui domine.

En 2005, Puget écrit Dialogue d'un certain genre avec René Kaes à propos du lien. Puget souligne le fait qui advient le fait que la relation d'objet et le lien est un espace qui advient et dans lequel se construisent les sujets en fonction d'un faire ensemble. Ces deux entités hétérogènes ont chacune leurs spécificité leurs conflits, leurs productions subjectives. À ceci viennent s'ajouter les conflits qui proviennent de la superposition de l'Un et de Deux. La relation d'objet est cette réalité extérieure qui finit par être incorporée sous des formes multiples dans le monde interne du sujet. C'est le monde de la représentation. Tandis que pour le lien de la réalité extérieure qui est irréductible, se refuse à toute incorporation elle ne peut se réduire à une manifestation qui permettra de la comprendre à la lumière des premières relations d'objectales et du déterminisme psychique singulier. Le lien appartient au monde de ce qu'elle appelle la représentation et les effets de représentations ce point de vue permet de donner leur place aux faits sociaux et au contexte socio-historique comme matériel en soi sans que l'on ait besoin de le considérer comme écran de projection.

Puget et Bereinstein (2001) parlent du Deux qui correspond à une entité qui se détache nettement de la relation qu'ils ont appelé le Un. D'une part le Un qui peut devenir le Trois ou le contient avec le corps sexué, le monde dit intérieur, la famille et les institutions dont le paradigme serait l'Etat–Nation et d'autre part le Deux marqué par la différence ou la différence radicale qui est une entité à part entière et ne sera jamais le résultat d'une transformation de l'un. Le Deux provient d'un effet spécifique ; celui qui dépend de cet espace « entre deux » et l'effet d'imposition dû à l'irréductible altérité et étrangeté de chacun.

En ce qui concerne la relation d'objet, la réalité perçue comme extérieur finit par être incorporée sous des formes multiples dans le monde interne et l'expérience à avoir avec la problématique de la représentation il se conforme ainsi les objets externes –internes avec lesquelles le Moi établit ses monologues dialogues intérieurs auxquels nous avons à faire au cours des cures classiques et qui dans les psychanalyses adoptant d'autres dispositifs prennent la forme de résistance.

Elle résume son idée ainsi, pour la dynamique du lien la réalité extérieure est irréductible et se refuse à toute incorporation, elle ne peut se réduire à une manifestation qui permettrait de la comprendre à la lumière des premières relations objectales et du déterminisme psychique singulier. Les traces de ce qui se passe entre deux objets qui conservent une marque d'extériorité appartiennent à la dynamique la réalité extérieure est irréductible et se refuse à toute incorporation, elle ne peut se réduire à une manifestation qui permettant de la comprendre à la lumière des premières relations objectales et du déterminisme psychique singulier. Les traces de ce qui se passe entre deux sujets qui conservent un marque d'extériorité appartiennent à la dimension de la représentation dans un permanent devenir. Les relations de pouvoir se manifestent en tant qu'effet de représentation.

Le lien tel que le définit Puget constitue un espace dans lequel adviennent les sujets de ce dit lien autrement dit ils acquièrent une singularité qui n'est pas celle du sujet de l'Un. C'est en fonction d'un travail « le faire avec l'autre » qu'advient la subjectivité. Se faire ensemble est l'ordre de la symbolisation de l'agir que selon Hannah (1951). Se faire avec un autre inclut le travail d'hospitalité tel qu'une certaine manière le pense Dérída et Levinas qui ont attribué chacun d'eux un sens très précis à ce processus de représentation de l'autre. Mais il est évident que le faire avec l'autre met en activité d'autres fonctions du lien et qui à leur tour l'instituent. Et pour les énumérer rapidement il faudra tenir compte de la fonction de contenance, de reconnaissance. Le faire ensemble installe aussi une fonction encore plus

complexe qui est celle du témoignage. Il s'agit-là de pouvoir raconter, dire, faire une histoire, un récit, de ce qu'on voit, vit, avoir à qui le raconter et qu'un autre soit en position d'écouter.

Elle finit par faire allusion à la subjectivité sociale qui advient tous les jours avec la problématique du lien. Le sujet et l'ensemble dans lequel se superpose une institue de valeurs et connaissances héritées et aléatoire. Il ne sera pas facile de travailler psychanalytiquement les conflits inhérents à la subjectivité sociale quotidienne étant donné qu'il faudrait pouvoir reconnaître comment se forment les préjugés, les opinions les mots qui transmettent une certaine appartenance inconsciente ou désir d'appartenir.

En 2004 Janine écrit penser la subjectivité sociale dans lequel elle arrive à poser la question des subjectivités sous l'angle de deux dimensions psychiques superposées. Une dimension qui est la plus connue bien que revêtant des points de vue divers dans chaque position théorique, est conçue par Freud et jusqu'au jour d'aujourd'hui développée par de nombreux chercheurs chacun ayant sa manière de proposer des hypothèses au fonctionnement de l'appareil psychique. Néanmoins il s'agirait de la constitution de ce qu'elle a appelé la dimension du Un. Elle ajoute qu'un certain nombre de théories psychanalytiques qui tiennent compte de la constitution du lien et de la subjectivité en reviennent à proposer des développements à point de départ de la dimension du Un ou plus encore à substituer l'intrasubjectif à l'intersubjectif. Tout devient alors intersubjectif. Dans ce cas-là il s'agira d'une conception de l'ensemble en tant que structure (système) en quelque sorte fermée qui permet de renvoyer les conflits à une origine, celle des conflits infantiles et images archaïques de la répétition, des explications historico-génétiques. Il s'agit d'un modèle d'arborisation qui part toujours d'un tronc commun.

L'autre propose une dimension subjective propre à l'intersubjectif qui sera celle dans laquelle se crée le lien. C'est alors que je conçois celui-ci en tant qu'une entité que je nomme le Deux. Elle provient d'un travail sur la différence radicale ou pour le mieux dire, utilisant le concept de Derrida de la différence ce qui lui donne sa propre qualité est dû à « l'effet de présence » d'un ou plusieurs autres qui lui est dû à l'irréductible altérité et étrangeté de chacun des sujets qui constituent le lien.

Lorsque l'auteur parle du lien elle fait référence à deux modèles de constitution. L'un se fait dans ce qu'elle va appeler les structures fermées donc établies, dotées d'un certain degré de prédéterminisme qu'il soit fort ou faible, les sujets occuperont des places déjà pensées, fixes auxquelles bien entendu chacun donnera la propre qualité. Le model le plus proche serait

proposer par Aulagnier dans le contrat du narcissisme (1975). L'autre en revanche se constituer dans ce qu'elle appelle les espaces fluides ; éphémères en état de dispersion. C'est ainsi qu'a nommées un collègue historien récemment décédé tragiquement Lerekowicz (2004). Les liens acquièrent alors leur cohésion seulement en fonction de ce que « font ensemble » ceux qui l'occupent. En réalité c'est ce qui donne une configuration à la dispersion ou le lien ne provient pas d'une relation « défait » mais une relation de « droit » construire sur du sable n'est pas du même ordre qu'ajouter des briques sur le terrain déjà là.

En argentine un exemple d'ensemble constitué dans ce qu'elle appelle les milieux en état de dispersion est la formation de nombreux ensemble (communautés) crée spontanément comme réaction à la conséquence de la crise économique. Une structure fermée telle que le sont : le corps, la famille, les institutions propose à qui les habitera des places désignées au préalable ou certaines limites. La relation qui s'établit entre les deux membres d'un couple suit deux trajets possibles. L'une organisation stable, qu'à la rigueur on puisse on puisse expliquer sur la base de la théorie de la répétition, de model identificatoire déjà acquis qui fais que la passer de chacun pourrait déterminer en partie comment conçoivent les échanges, comment sont intervenus les facteurs inconscients pour le choix de l'autre. Il s'agirait de la somme de deux histoires qui se combinent. C'est de l'ordre d'un et l'autre un tous « les jours » à découvrir, un état de curiosité pour l'autre et future qui construit le présent. La ça sera le model du deux ; de la rencontre du nouvel assemblage que les productions psychiques propres au lien le permettent.

L'ensemble, expression de la constitution de la « communauté » telle que le pensent Toni Negri et Agemben dépend du model du Deux et du « faire ensemble » celui-ci donne une appartenance souvent éphémère à un milieu par définition est disperser mais qui acquièrent une cohésion momentanée quand se produit un travail dû au « faire ensemble ». Ce sera un faire ensemble ou faire avec qui pour moi a un sens précis. Il s'agit de la mise en activité d'actions qui dépendent de la prise en conscience de l'existence d'un problème qui ne peut être résolu par le sujet singulier mais qui a besoin de ce que comporte l'effet de présence.

Pour les couples, les familles ainsi que la pratique psychanalytique des groupes. Le malaise dû au besoin de gérer dans le quotidien l'altérité et l'étrangeté propre à l'autre est une problématique impossible à résoudre. Le lien contient donc dans ses formulations des mécanismes qui lui sont propres. Ils proviennent principalement du fait que l'autre, quel qu'il soit comporte un manque d'altérité et d'étrangeté irréductible et celle-ci s'impose à chacun.

Etant donné que la dite impossible la condition nécessaire de la production subjective et que c'est elle que le dit lien doit sa vitalité ou sa paralysie. En ce qui concerne le savoir au cours d'une analyse de couple, l'un dit savoir ce que l'autre pense, sent ou est. Il s'agira dans chacun des cas de réduire ou en tout cas essayer de la faire à la dynamique du Un ce qui est de l'ordre du Deux. La curiosité pour l'autre est surtout pour ce qu'est l'autre en ce moment et avec le Moi est ainsi annulée et remplacée par de faux savoirs, la répétition s'installe en contre point de la toujours présente surprise de la rencontre. Si l'on sait déjà, à l'avance, ou si l'on attend que l'autre confirme ce que l'on croit savoir, il ne reste plus rien à découvrir et rien ne pourra surprendre.

Ainsi parler de la réalité psychique suppose la prise en compte de sa différence à la réalité matérielle comme Freud grâce à ses nombreuses recherches l'a établi. Elle se construit à partir de trois éléments essentiels soit l'intra subjectif (avec les travaux de Freud), ici il s'agit du sujet et son moi intérieur, l'intersubjectif qui suppose le sujet et les autres. L'autre ici peut représenter l'autre moi (Kaes) et enfin le trans- subjectif qui suppose le lien du sujet au fil des générations (Puget).

Fischer & coll (2002), attire notre attention sur la distinction qu'il fait entre la douleur et la souffrance. Selon ces auteurs, la douleur est une sensation concrète, physique c'est avoir mal. On peut considérer comme un progrès dans l'humanisation des soins la prise en compte de la douleur par la prescription d'antalgiques efficaces. La souffrance quant à elle est de nature psychique. Que nous soyons soignés ou soignant, nous avons en commun la même expérience de manque à combler, et celle d'une nécessaire et constante adaptation à une réalité dont nous ne sommes pas maîtres. La différence n'est que conjoncturelle ; le soignant choisit un jour de porter secours à ceux de ses semblables qui n'ont pas choisi de tomber malade sans que cela le préserve d'être touché à son tour. La notion de souffrance psychique est donc très liée à la situation du malade.

2.5. LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES ET VIE PSYCHIQUE

Les maladies cardiovasculaires sont telles qu'elles ont un impact sur la vie psychique du patient. Il sera donc question dans cette partie de faire allusion à la souffrance psychique caractéristique de la vie psychique des malades.

L'avènement d'une maladie chronique représente l'élément déclencheur d'un parcours de vie jonché de multiples pertes, lesquelles s'accompagnent de la souffrance. Qui se définit

comme étant une expérience affective désagréable associée à la perte interminable de son identité (soi), cette structure dynamique qui donne cohérence et continuité à l'expérience d'être vivant (Ellefsen, 2013).

La maladie est à l'origine d'une atteinte de l'intégrité du sujet, d'une gêne à l'exercice normal de sa vie. La maladie entraîne une rupture de l'équilibre antérieur, à laquelle le patient doit s'adapter. Cette adaptation mobilise une quantité d'énergie psychique du patient. Ainsi, la maladie est susceptible de déclencher chez l'individu un certain nombre de réactions, variables selon sa personnalité, les représentations imaginaires et la représentation collective de la maladie (Escande, 2015).

L'apparition d'une maladie chronique, quelle qu'elle soit, entraîne un bouleversement majeur pour le patient. Chaque humain arrive sur terre sans l'avoir demandé et la quittera de la même façon. La vie n'a donc apparemment aucun sens. Cependant, durant cette trajectoire de vie, l'être humain est en quête de sens. Pour donner du sens, il choisit ses valeurs de vie (argent, pouvoir, famille, enfants, loisirs, etc.) et détermine ses buts de vie qui sont multiples et variables d'un individu à l'autre, mais ce sont les moteurs énergétiques indispensables à l'épanouissement, à la santé et à la qualité de vie. Ainsi, nous comprenons que les changements qui accompagnent l'évolutivité de la maladie cardiaque en phase palliative modifient le rapport du sujet à son corps, à l'image qu'il peut avoir de lui-même et en donner. Il pointe au sujet ce qu'il n'est plus, ce qu'il a perdu. Le corps devient un objet persécuteur, agresseur, dangereux, source d'angoisses, de déplaisir mais aussi de menace. Il devient la représentation même du monstrueux, de l'anormalité, de la mort là où le culte de la beauté prime. La maladie grave mobilise profondément la psychologie individuelle par une brusque résurgence de l'angoisse de mort (Escande, 2015). Sa survenue entraîne dans un premier temps un état de deuil. Il s'agit d'une phase difficile liée à la perte d'une illusion immortalité et d'une santé parfaite. La maladie provoque également l'activation de peurs très primitives : peur de la mort, de la souffrance, de l'abandon, de la déchéance. Enfin la maladie détermine obligatoirement une perturbation des buts de vie, soit en raison d'une réelle limitation physique, soit un danger potentiel ou enfin d'une croyance. Ainsi un patient en insuffisance cardiaque ischémique sévère ne pourra peut-être plus effectuer les mêmes efforts à vélo, tel autre devra renoncer au parapente après instauration d'un traitement anticoagulant, un troisième s'imaginera enfin que l'activité sexuelle est interdite après infarctus.

La peur extrêmement intense qu'a pu ressentir un patient au moment d'un infarctus du myocarde, induit une augmentation importante des réactions inflammatoires et une baisse de la variabilité sinusale. Avoir peur de mourir au moment d'un épisode coronarien aigu provoque un risque de mourir de peur dans les semaines qui suivent. Cette peur de mourir, est un véritable traumatisme qui peut engendrer un tableau de stress post-traumatique identique à celui rencontré dans les agressions ou les attentats. Ce syndrome est présent dans 15% des cas après infarctus du myocarde et chez près d'un patient sur quatre après chirurgie cardiaque (Escande, 2015).

L'annonce du diagnostic peut provoquer une souffrance psychique majeure. Ainsi dans le mois qui suit la survenue d'un infarctus du myocarde, le taux de suicide est multiplié par 3,25 chez les sujets de moins de 50 ans sans antécédents psychiatrique. D'autres publications mentionnent qu'une semaine après l'annonce du cancer de la prostate, le taux de suicide est multiplié par 8,4 et celui d'insuffisance cardiaque par 11,2. La dépression touche un tiers des personnes souffrant d'une maladie chronique. Elle apparaît fréquemment lors de l'annonce du diagnostic, car le patient doit faire face à la réalité, aux changements et à l'implication engendrée par une telle maladie. Les mécanismes émotionnels ainsi que les stratégies d'adaptation individuelles se relèvent souvent dépassés par cette nouvelle situation et par les doutes qu'elle entraîne (Larsen & Lubkin, 2009).

Dans la population générale, le taux de diagnostic de dépression est estimé entre 10-25 % chez les femmes et entre 5-12% chez les hommes. Par contre, le taux de dépression apparaissant lors d'une maladie physique ou somatique est relativement élevé à 40-65%, il est de 18-20% chez les personnes atteintes par une maladie coronaire (Larsen & Lubkin, 2009, p.416).

Comment donc cette souffrance psychique se manifeste chez le patient ayant fait un infarctus ?

2.5.1. Infarctus du myocarde et souffrance psychique chez les patients

L'infarctus du myocarde est un évènement brutal. Il confronte directement l'individu à sa propre mort et provoque un véritable choc. De plus, il atteint le cœur, un organe chargé de symbole, siège des sentiments et de la pensée, centre vital de l'être humain, l'atteinte à cet organe central remet en cause inconsciemment l'invincibilité imaginaire de la personne (Rezette, 2008).

La maladie entraîne de nombreuses répercussions dans le quotidien de la personne ; des modifications des habitudes alimentaires et des activités physiques mais aussi des répercussions psychosociales peuvent survenir sous diverses formes irritabilité, désespoir, tristesse, déni, évitement, difficultés de concentration, dysphorie, pessimisme, sentiment de culpabilité (Mierynska, Kowalska, Stepnowska & Piotrowicz, 2010 ; Roberge 2007).

Du point de vue psychologique, selon Colman(2017), certains qui sont en état de stress post-traumatique²⁴, ont peur de mourir et ceci se manifeste par l'anxiété, des troubles du sommeil et des désordres alimentaires. D'autres sont en phase de déni, de colère, ce qui peut mener à une dépression si cela n'est pas pris en charge correctement. D'autres sont en dépression, ce qui cause chez eux une irritabilité, de l'agressivité, une nervosité, une méfiance ou encore une dévalorisation d'eux-mêmes, des sentiments de tristesse, de la culpabilité, et d'autres en rapport avec la dépression.

Chez les patients les plus jeunes, l'impact psychologique est souvent plus important. Ils sont confrontés pour la première fois à un évènement de santé majeur, qui leur montre leur vulnérabilité. L'impact n'est pas le même chez une personne âgée ayant subis des épisodes cardiaques car elle se sait risquer. Certains patients ne se rendent pas compte de la composante psychologique de ce qui est arrivée, par exemple Colman (2017) a eu un patient avec un métier a grande responsabilité qui n'est pas venu aux deux premières consultations car il « *ne voyait pas à quoi cela pourrait lui servir* », puis finalement il s'est rendu compte à la troisième consultation fixée. À ce moment-là, Colman a découvert que ce patient avait des insomnies depuis trois semaines. Il n'avait pas fait le lien entre le bouleversement psychologique qu'a pu lui créer son infarctus et son problème d'insomnie. La suite de cette séance il a toutefois accepté de prendre des antidépresseurs et grâce à cela il a pu guéri de ses insomnies.

Une des craintes qui revient fréquemment concerne la prise en charge lors du retour à la maison du patient et la peur de reprise des mauvaises habitudes, ce qui se reproduit bien souvent (Colman, 2017). Ces maladies cardiovasculaires touchent tout aussi le social du patient.

²⁴ Le stress post traumatique désigne le développement de symptômes caractéristiques faisant suite à une exposition a un facteur de stress traumatique extrême (guerre, agressions, accidents...) mais ils peuvent aussi se développer suite à des churijes ou des séjours en réanimation.

2.5.2. Maladies cardiovasculaires et vie relationnelle des patients

Les maladies cardiovasculaires impactent en plus du patient, sa famille son cadre professionnel. Le malade, très souvent construit une nouvelle forme de relation avec les professionnels de santé.

2.5.2.1. Maladies cardiovasculaires et agent familial

Les maladies chroniques entraînent de nombreuses répercussions, dans le système familial créant ainsi un désordre considérable au sein de celle-ci. Par ailleurs, la maladie chronique, loin d'affecter le seul patient qui la porte, peut atteindre les soignants et bien plus encore la famille du patient (Gennart et al, 2001). C'est ainsi que la maladie, en perturbant le fonctionnement biologique, perdure l'homme en tant que sujet en relation aux partenaires de son environnement (Gennart et al, 2001). Et selon Lonjaigue (2017), la maladie chronique correspond à une véritable perturbation identitaire et biographique pouvant aller jusqu'à la crise existentielle.

Selon Massol (2007), les proches sont toujours impliqués dans l'histoire de la maladie qui vient bouleverser l'équilibre familial et les rapports de force. La maladie inflige une profonde blessure narcissique au malade, mais elle représente un profond traumatisme psychique pour les proches, en fonction du lien qui les unit au patient (conjoint, enfants, parents, etc...), de leur personnalité, de leur histoire au moment de vie qu'ils traversent. L'apparition d'une maladie chronique, sévère, ou d'un handicap chez un membre d'une famille est susceptible d'engendrer une crise pour l'ensemble du système familial.

Le malade chronique n'est pas une entité isolée, il fait partie d'un environnement familial dans lequel il agit et est agi. Sa souffrance s'étend au-delà de son système biologique et touche à son psychisme. De même il est ressenti par la famille du patient qui la vit aussi psychologiquement (Nguimfack, 2016). Dans tous les cas, la maladie intervient comme une crise qui vient exacerber les conflits et les rivalités familiales, amplifiant les sentiments de culpabilité et de dette, les attitudes de soumission ou d'agressivité. Elle fait voler en éclat les points de repères préétablis. Du rejet à la surprotection, tous les comportements sont susceptibles de se déployer autour du malade, qui influe considérablement sur son psychisme et les ressources face à la maladie. Confronté à la maladie grave ou chronique, chaque membre de la famille doit réaliser un deuil, celui de l'être bien portant et souvent aussi de sa représentation de la personne malade et du type de relation qui le lie à lui-même. C'est tout

une nouvelle vision de cette personne, de son rapport à lui et au monde parfois, qui est à reconstruire. Le traumatisme psychique engendré par l'annonce d'une maladie ou d'un handicap se propage de proche en proche comme une véritable ‘ ‘ onde de choc’ ’ (Massol, 2007).

La maladie chronique plus précisément les maladies cardiaques constituaient également un bouleversement pour l'entourage, les aidants et les aidantes. Ils et elles sont des conjointes et conjoints, des ascendants et ascendantes, des descendants et descendantes, des membres de la fratrie, des amis et amies, d'autres proches...il leur faut concilier, dans le temps long de la maladie chronique, leur investissement en faveur du ou de la malade et la sauvegarde de leur vie professionnelle, privée et familiale. Il leur faut aussi lutter, pour la protection de leur propre santé, contre le risque d'isolement, d'épuisement et le découragement. Le CESE a relevé, dans ses précédents avis, les limites des dispositions instituées pour les soutenir (Gautier et Chassang, 2019).

Pour l'OMS (2006), les maladies chroniques font basculer les individus et les familles dans la pauvreté, créant de ce fait une spirale, les entraînant toujours plus bas mettant également en péril le développement macro-économique de nombreux pays. En exemple les conséquences de L'AVC affectant psychiquement les membres de la famille tout en modifiant leur comportement habituel. Selon les explications de Gennart et al (2001), les familles manifestent différemment leur angoisse de perdre leur proche malade, et sont envahi par le climat d'inquiétude.

Le corps médical constitue un agent omniprésent dans la nouvelle vie du patient, dans la mesure où il intervient pour sa prise en charge, l'annonce du diagnostic et l'accompagnement du patient dans son nouvel mode de vie.

2.5.2.2. Maladies cardiovasculaires et professionnels de santé

Le médecin traitant et tout son staff technique constituent pour le patient des éléments fondamentaux pour sa remise sur pieds. Dans cette partie de notre travail, nous nous attarderons sur l'annonce du diagnostic, l'accompagnement du patient dans sa réadaptation comme faisant partis des grands moments d'intervention de ce staff.

La parole du médecin au moment de l'annonce l'engage aux côtés du malade dans la voie de la maladie. L'engagement est un lien fort. C'est un pacte d'alliance et de non-abandon. Il s'agit de construire ensemble, malade et soignant, une relation sans cesse réinventée, fondée

sur l'authenticité, la sincérité et la confiance, une relation dans la durée qui aide le malade à " vivre avec ". C'est un parcours à partager pour construire un avenir, pas à pas, jour à jour, et, si l'avenir est devenu inimaginable, construire un présent qui a du sens parce qu'il a quelque chose à partager, quelque chose à faire, toujours quelque chose à vivre, encore. Le temps de l'annonce constitue tout aussi une incitation à agir, à travers une communication qui aide le malade à canaliser son angoisse sur l'action. Donner des objectifs réalistes, à court terme, pas à pas, aide le malade à se repérer dans le parcours de la maladie et à franchir un à un les obstacles. Le médecin donne ainsi forme à des successions d'avenirs possibles. En proposant des objectifs atteignables, le médecin permet de renforcer le sentiment de compétence du malade et stimule ses capacités d'adaptation à la maladie et son envie d'agir, sans toutefois présenter la combativité comme la condition indispensable à la guérison. L'essentiel, pour le malade, est de rester présent à lui-même, à sa réalité, mais à son rythme, et d'être entendu et reconnu par les soignants dans cette réalité-là, sa vérité à lui dans la maladie (Massol, 2004, pp1-4).

L'annonce d'une maladie cardiovasculaire est toujours reçue avec violence par le patient, quel que soit la sévérité de l'affection. Le sujet se confronte brutalement à ses limites. La maladie sonne l'âge de la vieillesse avant l'heure. La mort fait irruption dans le possible. Les maladies cardiovasculaires démontrent peut-être plus que toute autre qu'il n'existe pas a priori d'annonce facile. La préoccupation bien légitime du médecin d'évaluer ce qui est vital et ce qui ne l'est pas ne doit pas faire oublier pour autant l'impact de l'annonce de la maladie pour le patient, même si le pronostic vital n'est pas mis en jeu (Massol, 2004, pp 1-4).

À l'issue de l'hospitalisation, un séjour en centre de rééducation cardiovasculaire leur est proposé soit sous forme d'une hospitalisation pour une durée de trois semaines, soit un mode ambulatoire pour une vingtaine de séances habituellement. Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (2021), la réadaptation cardiaque est « l'ensemble des activités nécessaires pour influencer favorablement le processus évolutif de la maladie cardiovasculaire ainsi que pour assurer aux patients la meilleure condition physique, mentale et sociale possible afin qu'ils puissent par ses propres efforts préserver ou reprendre une place aussi normale que possible dans la vie de la communauté ». Au moment de leur retour à domicile, les patients passent d'une structure très encadrée en centre de rééducation cardiovasculaire, où les activités sont planifiées par les agents de santé et s'enchaînent tout au long d'une journée, où les activités physiques sont pratiquées en toute sécurité dans les limites

de la prévention de la survenue d'une récurrence, ou les repas sont préparés de façon équilibrée et diététique pour la prévention du risque vasculaire (Menu, 2011).

La maladie constituant une onde choc pour le patient va jusqu'à s'initier dans sa vie professionnelle.

2.5.2.3. Maladies cardiovasculaires et vie professionnelle

Les maladies cardiovasculaires (MCV), apparaissent généralement avant l'âge de la retraite, et une partie de ceux qui sont atteints d'une attaque cardiaque travaillent toujours normalement à temps plein. En vertu de leur âge, de tels sujets sont très expérimentés et occupent souvent des postes à responsabilité. Les coûts indirects associés aux congés de la maladie peuvent être élevés. Ainsi, la reprise du travail est un élément important pour le patient lui-même et pour son employeur. À titre d'exemple, en Angleterre en 1983, la prévalence des maladies coronaires cardiaques parmi les travailleurs de l'industrie était 10,4 cas pour 1000 individus, et cette maladie était responsable de 13 % des retraites anticipées pour raison de santé. Les médecins sont souvent réticents à faire reprendre le travail à leurs patients même en présence de tests non ischémiques, en fondant leur inquiétude sur le pronostic. Il est possible de remettre un patient au travail qu'avec son accord. Des problèmes apparaissent à cause des capacités fonctionnelles diminuées quand il est nécessaire de modifier les conditions de travail ou de changer complètement de travail. La décision définitive de savoir si le patient doit reprendre le travail est du ressort dans les meilleurs des cas, du cardiologue en liaison avec le spécialiste de médecine du travail. Tous les pays (chaque Etats des Etats-Unis) ont leurs propres règlements. En Europe, tout particulièrement en France et en Allemagne où la médecine du travail est traitée par des spécialistes, le retour au travail est plus facilement organisé avec l'entière participation de l'entreprise, car elle a des conditions particulières et des possibilités de recyclage au sein de l'entreprise. L'approche est nécessairement plus compliquée dans les pays où la médecine du travail est moins réglementée et fondée surtout sur des questions de sécurité (Gaudemaris, 2011).

Les maladies cardiovasculaires de façon générale sont nombreuses, il sera donc question pour nous de parler spécifiquement des implications de l'infarctus du myocarde dans la vie du patient.

2.5.3. Infarctus du myocarde et vie relationnelle du patient

L'entrée dans la maladie constitue un choc pour le malade mais aussi pour son environnement social. La famille est le premier agent qui se voit impliquer dans cette nouvelle vie. Le patient insère l'hôpital comme faisant partie de sa nouvelle vie et très souvent voit sa vie professionnelle tout aussi impactée.

2.5.3.1. IM et vie familiale

En tant que qu'expérience sociale, la maladie est un évènement qui touche aussi l'environnement immédiat du malade, sa famille, ses proches, ses amis : « *les gens qui ne sont pas directement concernés n'imaginent pas les bouleversements que la maladie provoque au sein d'une famille et dans l'organisation de la vie des proches en général* » (Ligue contre le cancer, p.84). La maladie crée parfois une telle onde de choc que l'entourage se sent lui aussi malade : « *Il y'a pas que lui qui est atteint, nous tous nous sommes malades.* » (Fischer, 2008).

L'infarctus du myocarde est une source importante d'anxiété, non seulement pour la personne atteinte, mais également pour tout son entourage (Lukkarién & Kyngas 2003, cité par Eriksson, Asplund & Svedlund, 2010). Les répercussions de la maladie touchent indirectement les autres membres de la famille. Après un tel évènement, le fonctionnement du dynamisme familial peut subir des perturbations (Fleury & Moore 1999 ; Hilding, Fridlund et Lidell, 2007 cité par Erikson et al. ibid). Un changement de rôle est parfois perceptible au sein du couple, de la famille ou de la société. La famille est un vecteur important dans le processus de rétablissement après la survenance de l'infarctus (Nelson, Baer & Cleveland, 1998).

Le conjoint est souvent la personne la plus proche du malade, celle qui partage sa vie au quotidien et qui peut être la plus touchée par la maladie et les modifications qu'elle entraîne dans le quotidien (Tessah, 2015). La relation est mise à l'épreuve lorsque l'un des conjoints est malade, relevant tantôt un renforcement des liens, tantôt de la rupture. Il se voit très souvent réduire son temps de travail pour s'occuper de l'autre conjoint ou au contraire chercher un emploi parce qu'il ne peut plus travailler en temps plein ou plus du tout. Ces modifications de sa condition de vie ainsi que les éventuels problèmes psychiques de son conjoint sont susceptibles de le miner. Il est important qu'il reconnaisse rapidement la situation si les multiples charges menacent (Dietsch & olten, 2019).

Le fait de se sentir entouré d'amour constitue un puissant moteur qui renforce l'image positive de soi du fait que l'on compte pour ses proches : « *Cela a été très dur pour moi aussi bien physiquement que moralement. Il a fallu que je me réadapte à manger normalement, que je reprenne confiance en moi. Cela, je l'ai réussi grâce à ma femme, mes enfants et mes amis. Ils m'ont apporté beaucoup d'amour et ce que je croyais infranchissable au paravent a été relativement facile à passer* », dans le soutien, l'autre (le parent, le père, la mère, le mari, la femme, l'enfant, l'ami...) Est présent comme réconfort et figure de consolation. Il ne peut y avoir soutien qu'à l'intérieur d'une relation qui accompagne le malade dans son épreuve ; dans cette relation, on lui témoigne qu'on est là pour lui, qu'on tient à la lui ; elle donne au malade le sentiment d'exister encore (Fischer, 2009).

Avoir une telle maladie implique la naissance d'une nouvelle relation entre le patient et les professionnelles de santé.

2.5.3.2. IM et la vie à l'hôpital

Dans la survenue de l'accident coronarien, le patient est brutalement confronté à l'existence d'une maladie silencieuse et irréversible qui s'est développée à son insu. Il se croyait en bonne santé, porteur de projets de vie dans un sentiment d'infailibilité. Dans cette confrontation à une nouvelle réalité, il ressent un sentiment de chaos (Menu, 2011).

Au-delà des informations techniques et du discours rationnel, il s'agit pour le médecin qui annonce une maladie, de favoriser l'écoute et le dialogue, en restant attentif aux représentations aux croyances de chacun, mais aussi à son environnement affectif, à son âge, à son état émotionnel au moment de l'annonce, qui influencent la perception de la maladie et la façon de s'engager dans l'épreuve. La vérité d'une maladie ne se substitue pas à la vérité d'une personne malade qui a besoin que sa souffrance physique et psychique soit reconnue dans toute sa subjectivité par le médecin qui en accuse la réception. C'est en partant du point de vue du patient que le médecin peut instaurer la communication : « *que représente pour vous l'infarctus du myocarde, que comprenez-vous de cette maladie coronaire ?* ». Si le médecin bride la relation de soin en la réduisant aux seules discussions sur le traitement et les modalités, cette ouverture à la réciprocité ne sera évidemment pas possible. L'annonce ne doit pas être l'énonciation d'une sentence, mais l'ouverture d'un dialogue, avec l'objectif d'une information adaptée au malade, à sa demande, à ses besoins, dans l'instant. Le moment de l'annonce doit être aussi celui d'un espoir, quel qu'il soit, mais l'espoir réaliste, à partager entre médecin et malade. Il ne peut être question de promettre une guérison ou une évolution

impossible, ce qui grèverait la confiance du malade en la parole du médecin, mais il s'agit de souligner les avancées possibles de la personne et des traitements, les progrès de la recherche, d'aller puiser dans le réel tout ce qui peut constituer un soutien, un projet, une idée auxquels se raccrocher pour tenir, au jour le jour, dans l'instant, et permettre de nourrir le désir de vie (Moley, 2004, pp 1-4).

L'infarctus du myocarde plus communément appelé « crise cardiaque » demande de la part du patient une assistance médicale. Les patients ont un besoin important d'informations et d'explications sur leur pathologie²⁵ et la manière d'y faire face au quotidien de la part des professionnels de santé. L'on remarque une plainte constante dû au manque d'écoute et d'empathie de leurs médecins : « *il ne m'a posé aucune question sur la réadaptation²⁶ cardiaque, sur ce que j'avais fait, comment ça s'était passé, rien du tout !* », d'un manque important d'explications les laissant souvent dans l'anxiété « *ce n'est pas que je ne faisais pas confiance au Dr x, mais il ne parlait pas, il n'a pas de dialogue. Vous ressortez, vous ne savez pas ce que vous avez. Ça fait un peu peur* » et même d'un sentiment d'insécurité vis-à-vis de leur médecin. A l'inverse, quand la relation avec les professionnelles de santé est bonne les patients se sentent soutenus : « *il m'a expliqué beaucoup de choses et c'est vrai que c'est rassurant* », ils se sentent en confiant pour affronter la vie avec la maladie. Un patient était vraiment content de sa relation avec son cardiologue car il a répondu à des questions qu'il se posait depuis le début et qui restait sans réponses : « *Et là il m'a redonné de la banane !* » (Tessah, 2015). Des dispositions sont prises dans le cadre médical pour l'assistance du patient.

En exemple, l'infirmière dans son rôle de proximité, est dans une position privilégiée afin de déceler les défis que rencontre le patient dans son cheminement post-infarctus et offre le soutien psychologique nécessaire. Elle peut notamment faire de l'enseignement sur les signes avant-coureurs et les actions à prendre lors de leur survenue afin que la femme se sente outillée lors du retour à domicile. Les patients doivent être conscientisés sur le fait qu'ils ne sont pas guéris et qu'ils doivent prendre des mesures afin d'éviter la récurrence d'un événement aiguë ou la progression de la maladie (David, 2018). La réadaptation cardiaque est une étape majeure de la prévention secondaire et continue d'être sous –utilisée par cette

²⁵ En médecine la pathologie est la science qui a pour objet l'étude des maladies. Dans un abus de langage la pathologie est synonyme à maladie. C'est une rupture dans la vie d'un individu, rupture dont il a parfois beaucoup de mal à se remettre.

²⁶ Selon le dictionnaire Larousse, C'est un ensemble des moyens et des soins non –chirurgicaux mis en œuvre pour rétablir plus ou moins complètement l'usage d'un membre, d'une fonction.

clientèle, d'où l'importance d'en faire sa promotion (Wieslander et al. 2016). Que ce soit par son écoute, par la transmission d'informations au patient et sa famille ou par le soutien à chaque obstacle encouru, une approche infirmière adaptée apparaît comme un des éléments clés à l'amélioration des soins offerts à cette clientèle.

L'état de malade lui impose la construction d'une certaine relation avec les agents traitant. L'on constate plus tard que le choc de la maladie va jusqu'à s'initier dans la vie professionnelle du patient.

2.5.3.3. IM et vie professionnelle

Après un infarctus du myocarde le médecin traitant prescrit un arrêt de travail. Et la durée est adaptée au cas par cas, selon la gravité de l'infarctus et ses séquelles, selon l'état de santé général du patient mais aussi la nature de sa profession (l'assurance maladie, 2022). Par la suite, la reprise de l'activité professionnelle sera discutée avec le médecin et sera conditionnée par l'importance de l'infarctus, son pronostic²⁷ et par le type d'activité professionnelle. Une cessation d'activité ou un reclassement sont toujours possible (le figaro santé, 2022). La recherche menée par Ouldzein et al (2005), fait comprendre que le retentissement direct de l'infarctus du myocarde sur les capacités professionnelles était retrouvé chez la majorité des patients et dans son étude portant sur le retentissement socioprofessionnel de l'infarctus du myocarde, le taux initial de reprise du travail est de 87, 1% avec comme délai moyen de reprise 91 plus ou moins de 111 jours.

Le retour au travail après une crise cardiaque est un indicateur important de rétablissement. Les femmes plus jeunes sont susceptibles de quitter leur emploi que les hommes du même âge, ce qui indique une reprise défavorable. Il est essentiel de suivre un programme complet de réadaptation cardiaque après la sortie de l'hôpital, afin de recouvrer sa capacité fonctionnelle et de recevoir une prescription d'exercice personnalisée. La plus part des programmes dure entre trois et six semaines. Pour les emplois nécessitant un effort physique faible ou modéré, la reprise du travail a un mois est la règle si la fonction contractile du cœur est normale et s'il n'y a pas eu de complications pendant l'hospitalisation et la réadaptation. Les patients dont le travail est exigeant sur le plan physique doivent être évalués par une épreuve de l'effort maximale après un mois. En l'absence de circulation sanguine défaillante (ischémie) ou de symptômes, le patient peut reprendre le travail (Hoppenot, 2023).

²⁷ Le pronostic est une appréciation de l'évolution d'une maladie et de son issue.

Ce chapitre deuxième chapitre nous offre une revue de littérature fournie sur nos concepts : les maladies cardiovasculaires, l'infarctus du myocarde, la réalité psychique subjective, et la vie psychique et relationnelle des personnes qui survivent à cette crise. Nous pouvons donc retenir de façon globale que lorsqu'on parle de maladie il faut s'attarder sur sa définition, ses causes, ses manifestations, son diagnostic et son traitement, et sa prévention. Concernant la réalité psychique, elle a été explorée à partir des travaux de trois auteurs Freud, Kaes, et enfin Puget. Enfin le versant de la vie psychique a été exploré en termes de souffrance qu'engendrent les maladies cardiovasculaires de façon générale et l'infarctus du myocarde de façon particulière chez le patient, mais aussi sur sa famille. En dernier lieu nous avons exploré la vie relationnelle de ces personnes (dans le cadre familial, cadre sanitaire, dans le cadre professionnel) qui quelque fois est réorganisé et impacté.

CHAPITRE 3 : THEORIES EXPLICATIVES

Ce chapitre troisième s'intéresse aux théories explicatives de l'étude. Pour la circonstance, le choix a été porté sur les théories pouvant rendre plus compréhensible notre étude. À titre de rappel, l'objectif poursuivi par cette étude est d'accéder à la caractérisation de la réalité psychique subjective en mettant un accent particulier sur le sens que les patients ayant survécu à un infarctus du myocarde en donnent.

La psychologie clinique comme toutes autres sciences humaines accorde aux malades chroniques un centre d'intérêt, ainsi met en place de nombreuses théories afin d'expliquer des problématiques y afférentes. En psychopathologie et clinique il en existe plusieurs. Les théories phénoménologiques, théories psychanalytiques pour ne citer que celles-ci. Elles constitueront donc la base explicative de notre travail de recherche.

3.1. LES THÉORIES PHÉNOMENOLOGIQUES

Les théories phénoménologiques s'intéressent principalement à l'expérience et au vécu selon que le patient s'exprime. Le mot « phénoménologie » est généralement associé à la philosophie évoquée par Husserl (1859-1938) dans plusieurs de ses écrits. Constatant l'impasse de la philosophie de son temps avec les réalistes prônant l'existence indépendante de l'objet et des idéalistes la priorité du sujet – Husserl a préconisé un retour à l'étude de la conscience pure. Une analyse rigoureuse des structures fondamentales de la conscience : **source primaire de toute perception du monde** pouvant ainsi fournir une base rigoureuse à la philosophie et en faire une pierre angulaire de toutes les autres disciplines.

En pratiquant une série d'opérations cognitives appelée « réductions » par lesquelles tout postulat ou hypothétique concernant l'objet était mise entre parenthèses, le phénoménologue accédait à la « conscience pure » et pouvait analyser la structure de même que la manière dont le monde objectif y était constitué. La phénoménologie s'avère aussi un principe méthodologique dont le point de départ était un « **retour aux choses elles-mêmes** » c'est-à-dire **un retour à l'expérience originelle du sujet et son corollaire, le monde tel qu'il est vécu.**

Husserl concevait son travail comme exclusivement philosophique. Toutes fois, ses réflexions épistémologiques sur la psychologie scientifique – remise en question concernant ses présuppositions fondamentales ainsi que la manière dont les problèmes sont posés, a favorisé une nouvelle caractérisation de l'objet et des méthodes en psychologie (Thinès, 1980). Le monde du toucher de Katz (*Aufbau der taswelt*) publié en 1925 est généralement considéré comme le premier ouvrage d'orientation phénoménologique réalisé par un psychologue scientifique (thinès, 1980, p. 129). Katz, Stumpf (son précurseur) et Wertheimer, l'un des fondateurs de la psychologie gestalt, ont été les premiers à instaurer ce qui fut appelé la phénoménologie expérimentale en psychologie (Bachelor et al, pp 8-12, 1986).

La psychologie phénoménologique se définit comme l'étude des phénomènes tels que les êtres humains conscients en font l'expérience, et la méthode de recherche pour l'étude de ces phénomènes (Giorgi 1983). Le terme phénomène représente tout simplement **le donner, un acte de conscience**, tel qu'un individu en fait l'expérience. Ainsi le phénoménologue se propose de le définir exactement comme il se représente et de le dévoiler dans toute sa signification. La préoccupation de la psychologie phénoménologique est **donc l'expérience à la première personne, telle qu'elle se représente** en fait, radicalement et immédiatement. Le phénoménologue cherche à saisir cette **réalité éprouvée (le vécu)** dans le contexte des structures de signification qui la rendent intelligible au sujet concerné. La psychologie phénoménologique représente ainsi un retour à l'expérience concrète, au monde tel qu'il est originellement vécu, afin d'interroger la genèse de la signification (Bachelor et al, 1986, pp8-12).

Le mot « phénomène » renvoi étymologiquement au verbe grec apparaitre, se montrer. Or apparaitre est un mode privilégié de la rencontre, de l'entrée en contact du sujet et de l'objet, de leur décisive « prise de connaissance » (Heidegger, 1927). Nous ne pouvons parler d'une chose même objectivement, que si nous supposons comme réalisable la possibilité de faire l'expérience vivante de cette chose, de la rencontrer « en chair et en os » comme on l'emploi dans le jargon populaire. Ainsi les phénoménologues cherchent avant tout à **décrire les grandes formes d'expérience où se réalise la rencontre primordiale entre l'homme et les phénomènes** qui deviendront les thèmes matriciels de son savoir, de son parler ou de ses pratiques (corps, âme, monde, autrui, sacré, ...) Pour ce faire, ils tentent de suspendre ou de mettre entre parenthèse non seulement les théories et présupposés déjà élaborés relativement à ces phénomènes, mais aussi la question de savoir si ceux-ci renvoient à des entités qui existent réellement. Cherchant à revenir en deçà de toute réalité constituée, ils se focalisent

sur la relation constituante au sein de laquelle l'homme fait l'expérience du sens d'être des phénomènes qu'ultérieurement, une fois leur identité cristallisée, il pourra être connu et traité ultérieurement (Vannotti et al, 2006, pp 13-31).

Ainsi, la phénoménologie donne le primat au **vécu**, expérience réellement vécu, les faits, et événements de la vie réelle de l'individu, à **sa perception** (activité par laquelle un sujet fait l'expérience d'objets ou de propriétés présentes dans son environnement), à sa **biographie** (histoire de la vie de quelqu'un relaté dans un récit), à **son histoire**. Ainsi elle permet d'entrer dans le monde subjectif de la personne qui décrit, dans son ' champ phénoménal ' c'est-à-dire qui sort de l'ordinaire, surprenant, prodigieux (Ribeau et al, 2005, pp 21-27). Ceci dit la phénoménologie se bâtit sur un paradigme pour la compréhension et la valorisation de l'unicité d'une expérience vécue. Elle permet **de comprendre la signification de l'expérience**, et d'approcher le patient en accordant de l'importance aux facteurs personnels, sociaux, culturels et contextuel.

La psychologie des construits personnels (Kelly, 1955), est issue du paradigme phénoménologique (Blowers et O'connor, 1996), selon la théorie des construits personnels, l'individu interprète le monde à la manière d'un « scientifique », en formant des hypothèses pour s'expliquer la réalité. Ces hypothèses seront retenues si elles s'avèrent efficaces à prédire et à expliquer les événements. L'ensemble des hypothèses forme le système de constructions personnelles de l'individu. Le système aide à ordonner et à structurer les perceptions, ce qui facilite l'interprétation des choses. De façon plus spécifique, un construit est une façon cohérente de se représenter un aspect de la réalité, à travers des paires d'hypothèses qui s'opposent à deux extrémités ou pôles (explicites et implicites) pour chacun de ces aspects (Kelly, 1955). Par exemple, pour un travailleur, son hypothèse en lien avec la satisfaction au travail est qu'il trouve important d'être reconnu par ses collègues (pôle explicite). Ainsi, lui recommander de faire des pauses pour gérer sa douleur sur un chantier susciterait chez lui l'hypothèse opposée (pôle implicite) « *ceux qui prennent des pauses sont des fainéants, je ne veux pas être un fainéant, donc je ne prendrai pas de pause* ». Selon ce modèle pour aider l'individu à changer son comportement, il faudrait accéder à ce construit problématique et tenter d'ébranler son système, afin de relever le pôle implicite qui empêche la gestion de sa douleur au travail.

Les deux pôles, résultant de l'opposition des hypothèses, sont considérés comme la réalité de l'individu, plutôt que sa représentation d'une réalité qui existerait à l'extérieur de lui. Ceci

distingue la théorie des autres approches qui comparent plutôt les croyances ou les représentations des individus au savoir biomédical, qui pourrait être considéré comme étant la vérité. La théorie permet de décrire les processus d'interprétations que l'individu met en œuvre pour former ses construits personnels ; en plus de fournir un cadre d'analyse systématique pour accéder à ces construits (Blower et O'connor, 1996). Cet aspect peut s'avérer très utile lorsqu'en traitement, l'individu apparaît résistant au changement. En effet, l'analyse pourrait révéler un problème au sein du système de construit ou l'individu a recours à un construit personnel en dépit de sa constante invalidation (O'connor, Gareau, et Blowers, 1994). Ceci s'apparente aux boucles de rétroaction au sein du modèle d'autorégulation. Tandis que le modèle de l'autorégulation permet de comprendre les grands principes derrière la résolution d'un problème médical. Soit se concentre davantage sur l'impact des représentations dans le cours des actions de l'individu, qu'aux processus cognitifs liés à la formation de ces représentations. Celle du construit personnel ouvre la voie aux présentations et permet d'identifier les hypothèses opposées, implicites à ces représentations qui peuvent parfois être problématique dans le déroulement des actions. Elle permet notamment de décrire comment deux éléments (deux situations) qui apparaissent semblables peuvent susciter des interprétations tout à fait différentes chez une même personne, selon le contexte ou le moment où ils sont interprétés. Par exemple, l'élément « ressentir de la douleur » peut être considéré normal à la fin d'une journée de travail. Par contre, le même élément peut être très inquiétant s'il persiste plusieurs semaines. L'individu pourrait alors choisir l'inaction en fonction du pôle implicite « *Si je bouge trop, je vais empirer mon cas* ». Après un traitement ou cet élément aurait été ciblé, l'individu pourrait s'être construit de nouvelles hypothèses, soit « *si je veux guérir, je dois rester actif* » et son pôle implicite « *même si ça fait mal, je ne me blesserai pas* ». Ce modèle se centre uniquement sur l'individu et n'exclut pas l'environnement sur le processus d'interprétation (Kelly, 1955).

Hureaux (2008), fait comprendre que la maladie peut pénétrer la santé dès les premiers jours, elle exige de l'individu qu'il s'engage dans le maintien de la santé, ce qui le place dans une situation d'apprentissage tout au long de la vie. On peut occulter l'aspect social de la maladie : la santé n'est pas médecine comme l'affirme Herzlich (1967, 1994). La santé et la maladie sont vécues et pensées par l'individu en référence à ses rapports avec la société. L'individu s'insère dans les contraintes de la société ou en est exclu (Wulf, 1999). L'envie de rester socialement inscrit, malgré la douleur de sa pathologie, oblige le malade à développer des stratégies soit d'adaptation soit d'évitement pour rester « citoyen ». Les malades

chroniques demandent d'être installés au centre du processus de soin, comme levier de santé et non comme exclusivement conçus comme objet de soins livrés à l'univers de la médecine. Ils ne veulent pas se sentir ignorant de ce qui se joue dans leur vie. Cela les amène à mettre en doute le diagnostic qui leur est présenté, à discuter, voire à refuser le traitement qui leur est proposé.

La polysémie des termes malade /patient /client/personne/usager traduit l'évolution même du statut –soigné reconnu comme acteur de soins (Wills, 2001). Sujet à une assignation identitaire multiple. Aujourd'hui cette frontière entre statut est floue d'autant plus que certains malades chroniques comme les diabétiques se sont autoproclamés « expert » (Hureaux, 2010). L'expression de malade expert est apparue à la fin des années quatre-vingt au sens de patient « **éduqué** ». Elle sous-entend la reconnaissance d'un savoir développé par l'expérience du vécu de la maladie et un modèle d'organisation (Jouet, Flora, 2010). Savoirs qui sont des ensembles de connaissances et compétences dans un domaine : ici la maladie chronique d'une personne ou d'une collectivité débouche sur des connaissances acquises par l'étude, par l'observation, par l'apprentissage et ou par l'expérience. L'idée de savoir implique l'activité du sujet ou du rapport du sujet à lui-même ou du rapport du sujet aux autres. De ce fait le malade est toujours particulier à la fois entend qu'être humain singulier, mais aussi parce que sa vie publique comme privée va être entraînée dans la spirale des problèmes de santé, ce qui crée un rapport affectif entretenu avec sa maladie.

Le malade expert fait appel à l'appropriation singulière, confronté à la maladie chronique, il observe et initie un parcours comprenant différentes phases d'acceptation et chacun de manière individuelle, s'y inscrit et progresse (Kubler, 1976). Lors de la première consultation médicale, le malade est ignorant de la maladie et malgré une connaissance du repérage de certains troubles, il commence par traverser une phase de déni. L'annonce du diagnostic par le médecin va faire de lui un débutant qui découvre le métier de malade. Ce n'est qu'à partir de son travail de deuil qu'il accepte d'apprendre et entreprendre une recherche pour trouver comment vivre avec sa maladie, ce qui signifie en fait une véritable compétence. Dans la connaissance de la maladie chronique, il y'a différentes étapes comme la remise en question des connaissances apprises, leur confrontation avec celle relayés par internet et celle des professionnelles, la participation à des thématiques, le partage d'expériences avec d'autres malades pour valider leur savoir et décider des orientations de vie. Le malade chronique teste, tire les leçons des expériences, se documente, intègre les informations et ainsi apprend. C'est en posant les bonnes questions qu'il devient performant. Il s'impose une injection à tout pour

devenir un **expert** de sa maladie afin de fuir l'échéance de la douleur, des complications liées à la maladie, des rechutes ou des handicaps lui rappelant la mort. Le malade n'a pas le choix, il est obligé d'entrer dans l'expertise, c'est-à-dire qu'il est obligé d'agir d'une manière spécifique et adaptée, car c'est sa vie dont il est question et qui parfois est en jeu. Il porte donc la responsabilité de son apprentissage de connaissances, de projet de vie en termes de recherches personnelles dans ses choix et insertions dans le réseau. Le **malade expert** se doit de vivre en bonne intelligence avec sa maladie chronique et rester vigilant. A cet effet c'est un patient sentinelle (Pinell, 1992). Il développe et s'inscrit dans des stratégies de recherche, de tri d'informations et les transforme en savoirs. Il développe donc son expérience au travers de cette pratique de la maladie. Il peut jusqu'à participer à la recherche médicale. La gestion de sa santé, malgré la maladie lui permet de maintenir le lien social (Hureaux, 2010, pp 1-4).

Les théories ci-dessus étant très intéressantes pour la compréhension et l'explication de notre sujet de recherche, la théorie d'ethid ellefsen nous semble être plus intéressante.

Les travaux de recherche en phénoménologie d'Ethid ellefsen (2010), lui permet de réfléchir sur ce que signifie « être en santé lorsque l'on vit avec une maladie chronique », issue de ces travaux de recherche, une théorie sur l'expérience de **la santé-dans-la-maladie** (health-within-illness) a été développée à partir des récits partagés par les participants de l'étude. Cette théorie se propose de comprendre la coexistence de l'expérience de santé (wellness) et celle de maladie (illness) impliquée dans la réalité quotidienne des personnes vivant avec la maladie chronique (disease), qu'elle soit physique ou mentale (Ellefsen et cara, 2011 ; Ellefsen, 2013a, 2013b). Selon Chinn et kramer (2011), une théorie se définit comme « une structure rigoureuse et créative d'idées qui représente une vision systématique, réfléchie et provisoire d'un phénomène ». Dans cette perspective, la Santé-dans - la -maladie se définit comme une dialectique de continuité du soi souffrant vécue dans le contexte de la maladie chronique. Cette théorie s'appuie sur deux concepts la souffrance du soi et la dialectique de continuité.

La souffrance représente un élément central de la théorie sur l'expérience de santé-dans – la-maladie contrairement à la vision actuelle du rétablissement. En effet bien que l'expérience de se rétablir s'effectue dans la maladie « recovering in mental illness), cette dernière met principalement l'emphase sur les transformations positives que vivent les personnes tout au cours de leur rétablissement de même que sur l'influence facilitante ou contraignante de l'environnement (Provencher et Keyes, 2010, 2011). De prime abord, la souffrance est

ressentie dans l'expérience du soi dans son corps ou corporalité. Le corps malade s'apparente à une prison dans laquelle le soi se voit confiné. Cette souffrance semble analogue au flux et au reflux de la mer. Comme elle la souffrance va et vient, mais aussi s'intensifie à certains moments, de la manière que le ressac des vagues se retourne lorsqu'elle heurte un obstacle. Dans les mauvaises journées les personnes vivent des exacerbations de leurs symptômes, ressentent un mal-être et se sentent immergées dans la maladie. La maladie se place alors l'avant plan de leur vie (Paterson, 2011). Elle est non seulement ressentie dans la corporalité, mais aussi dans la rationalité, soit l'expérience du soi avec les autres ou le monde. Cette souffrance modifie profondément la temporalité, soit l'expérience du temps présent, laquelle permet à l'être humain de distinguer un avant et un après. Dès lors le temps de la souffrance devient interminable. Cette souffrance arrive tout aussi à briser la confiance de la personne envers la continuité temporelle et restreint son pouvoir d'exister (Porée, 2000). Le présent côtoie alors l'incertitude et la crainte du futur. Toutes fois, cette restriction du pouvoir d'exister imposée par la souffrance ne signifie pas pour autant une résignation ou une acceptation passive des personnes vivant avec la maladie chronique. En effet la souffrance se présente comme « ce qui ne doit pas être », mais la vie continue grâce à la révolte (Noiseux, 2004). À d'autres moments les malades font l'expérience de « bonnes journées » ou ils ressentent un bien-être et se sentent capables de fonctionner parce que les symptômes sont plus silencieux. La maladie laisse ainsi la place à la vie et se met en arrière-plan. C'est cette souffrance supportable qui permet aux personnes de continuer leur vie et de garder espoir malgré la maladie chronique.

La dialectique de continuité se définit comme un processus dynamique dans lequel le soi se renouvelle constamment et exerce son pouvoir d'agir pour maintenir un sentiment de cohérence dans le temps. Emprunté du philosophe Hegel (Julia, 2011), la notion de dialectique exprime un mouvement dans lequel le soi présent se révèle à partir du principe d'union (synthèse) du soi passé et du soi futur (thèse et antithèse). Cette dialectique s'exprime par un renouvellement continu du soi, lequel le soi souffrant va au-delà du soi perdu, de ce qui n'est plus ou de ce qui ne pourra plus jamais être (perte passé et anticipées) pour intégrer le soi possible, lequel n'existe pas encore qui vit d'espoirs, de peurs, et de fantaisies (Markus et Nurius, 1986 ; Porée ,2000). Comme Porée (2000) l'affirme, pour que les possibilités puissent devenir réalité il est essentiel de ne pas savoir ce dont l'avenir sera fait. Paradoxalement l'incertitude si souffrante qu'elle soit, constitue un levier pour maintenir l'espoir de continuer sa vie. Dans cette dialectique de continuité le soi doit donc se renouveler

constamment pour assurer une cohérence avec soi-même à travers le temps. Le terme renouvellement qui signifie d'une part se réapproprier en permanence, sous une forme toujours nouvelle, ce que nous ne cessons d'être (Longneaux, 2007 :70). Il y'a donc pas de répétition de l'ancien soi mais ce nouveau soi ne se crée pas à partir de rien. Dans cette dialectique de continuité les personnes vivant avec la maladie chronique doivent non seulement se renouveler mais également mettre en place différentes stratégies d'auto-soin pour exercer un pouvoir sur leur vie. A cet égard les recours à la médication, l'adoption de saines habitudes de vie, le soutien de l'entourage ou des personnes soignantes, représentent autant de moyens d'action pour continuer à vivre. A l'instar de l'expérience du rétablissement, le pouvoir d'agir (empowerment) apparaît comme une dimension fondamentale de la santé-dans-la-maladie (Provencher et Keyes, 2010).

La dialectique d'accommodation du soi à la souffrance interminable vécue dans le corps malade afin de continuer à vivre en harmonie avec l'existence est la base théorique de la santé dans la maladie. Elle fait comprendre que la dialectique d'accommodation du soi se traduit par un processus dynamique continu dans lequel le soi intègre les expériences indissociables de la maladie ou de la souffrance et celle de la santé ou du bien-être. En d'autres termes, l'expérience de la santé dans la maladie se rapporte à la synthèse résultant du dépassement par le soi de la thèse de la maladie et celle de son antithèse ou de son opposé, la santé. Elle représente une nouvelle réalité dans laquelle chacune de ces expériences n'est pas niée, mais plutôt intégrée par le soi. Cette dialectique d'accommodation du soi représente non seulement une nouvelle manière de comprendre mais aussi une nouvelle manière d'« être ni en santé, ni malade » dans la réalité quotidienne de la maladie chronique. Par ailleurs, l'expérience de la santé dans la maladie se caractérise par la notion de continuité dans le temps. En effet, bien que l'avènement d'une maladie chronique crée une rupture dans l'existence, la santé dans la maladie exprime une manière d'exister dans le présent et non dans le futur, laquelle privilégie « l'être » plutôt que le « devenir » (Mackay, 2009).

Les théories phénoménologiques sont des théories intéressantes dans l'expérience et le vécu des personnes vis-à-vis d'une expérience. Cette approche nous a été très utile en ceci qu'elle nous a permis d'explorer le sens et la signification que le survivant donne à sa maladie et à son statut. Cependant du fait que l'expérience ne constitue qu'un pan de notre étude nous l'associons à l'approche psychanalytique. Ce qui nous permettra d'avoir une approche pour le versant compréhensif et un autre qui nous permet d'accéder à la réalité psychique.

3.2. LES THÉORIES PSYCHANALYTIQUES

Nombreux sont les travaux contemporains qui portent sur les aspects théoriques entourant la maladie grave. En psychanalyse par exemple nous retrouvons plusieurs théories explicatives de la réalité psychique subjective de personnes atteintes de la maladie grave ou chronique.

La psychanalyse peut être définie comme étant un procédé d'investigation de processus mentaux, une méthode fondée sur cette investigation pour le traitement des désordres névrotiques, une série de conceptions psychologiques acquises par ce moyen (Freud, 1922). L'histoire de la psychanalyse commence avec les découvertes et théorisations de Sigmund Freud concernant l'inconscient, à Vienne, à la fin du XIX siècle en 1890. Puis la psychanalyse s'internationalise, tandis que les théories et les écoles psychanalytiques se diversifient. Elle s'étend progressivement à d'autres pays européens notamment l'Allemagne, la Hongrie, la Suisse, la France et la Grande Bretagne. Elle gagne l'Amérique du Nord et connaît un développement important en Amérique Latine.

La psychanalyse s'est enrichie par la suite avec des apports de différentes théories, notamment des courants anglo-saxons, puis fut marquée par les enseignements de Lacan en France après la seconde guerre mondiale (Vey, 2022).

Nous devons à Freud (1915) le concept de « travail de deuil », dans son article deuil et mélancolie issu de son observation des personnes ayant perdu un être cher. Il s'agit du processus intrapsychique consécutif à la perte d'un objet d'attachement, un être cher. Freud décrit le travail qu'accomplit le deuil de la manière suivante : tout commence par la **confrontation à la réalité** ; celle de la personne aimée. Cette épreuve de réalité exige le retrait de toute libido, c'est-à-dire l'énergie psychique investie sur un objet d'attachement, des liens rappelant le défunt, **la rébellion compréhensible** qui est liée à la nécessité d'abandonner la libido. Ce travail nécessite beaucoup d'énergie psychique et de temps durant lequel « l'objet perdu se poursuit psychiquement ». Ainsi, progressivement le principe de réalité l'emporte dans le processus normal. Et alors **le Moi redevient libre** sans inhibition avec l'achèvement du travail de deuil (Beauthèa, le travail de deuil,). Plus récemment, Kubler – Ross a identifié les réactions émotionnelles successives des personnes en fin de vie (1975). Le déroulement quasi linéaire des états psychiques s'est largement répandu chez les soignants au point de représenter un modèle presque stéréotypé ce qui est convenu d'appeler les « stades d'acceptation ».

Transposé au cas de la maladie de longue durée ce modèle laisse penser que chacun parviendra peu à peu, un jour à l'autre, à admettre la réalité de son état de santé. C'est sans compter les nombreux patients qui dénie, qui refusent l'idée même de se sentir affectés par la maladie. La clinique des patients chroniques connaît certains échecs thérapeutiques liés à des mécanismes défensifs. Faute d'être repérés et abordés dans la relation, ces réactions tendent à se maintenir jusqu'au jour où, face à des aggravations ou des complications inéluctables, les résistances s'effondreront dans une résignation teintée de dépression plutôt que d'apaisement. L'adhésion au traitement est un reflet du vécu existentiel d'une maladie. Il conviendrait de décrypter le sens des négligences, des oublis qui sont signes d'une mise à distance de la maladie tandis que d'autres priorités sont plus investies.

Nous appelons l'existence, le temps de vivre, le temps d'une vie. Or la venue au monde constitue déjà un événement capital pour le passage d'un milieu clos et protégé vers l'inconnu. Dans ce changement décisif comporte le risque d'un déséquilibre existentiel. Déséquilibre provisoire ou durable selon que l'avenir restera plus ou moins marqué par le sentiment dominant d'incomplétude. C'est ici tout l'enjeu du travail de deuil qui n'est pas lié à la mort mais qui concerne toute perte. Le deuil sera dès lors une répétition depuis ce changement initial ou nous sommes confrontés au manque dû à la séparation d'avec le corps de la mère. Cette expression peut être considérée comme fondatrice du devenir psychique. Et, de ce fait, à des degrés divers, de tout événement notable, tout sentiment de perte fera écho de ces premières expériences émotionnelles.

La référence à Freud correspond donc mieux à ce que la clinique des malades chroniques nous permet d'observer. Le travail de deuil (normal) qui est une dynamique psychique ou la souffrance est vécue pour être dépassée. Tandis que son évitement résulte d'un blocage du travail psychique. Lacroix (2009), présente les stratégies d'adaptation à la maladie chronique et de l'intégration de la maladie.

➤ **Les stratégies d'adaptation à la maladie chronique**

Lacroix (2009), parle de deux trajectoires possibles qui correspondent soit à un processus d'intégration de la perte (ici la santé due à la survenue de la maladie) soit à un processus de sa mise à distance. Il fait comprendre qu'au deux processus, deux résultats sont possibles (l'acceptation ou la résignation).

L'annonce du diagnostic constitue pour le malade un choc (la stupeur). Cependant pour le patient qui fait appel au processus d'intégration l'on note une sorte d'incrédulité passagère et la mise en place des stratégies de confrontation comme la révolte, la mise sur pied des accusations. Un état dépressif caractérisé par la tristesse. Ce patient élabore donc une adaptation coping et une résignation pour une intégration de la maladie. Celui qui au final fait appel au processus de distanciation, l'on remarquera chez lui une forme d'angoisse, et l'évitement comme stratégie, le déni qui se matérialise par le refus, la banalisation mais aussi la honte quelques fois.

➤ **L'intégration de la maladie**

L'annonce de la mauvaise nouvelle est le premier acte qui va jouer un rôle parfois déterminant, car le retentissement dépend de plusieurs conditions. Selon Massol (2004), « son retentissement dépend de la personnalité du sujet, de son histoire et du moment de vie qu'il est en train de traverser, dépend de la maladie en cause et des représentations que s'en fait le patient ». Il procède aussi et particulièrement de la façon dont le diagnostic, le pronostic et le type de traitement sont communiqués. Le respect du sujet et de ses ressources psychiques est primordial.

La confrontation à une réalité désagréable peut aussi provoquer de légitimes sentiments d'injustice. La rancune envers le médecin représente une manière de donner un sens de ce qui lui arrive mais ne l'empêche pas de se traiter correctement. Le rapport de force entre prescripteur et patient aboutit à la soumission de ce dernier. Le médecin est ainsi devenu l'objet d'une révolte qui concerne, en fait la maladie.

Le passage décisif où va se jouer l'accomplissement du travail de deuil sera marqué par la tristesse profonde, une vraie nostalgie de ce qui est perdu Fedida (2001), considère que cet état correspond à la capacité dépressive qu'il estime être une caractéristique spécifique de l'être humain et qu'il définit comme inhérente de la vie psychique. Il oppose des bienfaits de la dépression, il démontre que la capacité dépressive protège de la dépression et permet d'avoir accès à ses ressources. La dégressivité lorsqu'elle apparaît signifie que le Moi se laisse toucher et qu'il accueille des contenus souvent anciens, et parfois non réglés qui remontent. Selon Dallot (2004), la dégressivité manifeste cette confrontation et contribue à l'intégrité psychique de la maladie.

En référence aux maladies chroniques Khiati (2019), postule l'existence d'un certain nombre de réactions psychologiques. Réactions qui dépendent en règle générale de la personnalité du patient, de celle du médecin et de l'institution de soins. Les maladies chroniques ont habituellement un début progressif, et une durée longue. Qu'elles soient chroniques ou aiguës les réactions de dépendance, de régression, de déni, d'attitudes narcissiques positives, d'attitudes narcissiques négatives, d'attitude agressive et d'attitudes persécutrices sont d'observations courantes. Ces réactions témoignent d'un processus dynamique d'adaptation de la maladie. En effet la ligne de démarcation entre réactions « normales » et « pathologiques » est seulement pratique et renvoie plus à l'intensité de ces réactions qu'à leur nature adaptative.

Les réactions de dépendances se manifestent par l'appui total sur le médecin et l'entourage. Le patient est alors soumis aux injonctions de son thérapeute et de son entourage. Elles sont une réactualisation de l'oralité dans ses dimensions de soins maternels. La régression se manifeste par le retour à un fonctionnement infantile dans la dimension affective et cognitive. Le recours au chantage affectif et au raisonnement illogique caractérise ces réactions. Elles sont l'expression d'un retour en arrière pour sauter plus loin. Elles s'observent comme phase de bon aloi, au début de la maladie, car elles assurent une protection du malade et une contention à ses angoisses, surtout par l'entourage. Le déni porte sur la non-existence de la maladie. C'est un déni de perception et peut aller jusqu'au refus de soins. C'est un mécanisme de défense archaïque qui met en jeu la toute-puissance qui caractérise l'enfant avant la reconnaissance de son immaturité physique et psychique comme celui du malade. Elle est très utile pour le médecin. Les attitudes narcissiques positives s'expriment par les bénéfices secondaires de la maladie. Cette dernière est saisie pour renfoncer tout ce qui peut sauver l'intégrité physique et psychique du malade. Elle est très utile pour le médecin. Les attitudes narcissiques négatives se révèlent sous forme de dévalorisation soit induites par la maladie et la crainte de se voir comme pestiféré. Des affects dépressifs peuvent accompagner ces représentations. Les attitudes agressives s'expriment verbalement ou physiquement et témoignent d'un débordement lié à des excitations induites par des réponses aux attitudes des soignants et de l'entourage vécues comme agressives. Ce sont en général des réponses aux traumatismes exploratoires et des soins invasifs. La persécution se voit à travers des conduites d'hyper-vigilance vis-à-vis de l'entourage et des médecins. Le malade peut, dans ce cas de figure, penser qu'on saisit sa maladie comme une occasion de lui faire du mal, voire pour l'éliminer (Khiati et al, 2019, pp 75-106).

Pedinielli (1986), qualifie la maladie d'expérience. D'un point vu étymologique, la maladie est effectivement une expérience, dans la mesure où il s'agit d'une situation plus souvent vécue comme exceptionnelle ou marquante, et ce n'est qu'à travers cette mise à l'épreuve (de la santé, de la résistance physique et psychique) que peut être découverte puis acquise la connaissance non plus livresque, mais bien existentielle, de ce que signifie « être malade », la maladie interpellant tout autant les sens que la conscience (charles,2013, p169-174).

La maladie, processus organique sollicite ainsi la dynamique psychique de manière particulière, il s'agit tout autant d'une mise à l'épreuve, que d'une mise au « travail », « le travail de la maladie » à mi-chemin entre le travail du rêve et le travail du deuil (Pedinielli, 1986), qui correspond à un « ensemble d'opérations psychique réalisant une forme d'élaboration et l'évènement qu'est la maladie pour l'appareil psychique » (Micaelli, 2004). En d'autres termes, la construction de représentations s'impose comme un rempart et une nécessité contre l'effet de rupture de la maladie. Productions de sens et d'images, ces représentations permettront que l'atteinte corporelle soit transformée en atteinte narcissique et accède à la parole (Pedinielli,1986), étape indispensable pour que les renoncements et les pertes associés à la maladie soient progressivement intégrés puis dépassés (charles, 2013, p169-174).

Convertie à l'état de parole, l'expérience de la maladie s'offre comme texte, une histoire. Des « textes » recueillis auprès des patients atteint d'insuffisance respiratoire chronique, pedinielli a dégagé une souffrance qu'il qualifie de triple, parce qu'elle participe à l'effraction de la limitation apportée à la réalisation du désir et la mise en cause de l'identité (Pedinielli, 1986). En s'appuyant sur les travaux de Leriche (1936), Pedinielli part du postulat que la « maladie du médecin » diffère de la « maladie du malade ». Face à la rupture dans la vie du sujet que constitue la maladie, le patient va être confronté à un nécessaire travail de mise à l'épreuve tant de son corps propre que de sa capacité à gérer psychiquement l'évènement. Au fur et en mesure de cette confrontation avec la maladie, des représentations conscientes et inconscientes vont fluctuer pour permettre au patient de s'approprier sa maladie. Ce sont des fluctuations qui constituent le véritable support du « travail de la maladie ». Ce travail de la maladie paraît donc soutenir l'intégration dans le quotidien et faciliter l'accès à une autonomie psychique. Ainsi partir du discours relatif au travail de la maladie des patients, Pedinielli (1987) met en lumière une triple source de souffrance. Comme dans le travail du deuil, la survenue de la maladie effracte le psychisme de l'individu, le plongeant dans un état

de sidération empêchant dans un premier temps tout travail d'élaboration. Les investissements libidinaux sont alors retirés sur le Moi au détriment des autres objets. Cette effraction de la maladie dans le psychisme constitue une première source de souffrance pour le sujet puisqu'elles viennent compliquer le travail de liaison entre représentations et affects. Le malade se retrouve alors face à un évènement insensé, qu'il ne peut pas élaborer. Cependant, ce travail de deuil se trouve parfois altéré, entraînant une lutte contre l'intégration de tous changements consécutifs à l'état du patient. Dans ce cas, c'est un « travail impossible de renoncement » qui semble s'opérer (Pedinielli, 1987, p 1050).

Le sujet malade est également confronté à une souffrance liée à la non réalisation des désirs ainsi qu'aux remaniements identitaires nécessaires pour composer avec la maladie (Pedinielli, 1987). En s'appuyant sur la conception économique de la maladie somatique de Freud, Pedinielli émet l'hypothèse d'un retour de la libido sur le Moi comme un des buts principaux du travail de la maladie. Celle-ci devient omniprésente et principale objet d'investissement entravant la réalisation des désirs objectaux. Elle vient représenter un attribut réducteur de l'identité du malade. Le sujet ne peut se percevoir que comme un être vulnérable et affaibli.

La théorie de la dissociation structurelle a été développée dans les années 80 aux USA, puis dans les années 90 en Europe, à partir de la relecture des travaux du psychologue Français Pierre Janet, réalisés il y a plus d'un siècle. Depuis, elle fait l'objet d'un engouement croissant dans la recherche clinique internationale. Le terme « dissociation » ou « désagrégation mentale » a été utilisé par Janet pour décrire un phénomène qu'il observait chez de nombreux individus traumatisés.

Selon cette théorie les personnes traumatisées oscillent souvent entre des moments où elles revivent le ou les évènements traumatiques et des moments où elles sont dans des états de détachement ou même de relative inconscience du traumatisme et de ses effets. Ce phénomène résulte d'une division de la personnalité qui survient suite à l'exposition à un évènement traumatique. La personnalité de l'individu se divise en deux parties. Une partie apparemment normale (PAN) qui essaye de continuer de gérer le quotidien, une partie émotionnelle (PE) qui contient les images, les pensées et émotions liées aux traumas. Quand elle est activée, le PE amène la personne à vivre les sensations, les impressions et les émotions liées à l'évènement traumatique. Le PE peut être déclenché automatiquement par des stimuli qui rappellent, de près ou de loin, l'évènement traumatique. La personne traumatisée

essaie de rester dans le PAN en maintenant à distance, tant bien que mal, le PE qui l'entraîne dans une reviviscence du trauma. Selon qu'ils ont dans le PAN ou dans leur PE, les individus vont alterner entre des moments de détachement et des moments de reviviscence de l'évènement traumatique. Selon le niveau de traumatisme, les personnes peuvent développer une ou plusieurs divisions de leur personnalité. Ainsi chez les personnes ayant vécu plusieurs traumatismes graves ou les personnes qui ont subi des traumatismes chroniques (abus, violences familiales graves, guerre, inceste, torture, maladie chronique ...) leur personnalité peut se diviser en plusieurs PE, voire plusieurs PAN (Nijenhuis et al, 2006).

Toutes les théories ci-dessus nous semblent intéressantes dans la compréhension et l'explication de notre sujet de recherche cependant nous retenons principalement pour cette approche la théorie métapsychologique psychanalytique de Freud à partir de laquelle la réalité psychique subjective a été conçue.

3.2.1. La métapsychologie psychanalytique

Jusqu'à Freud, l'esprit était raison. La grande révolution de la psychanalyse dans l'étude du fonctionnement est donc liée à la notion d'inconscient. Le mot fut donc créé par Freud en 1886, en référence au terme métaphysique qui prend en compte les éléments rejetés par la science officielle. L'expression de la métapsychologie correspond à la volonté de Freud de s'opposer à la psychologie de l'époque qui ne s'intéresse qu'aux seuls phénomènes du conscient, (Méta -après) (Santeuil, 2017).

Freud conçoit La métapsychologie en 1896 selon trois aspects (le principe économique, dynamique et topique). Les trois points de vue sont conformément au socle de la métapsychologie. Le point de vue topique, avec un système Inconscient, Préconscient, Conscient (1915), puis en 1923 les instances le Ça, Moi, Surmoi. Le point de vue économique avec les processus énergétiques primaire et secondaires, l'affect, la représentation, l'objet. Le point de vue dynamique avec la pulsion, le refoulement, le symptôme, le transfert. Ces trois points de vue sont étroitement liés et fonctionnent conjointement. La psychanalyse est donc une théorie complexe et complète qui continue d'apporter un éclairage très riche dans de nombreux domaines liés au soin, au mieux-être et à l'éducation. Elle est à la fois une méthode d'investigation du psychisme humain, une théorisation du fonctionnement psychique (métapsychologie) et une technique psychothérapeutique originale (Santeuil, 2017).

C'est dans le livre « Totem et Tabou » que se construit chez Freud (1912) le concept de réalité psychique, héritière de l'inconscient de chacun de la pensée magique primitive, c'est-à-dire l'omnipotence de la pensée (Guillaumin, 2008). La réalité psychique « psychische realitat » a été introduite par Freud (1900), pour désigner une forme de réalité distincte de la réalité matérielle reliée à la vie fantasmatique et au désir d'une personne. Elle revêt à la réalité des rêves, de l'inconscient, des fantasmes et le seul lien entre cette réalité psychique et le réel est la pulsion. Cette réalité psychique ou interne réfère certes aux différents contenus existant dans la psychè (pensées, représentations, fantasmes, désirs, affects, angoisses) conscients et surtout inconscients, désigne tout aussi ce qui est vrai pour le sujet. La vie psychique et subjective est donc ce qui a une valeur de réalité pour le sujet. La réalité renvoie au fait de donner du sens à ce quoi nous sommes confrontés ; il s'agit d'un rapport de métacognition par rapport à nous-même. La subjectivité quant à elle est ce qui nous définit comme sujet. La réalité psychique est à cet effet, ce sur quoi l'on bute, ce que l'on ne peut négliger sans conséquences. C'est l'une des réalités fondamentales de l'être humain, on naît, on vit, on tue, on jouit, on meurt en rapport avec la réalité psychique. On signifie le monde et la vie en fonction d'elle (Guillaumin, 2008).

La métapsychologie est à son tour, une théorie d'exploration de la réalité psychique qui vise à décrire la réalité psychique, dans ses dimensions conscient et inconscient à l'aide des lois, des principes, des concepts, afin d'atteindre son intelligibilité. La réalité psychique apparaît comme le premier concept fondateur de la métapsychologie et qui est fondateur de l'ensemble de l'édifice théorique (Guillaumin, 2008).

Elle représente une théorie d'ensemble des faits psychiques qui limitent le plus possible cette réduction grâce à la référence à une vie psychique inconsciente et à la reconnaissance du conflit psychique. Issue de la pratique de la psychanalyse, élaborée à partir de la pathologie et du soin psychique et conclue une alliance historique avec la question de la souffrance humaine, du pathos qui témoigne de l'échec du Moi à trouver un règlement acceptable à son rapport à sa propre zone d'ombre et d'énigme. Se fonde sur le refus méthodologique d'un certain nombre de réponses « toutes faites » aux énigmes de la psyché humaine (hérédité, génétique, dégénérescence, biologie) trop réduit pour dégager un niveau spécifique et spécifiquement psychique. Et se fonde sur la notion de symptôme, comme toutes manifestations de la subjectivité ayant un sens. Celui-ci étant caché, subjectif, spécifique et qu'il cherche à signifier quelque chose que le sujet « sait » sans le savoir, sans savoir qu'il sait « inconsciemment ». L'exploration de la psychopathologie a aussi abouti à relever qu'entre

temps le processus qui s'opère dans la pathologie psychique et la symptomatologie est ceux repérables dans le cours normal du fonctionnement de la vie psychique, il y'avait pas de différence de nature. Ce sont les mêmes processus qui sont utilisés dans la vie psychique normale, courante, habituelle, saine, que l'on retrouve dans les formations psychopathologiques.

La partie inconsciente de la réalité psychique se comporte au sein de la psyché comme une énigme agissante et produisant des effets. Le signe en lui-même n'est pas signifiant il se définit relativement dans un jeu de différence, un jeu de comparaison en fonction du contexte donné, d'une situation singulière. Il est traité comme un message même si son contenu est énigmatique. Il n'existe pas en soi mais pour un sujet en situation. Il existe pour le sujet qui le présente et le ressent comme un symptôme, comme un élément signifiant de la vie psychique. Le symptôme est un signe d'un point émergent de la vie psychique inconsciente, d'un point de manifestation de celle-ci, d'un effet, de son activité. Au côté du langage verbal qui est utilisé (les représentations de mots), Freud a montré l'existence d'un langage qui s'exprime à partir des biais de représentations de chose, de symbole, non verbaux tels que le langage du rêve. Il ajoute à ceci que le troisième système que possède l'être humain est celui des émotions et d'une manière très générale celui des affects.

La métapsychologie postule que si l'on veut comprendre notre réalité psychique, il faut comprendre sa construction dans le passé. À cet effet, Il précise que la réalité matérielle et historique est nécessairement le fondement de cette réalité psychique chez l'individu (Freud, 1897). Selon Freud le clinicien est comme un archéologue qui cherche les traces de la vie antérieures. Bergson, lui décrit la réalité psychique comme une boule de neige qu'on lance du haut d'une montagne dont il faut comprendre toutes les couches. Freud (1897) fait donc l'hypothèse qu'il existe une première matière psychique qui est un mélange indifférencié à partir des pulsions.

En 1923, Freud postule que le psychisme est issu du corporel. Le corps est donc au fondement de la vie psychique. Il est ainsi, un transit de la réalité psychique dans la mesure où non seulement il fabrique cette dernière et est le lieu d'expression de cette dernière.

Il insiste sur le fait que cette réalité psychique est très liée à la notion de vérité historique c'est-à-dire des événements du passé et tout particulièrement à des événements excitants, de séduction ou traumatique ; la référence au cas redonne tout son poids à la pulsion. Du traumatique Freud revient au pulsionnel. Pour Freud (1923), les pulsions avaient toujours une

source dans la partie pulsionnelle la plus interne du corps. Tandis que pour Bion (1957) les évènements peuvent aussi naître de stimuli externes dans l'esprit primordial.

Ainsi lorsque Freud (1897), considère les effets de l'évènement passé traumatique, il mentionne que ces effets sont de deux sortes « positif et négatif » et souligne à propos de ces derniers leurs caractères de contrainte, c'est-à-dire qu'ils montent avec une grande intensité psychique une dépendance considérable par rapport à l'organisation des autres processus, psychiques qui sont adaptés aux exigences du monde réel qui obéissent aux lois de la pensée logique. Ils ne sont pas influencés par la réalité extérieure et ne se soucient pas d'elle et de sa représentation psychique « Etat dans l'état », ils tirent cette force qui brave la réalité du fait qu'une réalité psychique interne, qui arrive à prédominer sur la réalité du monde extérieur. C'est en créant ou en renforçant cette réalité psychique inconsciente que s'exprime l'effet négatif du trauma. Ainsi se dessine le double impact du traumatisme, sur le Moi et sa logique de défense d'une part ou sur le ça et l'inconscient d'autre part. Ce dernier reçoit des excitations traumatiques et par sa structure leur donne une force elle-même traumatique. Cette dernière sera destructrice de l'appareil psychique, comme Freud (1897), le suggère en parlant du risque de psychose à propos d'une réalité qui envahirait l'esprit sans retenue. C'est donc dans cette mesure que la fonction contenante du Moi intervient pour donner forme à des fantasmes construits, qui donnent sens à l'impensable de la réalité psychique. Nous constatons ici l'existence d'une nouvelle barrière non plus entre la réalité traumatique extérieure et le Moi, mais entre les évènements du ça et les constructions fantasmatiques qui en sont dérivés.

Le lien étroit entre la réalité psychique et la vérité historique nous fait certes comprendre pourquoi la réalité psychique a cette force hallucinatoire. Elle s'impose comme une croyance parce qu'historiquement l'évènement qui lui a donné naissance s'est imposé comme vérité. Même si elle a été une perception erronée de la réalité. Le pouvoir hallucinatoire de l'inconscient serait la trace amnésique de la fausse réalité historique.

La réalité psychique est donc cette réalité qui vient s'opposer à la réalité matérielle. L'on comprend donc que nos fantasmes ne sont pas seulement des représentations imaginaires de la réalité matérielle et notre vision subjective de la nature. L'autre scène psychique que l'inconscient construit en nous n'est pas seulement une représentation du monde mais un réel à part entier celui de la réalité psychique. La réalité psychique est désirante par sa propriété compulsive. Transposée à l'accomplissement d'un fantasme de destruction, On peut tout autant dire que dans la réalité psychique le mal se réalise. Il impose de l'intérieur son pouvoir

de contrainte, l'impose comme un autre réel. L'autre réel complète le travail du fantasme. Celui-ci construit l'objet du mal qui s'inscrit dans la réalité psychique. Il revêt alors cette dimension d'un réel psychique, c'est cette force hallucinatoire qui fait d'un contenu fantasmatique une réalité à part entière.

En 2008, Guillaumin nous fait comprendre qu'au préalable Freud dans sa construction en 1937 s'appuie sur le transfert au patient de la croyance acquise par l'analyste relativement à son histoire. Lorsqu'on regarde de plus près, elle suppose en effet une sorte de transmutation par laquelle les certitudes de l'analyste concernant la réalité matérielle, se transformeraient étrangement et particulièrement chez le patient en réalité psychiques, en souvenirs subjectifs prenant leur place dans l'élaboration intime de son histoire interne. Il s'agirait d'une sorte de modification par laquelle le genre de représentation et la mémoire perceptive requis dans la prise en considération de la réalité matérielle viendraient à se confondre jusqu'à se fondre mystérieusement avec les représentations internes. Freud (1897), parle d'induction de penser. Quant aux traces de mémoire encore insignifiées, elles renvoient aux expériences traumatiques de l'enfance. La métapsychologie dynamique de ce processus de déplacement interpersonnelle est indispensable. Il est en effet évident que la transformation exigée par le processus relève d'une analyse économique capable de rendre compte des relations topiques qui ne peuvent manquer de s'établir non seulement à l'intérieur de l'appareil psychique du patient, mais aussi dans la représentation qu'il se forme du thérapeute pouvant occuper dans ses fantasmes une position à quelques égards, une toute puissance.

Tout se passe comme si en 1937 la « part du patient » conçue comme toute passive était réduite à subir qu'à contribuer à créer l'architecture de son histoire. Tandis que l'analyste conçue comme toute active demeurerait toute hypothèse décisive, occupait la place du maître d'œuvre dans l'édification de la construction historique de l'analysant, même si celui-ci paraît y souscrire volontiers au moins en apparence, et se trouve disposer à s'en servir pour continuer à sa façon le récit de Freud.

La théorie métapsychologique psychanalytique créée par Freud en 1896, est la théorie à partir de laquelle Freud théorise la notion de réalité psychique subjective. C'est donc cette théorie que nous retenons comme théorie dans la formulation de notre problème de recherche et théorie explicative pour notre sujet de recherche.

En définitive, concernant notre chapitre trois portant sur les théories explicatives nous retenons que, bien que les théories phénoménologiques apportent des éléments explicatifs sur

l'expérience d'un individu, elles ne nous seront pas très utiles dans notre travail dans la mesure où nous nous intéressons à la réalité psychique subjective des patients qui ont survécu à un infarctus du myocarde, bien qu'ils ont été éprouvé par cette fâcheuse expérience. La théorie qui nous a permis d'accéder à cette réalité psychique subjective a été celle de la théorie métapsychologique psychanalytique. Elle nous a permis de mieux cerner certains contours dans la mesure où c'est d'elle que la réalité psychique est mise sur pied et c'est par elle qu'on peut avoir un accès.

DEUXIEME PARTIE : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE

CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE DE L'ETUDE

La méthodologie est ensemble des règles et des voies qui permettent d'atteindre un objectif de recherche préalablement fixé. C'est également un ensemble de techniques et de procédures dont fait usage le chercheur pour collecter les données et recueillir les informations nécessaires à l'aboutissement de la recherche (Bioy & al, 2021). Le travail dans ce chapitre consistera dans une première mesure à faire un rappel sur le grand axe de la problématique, par la suite tabler sur quelques aspects de ce qui constitue pour le chercheur son site de recherche, puis viendra la partie dédiée aux procédures et aux critères de sélection des participants. Le chapitre sera clos par un point sur le type de recherche, la méthode de recherche, la technique d'analyse et enfin la considération éthique.

4.1. RAPPEL DE LA PROBLÉMATIQUE

Il est question dans cette partie de faire un rappel : du problème de l'étude, de la question de recherche, l'hypothèse de recherche et l'objectif de l'étude.

4.1.1. Rappel du problème de recherche

L'observation des patients ayant survécu à un infarctus de myocarde nous a permis de relever qu'ils parlent de leur vie « psychique » beaucoup plus au présent, ils parlent sans aucune référence au passé, leurs désirs sont factuels « je me sens vide ; je ne sais pas si je vis encore; je ne pense plus à rien ; je ne réfléchis plus sur ma condition ; je ne rêve plus... », ce qui nous a amené au constat que les patients ayant survécu à l'infarctus du myocarde présentent une vie marquée par le rapport au présent, tout pour eux tourne autour du présent, de l'immédiat. Bref, ce que Freud (1923b, 1925b) appelle « réalité psychique subjective ou interne » est, chez eux, marquée par l'instant, par l'imminent, donc sans effet intermédiaire.

Or pour la théorie métapsychologique psychanalytique de Freud (1896), si l'on veut comprendre notre réalité psychique, il faut comprendre sa construction dans le passé. Autrement dit, le contenu psychique se révèle à travers l'actualisation des expériences passées par le sujet. En effet, la métapsychologie psychanalytique représente une théorie d'ensemble des faits psychiques qui fait référence à une vie psychique inconsciente et à la reconnaissance du conflit psychique (le symptôme, toutes manifestations de la subjectivité ont un sens, celui-ci étant caché, subjectif, spécifique et qu'il cherche à signifier quelque chose que le sujet

« sais » sans le savoir, sans savoir qu'il sait « inconsciemment » ; ce sont les mêmes processus qui sont utilisés dans la vie psychique normale courante, habituelle, saine que l'on retrouve dans les formations psychopathologiques (Freud, 1923b)

C'est ainsi que s'offre à nous la question sur la caractérisation et le sens que le patient ayant survécu à un infarctus de myocarde donne à sa réalité psychique.

4.1.2. Rappel de la question de recherche

Sachant qu'il vit dans l'imminence, comment se caractérise la réalité psychique subjective du patient ayant survécu à un infarctus du myocarde et quel sens lui donne-t-il ?

Notre recherche étant exploratoire, nous ne trouvons pas indispensable d'émettre une hypothèse de recherche. Nous travaillons avec les objectifs. La recherche exploratoire a ceci d'originale qu'elle amène le chercheur à explorer un phénomène de fond en comble sans pour autant obtenir des données pour répondre à une question de recherche, mais plutôt fournir un contexte plus profonde à une question (Voxco, 2022).

4.1.3. Rappel de l'objectif de recherche

La recherche ne peut se mener sans objectif préalable. Le nôtre est d'accéder à la réalité psychique du patient qui a survécu à un infarctus du myocarde, tout en mettant un accent particulier sur le sens qu'il lui donne.

4.2. SITE DE L'ÉTUDE

Le site de l'étude est le contexte spatial dans lequel se déroule la recherche (Amin, 2005). Autrement dit, il s'agit de l'espace environnemental de la recherche et le lieu précis de la collecte de données. La présente étude a été menée au Cameroun, plus précisément dans la ville de Yaoundé au quartier cradat, dans la polyclinique les PBS face de l'école de poste et télécommunication pour la collecte de nos données. Ce choix a été motivé pour deux raisons. L'une des raisons étant d'ordre financière ; en notre qualité d'étudiante nous n'avons pas les moyens de parcourir tout le Cameroun à la recherche des personnes qui participeront à l'étude alors, nous avons fait notre étude à Yaoundé, puisque nous y résidons ce qui limite et réduit les dépenses à investir pour mener l'étude. L'autre raison réside sur le fait que Yaoundé est la capitale politique du Cameroun et devrait à ce titre avoir des centres hospitaliers de haut niveau et donnant ainsi la possibilité d'accéder à un échantillon relativement représentatif.

Cette étude s'est déroulée à la polyclinique les promoteurs de la bonne santé (PBS). La collecte de donnée s'est faite dans le bureau d'écoute du service de psychologie mais aussi dans les domiciles des patients.

4.2.1. Justification du choix du site de l'étude

Les raisons pour lesquelles nous avons choisi le PBS comme site de recherche sont les suivantes :

- Elle fait partis des cliniques les plus prestigieuse de Yaoundé car elle possède les plus grands chercheurs et médecin du Cameroun à l'exemple du Pr. Euloge docteur cardiologue et créateur du Corocur. Du Cameroun, et d'Afrique centrale. Clinique nouvellement promue comme Centre Médical.
- Site dans lequel nous avons l'opportunité de rencontrer nos patients (la polyclinique possède à la fois un service de cardiologie et un service de psychologie et un service de psychiatrie).
- La situation géographique de la polyclinique nous ai favorable dans la mesure où elle est située près de l'université de Yaoundé I, ce qui la rend plus accessible aux étudiants.

4.2.2. Présentation du site d'accueil

Le projet initial de la création d'un centre de prise en charge est née suite à la volonté d'un jeune médecin camerounais (le professeur Yiagnigni Mfopou Euloge) soucieux de contribuer au bien-être de son prochain, de la population et voulant toujours œuvrer pour le bien être des patients. Avec l'aide de L'organisation non Gouvernementale Solidarité Internationale fondée en l'an 2000, ils mettent sur pied une structure avec pour objectif le diagnostic et le suivie gratuit des personnes vivantes avec le VIH sida. C'est ainsi que naitra une collaboration entre L'ONG solidarité internationale et la polyclinique les promoteurs de la bonne santé (PBS). Dont l'objectif n'était plus seulement le diagnostic et le suivi des personnes atteintes et vivant avec le VIH sida mais aussi le suivi des personnes et la prise en charge de plusieurs autres situations cliniques.

Quelques temps après, les PBS décident d'étendre ses activités afin de couvrir un grand nombre des besoins des patients, la collaboration va donc faire naitre l'idée de la mise sur pieds d'une infrastructure digne de ses ambitions susceptible de répondre aux divers appels sanitaires des populations, en une quinzaine d'année elle passe d'un cabinet médical

qui dans le temps était situé dans le secteur du « Cradat », à une structure de la promotion de la santé entend que cellule, situé en face de l'école de poste (second bâtiment de la polyclinique) à une structure de prise en charge de qualité associée à la promotion de la santé de la prise en charge et concerne diverse pathologie et la médecine Préventive. C'est ainsi qu'en 2015 un bâtiment de quatre niveaux voit le jour abritant des services multiples.

Pour ce qui est de la structure, les PBS comprennent 2 bâtiments organisés comme suit :

un bâtiment principal qui est composée de quatre étages, plus un rez de chaussée, de 34 bureaux avec toilette, 30 chambres individuelles avec toilette, 50 lits répartis dans tous les services d'hospitalisations dont dix lits en maternité, vingt lits en pédiatrie, dix en gastroentérologie, vingt en cardiologie et quarante lits en médecine général, un restaurant médical pouvant servir plus de cinquante repas complets par jour , une salle de conférence et enfin 6 magasins, 25 salles d'hospitalisations climatisées avec téléviseurs, internet /wifi en haut débit et douches internes individuelles. De 10 brancards, un bloc opératoire, une salle de réanimation, une salle d'accouchement. Le deuxième bâtiment un peu plus éloigné que la principale regroupe 4 services (physiothérapie, optique, diététique, santé mentale).

➤ **MISSIONS DES PBS**

Comme toute structure sanitaire, la polyclinique les PBS se donne quelques missions :

- ✚ Prodiguer aux patients ou clients des services de qualités aux meilleures conditions économiques et sociales possibles.
- ✚ Exploiter les services jugés utiles pour répondre aux besoins de la population.
- ✚ Être un centre médical d'excellence des hôpitaux non universitaires.

➤ **MODE DE FONCTIONNEMENT DES PBS**

La PBS fonctionne comme toute structure sanitaire, c'est à dire que toutes les décisions concernant la structure sont prises par le directeur général et appliquées dans les différents services. Toutes-fois les services peuvent pour le développement de leur secteur ou en cas de difficulté avoir des suggestions qui sont transmises entre les mains du SG qui analysera et fera parvenir au secrétariat puis à la direction chez qui la décision finale sera prise.

➤ AXES D'INTERVENTION TECHNIQUE DES PBS

La polyclinique les PBS fait partie des rares clinique au Cameroun qui renferment tous les domaines de la médecine générale. Cette clinique en ses bâtiments renferme de nombreux services dont le service de :

cardiologie, Radiologie, Rhumatologie Interniste, Urologie, , Néphrologie, Neurologie, Traumatologie, Neurochirurgie, Pneumologie Hépatogastro-entérologie, Ophtalmologie, ORL, Pédiatrie, Gynécoobstétrique, Dentiste, Médecine biologique , Chirurgie- orthopédiste, Chirurgie viscérale, Hématologie, Psychologie (qui est le service dans lequel nous avons effectué notre étude), Imagerie médicale, Technicien d'analyse, Infirmier, Pharmacie, Technicien en odontologie, Psychiatrie (qui est le nouveau service de la polyclinique).

Mis à part tous ces services, la polyclinique œuvre aussi dans à la médecine préventive :

- ✚ La lutte contre le VIH
- ✚ La lutte contre les hépatites virales
- ✚ La cardiologie préventive
- ✚ Le Traitement du corona virus

4.3. PROCÉDURE ET CRITERES DE SÉLECTION DES PARTICIPANTS

La population peut être entendue comme une collection complète de tous les éléments concernés par une investigation particulière (Amin, 2000). Vallerand et Hass (2000) quant à eux relativisent le concept de population en le définissant comme l'ensemble des entités auxquelles s'appliquent les conclusions d'une recherche. Cette relativité du concept impose donc qu'un chercheur définisse clairement au départ la population à laquelle seront appliquées les conclusions et ses investigations. Ainsi la population désigne donc l'ensemble des individus présentant les caractéristiques communes sur lesquelles le chercheur fonde ses investigations.

Nous travaillons avec des patients s'étant fait suivre dans la ville de Yaoundé ayant survécus à un infarctus du myocarde et ayant été suivis dans la polyclinique les promoteurs de la bonne santé. Cependant tous ces patients ne peuvent pas participer à cette étude, car pour être participant, il faut répondre à un certain nombre de critères pour être sélectionné.

4.3.1. Procédure de sélection des participants

Pour sélectionner nos participants, nous avons fait appel à une technique non probabiliste c'est-à-dire non basée sur des lois du calcul des probabilités (pas aléatoire), plus précisément la technique d'échantillonnage par choix raisonné (le choix des éléments basé sur le jugement du chercheur par rapport à leur caractère typique et atypique, permet d'étudier les phénomènes rares ou inusités, peu de représentativité dans l'ensemble de la population) (Dufour et al, 2012). Ainsi ceux des patients ayant subi un infarctus du myocarde pris en charge dans la Polyclinique les Promoteurs de la Bonne Santé et qui répondaient à nos critères d'inclusions, ont été choisis pour cette étude avec leur consentement éclairé. Ainsi, pour ceux retenus (échantillon), nous avons attribué un code et nous avons programmé un entretien.

4.3.2. Critères de sélections des participants

Ici, il sera question des critères d'inclusions et de non inclusions.

4.3.2.1. Critères d'inclusions

Pour participer à cette étude il faut :

- Accepter de participer et être disposé à faire un entretien clinique
- Etre capable de s'exprimer en français
- Avoir la capacité physique et cognitive de participer à un entretien
- Avoir survécu à un infarctus du myocarde
- Avoir suivi le processus de réadaptation cardiaque
- Avoir plus de 35 ans

4.3.1.2. Critères de non inclusions

Les sujets présentant les spécificités suivantes ont été exclus :

- Avoir des antécédents psychiatriques
- Ayant été renvoyé d'une institution de soin
- Ayant décidé de ne pas suivre le processus de réadaptation
- Les patients souffrant d'une autre maladie cardiaque que l'infarctus du myocarde
- Patients ayant un handicap quelconque.

Les caractéristiques des participants sélectionnés et retenus sont inscrites dans le tableau ci-dessous.

4.3.3. Caractéristiques des participants

Tableau 1:caractéristique des participants de l'étude

PARTICIPANTS	Saïd	Yves	François
Genre (sexe)	Masculin	Masculin	Masculin
Age	73 ans	72 ans	61 ans
Statut matrimonial	Marié	Marié	Marié
Profession	Artisan	Commerçant à la retraite	Conseiller d'orientation à la retraite
Région	Ouest	Centre	Ouest
Date de crise	Mai 2022	2000	2017

Source : données sur le terrain.

Le tableau ci-dessus enregistre les données personnelles de nos participants.

4.4. TYPE DE RECHERCHE

Notre étude est une recherche qualitative. Elle permet d'analyser et comprendre des phénomènes, des comportements de groupe, des faits ou des sujets. L'objectif n'est pas d'obtenir une quantité importante de données, mais d'obtenir des données de fond (de qualité) (Gaspard, 2019). La recherche qualitative s'attache à expliquer un phénomène à lui donner une signification voire un sens. Les résultats sont exprimés en mots (analyse à la suite des entretiens, d'observations cliniques ...). Cette approche met pleinement au centre du dispositif le patient, puisqu'il s'agit bien de saisir avec lui le sens de ce qu'il vit, et de co-construire un savoir à son propos dans le cadre d'une démarche de participation active impliquant toujours son récit. Elle s'attache à comprendre des faits humains et sociaux en les considérant comme étant porteurs de signification véhiculé par des acteurs (sujet, groupes, institutions...), partie prenante des relations interhumaines (Mucchielli, 1996). Plutôt que de tendre vers la généralisation des données, la démarche qualitative va ainsi viser avant tout la compréhension et la profondeur en s'immergeant dans la complicité d'une situation (moins de cas, plus de détail). La construction de la problématique demeure large et ouverte, ce qui confère à la recherche qualitative une dimension ouverte exploratoire. Il ne s'agit pas ici de tester un cadre théorique préétablie mais de générer de nouvelles connaissances à partir d'un raisonnement inductif, raisonnement qui consiste à passer du particulier, du spécifique vers le général. Les étapes de recueil et d'analyse des données qualitatives (mots, récit, images...) ne se réalisent

pas de manière linéaire, mais peuvent se chevaucher dans la mesure où le design méthodologique n'est jamais obtenu (ainsi, le principe de « saturation » des données désigne le fait qu'une nouvelle donnée n'émerge des analyses effectuées : il constitue un « signal » pour le chercheur qualitatif, qui peut dès lors mettre fin à son recueil de données) (Bion et al ; 2021, pp 23-27).

La recherche clinique est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes de sujets souffrants et elle doit se centrer sur le cas, c'est-à-dire l'individualité, mais sans pour autant s'y résumer. La méthode clinique s'insère dans une activité pratique visant la connaissance et la nomination de certains états, aptitudes, comportements dans le but de proposer une thérapie (psychothérapie par exemple), une mesure d'ordre social ou éducative ou une forme de conseil permettant une aide, une modification positive de l'individu. Elle refuse d'isoler ces informations et tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique (Fernandez, Pedinielli, 2006, pp 41-51). La recherche clinique est une recherche planifiée qui se dégage de l'expérience concrète pour prévoir le déroulement d'une recherche en fonction d'un but. Elle implique l'élaboration d'une stratégie de recherche et exclut la prise spontanée d'un matériel rétrospectif non standardisé (Pedinielli, 1994). Cette recherche doit donc être définie comme un « processus de production et connaissances validées et communicables » (Giarni, 1989) à partir de l'étude approfondie du sujet humain considéré dans sa singularité. Elle comporte deux niveaux complémentaires. Le premier correspond au recours à des techniques (tests, échelles, entretiens...) de recueil in vivo des informations (en les isolant le moins possible de la situation « naturelle » dans laquelle elles sont recueillies et en respectant le contexte) alors que le second niveau ne tient pas aux outils ou aux démarches mais aux buts et aux résultats : le premier niveau fournit des informations sur un problème, le second vise à comprendre un sujet (Fernandez & Pedinielli, 2006). Ainsi la recherche clinique s'avère la plus indiquée pour la présente étude.

Ainsi présenté le type de recherche dans lequel nous nous situons, il sera donc question par la suite de présenter la méthode que nous utiliserons pour notre travail.

4.5. MÉTHODE DE RECHERCHE : ÉTUDE DE CAS

Selon Demont (2009), la méthode se définit comme « l'ensemble de démarches que suit l'esprit pour découvrir et démontrer la vérité dans les sciences », comme « l'ensemble des démarches élaborées et habituellement suivies au sein d'une discipline donnée ». C'est le chemin tracé pour se diriger vers un but, pour atteindre un objectif (Ardiono et Berger, 2010).

Dans la présente étude, nous avons choisi d'utiliser l'étude de cas qui est une entité fondamentale de la méthode clinique. « L'étude de cas est une enquête empirique qui étudie un phénomène contemporain dans son contexte de vie réelle, où les limites entre le phénomène et le contexte ne sont pas nettement évidentes, et dans laquelle des sources d'informations multiples sont utilisées » (Yin, cité par Collerette, 1997, p.23).

En sciences humaines et sociales, le terme « étude de cas », se traduit en anglais par case study, renvoi à une méthode d'investigation à visée d'analyse et de compréhension qui consiste à étudier en détail l'ensemble des caractéristiques d'un problème ou un phénomène restreint et précis tel qu'il s'est déroulé dans une situation particulière, réelle ou reconstituée, jugée représentative de l'objet à étudier » (Albero & Poteaux, 2010).

L'étude de cas est un outil majeur de la psychologie clinique et de la psychopathologie qui consiste en un travail d'élaboration et de prestation du contexte et du fonctionnement psychologique d'une personne. L'étude de cas peut aussi être travaillée à partir d'un groupe, qu'il soit thérapeutique, familial ou institutionnel. Dans tous les cas, l'étude de cas vise à dégager les fonctionnements d'un individu ou d'un groupe aux prises avec des situations complexes en s'intéressant notamment à la souffrance, aux angoisses, aux mécanismes de défenses, aux modalités relationnelles en jeu. L'objet de la psychologie clinique étant l'étude de la conduite humaine incluant les dimensions sociales ou le retentissement du contexte environnant, l'étude de cas concerne tout à la fois la clinique du sujet et la clinique du social. Toutes fois la méthode clinique est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes de sujets souffrants et elle doit se centrer sur le cas, c'est-à-dire l'individualité, mais sans pour autant s'y résumer » (Pedinielli & Fernandez, 2005).

La méthode du cas s'inscrit dans une démarche et une pensée clinique. Partant de l'observation clinique qui s'intéresse à la réalité psychique et à la subjectivité, elle accède au cas dont l'intérêt porte sur le travail de présentation et d'analyse du sujet en situation. L'observation clinique est donc le moteur de l'étude de cas. Néanmoins l'étude de cas dépasse l'observation en cela qu'elle peut inclure des données ne provenant pas du sujet (dossier médical, institution...). En revanche chaque nouvelle information peut amener à repenser le cas. Le cas n'est donc jamais figé et le sujet, jamais figé à une reconstruction sclérosée.

L'étude de cas en psychologie en clinique se situe dans une démarche d'investigation et d'exploration « des modalités de fonctionnement, dans la recherche des moyens les plus pertinents pour accompagner le sujet dans le processus de changement dans le dégage

d'un certain nombre d'entraves dont les symptômes font partie, mais aussi dans l'accès à une meilleure connaissance de lui-même » (De Luca, 2022). Il ne s'agit pas seulement des récits témoignant de la théorie, mais d'un outil pertinent concernant le diagnostic psychopathologique, les processus en jeu et les possibilités d'élaboration de modèles et théoriques et de techniques pour les traiter (Thurin, 2012).

Du fait de l'utilisation de l'observation et de la démarche exploratoire du récit du sujet, l'étude de cas est au plus près de la réalité clinique. Par conséquent elle est aussi un outil évolutif laissant places aux composantes affectives, donnant accès à la mise au jour des relations entre les faits et favorisant la mise en lien de l'histoire du sujet. Par ailleurs elle ne vise pas seulement à dégager le sens de chaque histoire mais autant les processus et leurs mouvements à l'œuvre chez le sujet étudié ou dans des groupes de personnes. « La clinique n'a pas besoin de tendance générale, mais de spécificités » (Revault d'Allones, 2014).

4.6. TECHNIQUE ET OUTIL DE COLLECTE DE DONNÉES

L'entretien de recherche est fréquemment employé comme technique de production de données de recherche dans un grand nombre de disciplines des sciences humaines et sociales. Il représente une technique indispensable et irremplaçable pour avoir accès aux informations subjectives des individus : biographie, événement vécus, représentations, croyances, émotions, histoire personnelle, souvenirs, rêves. En effet la transmission et le partage de l'expérience vécue sont véhiculés par le langage et la parole et il n'est donc pas étonnant que les domaines qui se préoccupent des fonctionnements psychiques, social et collectif des sujets aient recours à ces discours (Benony & Chahraoui, 1999 ; Jacobi, 2012). Un entretien clinique a été proposé à chacun de nos participants afin d'aborder le vécu particulier de chacun.

Dans l'entretien clinique de recherche le terme « clinique », issu du grec klinè (« lit », soit l'entretien au lit du malade), renvoie à trois dimensions spécifiques : 1-une description dans le champs de la pratique professionnelle du clinicien ; 2- une attitude clinique caractéristique qui correspond à la fois à une démarche méthodologique visant une connaissance approfondie de l'individu et à une attitude ethnique dans l'abord d'un sujet en souffrance et 3- des compétences cliniques et pratiques de celui qui mène l'entretien de recherche.

L'entretien clinique de recherche est un outil à la fois de recherche et de production d'informations. Selon Blanchet (1997) ; « L'entretien clinique permet d'étudier les faits dont la parole est le vecteur principal (étude d'actions passées, de savoirs sociaux, des systèmes de

valeurs et de normes, etc.) ou encore d'étudier le fait de parole lui-même (analyse des structures discursives, des phénomènes de persuasion, argumentation, implication). »

L'entretien clinique de recherche représente ainsi une situation d'interaction entre deux personnes (interviewer et interviewé), il est conduit et enregistré par l'interviewer, ce dernier ayant pour objectif de favoriser la production d'un discours linéaire de l'interviewé sur un thème (biographie, représentations, étude du fonctionnement psychique, etc. (Blanchet, 1998). Il existe trois types d'entretiens, l'entretien directif, l'entretien non directif et enfin l'entretien semi-directif que nous avons utilisé dans cette étude.

4.6.1. L'entretien semi-directif

Si le verbe « entretenir » apparaît au XII siècle, et signifie littéralement « tenir ensemble », d'où « tenir compagnie, causer » et « maintenir, conserver », le mot « entretien » apparaît XVI siècle issu de la contraction de, entre et tenir, « échange de parole » (Picoche, 1992 : 486). Les entretiens de recherche sont des interviews constituant les éléments méthodologiques d'une démarche scientifique.

L'entretien semi-directif ou entrevue semi dirigée (Zajc, 1997) est une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives relevant en particulier des paradigmes constructivistes (Lincoln, 1995).

La réalisation de l'entretien semi-directif implique la prise en compte d'un certain nombre d'éléments parmi lesquels figurent les buts de l'étude, le cadre conceptuel, les questions de recherche, la sélection du matériel empirique, les procédures méthodologiques, les ressources temporelles personnelles, et matérielles disponibles (Flick, 2007).

Le chercheur souvent nommé interviewer doit, bien entendu, s'interroger en amont, et poursuivre son questionnement en lien avec sa problématique, son objet et son langage (quel est le but de sa démarche, c'est-à-dire pour quelles raisons envisage-t-il d'utiliser la technique semi-directive, et pour collecter quelles données ?) (Imbert, 2010, pp 23-34).

Dans ce type d'entretien, le clinicien-chercheur dispose d'un guide d'entretien, il a en tête quelques questions soigneusement préparées qui correspondent à des thèmes sur lesquels il propose de mener son investigation. Celles-ci ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée, mais exprimées à un moment opportun de l'entretien, à la fin d'une association par exemple. De même, comme dans l'entretien clinique non directif, le clinicien énonce la

question, puis s'efface pour laisser parler le sujet ; ce qui est proposé ici est avant tout une trame à partir de laquelle l'interviewé va pouvoir dérouler son récit. L'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où c'est le clinicien qui cadre le discours, mais ce dernier adopte tout de même une attitude non directive, il n'interrompt pas le sujet, le laisse associer librement, mais seulement sur le thème donné (Antoine et al, 2021, p.186).

Ketele et Roegiers (1996), caractérise l'entretien semi-dirigé (ou semi-directif) avec l'existence d'un discours par thème dont l'ordre peut être plus ou moins bien déterminé selon la réactivité de l'interviewé. Quelques points de repère (passage obligés) pour l'interviewer, des informations de bonne qualité orientée vers le but poursuivi. Ici les informations sont recueillies dans un laps de temps raisonnable. Les inférences sont modérées.

4.6.2. Outil de collecte de données

Dans l'entretien semi-directif, le clinicien a préalablement conçu un guide, dans ce guide figure un certain nombre de thématiques qui permettront au sujet de mener à bien ses investigations. Les thématiques ici ne sont pas abordées à un moment précis, en laissant toujours libre cours à la verbalisation ; le psychologue clinicien pose une question ; et il s'efface : le guide d'entretien renvoi a une trame sur laquelle va s'organiser le discours. La spontanéité présente dans le discours est certes limitée, étant donné que c'est véritablement le clinicien qui cadre le discours, sans que l'on puisse percevoir une réelle spontanéité dans les associations du sujet ; il conserve néanmoins une attitude non-directive (Bion et al, 2021).

4.6.3. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien renvoi à un « ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer » (Blanchet, 1997).

Il traduit de façon concrète la problématique et les hypothèses de recherche du chercheur et est structuré en fonction de celles-ci. Le guide d'entretien doit être bien préparé. Il contient la consigne initiale, qui nécessite d'être claire et identique pour tous les sujets. Elle est formulée et préparée soigneusement à l'avance, et son expression ne doit pas être inductive (Blanchet, 1997).

GUIDE D'ENTRETIEN

1. PRÉSENTATION

Notre travail de recherche porte sur les maladies cardiaques qui sont de nos jours l'une des maladies les plus meurtrières au monde. À cet effet nous proposons une thématique qui sera axée sur le patient et son expérience subjective c'est-à-dire son vécu, sa réalité. Pour y arriver nous utiliserons la méthode d'entretien de type semi-directif avec pour outil le guide d'entretien. Ces entretiens nous permettront d'avoir accès aux expériences personnelles du patient vis-à-vis de sa situation, un aperçu des craintes qu'ils ont éprouvées lors de leur infarctus, les angoisses que leur nouvelle vie les imposent, les résolutions personnelles qu'ils ont eues à prendre pour améliorer leur état, les stratégies de soin, les peurs et terreur quotidienne qu'ils ont eu à surmonter, les difficultés et les incertitudes qu'ils ont eues à rencontrer dans leur vie familiale mais aussi professionnelle, afin de saisir le sens qu'ils en donnent.

2. CORDONNÈES DE LA PERSONNE INTERROGÉE

NOM ET PRÉNOM :

SEXE :

AGE :

PROFESSION :

3. THÈMES DE RECHERCHE

Pour mener nos entretiens nous ferons usage d'un guide d'entretien, ledit guide est construit autour des thèmes centraux.

- Représentation et pensées
- Signification de la maladie
- Les affects
- Mécanismes adaptatifs conscients
- Mécanismes de défense
- Relations avec les autres
- Perception de soi, image de soi
- Perception du traitement

- Idéal du moi
- Désirs et fantasmes
- Angoisses

Blanchet (1997) distingue deux types de consignes : celles qui induisent un discours d'opinions (« *j'aimerais que vous me parliez de ..., ce que cela représente pour vous* ») et celles qui induisent un discours de narration (« *j'aimerai que vous me parliez de ..., comment ça s'est passée pour vous* »). La consigne et les questions doivent suggérer une implication forte du côté du sujet. Ce que l'on attend dans l'entretien clinique de recherche, c'est un discours personnel avec un appel à la subjectivité (« *ce que cela représente pour vous* »). La dimension relationnelle de l'entretien sera d'emblée soulignée (« *j'aimerais que vous me parliez de ...* »).

4.7. LE DÉROULEMENT DES ENTRETIENS

Avant de mener nos entretiens auprès de nos participants, nous avons eu au préalable à faire une pré-enquête au près du cardiologue traitant. Le professeur Yiagnigni Euloge qui exerce depuis de nombreuses années à la polyclinique les Promoteurs de la Bonne Santé, entend que cardiologue.

➤ ENTRETIEN EXPLORATOIRE AVEC LE CARDIOLOGUE

Nous avons eu un échange²⁸ avec le cardiologue de la polyclinique les PBS qui ayant suivi nos participants, un entretien de près de deux heures. Pendant cet entretien nous avons recueilli un certain nombre d'informations vis-à-vis de ce type de malades. Il nous a fait part de ses impressions et des réalités de ses patients. Nous avons donc au sorti de cet entretien, été renseignées sur le fait que très souvent, ces patients sont très retissant lorsqu'il s'agit de parler de leur expérience douloureuse et de leur souffrance surtout lorsqu'il s'agit d'une telle expérience celle de faire une crise cardiaque. Il nous a fait aussi part de la rareté de ces patients, de leur indisponibilité ceci dû au fait que très souvent ils poursuivent leur traitement à l'étranger. Il nous a tout aussi donné la conduite à tenir pour rencontrer nos patients. Ce premier entretien nous a permis d'avoir un certain nombre d'informations et à nous préparer à la rencontre de nos participants.

²⁸ La rencontre avec le cardiologue de la polyclinique était juste à titre exploratoire notre objectif a été celui d'avoir des premières impressions.

➤ ENTRETIEN AVEC LES PARTICIPANTS

Les entretiens ont eu lieu auprès des participants retenus après leur soumission aux critères de sélection et se faisant suivre à la polyclinique les PBS, étant tous volontaires à participer à l'étude. Les participants ont toujours la possibilité de refuser un entretien et ils étaient libres d'y livrer ce qui leur était possible de dire (Giordano, 2003 ; Mayer & Ouellet, 1991). Les rencontres avec les participants ont eu lieu à l'hôpital pour l'un et aux domiciles des autres. Nous présentions aux participants le but de l'étude. Une attention particulière était accordée à les rassurer quant à l'aspect de confidentialité de leurs propos. Nous encourageons également les participants à poser toutes les questions que la participation à la recherche suscitait en eux. Ensuite à la lumière des précisions apportées, nous nous assurons que la personne était toujours consentante à participer à l'étude, en lui rappelant qu'elle était libre de s'en retenir en tout temps.

Nous nous sommes basés sur les recommandations de Gighlione et Blanchet (1991) pour conduire nos entretiens. Ces auteurs proposent que la conduite de l'entretien débute à l'aide de consignes qui sont des actes directeurs qui initient le discours sur le thème donné. L'entretien se poursuivait par des relances, qui sont des actes subordonnés qui réfèrent à l'énoncé précédent de l'interviewé. De manière concrète après notre présentation et celle de l'étude, nous avons initié les entretiens avec les participants de la manière suivante : *« merci d'avoir accepté de participer à cette étude. Après que nous vous avons donné tous les renseignements dont vous avez besoin et expliqué les risques et les bénéfices de votre participation à cette recherche ... »*.

Chaque entretien a mis en moyenne deux heures trente (2H30 min), selon la disponibilité du participant. Et nous les avons rencontrés deux fois l'un, nous comptions effectuer plus de rencontres, mais n'avons pas trouvé nécessaire de le faire ceci parce que loin d'être restrictif nos participants ont été très ouverts et très accessibles, ce qui nous a permis de toucher tous les axes prévus pour la tâche. Au cours de nos entretiens, nous avons utilisé un bloc note et un stylo, auxquels nous avons associé un enregistreur audio avec leur accord.

Nos entretiens se sont déroulés en deux phases, à savoir le pré-entretien et la phase d'entretien proprement dite. Notons également que c'est le cardiologue traitant des patients (Pr. Yiagnigni Euloge) qui nous fit parvenir les coordonnées des patients afin que nous puissions

les contacter et prendre rendez-vous à leur convenance. En plus, il informait de la recherche bien avant notre rencontre ce qui nous facilitait la tâche à leur rencontre. Ce sont les patients ou aidants (beau-fils), qui nous donnaient le lieu (domicile, clinique) et l'heure (toujours de préférence le matin) à laquelle nous devions nous rencontrer.

La première phase ou pré-entretien commençait par notre présentation, suivie de l'explication du caractère confidentiel des données qui seront recueillies et les considérations éthiques qui régissent cette recherche. Par la suite de l'explication de notre thématique et du but qu'on visait au sortir de cette rencontre. Cet entretien nous permettait de rendre coopératif les sujets. Dans cette optique, nous avons privilégié la mise à l'aise et l'expression libre. Lorsque le participant était intéressé nous lui proposons donc le formulaire de consentement. Après avoir lu et signé le formulaire de consentement, nous établissions le jour du deuxième entretien pendant lequel nous aurions à échanger sur leur expérience. Avant de commencer l'entretien proprement dit, nous avons au préalable obtenu l'accord d'enregistrer l'entretien. Cet entretien a été pour nous une mise en condition pour nos participants.

Le deuxième entretien (l'écart des jours n'était pas considérable quelques jours), a commencé par une présentation du participant. Il était question ici de donner quelques informations sur leur identité (Nom et Prénom, âge, profession.). Ces entretiens furent enregistrés par le magnétophone de notre téléphone. La suite de l'entretien a consisté à parcourir notre guide d'entretien. À la fin de de l'entretien, nous avons demandé à chaque participant s'il y avait un élément que nous n'avions pas abordé et qu'il souhaiterait qu'on aborde.

Nous remercions à la fin le participant pour sa disponibilité. Une fois la collecte de données terminée, il était question de faire l'analyse de ces données.

4.8. TECHNIQUE D'ANALYSE DES ENTRETIENS : ANALYSE DE CONTENU

Considérant le caractère qualitatif de la technique utilisée (entretiens semi-structurés), l'analyse de contenu a été identifiée comme la plus appropriée. L'analyse de contenu est un mode de traitement de l'information qui s'applique à toute forme de discours, d'images et de communication. Elle vise une lecture seconde d'un message, pour substituer à l'interprétation intuitive ou instinctive ou une interprétation construite (Bardin, 1989).

L'analyse de contenu est une méthode de description systématisée et d'analyse des données verbales dont l'objectif est de rendre compte de « l'expérience interne du sujet »

(Bouloudnine, 2011). Elle se situe dans une démarche de compréhension plutôt que d'évaluation des phénomènes étudiés, elle part de l'expérience des sujets pour la théoriser. Elle construit des cadres de pensée a posteriori à l'inverse de la méthode expérimentale qui teste une assertion théorique et construit des cadres des pensées a posteriori à l'inverse de la méthode expérimentale qui teste une assertion théorique et construit des cadres à priori. Aucune de ces démarches ne « l'emporte » sur l'autre, la problématique de recherche détermine la meilleure méthode de recueil des données.

Les fondements épistémologiques de l'analyse de contenu reposent sur le fait que les mots sont des données objectives. Les propos tenus par des sujets dans le cadre d'un entretien clinique sont des données scientifiques au même titre que les réponses standardisées (échelles) ou quantifiées (scores). Elle tire sa légitimité et sa validité scientifique de sa rigueur méthodologique. Elle peut être évaluée selon les critères de qualité des recherches qualitatives (Santiago et al. 2015). Elle répond à des contraintes systématiques tout en offrant toute liberté d'analyse au chercheur. Comme toute recherche scientifique, l'analyse de contenu va du particulier au générale en recensant les propos des sujets pour ne proposer qu'une analyse globale. Cette analyse s'applique sur divers type d'entretiens : sur un corpus produit spécifiquement pour la recherche selon les principes et les méthodes scientifiques à partir d'une grille d'entretien, pour les contraintes lorsque le chercheur utilise les entretiens qu'il n'a ni élaborés, ni menés lui-même. Soit des corpus libre (récits, témoignages).

La méthode de l'analyse de contenu repose sur deux principes : la description et l'analyse. La description consiste à recenser et à ordonner les faits ou observables langagier (mots, phrases) du corpus de texte pour répondre à deux questions : *qu'est ce qui est dit* (description thématique) et *comment* (description linguistique) ? Elle repose sur la retranscription fidèle des propos des sujets et se structure par la catégorisation (identification des thèmes) et la classification (indexation dans les thèmes) des énoncés. Le sens d'une analyse de contenu va toujours des mots à la catégorie. L'analyse consiste à proposer des interprétations des catégories de discours susceptibles d'éclairer la compréhension d'un processus ou d'une dimension psychologique, autrement dit elle permet de passer du sens des énoncés à leur signification. Cette démarche de généralisation des résultats obtenus permet également un retour aux théories et concepts nourris par cette analyse (Bion et al, 2021, pp 219-222).

Ces deux mouvements (description et analyse) se déterminent mutuellement et garantissent la rigueur comme la richesse de la démarche. En effet ignorer ou privilégier un seul de ces mouvements au détriment de l'autre constitue une dérive à l'analyse de contenu. Ainsi donc, se contenter de la seule description du texte conduit à la paraphrase. À l'inverse, interpréter l'entretien sans s'appuyer sur la description rigoureuse et objective du texte conduit à l'interprétation sauvage.

Ainsi, l'analyse de contenu part de la retranscription des entretiens. Le corpus du texte ou encore verbatim contient l'ensemble des réponses de tous les sujets. Il est donc recommandé d'enregistrer les entretiens (avec l'accord des sujets mentionné dans le consentement éclairé) pour rester au plus près de leurs paroles. Dans le cas où l'entretien n'a pas pu être enregistré, la prise de notes ne garantit pas le principe de fidélité aux propos tenus et engage un biais de sélectivité de la part du chercheur. Il faut donc noter que l'enregistrement est l'une des conditions de fiabilité de la description des contenus. Cette retranscription passera donc par une première lecture qui a pour objectif de repérer (surligner) des éléments textuels récurrents (répétition d'idée ou de mots), des passages significatifs, le vocabulaire employé (champs sémantiques, métaphore), les émotions, les représentations ... Il est donc à ce niveau conseiller de laisser parler ses impressions, et de noter ce que le texte évoque (représentations), exprime (ressentis) ou questionne chez le lecteur (Bion.A et al, 2021, pp 217-236).

La catégorisation du corpus qui est une étape essentielle pour l'objectivité de la description (sa réplique). Elle consiste à élaborer des unités de sens pertinentes (thèmes) permettant le regroupement de mots ou énoncés qui se ressemblent. Dans le cas des entretiens clinique de recherche, les questions ont déjà été élaborées en rapport avec des thèmes que le chercheur souhaiterait explorer. De même de nouvelles catégories peuvent surgir de la recension des propos des sujets. La catégorisation permet donc la créativité et la liberté laissée aux chercheurs. On comprend donc que l'analyse de contenu laisse la part belle à la surprise, à l'inattendu. Elle met en exergue des thématiques ou processus auxquels le chercheur n'avait pas forcément pensé en amont. Le principe de significativité (une catégorie doit contenir suffisamment d'éléments textuels et concerner la moitié ou plus de l'échantillon), le principe de neutralité qui implique que le chercheur suspende tout jugement dans la construction des catégories et propose des critères répliquables pour tout autre chercheur. Celui de différenciation-discriminatoire qui voudrait que les catégories soient suffisamment précises et différenciées pour pouvoir être distinguées les unes des autres. L'homogénéité qui voudrait qu'un énoncé soit classé dans une seule catégorie. Et enfin le principe d'exhaustivité qui

voudrait que les catégories rendent compte de l'ensemble des univers de discours exprimés par les sujets (Bardin, 1998 ; Robert et Bouillaguet, 2007 ; Bauer, 2012 ; Schreir, 2014).

La classification ou encore indexation des énoncés, elle consiste à découper le texte de l'entretien en sélectionnant des phrases ou paragraphes pour les affecter à telle ou telle catégorie. Dans le cas d'un entretien semi directif de recherche, le chercheur recense les réponses des sujets aux thèmes et questions de la grille d'entretien. Il regroupe tout le discours concernant ce thème ou cette question sans préjuger d'une intention sous-jacente a certains propos qui pourrait en justifier une autre interprétation. Il faut donc se limiter au sens strict des mots.

La phase d'analyse du corpus consiste à proposer ses interprétations des résultats, non par sujet par sujet, mais catégorie par catégorie ou thème par thème dans l'ensemble de l'échantillon considéré. Elle doit à la fois intégrer et dépasser la description du texte pour aboutir à une généralisation des résultats et de leur traduction en termes de problématique clinique ou de leur théorisation psychologique. C'est sur ce mouvement de traduction du sens vers la signification que repose l'art difficile de l'interprétation : donner du sens sans juger. Elle doit pouvoir être justifiée par le texte, il est important de s'appuyer sur de fréquentes citations du corpus de l'entretien, d'en extraire des phrases significatives ou représentatives qui éclairent l'angle d'analyse choisi (Bioy,A ., & al, 2021, pp 217-236).

➤ Grille d'analyse

Tableau 2:grille d'analyse

THÈMES	INDICATEURS	INDICES
Expérience de l'urgence par le Moi	Ressentie des premiers signes	Douleur au niveau de la poitrine, difficultés à respiré
Expressions émotionnelles affectives du Moi	Emotions, sentiments, affects.	Peur, confiance, soulagement, craintes.
Constructions cognitives du Moi autour du traitement	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement affligeant, gênant, contraignant • Traitement 	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement peinant mettant à rude épreuve • Changement de

	considéré comme associé aux changements	l'hygiène alimentaire, pratique des activités sportives régulière.
--	---	--

Représentations construites par le Moi

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Représentation de la maladie construite par le Moi • Représentation de soi pendant la crise • Représentation construite par le Moi sur les causes de la maladie • Représentations du Moi construite sur l'évolution de la maladie • Représentations construites par le Moi sur l'implication de l'entourage | <ul style="list-style-type: none"> • A partir de l'expérience du malade • Le Moi mourant • Evènement relevant de la fatalité, résultant des évènements • Maladie allant de mal en bien en passant par stable • Entourage assez présente, insuffisamment présente |
|---|---|

Expression de la relation avec les autres

Relation existante, inexistante	Dépendant de son environnement, retirer de son environnement
---------------------------------	--

Investissements objectaux

Relation avec le cardiologue, le type de soin reçu	Relation de confiance, sécurisant, soin minutieux
--	---

Conflit du Moi

Avec pour résultante l'expression des symptômes (stress, anxiété)	Manque de sommeil, doute, énervé
---	----------------------------------

Les mécanismes psychiques du Moi	De défenses d'adaptations	et	L'humour, le passage à l'acte, l'idéalisation, suivi du traitement, pratique des exercices physiques, suspend de l'activité professionnelle
---	---------------------------	----	---

Le sens attribué par le Moi	Signification de la maladie, du statut de malade	La maladie du petit quotidien, éprouvant, handicapante. Homme ayant eu une grâce, endurant, en béquille
------------------------------------	--	--

4.8.1. Difficultés rencontrées lors de la collecte de données

Gaspard (2004) souligne que « la collecte de donnée est une phase primordiale d'une étude empirique ou d'un travail de recherche durant laquelle l'étudiant récolte des informations qui seront analysées pour confirmer ou non des hypothèses de départ et de répondre à une problématique ». Lors de la collecte de donnée de cette étude nous avons fait face à un certain nombre de difficultés parmi lesquelles : la rareté de ce type de patients (personnes qui survivent à un infarctus du myocarde), le temps mis pour notre terrain, l'indisponibilité de nos participants, le cadre non propice des entretiens.

Travaillant sur les personnes ayant survécu à un infarctus du myocarde, nous nous sommes rendu compte que ces personnes sont extrêmement rares, difficile à les localiser après leur traitement ceci s'explique par le fait que souvent, perdent la vie dans les années à venir ou se déplace. Ainsi nous avons eu cette difficulté à trouver plus de 3 patients qui remplissaient nos critères et qui étaient disposés à nous rencontrer. Nous étions donc dans l'obligation de passer par le cardiologue qui devait faire un recensement des patients disponibles et disposés.

Une autre difficulté que nous avons rencontrée pendant la collecte de nos données, a été le temps que nous avons mis sur le terrain. Nos participants étant extrêmement rares, leur recensement a mis beaucoup de temps car il fallait consulter des dossiers datant et les

contacter. En plus de cela le temps qui séparait un entretien de l'autre était assez considérable (plus de 4 mois), ceci justifiant le temps mis pour notre collecte.

Bien qu'ayant trouvé un certain nombre de patients, on se heurtait à une autre difficulté celle de leur disponibilité. Bien qu'ayant pris rendez-vous à plusieurs reprises avec de potentiels participants, il apparaissait très souvent qu'à la dernière minute ils annulaient pour indisponibilité ou pour changement de programme. Et nous nous trouvions dans l'obligation d'attendre et les relancer à chaque fois.

La dernière difficulté que nous avons eue a été celle des cadres de rencontres. La plupart des participants optait pour faire l'entretien dans leur domicile. Domicile qui était accès reculé du centre-ville. Nous nous retrouvions en difficulté de trouver la maison des participants et bien qu'ayant trouvé leur maison les conditions n'étaient pas très favorables (bruit...). Nous étions obligés de nous répéter ou encore de parler à voix haute pour nous faire entendre et comprendre et ceci rendait l'entretien assez pénible et fatiguant.

4.9. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

En psychologie comme dans plusieurs autres disciplines en sciences humaines, la recherche porte sur des aspects de l'activité humaine. Elle doit être conduite dans le respect strict des droits de la personne quels que soient les aspects étudiés. Les décisions conformes à l'éthique sont celles qui se fondent sur les principes du respect de la personne et bienfaisance (Fortin, 2006).

L'étudiante chercheuse a tenu compte des considérations éthiques dans la préparation et le déroulement de cette étude. Tel que stipulé, une demande d'autorisation écrite et les informations liées à l'exécution de cette recherche ont été adressées au comité d'éthique et au directeur général de la polyclinique les Promoteurs de la Bonne Santé et un consentement a été obtenu des participants.

Les participants ont été avisés qu'ils étaient libres de participer et qu'ils pouvaient se retirer en tout temps. En plus ils étaient assurés du caractère confidentiel des données recueillies lors des entrevues. Les bandes sonores ont été assurées d'être détruites après le dépôt du mémoire. Les participants ont été identifiés par un numéro de même qu'un nom fictif. Le nom fictif est donné pour personnaliser la présentation des données. Les participants sont assurés que leurs noms réels n'apparaîtront sur aucun des documents liés à l'étude et aucune information trop personnelle ne sera divulguée sans anonymat.

C'est ainsi que, le chercheur clinicien selon Fernandez et Catteuw (2001) cité par Leujeu (2017), doit observer un bon nombre de principe fondamentaux à savoir :

- Aucune recherche n'est justifiable si elle fait courir au sujet des risques démesurés.
- Aucune recherche sur la personne ne doit être entreprise si elle n'a pas pour but ultime l'acquisition de connaissances susceptibles de contribuer à l'amélioration de l'état de des conditions de vie de l'individu et de la société.
- Aucune recherche ne doit se faire sur la personne humaine s'il elle n'a pas donné un consentement libre et éclairé.
- Le chercheur doit reconnaître la portée limite de ses interprétations et veillée à ce qu'elles ne soient pas utilisées pour des fins autres de celles prévues.

Notre chapitre portant sur la méthodologie a été axé précisément sur un certain nombre de rappels (de notre problème de recherche mais aussi de notre objectif de recherche). Par la suite il a été question dans ce chapitre de faire une brève présentation de la polyclinique les Promoteurs de la bonne santé site de nos recherches. Ce chapitre, nous a donné l'occasion de faire une brève présentation de notre population de recherche à partir des critères sur lequel nous nous sommes appuyés pour la sélection à savoir les critères d'inclusion et de non inclusion. Toujours dans ce chapitre, il a été question de présenter l'approche clinique comme approche de recherche, l'entretien comme technique et le guide d'entretien comme instrument principal pour notre collecte de données. Au final il a été question de parler de notre descente sur le terrain tout en relevant les difficultés du terrain, nous avons donc clôturé ce chapitre par les considérations éthiques.

CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Après avoir présenté la problématique, le cadre conceptuel, théorique ainsi que la méthodologie, le présent chapitre de la présentation et l'analyse des résultats. La présentation et l'analyse des résultats de ceux-ci nous permettent une meilleure compréhension de l'objet de notre étude.

5.1. PRESENTATION DES PARTICIPANTS

Pour notre étude, nous avons travaillé avec trois cas que nous présenterons dans les paragraphes suivants.

5.1.1. Saïd

Saïd, est un homme âgé de 73 ans. Il est marié, père de famille et grand père. Résident depuis fort longtemps dans la ville de Fouban, il y exerce le métier d'artisan. Saïd ne présentait aucun problème de santé selon lui, jusqu'à la survenue de son infarctus. Mais sa sœur avait fait un infarctus, il y'a quelques années.

En mai 2022, il a eu à faire un premier malaise dans son domicile et a été conduit directement par ses enfants à l'hôpital de District de Fouban, où il a fait près de deux semaines d'hospitalisation. Il s'en sort et est mis sous traitement. Trois semaines plus tard il refait un malaise (douleur à la poitrine, difficulté à respirer...) qui cette fois ci, est plus accentué et plus intense. En urgence, il est rapidement conduit à Yaoundé à la polyclinique les promoteurs de la Bonne Santé et est directement pris en charge. Il fait malheureusement un coma de plusieurs semaines, et s'en sort, grâce à la persévérance de son cardiologue soignant, il passe plusieurs semaines en hospitalisation et apprend à son retour à la maison la perte de l'une de ses sœurs qui malheureusement succombe à une crise cardiaque.

5.1.2. Yves

Yves est résident de la ville de Yaoundé, commerçant à la retraite, marié, père, et grand père de nombreux enfants. Hypertendu depuis 1990, il a eu à se faire suivre pendant un

moment avant d'abandonner complètement son traitement. Il est âgé de 72 ans et originaire du centre Cameroun.

En 90, au travers d'une émission radiophonique sur l'hypertension, Mr Yves s'identifie au travers des descriptions des symptômes sus évoqués en émission et se dirige à l'hôpital pour les examens et le suivi médical. Il est directement interné car il présente une tension assez élevée. Il suit son traitement puis abandonne après sa sortie à l'hôpital.

En 2000, Yves ressent une forte douleur au niveau de la poitrine le lendemain de son activité de distraction favori (casser les graviers devant sa cours). Il va à l'hôpital d'Aloutchem et fait des examens médicaux et est directement mis sous traitement ambulatoire. Toutes-fois, il ressent continuellement la douleur et n'est pas satisfait de son traitement. Quelques années après, sur conseil d'un proche il va donc au CHU et suis un nouveau traitement, qui améliore son quotidien mais jusqu'ici ne lui apporte pas toujours satisfaction. Il fait un infarctus et se retrouve donc à la polyclinique les Promoteurs de la Bonne Santé dans lequel il se fait suivre jusqu'à ce jour.

5.1.3. François

Conseiller d'orientation et agent au ministère des enseignements secondaires à la retraite, François est âgé de 61 ans, marié, père et grand-père de plusieurs enfants. Il réside dans la ville de Yaoundé depuis des années. Hypertendu, il a été soumis au cours de l'exercice de ses fonctions à un certain nombre de stress et de pression professionnelle, mais aussi a été marqué par de nombreuses tragédies familiales.

En 2017, il a été soumis à une succession d'évènements sur le plan familial et sur le plan professionnel. Sur le plan familial il s'est vu perdre de nombreux proches de façon subite et inattendue, chose qu'il n'a pas pu accepter. Sur le plan professionnel, il a eu des désaccords graves avec ceux dont il croyait partager les mêmes convictions professionnelles, qui une fois de plus, l'on marqué de façon négative.

Un matin comme à ses habitudes, voulant se rendre à son lieu de service, il ressent des palpitations, et une légère douleur au niveau de la poitrine. Il prend sa tension et se rend compte de son élévation, malgré cela, il va tout de même au travail. Sur place, la douleur et le rythme cardiaque continuent à s'accélérer. Il appelle une connaissance médecin et lui fait part de ses symptômes, quelques temps après, il fait un infarctus et est conduit directement à la

polyclinique les Promoteurs de la Bonne Santé et est directement pris en charge et est mis hors de danger.

Nos participants ainsi présentés, il sera question pour nous dans la suite de ressortir les éléments caractéristiques de leur réalité psychique subjective tout en mettant un accent particulier sur le sens expérientiel donné par ces patients et d'en faire une analyse.

5.2. LES RÉSULTATS ET LEUR ANALYSES

Il sera question dans cette partie de ressortir les éléments caractéristiques de la réalité psychique des participants et le sens qu'ils lui donnent.

5.2.1. Intégration, ressenti des premiers signes et l'expérience de l'urgence par le Moi

La survenue de la crise apparaît comme un évènement soudain, s'accompagnant de nombreuses sensations : douleur oppressante au niveau de la poitrine, sensation de souffle coupé, les gênes (difficultés à respirer) hors de control suscitant de nombreux questionnements. Chez Saïd la douleur ressentie au niveau de la poitrine est telle qu'il appelle directement au secours : *« J'appelle ma femme, j'appelle mes fils, pour voir ce qui ne va pas oui ! Comment je me roule, je me couche avec le dos avec le ventre. Ça ne tient pas, et puis pour me coucher ça me faisait toujours mal »*. Ainsi on comprend que cette douleur ressentie est affligeante pour lui, insupportable et favorisant directement son appel à l'aide d'une multitude de personnes (femme, fils). Ceci témoignant l'insupportable douleur au moment de la crise. Chez Yves les signes ressentis (douleur au niveau de la poitrine, souffle coupé ...) lui ont semblé gérable lorsqu'il faisait part de son malaise à son entourage : *« je leur ai dit que je sentais mal à la poitrine et que j'essayais d'aller quelque part »*. En ce moment-là le patient n'avait pas encore l'idée de la tournure que son malaise devait prendre jusqu'au moment où il n'arrivait plus à marcher : *« j'ai senti mal, marcher même ce n'était pas facile, ça me faisait très mal, il a fallu que j'appelle pour qu'on vienne me chercher, il a fallu que je demande aux gens de venir me porter dans la voiture, j'étais assis au bord de la rue, je ne pouvais plus marcher »*. Comme Saïd le ressenti de cette douleur, Yves lui a valu un appel à l'aide.

François quant à lui ressent les premières sensations depuis son domicile, mais réagi lorsqu'il se rend compte que les sensations ne s'arrêtent pas, au contraire s'amplifient, à son arrivé dans son lieu de service *« je suis parti de la maison, partant de la maison je ressentais des choses anormales, je ressentais des choses anormales, je sentais en moi, je sentais en moi des palpitations, j'ai pris ma tension et j'ai vu que ça crampait, je suis allé au bureau, et étant au bureau j'ai vu que ça continuait. Je me suis dit mais qu'est ce qui se passe, mais*

qu'est ce qui se passe ? Je suis sorti, je suis allé le voir ». La situation contrairement aux précédents n'a pas été brusque, mais évolutive, cependant tous nos participants ont ressenti à un certain moment des sensations qui se localisaient autour de la poitrine. Le Moi de chacun d'eux s'est déployé d'une manière ou d'une autre pour affronter ces ressentis.

C'est suite à ces ressentis des premiers signes que vont donc se créer chez les participants les tous premiers affects, émotions, et sentiments emmagasinés par le Moi.

5.2.2. Les expressions émotionnelle et affectives du Moi

Selon le dictionnaire Larousse (2010) l'affect en psychologie est un état affectif élémentaire ressenti traduisant une pulsion. Elle peut être une émotion ou un sentiment. Une émotion est un état affectif intense, caractérisé par des troubles divers (pâleur, accélération du pouls...). Le sentiment quant à lui est un état affectif qui se construit sur des représentations mentales qui s'installent durablement chez l'individu avec un ressenti moins intense.

Nous les avons relevés pendant trois moments précis : à la survenue de la crise et à l'annonce du diagnostic de l'IDM et après la crise.

5.2.2.1. Pendant la crise

La survenue de la crise a été un évènement soudain mais aussi nouveau pour la plupart de ces personnes. Ainsi les principaux affects qui en découlaient été des affects négatifs. Saïd en témoigne à partir de ces verbatim *« j'étais triste, et malheureux »* Ainsi l'on comprend que ces appels au secours relevait de la situation qui se présentait incontrôlable et à connotation négative. Le patient souffrait du moment présent des douleurs qu'il éprouvait en se résignant que tout pouvait arriver *« je me roule, je me couche avec le dos, avec le ventre, ça ne tient pas et puis pour me couchait ça me faisait toujours mal, je me dis que si ça se termine comme ça c'est comme tous les maux »*.

Chez Mr. Yves nous avons relevé comme sentiments la frayeur et la peur, se caractérisant par le fait qu'il soit terrifié par la nouvelle expérience méconnaissable de tous les autres. Yves : *« j'étais terrifié, puisque c'était un truc que je n'avais jamais vécu, ça me faisait très mal heim ! Très mal, il suffisait que je cherche à me lever et marcher, ça me demande de m'asseoir. Je ne savais pas ce que j'avais, autrement je ne devais pas aller à l'hôpital Aloutchem, je devais directement aller voir un cardiologue »*. On comprend à partir des propos que la peur venait de la nouveauté de l'expérience, qui entraînait chez le participant une certaine confusion sur la conduite à tenir à cet instant.

Chez monsieur François, l'on note de l'angoisse qui se manifeste par de nombreux questionnements sur ce qu'il ressentait dans son corps. « *Je ressentais des choses anormales, je ressentais des choses anormales, je me suis dit mais qu'est ce qui se passe ? mais qu'est ce qui se passe ?* ». Questionnement qui se suivent par l'idée de mort « *mais que je peux mourir, heimm ! Que je peux mourir* ». Son questionnement était signe de gêne et de recherche de sens ou d'explication et surtout preuve de sa peur vis-à-vis de la situation.

5.2.2.2. Pendant l'annonce du diagnostic

L'annonce du diagnostic est toujours un moment assez délicat pour le médecin et pour le patient chez qui le diagnostic est rendu. La délicatesse de ce moment réside dans la sensibilité du message rendu. Le patient à partir de cette annonce se fait des impressions qui pourront influencer ses représentations et influencer sur son comportement de santé. La délicatesse chez le médecin relève de la subtilité de la transmission. Chez nos participants l'annonce et l'intériorisation du message véhiculé par le médecin n'a pas été choquante et éprouvante au contraire, ils ont pris cela avec beaucoup de recul.

Chez Saïd la principale émotion pendant l'annonce a été celle de confiance, Saïd : « *Pour moi, je n'ai pas trop d'inquiétude, parce que je suis devant le docteur, il me fait les paramètres pour voir ce qui ne va pas, et il me la dit d'une certaine manière et j'ai encore compris* ». Le participant à partir des croyances vis avis de la médecine moderne et son efficacité, forge son assurance des soins du médecin, favorise sa posture « *Je crois à 75 pourcent à la médecine moderne et à 25 pourcent à la médecine traditionnelle, ma femme connaît que je crois à la médecine, quand je suis devant le docteur, je n'ai rien à dire, j'entends ce qu'il me dit et je mets en pratique, j'entends le docteur et ce qu'il me dit, moi je suis pour la médecine moderne, je pars à l'hôpital pour que l'hôpital voit ce qui ne va pas, et le docteur a dit que ça ira* » Cette position traduit chez le patient sa croyance à l'efficacité des soins qu'il recevra et en même temps la confiance en soi.

La plus grande frayeur d'Yves était dû au fait qu'il n'arrivait pas à identifier son mal, ce dont il souffrait lui était complètement inconnue, il éprouve un sentiment de soulagement lorsqu'on lui explique et qu'il prend connaissance de son mal : « *Plus tard on m'a dit que ce sont les caillots de sang, qui sont coagulés au niveau des artères, donc quand je fais des efforts le cœur bat plus vite, arriver là-bas comme ça ne peut pas traverser, ça cause cet accident* ». C'est donc ainsi qu'il trouve normal de tomber malade « *bon en tout cas ! Pour moi, je me disais que c'était normal que quelqu'un tombe malade, je n'ai pas été tellement*

dans le stress, j'ai directement cherché ». Le fait de connaître et de comprendre son mal lui a permis d'appréhender l'annonce comme un détonateur à la recherche de soins appropriés on peut donc noter ici, la sincérité chez ce patient.

Chez François l'annonce du diagnostic a suscité un sentiment de soulagement dans la mesure où on lui confirme des hypothèses, qu'il avait eu grâce à un échange avec un ami médecin sur le cœur « *je suis partis de nos échanges avec le docteur Yiagnigni il m'a dit que quand tu écoutes ton cœur battre, c'est qu'il y'a un problème, c'est anormal, le cœur doit battre, sans que l'on s'en rende compte et si tu te rends compte que tu suis ton cœur battre c'est qu'il y'a un problème* ». Lors de l'annonce du diagnostic qui confirmait ses idées, le participant se sent chanceux d'avoir réagi en sachant quoi faire, où se diriger « *tel qu'il m'a expliqué j'ai compris que je pouvais mourir, ça c'est clair ! Tout pouvait s'arrêter en ce moment-là, parce qu'il m'a expliqué le principe tel que je l'ai compris si effectivement je trainais avant de venir le voir je serai tombé et le cœur se serai arrêté* ». C'est donc dans cette optique que François réagit directement en mettant sur pieds des stratégies et un bon mental « *j'ai tout de suite mis toutes les chances de mon côté en suivant tout ce qu'il me dit, en respectant le traitement médical et l'hygiène de vie qui permet de tenir, les choses comme celles-là* ». L'annonce de son diagnostic a été pour lui le début de sa bataille mais aussi de la prise de conscience et de l'assurance.

5.3. Après la crise

Le malade cardiaque, vit depuis sa crise et même après un certain nombre de craintes qui l'angoisse au quotidien. Ces craintes sont principalement : la crainte de la mort, la crainte de la rechute, la crainte de ne pas être le même de ne plus retrouver ses capacités passées.

Chez nos participants la crainte de la mort s'est plus exprimée à partir de la crainte de la rechute. Yves « *je ne marche pas vite, si je marche vite j'ai peur que ça revienne* ». À partir de ce fragment l'on se rend très certainement compte que le patient a encore cette peur, cette crainte de refaire la crise, de se retrouver dans la situation passée. Cette crainte se remarque tout aussi chez François : « *je leur ai expliqué ce qui se passe, parce que là je n'étais pas, comment dire totalement à l'abri Heim, je pouvais tomber même sous traitement, il ne fallait pas qu'ils ne soient pas surpris si le pire arrivait, et je craignais vraiment que ça arrive* », il fait lui aussi allusion à cette crainte, de refaire une crise, même en prenant les médicaments ou en étant sous traitement.

Une autre forme de crainte que l'on a noté chez nos participants est la crainte de ne plus être comme avant. Yves « *je ne sais pas si je pourrai encore être celui que j'étais avant* », on comprend alors qu'il a cette crainte de perdre son identité dans la maladie. François lui aussi fait allusion à cette crainte de retrouver ses capacités physiques plus précisément sexuelles « *j'ai cette crainte-là de ne plus être capable, de retrouver mes capacités sexuelles* ». Ainsi, la maladie véhicule chez les malades de nombreuses craintes affectant leur quotidien. Leur Moi est submergé par des affects, des sentiments et des émotions désagréables qui restent vivaces même après la crise.

La situation de nos patients exige un traitement à vie sur lequel le Moi élabore des cognitions.

5.4. LES CONSTRUCTIONS COGNITIVES DU MOI AUTOUR DU TRAITEMENT

Le traitement des maladies chroniques a ceci de particulier qu'il est de longue durée et implique de nombreuses pensées chez les patients. Ainsi les patients perçoivent très souvent leur traitement à partir de plusieurs prismes c'est le cas chez nos patients d'IDM.

5.4.1. Un traitement considéré comme affligeant, gênant et contraignant.

La maladie cardiaque est une maladie qui demande la prise au quotidien d'un certain nombre de médicaments. Cette prise constitue pour le patient une gêne vue sa quantité et sa régularité ceci crée très souvent un sentiment de peine. Les propos de Saïd nous en font la démonstration : « *le plus souvent j'ai demandé au docteur que les médicaments qui m'a donné c'est trop !* » on comprend donc que prendre autant de médicament le dérange voilà pourquoi il le signale. L'ampleur que prend le traitement et ses effets constituent pour les patients une épreuve d'endurance et un parcours de combattant. Il rajoute à cet effet « *le plus souvent je ne prends pas les médicaments parce que quand je prenais les médicaments ça me donnait des allergies, chaque fois quand je prends les produits-là, ça me dérange* ». Grâce à lui on comprend que le traitement très souvent provoque des allergies. Yves lui aussi fait allusion à ce pan affligeant du traitement qui constitue des fois la plus grande difficulté : « *Pour ça vraiment, c'est le calvaire ! Les remèdes pour soigner cette maladie ce n'est pas facile, il y'a des effets secondaires énormes, énormes, il faut supporter pour pouvoir vivre avec, il faut supporter tellement ..., mais ça m'aide côté santé mais ça me dérange si bien que de fois que c'est un peu plus que la maladie que j'ai* ». Il reconnaît que le traitement de cette maladie est accés difficile.

La durée du traitement qui constitue une rude épreuve d'endurance ne garantit toutefois pas un soulagement immédiat à la douleur comme le souhaiteraient les patients. Constituant, donc pour eux un moment de torture, faisant naître chez eux un sentiment de tristesse. François souligne cela dans ces propos : « *En prenant tous ces médicaments-là, le traitement ne met pas fin immédiatement à la crise Heim ! De temps en temps tu sens que tout n'est pas partie la douleur revient pour quelque instants, quelques secondes heim ! Elle ne part pas immédiatement, mais non ! Ce traitement met long parce que jusqu'aujourd'hui je me soigne, jusqu'aujourd'hui je me soigne* ». On comprend ainsi que le traitement met à rude épreuve le mental mais aussi l'endurance du patient. Les propos de Yves donnent une illustration : « *il faut supporter tellement et chaque fois il faut contrôler lui-même, il y'a même des malades qui abandonnent* ». Yves met l'accent sur le fait que tous les patients ne sont pas résilients et endurent devant ce traitement qui met long et qui demande aux patients à la fois patience et endurance.

5.4.2. Un traitement considéré comme associé aux changements de système de vie

Le traitement de la maladie du cœur implique un certain nombre de changements dans l'hygiène de vie du patient. L'on se voit très souvent abandonner un certain nombre de comportements et en adopter d'autres.

L'abandon par exemple d'alcool ou du tabac constitue une nouvelle hygiène de santé ; cependant très peu de nos patients en étaient concernés à cause de leur obéissance religieuse et de leur mode de vie antérieur. Pour Saïd : « *depuis que je suis né, je ne connais pas le goût de la bière, du tabac ! Je ne connais pas depuis que je suis né* ». Yves : « *oui ! J'ai malheureusement ma fille, même ma vie ça n'a pas été désordonné, les bières là je ne suis pas dedans, parce que la maladie même interdit tout ça on ne doit pas boire !* » Contrairement à ces deux patients François lui a vu abandonner quelques-unes de ses habitudes quotidiennes : « *j'étais habitué à aller boire mes bières avec mes amis ! Si je continue je vais mourir* » il perçoit cet abandon comme nécessaire pour sa survie.

Très souvent on apporte une certaine modification dans le régime alimentaire des patients, cette modification implique l'abandon de certains aliments et l'adoption de nouveaux. Chez certains, le nouveau régime est total, ce qui traduit le fait que le patient a une perception de nécessité. François le souligne : « *on est absolument associé à un régime alimentaire qui fait en sorte que ce qu'on mangeait avant est un peu bien regarder, ce qui fait en sorte qu'on n'est plus en train de manger tout ce qu'on a sur la main non ! On est extrêmement*

regardant. C'est possible de ne plus manger au restaurant parce qu'au restaurant on n'est pas sûr de ce qu'on a utilisé ». Chez d'autres encore la privation reste partielle, Saïd : « *je n'abandonne rien ! non chez moi je n'abandonne rien, je fais seulement les gouters, je goute seulement, sans pour autant manger à ma faim, je n'abandonne rien* » contrairement à François qui lui décide d'embrasser son régime de façon totale, Saïd lui éprouve encore cette difficulté.

Le cœur malade impose l'adoption d'une hygiène de vie saine, avec pratique des exercices physiques (marches, courses...). François dit : « *on est obligé maintenant de faire des efforts pour ne plus être sédentaire, parce que le cœur ne doit plus seulement être en train d'attendre, il faut absolument le bousculer pour qu'il puisse accepter certains efforts* ». Chez certains c'est un nouveau rythme de vie qui très souvent, apparaît comme éprouvant dans la mesure où il faut habituer son moral et son corps dans cette pratique régulière. Cependant les habitués n'éprouvent pas grand changement. François raconte « *j'ai eu de la chance qu'il n'y'a pas eu beaucoup de neuf là-dedans, parce que je faisais du sport, donc sur ce plan-là il y'a pas eu une grande modification* ». Yves lui adopte la marche à pieds comme activité sportive « *je rentre à la maison à pieds* » cette précision nous montre à quel point il est engagé et démontrant une fois de plus dans les deux cas l'utilité de cette pratique pour leur condition.

À ces cognitions que le Moi construit sur le traitement, s'assieds les représentations de la maladie, de soi et de l'implication de l'entourage

5.5. LES RÈPRESENTATIONS CONSTRUITES PAR LE MOI

Par représentation on entend ce que l'on se représente, le contenu d'une pensée, mais aussi l'élément qui représente un phénomène psychique, qui est à la place. Avant la survenue de la crise et même après, les patients ont souvent une construction psychique de la maladie. Pendant la crise aussi il se forme un certain nombre de représentations de soi en crise dans le Moi des patients. Les représentations que le Moi du patient construit les causes originaires de la crise, l'évolution de la maladie et l'implication de l'entourage dans la maladie.

5.5.1. Les Représentation de la maladie construite par le Moi des patients

Les représentations construites par le Moi peuvent l'être à partir de notre expérience personnelle sur le phénomène, des connaissances nous venant de notre environnement, de vos investigations etc. Chez nos participants, ces représentations se sont construites, par le fait que les participants ont eu à côtoyer l'environnement médical, leur Moi s'est fixé une certaine

idée sur l'IDM. Saïd relève « *j'entends parler lorsque je suis à l'hôpital, de cardiologue et ceci cela, des maladies cardiaques, je me dis que c'est un mal comme les autres* ». François lui voit la maladie cardiaque comme une maladie à risque, demandant que le patient soit à l'écoute des signaux du corps, « *je suis parti de nos échanges avec le prof. Yiagnigni, il dit que quand tu écoutes ton cœur battre c'est qu'il y'a problème c'est anormal, le cœur doit battre, sans que l'on s'en rende compte, et si tu te rends compte que tu suis ton cœur battre, c'est qu'il y'a problème* ». L'IDM est dangereux, cette représentation qu'il s'est fait de la maladie lui a permis d'identifier les signes et de savoir très exactement où se diriger. « *Et j'ai foncé directement chez lui à la clinique* ».

Les représentations peuvent tout aussi se former avec la survenue de la crise. Chez nos patients qui ont survécu à l'IDM, le Moi s'est montré très productif quant à la formation des représentations.

5.5.2. Les représentations de soi pendant la crise

Au moment de la crise, c'est-à-dire quand l'individu ressent les symptômes propres à l'infarctus du myocarde, le sujet peut avoir des pensées sur soi. Saïd dit être un chanceux et béni de Dieu « *Moi je suis un musulman croyant ! Et comme on est ici, si ça arrive je vais dire Dieu merci, parce qu'avec 73 ans c'est déjà pas mal oui ! Je me dis si ça se termine comme ça c'est que Dieu m'a aimé* », se représentant comme vivant les derniers moments de grâce de sa vie. Pour François la seule idée qui lui vient à l'esprit est qu'il pouvait mourir, il le dit en insistant « *mais ! Que je peux mourir, Heim ! Que je peux mourir* », se représentant comme vivant les derniers instants de sa vie comme Saïd.

5.5.3. Les représentations construites par le Moi sur les causes de la maladie

Certains patients pendant nos entretiens ont pu nous faire part de ce qu'ils pensent selon eux, être la cause de la survenue de leur crise. Pour Yves ça été une sorte de fatalité à laquelle il ne pouvait pas échapper, il le nous confirme : « *il est bien vrai que je t'ai dit que j'avais cassé les pierres à la veille, mais je me dis que même si je ne cassais pas les pierres, ça devait arriver, parce que quoi, les pierres c'est le sport, comme on nous demande de faire le sport. J'ai même réfléchi qu'on a vu un footballeur qui était mort au terrain de football, Foè, il est mort quand il était en train de faire le sport, combien de fois moi aussi. Je ne suis pas mort, je suis vivant.* » Le récit du patient nous offre sa position vis-à-vis de ce qu'il pense être la cause de sa crise. Ainsi, il se la représente comme étant un évènement incontournable et souligne la chance qu'il a pu avoir de s'en sortir vivant. François lui considère que c'est sa

prédisposition (hypertendu depuis des années) et la succession d'événements (pertes, difficultés au travail) qui l'ont conduit jusque-là, il raconte : « *donc que, mon état était au terme d'un processus, je suis hypertendu, ça je le savais, ajouter à cela donc, il y'a eu des événements malheureux et incidents qui m'ont conduit à ce stade-ci* ». Il se représente donc les causes comme évènements majeurs de tous ses soucis, évènement majeur dont il regrette la survenue et même l'existence.

5.5.4. La représentation construite par le Moi sur l'évolution de la maladie

Le propos d'Yves, on apprend qu'il a eu à se faire suivre tout d'abord à Obobogo puis par la suite au CHU avant de se retrouver aux PBS. Il met donc l'accent sur les moments difficiles, des moments d'accalmies, enfin, le moment pendant lequel il trouve soulagement et satisfaction : « *je suis allé à l'hôpital Aloutchem, là-bas à Obobogo on m'a passé des radios et tout et tout, on m'a prescrit des traitements, qu'on devait revoir après. Quand je suis rentré à la maison jusque-là, ça n'allait pas, je sentais sérieusement mal, quelqu'un m'a demandé d'aller au CHU, je suis donc allé là-bas. Il y avait une femme là-bas qu'on appelle Mme Ngou, elle était blanche, elle était cardiologue ; bon ! Elle s'est un peu occupée de moi, mais ça n'allait pas. Je me suis retrouvé ici, le mal là c'est le passé* ». Ainsi il se représente ce parcours comme étant assez difficile et éprouvant mais qui au final a abouti à quelque chose de satisfaisant puisqu'il souligne que son mal relève du passé.

5.5.5. Représentations construites par le Moi sur l'implication de l'entourage dans la maladie du patient

L'entourage du patient se retrouve très souvent impliqué ou pas accès dans la maladie, cette implication (totale, réduite) marque le patient et fonde ses représentations sur son importance ou sur la place qu'on lui accorde au sein de sa famille. Il arrive très souvent que le patient vit sa maladie seule avec un soutien réduit venant de son entourage proche. Yves fait comprendre que tout au long de sa maladie, il n'a eu aucun soutien venant de son épouse et ses nombreux enfants « *je leur ai dit que je sentais mal à la poitrine et que j'essayais d'aller quelque part, il a fallu que je demande aux gens de venir me porter dans la voiture* ». On comprend que l'aide qu'il a reçu et venue des personnes extérieures « *...aux gens ...* ». Il souligne l'indifférence de son épouse et même de ses enfants vis-à-vis de sa situation de malade : « *on est là, on t'apporte une femme, tu apprends à l'aimer, elle-même elle est là comme ça, ma maladie je l'aiiiii, même mes enfants ça ne leur dis rien, je ne peux pas rentrer de l'hôpital, un enfant me dis donne ton carnet de l'hôpital je regarde* » il ajoute « *rare sont ceux qui savent que papa est important non !* ». Il se sent abandonné et livré à lui-même, il mène son combat sans l'aide

ou le soutien de sa famille « *tu sais que ces gens-là, si tu veux attendre qu'on s'occupe de toi, c'est ta vie que tu mettras en jeu, donc je dois chercher à prendre soin de moi sans attendre quoi que ce soit des gens* ». Malgré tout, il se sent responsable d'eux « *Mais sans te mentir, je prends soin d'eux* », il aurait voulu que sa famille soit tout aussi présente dans son combat comme lui au quotidien. Il se représente comme n'occupant pas une place importante dans sa famille, ne comptant pas pour eux. Ceci s'explique par le fait qu'il mène tout seul son combat sans l'aide des personnes qu'il tient. L'implication de son entourage dans sa maladie est considérée comme nulle.

Les cas de figures que nous offrent Saïd et François semble très différent du cas d'Yves. La famille constitue un grand agent dans leur processus de santé. Ils nous le font savoir en montrant à quel point leur présence, accompagnement, soutien, implication ont été un levier. Saïd fait allusion au déplacement massif de sa famille lors de son hospitalisation : « *oui ! Eh ! Eux tous ils sont quittés de Foumban pour venir me visiter à l'hôpital, pendant les semaines que j'ai passées là-bas, ils sont venus, mes frères, mes sœurs, mes cousins, mes cousines, mes cousins ils sont venus à l'hôpital* », il parle tout aussi de l'accompagnement reçu de ses proches : « *oui, même ceux qui étaient ici, ils venaient, grand père, grand père comment ça va ?* », du soutien financier ; « *mes enfants ont mis beaucoup de moyen financier pour mes soins* » au vu de tout cela, il exprime son vécu : « *les voir ainsi m'a beaucoup ému, et j'ai vécu ça avec beaucoup d'émotions* ». Par la suite, il fait allusion à ses perceptions et représentations autour de la chose : « *J'ai autour de moi, je sais que vraiment je serai bien même si je suis encore couché, je serai guéri, parce qu'ils ont l'amour de m'approcher et de dire ceci cela ! Comment ça va grand père ? Qu'est ce qui ne va pas grand père ? On t'apporte quoi ? Ceci cela ! Oui c'est bon pour moi ça me fait tenir bon et vouloir au plus vite me rétablir* » On comprend que le patient se représente ces soutiens comme une sorte de support qui lui permettront de retrouver sa santé. Mais aussi se représente comme étant précieux pour sa famille. Chez François la famille constitue tout aussi un pilier menant la lutte à ses côtés. Il souligne l'importance de son épouse dans son combat et sa coopération : « *ah ! Il faut faire avec heim ! Il faut faire avec la famille, parce que, si tu prends la décision tout seul et que la famille n'adhère pas, il y'a bien une chose que tu ne feras pas, je ne suis pas à la cuisine il faut bien qu'elle accepte le nouveau comportement, les nouvelles obligations qu'elle a maintenant, tout le monde se met au pas. Il faut qu'elle accepte également, qu'elle accepte que certaines choses qu'on consommait actuellement, ça je suis exclu, rien à faire* », il fait allusion à la posture de sauvetage adoptée au sein de la famille : « *Mais la réaction est*

celle de sauvetage, c'est celle de sauvetage, qu'il faut contribuer à me sauver... Un exemple terre à terre ce matin par exemple je suis allé marcher, dès que mes tennnis sont en train de se détériorer, je n'ai pas besoin de dire qu'on m'achète des autres non ! » par la suite il ajoute « *parce que si je n'ai plus de chaussure pour aller marcher, je ne peux plus marcher, et si je ne marche pas ça aura des incidences sur ma santé, et si ça des incidences, la conséquence est celle qu'on aimerai pas avoir. Donc qu'il y'a une contribution qui ne dis pas son nom à mon adaptation.* ». Toute cette implication venant de son entourage fait naître en lui de nombreuses représentations vis-à-vis de sa grande importance et de la précieuse place qu'il occupe au sein de sa famille. Il nous le fait savoir lorsqu'il cite : « *je comprends qu'ils ont besoin de moi, qu'ils ne veulent pas me voir partir de toute façon humm ! Que ce n'est pas facile de me voir partir, c'est vrai ça arrivera un jour, mais pas maintenant Heim ! Que ça soit retarder autant que possible, pas tout de suite. Parce que si c'était une situation qui laisse indifférente ; ils n'auraient pas tant de peine, ils diraient qu'il se débrouille, c'est lui qui es malade, mais à partir du moment qu'ils s'impliquent dans le suivi d'un traitement et les nouveaux comportements que j'ai adopté, je comprends que c'est aussi une question qui les intéresse directement.* » Ainsi, il sait que la question de sa santé est une question qui concerne tout le monde.

Dans sa maladie le moi de ces patients, malgré leur état favorise le développement des pensées aussi négatives que positives sur leurs différentes familles.

5.6. LA SAISIE ET L'EXPRESSION DE LA RELATION AVEC LES AUTRES PAR LE MOI

Le statut de malade chronique fait très souvent naître un tout autre type de relation différent de celle qu'on avait avant la maladie. Il peut aussi s'avérer que la maladie ne change en rien la relation existante. Chez nos participants nous avons noté deux formes de relation avec l'environnement familial.

La maladie favorise chez certains de nos participants un rapprochement, une dépendance mais aussi une collaboration entre malade et agent familial. François nous fait comprendre que sans la collaboration de la famille très certainement il lui devait être difficile de s'en sortir : « *sans la famille on ne s'en sort pas* ». IL a donc pleinement conscience de cette nouvelle forme de relation et du fait qu'elle soit incontournable vu sa situation, qui favorise ainsi son ouverture à son environnement.

Ce cas de figure est complètement différent de celui que nous donnons à voir Yves qui, au lieu de percevoir un soutien et accompagnement venant de son environnement extérieur, se sent seul et à l'écart de tout : « *ma maladie je l'ai porté sur moi* ». Ce qui favorise chez le patient cette tendance à s'isoler d'eux : « *je pars rester au village régulièrement, là-bas, c'est même encore plus calme* », « *je sors à 09h du matin et je rentre vers 16h* ». Tous ces faits témoignent le fait qu'il passe le moins de temps possible auprès de sa famille témoignant ainsi le type de relation qu'il a avec les siens depuis sa maladie.

5.7. LES INVESTISSEMENTS OBJECTAUX

La relation d'objet, ou relation objectal est la relation qu'entretient un individu avec l'objet vers lequel s'orientent ses pulsions. L'objet pulsionnel, peut-être une personne. C'est donc dans cette relation que l'individu s'investi libidinalement.

Dans la maladie, le patient investi très souvent sur la relation ou sur le type de soin que le médecin lui procure. Nos participants, eux aussi, ont eu à investir là-dessus. Ils font allusion à l'importance incontournable du type de soins de leur ressenti et de l'implication de ce type de soin pour eux entend que malade, entend que demandeur de soins. Yves et François font allusion aux types de soins que leur médecin soignant apporte et surtout de l'impact de ce type de soin dans leur posture de malade.

Yves parle du cadre accueillant lorsqu'il est auprès de son médecin et de son effet sur lui : « *Ce Mr. sourit avec tout le monde, vous pouvez même avoir la santé sans, sans traitement c'est de ça qu'il est question, il ne nous insulte pas, tu lui pose n'importe quelle question, il prend tout son temps, répond en souriant* ». François en fait lui aussi allusion : « *quand je viens en consultation on consacre quelques minutes à blaguer* ». Yves poursuit en insistant sur l'importance de ce type d'accueil « *ça donne la santé ma fille* » ; il parle de l'importance de la motivation et des encouragements qu'il reçoit de son médecin : « *Bon ! Il a même dit à quelqu'un qu'il a vu un papa qui n'abandonne pas son traitement, qui sait ce qu'il fait, ce qu'il veut alors, la personne est venue me dire, si je ne le suis pas, je vais suivre qui ?* », « *C'est ...Je te parlais que c'est le médecin ci, c'est lui qui m'encourage, je t'ai même dis ça au départ que mon sauveur, c'est lui, il a même voulu m'amener à l'étranger un moment...* ». « *C'est lui qui me pousse à vivre, c'est lui, mais je sais que ma vie c'est entre les mains de ce médecin, c'est lui* ». François fait allusion à la délicatesse que fait preuve son médecin pendant sa consultation « *Quand je viens en consultation chez le Dr Euloge, ce n'est pas l'affaire que tu es là-bas il est ici, non non ! Tu viens parce que ton cœur ne va pas bien, il*

regarde tes pieds pour voir s'il n'y'a pas des œdèmes qui se forment là, tu enlèves tes chaussettes il regarde, il t'occulte, il t'occulte partout. Il regarde jusqu'aux détails... », Cette attention favorise chez le patient une sorte d'estime et la considération de sa personne.

Ces patients investissent tellement sur leurs soins qu'en cas d'écart ils ne manquent pas de signaler leur mécontentement ou agir. Yves : « *Parce qu'il y'a certain quand tu arrives on te prend comme le chiffon non ! Même comme tu es venu chercher la santé on doit quand même respecter ta vie, tu n'as pas demandé la maladie »*, François de son côté ne manque d'en parler : « *j'arrive un jour on m'envoie chez un médecin généraliste, qui est assis de l'autre côté, moi je suis assis ici, il me pose des questions, il remplit le carnet et il me sort une ordonnance, je prends, je regarde et je dis merci docta, je sors de là et je dis à l'accueil que je ne suis pas content, je ne suis pas content je vous dis ... »*. Yves lui décide d'agir directement : « *et quand même tu arrives, si même j'ai fuis d'autres médecins c'est parce que le malade a besoin de la santé, mais s'il vient, vous le prenez comme n'importe quoi il ne sera pas content »*. François relate : « *pour dire que quand un médecin te reçoit de cette manière-là et qu'un autre vient te traiter comme un objet, mais non ! Je lui ai dit que sincèrement, c'est en fonction des standards que tu as imposé là. C'est bon que partout à la clinique que les gars respectent ça »*. Ceci témoigne de la grande quantité l'énergie psychique investie sur l'objet qui est le type de soin.

Le Moi de nos patients mobilise ici différents investissements libidinaux effectués et exprime les relations objectales construites.

5.8. LES CONFLITS DU MOI

Le symptôme désigne un phénomène subjectif qui constitue non pas le signe d'une maladie, mais l'expression d'un conflit inconscient. Ces survivants présentent un certain nombre de symptômes qui relèvent de l'anxiété. Yves par exemple nous fait part de cela « *Oui ma fille, pendant ce moment-là je ne dormais pas, je réfléchissais chaque temps, même travailler ça me dépassait, parce que j'avais toujours mal Heim »*. Il rajoute qu'avant la rencontre de son cardiologue traitant, il présentait certains symptômes témoignant d'une forme d'anxiété « *Oui lorsque, on m'a dit de venir ici, au début j'étais toujours dans le doute, un peu pensif de temps à autre, toujours irrité »*. Il présente un sentiment de crainte, de l'inquiétude sur sa situation présente. François lui aussi présente à un moment certain symptômes : « *À vrai dire, j'étais une autre personne, je m'énervais pour un rien, je ne dormais plus, j'avais toujours ce mot à l'esprit (mort), pendant une petite période, bon après*

c'est passé ». L'anxiété et le stress sont étroitement liés, ceci en raison du fait que, l'anxiété soit en quelque sorte une réponse du stress relativement fréquente. Cette anxiété et ce stress peuvent être en raison de certaines restrictions dans la vie de ces personnes (chez nos survivants la restriction alimentaire par exemple se signale), des renoncements (François a renoncé à ses petites rencontres au bar avec ses amis, à ses petites sorties à la brique,), des changements, des contrôles médicaux et bien d'autres. François raconte « *j'étais habitué à aller boire mes bières avec mes amis et si je continuais j'allais mourir* ».

5.9. LES MÉCANISMES PSYCHIQUES DU MOI

Les patients mettent très souvent en jeu des mécanismes soit pour se défendre des excitations intense ou pensées frustrantes auxquels ils ne sauraient faire face ou encore des mécanismes pour s'adapter à la situation à laquelle ils vivent. Chez nos participants nous avons remarqué qu'ils mettent plus en place des mécanismes d'adaptation. Cependant nous avons aussi noté des mécanismes dits de défense produits par le moi.

5.9.1. Les mécanismes de défense

Une défense est fondamentalement pour la psychanalyse un acte par lequel un sujet confronté à une représentation insupportable la refoule, faute d'avoir les moyens de la lier, par un travail de pensée, aux autres pensées. Les mécanismes de défense constituent donc l'ensemble des opérations dont la finalité est de réduire, de supprimer toutes modifications susceptibles de mettre en danger l'intégrité et la constante de l'individu biopsychologique.

Pendant nos entretiens nous avons pu à partir du discours fournis par nos participants relever quelques mécanismes dits de défense :

L'humour qui est un mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels, aux facteurs de stress en faisant ressortir les aspects amusants ou ironique des conflits ou de facteur de stress. Lorsque nous nous intéressions aux représentations du sujet pendant la crise cardiaque nous notons dans la réponse une certaine ironie, Saïd narre : « *Night, chacun doit mourir* ». Cette déclaration refus nous est apparue comme étant une sorte de défense pour faire face à ce que revêt le mot « *mort* ».

L'idéalisation : c'est l'attribut aux autres des qualités exagérément positives. Nous avons noté cette idéalisation dans le récit de Yves lorsqu'il parle de son médecin et du type de soin qu'il procure : « *ce monsieur est conscient de tout le monde, je ne sais pas, si j'étais quelqu'un je devais le mettre une médaille, vous pouvez même avoir la santé sans traitement* ».

». A partir de là on 'a l'impression d'avoir à faire à un homme qui possède des qualités surhumaines.

Le passage à l'acte : c'est une réponse aux conflits et au stress par les actions plutôt que par les sentiments. On a noté chez nos participants des passages à l'acte dites défensifs, François part directement à la polyclinique lorsqu'il ressent ses symptômes « *j'ai foncé directement chez lui, à la polyclinique* », Yves malgré la douleur essaie d'aller à l'hôpital par ses propres moyens : « *je leur ai dit que je sentais mal à la poitrine , et que j'essayais d'aller quelque part* » par la suite on apprend que Yves n'a pas pu aller bien loin et qu'il a dû appeler pour qu'on vienne le chercher au bord de la route où il était assis.

5.9.2 Les stratégies d'adaptation

L'adaptation est bonne lorsque le sujet ne se laisse pas envahir par la maladie, par la détresse et mobilise des stratégies pour réguler ses émotions négatives, résoudre les problèmes que pose la maladie dans la gestion de la vie quotidienne, familiale, sociale et professionnelle, et encore suivre correctement le traitement qui lui est proposé.

Nos participants ont fait appel à plusieurs mécanismes dites d'adaptation pour faire face à la maladie quotidiennement. Saïd par exemple qui a été un grand voyageur, décide de réduire ses nombreux voyages à travers le monde et prend plus de temps pour lui : « *ces derniers temps, j'ai trop voyagé, je dis ça va bon ! Je ne peux plus voyager, maintenant je prends du repos* », il décide tout aussi de réduire son rythme au travail « *chez moi, il y'a des ateliers de travail, je passe s'il y'a quelque chose qui ne va pas, je lui dis que ça ne va pas, faut faire comme si, faut faire comme ça, mais pour rester comme ça non ! Je fais le tour* ». Ayant conscience de la nécessité de se reposer Saïd décide de laisser les rênes de ces nombreux ateliers à ses employeurs et intervient juste en cas de nécessité. Yves décide de se retirer du cadre professionnel, se met sous régime et évite tout aliment pouvant nuire à sa santé : « *j'essaie aussi de suivre les prescriptions du médecin, manger peu salé, les fruits en tout cas, tu sais tous ces choses-là j'essaie de respecter* », il ajoute : « *les bières là, je ne suis pas dedans, parce que la maladie interdit même tout ça, on ne doit pas boire, je ne dois pas aller m'asseoir là où il y a le bruit* » à ceci il fait comprendre qu'il fait de la marche à la fin de ses journées: « *je rentre à la maison à pied* », conscient d'avoir le cœur malade et lui demandant quelques fois des exercices, il ne manque pas de se mettre en condition physique. François lui décide de tout réorganiser (son hygiène de vie), il le nous fais comprendre à partir de son discours : « *On est absolument soumis à un régime alimentaire qui fait en sorte que ce qu'on*

mangeait avant est un peu bien regarder, ce qui fais en sorte qu'on n'est plus en train de manger tout ce qu'on a sur la main, non ! on est extrêmement regardant, on est obligé maintenant de faire des efforts pour ne plus être sédentaire, parce que le cœur se plaignant il faut l'aider à supporter des efforts, aussi aller marcher pour que le cœur ne soit plus seulement en train d'attendre , il faut absolument le bousculer un peu pour qu'il puisse accepter aussi des efforts, donc que ça fait que ça induit une série de nouveaux comportements qu'il faut adopter pour s'adapter à la nouvelle situation .» Il a pleinement conscience des efforts à faire afin de s'en sortir, il narre : « sinon, on ne s'en sort pas », « le premier geste quand je prends ma pension, c'est d'acheter mes médicaments. » Pour lui sa priorité est d'avoir à sa disposition ses médicaments. Saïd, Yves ou encore François sont disposés à tout mettre en œuvre pour faire face à la maladie. Ils ne manquent pas de se retirer du monde professionnel qui quelques fois sont stressant, de se séparer des habitudes à risque pour la maladie (consommation d'alcool, ...), d'avoir de nouvelles habitudes de vie (consommation de fruits, de certain type de viandes...), et faire régulièrement du sport. Ces stratégies font preuve de leur détermination à ne pas se laisser vaincre par leur situation.

5.10. LE SENS ATTRIBUÈ PAR LE MOI À LA MALADIE

Etre atteint d'une maladie et vivre avec cette dernière continuellement, est porteuse de signification pour ses malades. Chacun d'eux, à sa manière de la définir et à partir de cette définition lui confère un sens. Il commence par définir la façon dont il voit la maladie avant de se définir entend que malade.

Saïd tout au long de notre entretien reste dans la posture qu'être atteint d'une telle maladie est comme être atteint de toutes autres formes de maladie, pour lui il y'a pas de différence entre sa maladie et celle du petit quotidien (rhume, toux ...). Cette idée est explicitée lorsqu'il relate : « *Quand j'entends parler de ça, je me dis que c'est un mal comme les autres* ». Par la suite il ajoute : « *la maladie cardiaque est comme toutes les maladies heim ! Le rhume, le mal de ventre, les maux de tête moi, je prends ça comme ça* ». La définissant ainsi, il se définit plutôt comme un homme fort qui à cet âge (73 ans) a pu survivre à un tel choc (failli mourir, faire le coma). Le patient se sent chanceux non pas parce qu'il a cette maladie et vit avec (il considère sa maladie comme tout autre) mais plutôt parce qu'il a traversé de nombreuses épreuves (faire le coma) qu'un autre homme de son âge n'aurait certainement pas pu supporter. Il se définit comme chanceux car sa petite sœur bien plus jeune que lui n'a pas survécu à la même crise (IDM) et qu'il a eu une grâce vu son âge : « *parce qu'avec 73 ans c'est déjà pas mal* ».

Yves, lui définit cette maladie comme étant éprouvante en termes de traitement : « *pour ça vraiment c'est le clavaire !* ». Qui demande de la part du malade un état d'esprit de fer et qui le met en difficulté (malade) : « *Je crois que si je ne tenais pas bon, je devais clamser !* ». À cet effet, il se définit comme un guerrier debout, qui malgré tout fait partir de ceux qui résistent : « *mais les gens sont morts à côté de moi, j'ai vu certain malade jusqu'à dire que je ne suis pas malade, parce qu'il y'en qui sont couchés, comment l'homme doit être malade ?* » et qui a tenu bon. Il se définit entant que malade modèle sur qui les personnes se retrouvant dans sa situation devront prendre exemple : « *ce que je peux dire, mais ! C'est de venir ici et de voir mon cas ...* ». Il fait partie de ceux qui pourront à partir de son expérience aider les autres.

François, lui définit la maladie comme une maladie à risque qui met la personne dans une condition d'alerte : « *l'entourage doit savoir ce qui peut arriver,* », Mais aussi handicapante dans la mesure où l'on doit vivre avec une béquille (médicaments). Il se définit donc comme une personne avec des béquilles : « *si tu es bredouilles maintenant, et qu'il faut porter des béquilles à ton cœur, tu dois donc t'adapter à ça, et te dire heureux parce que tu n'es pas mort donc si tu es encore vivant, tu dois te dire heureux et ne pas porter le deuil, être content de vivre si tu aimes la vie* ». Pour lui, avoir des béquilles n'est aucunement une gêne mais une opportunité de s'en sortir et de continuer sa vie. Il nous le fait comprendre : « *si les gens vivent pendant longtemps avec des béquilles, c'est à dire, les deux pieds ne répondent pas, ils sont avec les béquilles mais ils sont autant joyeux que tout le monde, donc dans mon cas, je me dis que si c'est avec les béquilles que mon c'oeur doit fonctionner mais allons s'y. Allons-y, humm !* ».

5.11. LE RAPPORT AU TEMPS EXPERIMENTÉ PAR LE MOI

Nos patients ont un rapport au temps qui se caractérise par l'alternance des moments de crise, de rémission et de rechutes, par la vie funambule entre les fausses alertes et les faux espoirs. Chez eux tout ce qui est pénible dans l'expérience ponctuelle est sans cesse réitéré dans la maladie. Chacun de leurs efforts longs et pénibles est sans cesse menacé d'être réduit à néant par une nouvelle crise, une nouvelle attaque au terme de laquelle il leur faudra de nouveau tout reprendre à zéro dans l'espoir de retrouver un peu de ce sentiment particulier de « normalité » des périodes de rémission. Yves nous fais comprendre qu'il a eu pendant sa maladie des moments de repis des moments de soulagement, « *Si déjà je m'en vais à l'hôpital Aloutchem comme je te l'ai dit là, apparemment là-bas n'était pas le lieu indiqué. Je m'en vais voir*

madame ngou qui est cardiologue c'est parce que les gens m'ont conseillé que c'était un problème de c'oeur, je m'en vais la voir jusque-là. Elle a fait ce qu'elle pouvait faire mais ça ne donnait pas, il y avait pas d'amélioration je continuais à souffrir. »

Pour nos participants, le rapport au temps est d'autant plus complexe que les temporalités se chevauchent, ils doivent jongler avec la logique de l'instant et celle de la durée. Leur maladie a eu pour cet effet, par rapport à la temporalité, d'installer chez eux l'incertitude dans la durée. La nature labile insaisissable de leur maladie, sa consistance dans l'impresibilité, l'incertitude de s'instaurée comme mode d'être par la présence latente du risque en fait une maladie difficile à comprendre et à vivre. François nous fait part de cela : *« Je les ai expliqué ce qui se passe, parce que là je n'étais pas, comment dire totalement à l'abri Heim, je pouvais tomber même sous traitement, il ne fallait pas qu'ils soient surpris si le pire arrivait, je leur ai dit, voici ce que le médecin m'a dit voilà voilà , et que au stade que je suis rendu ça pouvait arriver je pouvais sortir de l'auberge comme on dit souvent. C'est-à-dire qu'il y'a des choses qu'il ne faut pas »*

Nos participants expérimentent le rapport au temps comme étant concrètement douloureux, troublé, le passé chez eux est souvent idéalisé dans une sorte d'illusion rétrospective qui le transforme en paradis perdu et le rapport à l'avenir est toujours grève de fortes inquiétudes, suspendu à la possibilité d'une guérison. Les projets sont renvoyés à un futur hypothétique, énoncés au conditionnel, parfois même censurés. Saïd : *« Ça sera, très très moins, je ne vais plus travailler fort »* à partir de ce fragment on comprend que Saïd abandonnera le temps pendant lequel il se donnait à 100% dans ce qu'il faisait.

En somme, pour nos patients, le rapport au temps conjugue à la fois la logique de l'incertitude et du moment présent, et celle d'un temps qui dure car l'infarctus du myocarde est ' une maladie de compagnie ' qui s'installe définitivement dans la vie du patient.

Notre chapitre cinq a été le lieu pour nous de parler précisément de nos entretiens avec nos participants. Nous avons de prime abord commencé dans ce chapitre par une présentation plus approfondie de notre échantillon à partir des informations qu'ils ont eues à nous fournir. Par la suite il a été question pour nous à partir des thèmes de notre guide d'entretien (représentations, significations, perception de soi et image du moi, affect, perception du traitement, angoisses...) de ressortir les verbatim y afférents tout en faisant une analyse.

CHAPITRE 6 : INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS

L'enjeu de cet ultime chapitre est triple : faire une interprétation des résultats, discuter, et enfin faire les perspectives. C'est la substance même de la pensée de Fortin (2005). Pour lui, il est question pour le chercheur, dans ce dernier chapitre du mémoire, de ressortir la signification des résultats, d'en tirer les conclusions et d'évaluer les implications et formuler les recommandations pour les recherches futures (Fortin, 2005). Pour y parvenir, le présent chapitre sera divisé en quatre sections. La première porte sur la synthèse des résultats, la seconde sur la lecture des données issues de ces résultats à partir des théories retenues, la troisième sur la discussion des dits résultats, et enfin ; la quatrième sur les éventuelles limites et perspectives de la recherche.

6.1. SYNTHÈSE DES RESULTATS

De manière générale, la présente recherche porte sur la réalité psychique subjective des patients ayant survécu à un infarctus du myocarde. Ainsi pour comprendre cette problématique, nous avons sélectionné trois personnes ayant fait un infarctus du myocarde et ayant survécu.

Nous avons ainsi recueilli des données significatives autour de ces personnes (Saïd, Yves, François). Des données qui tournent autour des grands moments de la maladie des patients et qui construisent leur réalité psychique subjective. Les trois patients qui ont eu à se confronter tout d'abord à la crise (symptômes et signes), ont eu à avoir un certain nombre de ressentis (sensations) du corps, des nombreuses représentations sur la maladie mais aussi sur tout ce qui tourne autour d'elle, des affects et des émotions. Pendant l'annonce du diagnostic de L'IM, nous avons eu à recueillir des données sur leurs représentations construites par leur Moi, mais aussi sur les émotions emmagasinées par le Moi pendant ce grand moment. Annonce qui a un retentissement sur les patients et qui marque le début de leur nouvelle vie (la vie dans la maladie chronique), une vie qui s'accompagne de nombreuses appréhensions et surtout de nombreuses craintes faisant ainsi naître chez ces derniers des symptômes. Le dernier moment auquel nous nous sommes intéressés a été celui de l'après diagnostic (traitement, la nouvelle vie des patients...), ici nous avons eu à souligner chez ces derniers le type de relation investi

par le Moi avec les autres, les perceptions, les représentations, bien entendu les émotions qui en découlaient. Nous avons tout aussi eu à déceler chez ces patients les mécanismes élaborés par le Moi (défenses, adaptation) et enfin les significations produites par le Moi sur la maladie et du sens qu'avait pour eux leur statut de malade.

Tous ces éléments décrivent en effet la réalité psychique subjective de ces patients qui ont survécu à un infarctus du myocarde. Il est à cet effet important de noter que leur réalité n'a pas été marquée par une négativité totale comme l'on s'attendrait pour ces cas de figure (en vue de l'âge de nos participants, mais aussi du risque de la maladie qui tue 3 sur 4 personnes), pour raison, qu'ils ont eu un grand accompagnement (venant principalement de la famille) et soutien psychologique de leur médecin cardiologue. Situation qui conduit à la formation de cette réalité psychique assez différente de ce que l'on s'attendrait pour une maladie qui met le patient en contact avec la mort.

On observe chez ces personnes la mobilisation des contenus psychiques en lien avec la maladie cardiaque. Parmi ces contenus nous avons les ressentis et image de soi ; les affects, émotions et sentiments ; les représentations construites par le Moi sur le traitement ; les nombreuses représentations, les conflits du Moi, la relation avec les autres ; les divers mécanismes ; les investissements ; et enfin les significations.

Enfin, un ensemble de comportements adaptatifs mobilisés par le Moi des patients a été relevé chez l'ensemble des survivants. Malgré l'adversité de la survenue de la crise (infarctus du myocarde) et ses implications dont ils ont dû faire face, nos participants ont utilisé à la fois des processus psychiques et comportementaux construits par le Moi pour vivre. Au final, si tous ces thèmes et sous thèmes évoqués sont présents dans le discours, des participants ils semblent être déterminant dans cette analyse. Parmi eux, quatre nous ont semblé prégnants : Les représentations du sujet sur la maladie, les investissements objectaux, les mécanismes d'adaptations, les significations. En effet, les représentations des participants mis sur pieds ont favorisé l'attribution d'un sens. Par la suite, une grande partie de l'investissement objectal (relation avec les autres, le type de soin du médecin) favorise ainsi la mise sur pied de nombreux mécanismes permettant de faire face à la maladie et à ses réalités.

6.2. APPLICATION DE LA THÉORIE DE LA MÉTAPSYCHOLOGIE PSYCHANALYTIQUE DE FREUD A LA COMPREHENSION DE LA RÉALITÉ PSYCHIQUE SUBJECTIVE DES PATIENTS AYANT SURVÉCU A UN INFARCTUS DU MYOCARDE.

A titre de rappel, employée dans son acception la plus rigoureuse, l'expression « réalité psychique » désignerait la prévalence des désirs inconscients et des fantasmes qui lui sont associés (Laplanche & Pontalis, 1981). Un grand tournant épistémologique se produit en 1897 lorsque Freud fait la distinction entre la réalité événementielle et la réalité psychique. La réalité psychique s'opposerait ainsi à toutes autres formes de réalité telles que la réalité matérielle et biologique. Dans le Dictionnaire international de la psychanalyse (2002), la réalité psychique est décrite « comme le niveau de réalité spécifique des processus de la psyché », en référence à Freud (Roussillon, p. 1395). Sa consistance propre est donc issue des formations, processus et instances de l'inconscient (rêves, fantasmes inconscients, pulsions, symptômes et formations de compromis). Dans ces définitions, la réalité psychique paraît limitée à un seul espace : cette focalisation sur l'intrapsychique semble nécessaire dans un premier temps pour étudier le psychisme sous un angle précis : c'est-à-dire sans rendre compte des liens que le sujet entretient avec autrui et avec l'environnement social (Kaës, 2014).

La réalité psychique subjective apparaît donc comme étant le premier concept fondateur de la métapsychologie qui fonde l'ensemble de son édifice théorique. Cela signifie que la vie psychique et la matière psychique qui l'habite se donne comme une réalité, une réalité qui représente la même consistance que les autres formes de celles-ci. Même si elle n'en a pas la même matière. Freud parle de la réalité matérielle, biologique pour finir avec la réalité psychique qui apparaît comme un cas particulier de la réalité biologique dans la mesure où en plus du fait que le vivant s'autorégule, il peut tout aussi développer une consistance propre, sa résistance et son autonomie propre. La réalité psychique est ce sur quoi on bute, ce que l'on ne peut négliger sans conséquence. C'est l'une des réalités fondamentales de l'être humain. On parle tout aussi de réalité objective c'est-à-dire qu'elle a ses principes, ses contraintes, les lois et les effets propre qui conditionnent la manière dont on la vit, les événements dont on appréhende les relations, dont on donne un sens particulier. Elle est objectivement agissante, elle donne leur couleur, leur goût, leur forme spécifique aux contenus psychiques. Elle produit des représentations que nous pouvons nous construire de ce qui se passe en nous ou dans nos relations avec les autres.

La métapsychologie psychanalytique représente une théorie d'ensemble des faits psychiques, qui limitait le plus souvent cette réduction grâce à la référence à la vie psychique inconsciente et à la reconnaissance du conflit psychique (le symptôme), toute manifestation de la subjectivité a un sens, celui-ci étant caché, subjectif, spécifique et qui cherche à signifier quelque chose que le sujet « sait », sans le savoir, sans savoir qu'il sait « inconsciemment ». La métapsychologie serait selon Freud la théorie qui construit la réalité psychique subjective et par laquelle l'on serait à même d'y accéder et de la comprendre. En 1896, il la met sur pieds en émettant trois points de vue comme socle. Le point de vue topique, le point de vue économique, le point de vue dynamique.

➤ Le point de vue économique

Freud a compris que l'appareil psychique était traversé par une énergie principale. Cette énergie provient du ça ou elle circule librement. Et la quantité d'énergie présente s'appelle l'affect. Il existe donc plusieurs types d'énergies psychiques avec des quantités différentes.

La représentation : c'est l'élément de base des composantes de l'appareil psychique, elle désigne les traces mnésiques d'un refoulement et dont les affects continuent vraisemblablement d'être actifs, quand ils en sont séparés ils constituent ainsi les symptômes du refoulement. Freud distingue les représentations de choses qui sont actifs dans l'inconscient ou le préconscient sous forme d'images essentiellement. Ces dernières doivent pour être rendues sensiblement inactives, être verbalisées donc transformées en représentations de mots.

L'objet : en psychanalyse, on appelle objet la personne (réelle ou imaginaire) vers laquelle se dirige l'amour (ou la haine) et le désir. C'est la personne visée par les pulsions d'un sujet. Il peut être réel ou fantasmatique.

La relation d'objet est la relation qu'entretient une personne (sujet) avec son entourage. Cette relation d'objet est en grande partie fantasmatique (imaginaire), c'est à dire faite de représentations qui modifient l'appréhension de la réalité et du lien à l'autre.

➤ Le point de vue dynamique

La pulsion qui est une tension qui prend sa source dans le corps et qui a pour but un objet apportant satisfaction. La pulsion se transforme en une excitation par le psychisme qui doit (réduire et l'éteindre pour trouver son équilibre). On distingue donc les pulsions de vie (Eros)

qui visent la conversion de la vie, du plaisir et les pulsions de mort (thanatos) qui tentent de réduire le travail des pulsions de vie. Tournée vers l'intérieure elle vise l'autodestruction (suicide, anorexie...) tourner vers l'extérieure, elle vise la destruction et l'agression (psychopathie).

6.2.1. Les composantes de la réalité psychique subjective de Freud et leur imminence dans le Moi des participants

À partir de la théorie métapsychologie psychanalytique, Freud (1896) ressort les composantes de la réalité psychique subjective. Il sera donc question d'en parler en rapport avec le cas des patients ayant survécu à un infarctus du myocarde.

- L'affect : il est l'énergie produite par le ça et qui circule librement. Cet affect pour accéder au préconscient doit être relié à une représentation. C'est un état affectif de l'esprit tel qu'une sensation, une émotion, un sentiment, une humeur. Pour ces personnes qui ont survécu à une telle crise on note par exemple de la peur, de la frayeur, un sentiment de confiance, de soulagement. Ces nombreux affects se sont construits pendant des moments bien précis (pendant la crise, à l'annonce du diagnostic et après la crise).

- Les représentations : ce sont des traces mnésiques du refoulement. Chez nos participants le refoulement a pu s'effectuer suite aux expériences (l'infarctus du myocarde, la vie dans la maladie). Alors elle serait donc la trace de ce refoulement dont les affects continuent à être actifs. Les représentations fournies par ces personnes ayant survécu à un infarctus du myocarde se sont situées autour des représentations de la maladie. Chacun de nos participants a signifié la façon dont ils se représentaient cette maladie (maladie bénigne, maladie à risque). Des représentations de soi pendant la crise (la plus part se présente un soi mourant), des représentations construites autour des causes et de l'évolution de la maladie (fatalité, résultat d'évènements malheureux...). Et enfin des représentations sur la personne construites autour de l'implication de l'entourage dans la maladie de ces personnes (personne importante pour la famille, et personne sans intérêt).

- La relation d'objet : c'est en quelque sorte une relation qu'entretient une personne avec son entourage. Relation qui en grande partie est fantasmatique. Les individus ayant survécu à cet infarctus et s'étant fait un certain nombre de représentations suite à l'implication de l'entourage dans leur maladie développe une relation d'objet avec eux, pour ceux s'étant représenté comme personne importante au sein de la famille développe une relation de

dépendance et de collaboration. Pour le cas de figure qui se voit comme abandonné voire inexistant pour ses proches développe une relation distante.

- Le refoulement : il permet d'éviter un conflit entre le Moi et le ça en rejetant dans l'inconscient la pulsion inacceptable. Pour ces personnes qui vivent dans l'entre deux la pulsion inacceptable est le thanatos (pulsion de mort), qui étant élément refoulé revient sous formes d'angoisse de la rechute, angoisse de mort.

- Le symptôme : il relève du conflit psychique inconscient, qui parle à la place du sujet. Le conflit pour ces personnes qui ont eu à survivre à un infarctus du myocarde relèverait du conflit entre les idées de mort et les idées de vie. Ils ont présenté comme symptômes (un trouble de sommeil, la fatigue, l'irritabilité...). Le symptôme dans la maladie organique, est un signe indicateur de la maladie. Tous les survivants ont eu à ressentir (douleur au niveau de la poitrine ; essoufflement, accélération du rythme cardiaque, vertige...)

- Le transfert : c'est une intense relation affective entre le patient et le psychanalyste. C'est une relation imaginaire dans laquelle l'analyste vient incarner les figures de la vie du patient. Ce transfert s'est construit chez ces survivants avec leur médecin cardiologue. Le médecin a l'image du dieu de la santé celui chez qui l'on peut avoir la guérison. C'est encore lui qui est le soutien qu'on aimerait avoir des autres. C'est ainsi que le transfert positif se met en place.

6.3. DISCUSSION DES RÉSULTATS

Dans cette partie, nous avons fait état de quelques études sur les éléments caractéristiques de la réalité psychique subjective des patients ayant survécu à un infarctus du myocarde. Il s'agit donc pour nous de confronter les résultats ainsi interprétés avec ceux des études antérieures.

➤ Perception de soi

Laffitte, M (2018), fais comprendre que le patient pour faire face au corps qui inquiète, le corps vivant occupe largement la scène de la crise et compense la difficulté de représentation du corps en crise ainsi que l'incertitude qui y est liée. Il est composé de focales attentionnelles sur les fonctions vitales : manger et digérer, éliminer, respirer, prendre son pouls, se moucher, se laver, marcher ect. Ces vérifications sur le corps vivant connu permettent de se représenter dans la conscience un corps qui fonctionne, au moment où la partie du cœur souffre et dysfonctionne. Ces vérifications du corps vivant participent à la construction du soi en crise,

selon un idéal –type (weber, cité dans Lucas, 2011) qui peut contribuer à vivre pendant la douleur.

Cette assertion corrobore avec le cas de nos participants. Yves en exemple pendant qu’il faisait l’infarctus a pris le temps de se lever et aller dire qu’il ne se sentait pas bien, alors qu’il pouvait directement appeler à l’aide d’où il était. François qui ressent les symptômes depuis la maison ; il prend le temps de prendre sa tension, aller au travail alors qu’il pouvait après la maison aller directement à l’hôpital. Ceci montre à suffisance que le corps vivant occupe la scène de la crise et arrive à compenser la représentation du corps en crise.

➤ **Sentiments et émotions à l’annonce du diagnostic**

Mero (2008), fait comprendre que les patients atteints de maladie grave vivent le moment du diagnostic comme un évènement traumatique, un « choc qui suscite l’effroi », les patients doivent faire face à une « succession de pertes, extrêmement brutale » qui ébranlent profondément leur narcissisme en leur laissant un sentiment d’impuissance insupportable.

Ces résultats sont aussi ceux de Lebvici et soule (1970), qui souligne que la formulation diagnostique risque d’enfermer le sujet dans une sorte de prescription psychopathologique, ces patients traumatisés au moment de l’annonce du diagnostic, entrent dans une situation inattendue. Evènement qui conduit ces sujets à rentrer dans l’état de choc, de culpabilité et de dépression.

Or l’analyse de nos résultats montre que les sentiments et émotions qui ont découlé de l’annonce de l’infarctus du myocarde et de la maladie cardiaque comme maladie chronique n’a pas été un moment de choc comme le prétendent ces auteurs, ces personnes ont reçu cette annonce comme une alerte. Ceci s’explique par la manière dont le médecin l’a annoncé et des représentations préalablement existantes chez ces personnes.

➤ **Mécanismes de défense et stratégies d’adaptations**

Larsen & Lubkin (2005), soulignent que la dépression touche un tiers des personnes souffrant d’une maladie chronique. Elle apparaît fréquemment lors de l’annonce du diagnostic, car le patient doit faire face à la réalité, aux changements et aux implications engendrès par la maladie. Les mécanismes émotionnels ainsi que les stratégies d’adaptation individuelles se révèlent souvent dépassés par cette nouvelle situation et par les doutes qu’elle entraîne.

Ce constat ne corrobore pas avec l'analyse que nous avons eue chez ces individus qui survivent à un infarctus du myocarde et qui entrent dans la maladie chronique. Les mécanismes émotionnels et les stratégies d'adaptations déployées par ces survivants se sont avérés efficace dans la confrontation de la maladie. Ceci en raison du fait que les mécanismes d'adaptation mis en jeu par ces survivants (l'adoption d'une hygiène alimentaire saine, la pratique des activités sportives, la bonne prise des médicaments...) les ont permis de réduire les facteurs de risque d'une rechute et l'emploi des mécanismes émotionnels ont été adaptés pour la confrontation à la réalité.

➤ **Les représentations de la maladie**

Leventhal et al (1980), définissent la représentation de la maladie comme étant la croyance personnelle implicite de bon sens d'un individu au sujet de sa maladie. Ils mettent en avant les facteurs cognitifs susceptibles d'influencer les représentations de la maladie et des comportements d'ajustement ou de coping face à la maladie. L'individu crée des représentations à partir des sources d'informations concrètes et abstraites qui sont disponibles afin de donner à l'évènement un sens et de gérer la situation.

Pedinielli (1999), a défini la maladie, vue par le malade comme une expérience individuelle comportant des retentissements psychologiques sociaux et culturels. Ces représentations dites personnelles peuvent être en contradiction avec les conceptions médicales que l'individu n'accepte que partiellement ; et influent fortement sur la représentation de la maladie par conséquent sur la capacité à vivre la maladie dans le temps, l'adhésion au traitement et au final l'évolution des symptômes. Elle joue un rôle important dans la manière dont le patient explique la cause de sa maladie, se comporte à l'égard de ses soins de santé, modifient ses investissements.

Ce constat des écrits scientifiques suppose que les représentations personnelles sont en contradiction avec les conceptions médicales. Cependant les représentations telles que fournies par ces survivants allaient dans les conceptions médicales et dont ils acceptaient pleinement. « Ma maladie a été au terme d'un processus, j'étais hypertendue ça je le savais déjà et ... ». Représentations construites à partir des connaissances du domaine, représentations qui au lieu de décourager les patients ont favorisé au contraire l'adoption des stratégies d'adaptation.

➤ **Représentation de soi en crise**

Lafitte (2018), fait comprendre que confronté à la menace de son corps, le sujet délibère sur le soi idéal capable de faire face à une menace brutale et intense. Le soi idéal est privilégié mais le corps subissant l'IDM impose un soi comme corps en crise ayant besoin de soins. Malgré les efforts pour se représenter un soi idéal capable de gérer et de contrôler l'IDM, le soi actuel en crise impose sa vulnérabilité.

Cependant chez nos participants le soi idéal délibéré a été capable de gérer et de contrôler IDM au début de la crise. François par exemple lorsqu'il commence à ressentir les premiers symptômes il n'appelle pas directement à l'aide ou ne se dirige pas directement à l'hôpital, il sent capable de gérer la crise voilà pourquoi il décide d'aller d'abord au travail. Ou encore Yves qui au lieu d'appeler directement à l'aide par ces propres moyens prend la route de l'hôpital.

➤ **Les conflits du Moi**

Louis (2000), fait comprendre que suite à la survenue d'un événement cardiaque, le patient serait soumis à de nombreux agents stressants résultants d'un conflit intrapsychique. Tels que les agents stressants physiologiques tels que la présence de certains symptômes cardiaques, le changement dans le fonctionnement physiologique et le manque d'information sur le pronostic et le traitement. Les agents stressants psychologiques vécus par les patients durant la période de convalescence comprennent des réactions psychologiques telles que (l'anxiété, le déni, la culpabilité, l'incertitude, l'inquiétude). L'insuffisance de soutien psychologique et le manque d'informations sur les réactions émotionnelles sont aussi des difficultés rencontrées. Pour le cas socio-culturel, ils sont multiples et bouleversent la période de convalescence. Les grandes sources de stress portent sur les changements dans les activités de la vie quotidienne, les changements dans les habitudes de vie, l'insuffisance du contact social, l'insuffisance d'assistance des personnes significatives, la difficulté de la reprise des activités sexuelles, les problèmes financiers et les problèmes de transport...

De même, ces constats scientifiques ont été observés chez ces survivants de l'infarctus du myocarde. Dont les sources de stress résidaient sur les agents physiologiques à l'exemple de la présence de certains symptômes, les agents psychologiques à l'exemple de l'anxiété, l'inquiétude... le manque ou l'insuffisance de soutien psychologique. Les changements dans l'habitude de vie, le manque ou l'insuffisance d'assistance des personnes significatives, la difficulté reprise des activités sexuelles...

➤ Investissement objectal

D'après Lacroix (2011), le contexte institutionnel prédispose les soignants à aborder les malades d'une façon technique et scientifique en les réduisant au membre ou à l'organe déficient. Ce moyen spontané de mise à distance vise à protéger les soignants du stress causé par leur exposition constante à la souffrance.

C'est ainsi que, Assal (1996), fait comprendre que dans le suivi à long terme il peut y avoir accompagnement du malade sans investissement affectif du médecin pour encourager, guider, écouter son patient.

Heureusement cela n'a pas été le cas de la posture du médecin cardiologue qui a suivi ces patients. Nous avons observé que le médecin intervient dans chaque étape du processus d'intégration de la maladie par le patient. En plus, le patient a aussi bénéficié d'un soutien auprès des professionnels de santé. Ce qui a favorisé son réinvestissement dans sa relation avec son soignant.

Nous relevons que la recherche qualitative se heurte sur l'impossibilité de généraliser les résultats de l'étude menée. Ce qui pose le problème de la représentativité. Quand l'échantillon n'est pas probabiliste, il y'a difficulté voire impossibilité de généraliser les résultats obtenus. La présente étude est concernée par cette impossibilité. Néanmoins dans une étude où on cherche à accéder à la caractérisation de la réalité psychique subjective des patients ayant survécus à un infarctus du myocarde, ne gagneront-on pas en profondeur ce qui est perdu en extension, afin de mettre en évidence la complexité des phénomènes. De même, il nous paraît important de souligner que notre étude ne comprend pas un grand nombre de participants (trois participants), il serait donc difficile de faire une extension des résultats.

Nous avons eu au cours de la formulation de notre thème de recherche et de notre formulation du problème un certain nombre de difficultés. Notre thème de recherche a été formulé de telle sorte que nous nous retrouvons dans le champ de la psychologie clinique mais aussi de la psychologie de la santé. Ainsi, notre objectif lors de la formulation du problème de recherche était de concilier psychologie de la santé et psychologie clinique. Chose que nous n'avons pas pu atteindre et qui pourra faire l'objet d'une autre recherche. Il nous a donc fallu choisir un champ bien précis ; celui de la clinique.

Nous avons rencontré a été au moment de la descente sur le terrain. Notamment en ce qui concerne la population de recherche (survivants de l'IDM) elle a été extrêmement rare, et nous a fallu un grand nombre de temps sur le terrain.

La nature orale de la narration est liée à la mémoire dont on connaît la sélectivité. On soulève l'argument parce qu'on craint une démarche réductrice de la réalité, laquelle risque toujours de déboucher sur des conclusions erronées (Giordano, 2003), L'usage d'un guide d'entretien le plus exhaustif possible, est l'un des moyens prisés par l'étudiant chercheur pour pallier à ce risque. Nous avons donc fait usage d'un guide d'entretien assez exhaustif.

Dans notre travail, nous avons plusieurs mots techniques d'ordre médical (du domaine de la cardiologie). La difficulté qui en découlait était de tous les définir dans notre travail de recherche ce que nous avons quasiment fait (voir quelques notes de bas de page). La sélection des mots expliqués été fait sur la base du lien avec notre sujet de recherche.

Nous avons aussi eu comme autre difficulté les difficultés liées à la documentation. Les articles que nous avons eus à consulter bien qu'étant très intéressants étaient pour la plus part payant (25 euros en moyenne).

Il y'a enfin, l'aspect de l'irrégularité de nos chapitres. Nous avons conscience que la méthodologie de rédaction voudrait que les chapitres du mémoire soient réguliers en termes de nombre de pages. Cependant afin de bien saisir notre problématique, nos concepts nous avons dû faire des chapitres plus longs que les autres.

6.4. IMPLICATIONS ET PESPECTIVES DE LA RECHERCHE

Dans cette dernière partie de notre travail il sera question pour nous d'une part de présenter les retombées de cette étude, et d'une autre part d'évoquer quelques perspectives.

6.4.1. Implications de la recherche

La maladie cardiaque est une maladie grave à pronostic potentiellement létal, son entrée se fait dans un contexte de crise. Ainsi, l'une des spécificités des maladies cardiaques, notamment des coronaropathies, tient du fait que celles-ci sont chroniques. Lorsqu'une personne est victime d'un infarctus du myocarde, cet évènement signe l'entrée dans une maladie qui durera toute sa vie, occasionnant de ce fait, une invalidité d'un degré variable (insuffisance cardiaque, dyspnée, fatigabilité à l'effort ect) due à des causes irréversibles (athérosclérose), nécessitant une rééducation obligeant le patient à respecter les diverses

prescriptions (médicamenteuses, mode de vie, etc), exigeant un suivi et des contrôles médicaux. Le cœur est le centre de la vitalité de l'être. Son atteinte touche la personne dans ce qu'elle a de noble, de fort, d'essentiel. Loin d'être réduit à une simple pompe, le cœur est désigné comme siège sacré de la vie, des émotions, de l'amour, et comme le reflet de l'âme. Cet organe est fortement investi. Les valeurs symboliques attachées au cœur expliquent l'importance du retentissement psychique de l'annonce d'une maladie cardiovasculaire et la profonde blessure narcissique qu'elle inflige au malade. Les études s'intéressant aux malades atteints de cette pathologie permettent de contribuer à sa compréhension, notamment un travail sur leur réalité psychique subjective. Ceci pourrait être bénéfique pour la compréhension de ces malades, leur suivie et leur accompagnement.

De manière concrète, cette étude expose l'importance de la prise en compte de la réalité psychique subjective dans la prise en charge des maladies cardiaques. En effet, le fait de prendre en considération ce qui est vrai pour le sujet vis-à-vis de sa maladie, ce qui vit au travers de sa maladie favorise tout d'abord une compréhension approfondie du patient ce qui permettra de rendre plus efficace son traitement et son suivi. La prise en compte donc de la réalité psychique du malade et du sens qu'il lui donne dans notre contexte, présente un avantage dans l'efficacité du traitement mais aussi sur la stabilité psychique du patient.

6.4.2. Perspectives de la recherche

Le thème portant sur la réalité psychique subjective des malades chroniques (malades ayant survécu à une crise cardiaque) est aujourd'hui un domaine d'étude porteur, de quoi susciter l'intérêt des chercheurs en psychologie clinique et même en psychologie de la santé.

Cette recherche a permis d'accéder à la caractérisation de la réalité psychique subjective des patients ayant survécu à un infarctus du myocarde et le sens que lui donne les patients. Nos résultats montrent en particulier que leurs réalités psychiques subjectives tournent autour des ressentis, représentations, significations, conflits, mécanismes, la relation avec les autres et leur investissement objectal construits autour de la maladie. Il serait à cet égard attrayant de s'intéresser aux facteurs ayant favorisé la naissance de ce contenu particulier de la réalité psychique subjective. Se pencher sur cet aspect sera particulièrement bénéfique pour nous chercheurs. Prêter un œil attentif pourra faire naître une autre piste de recherche tout aussi pertinente, soit la vie de ces personnes dans la maladie (la résilience et vie dans la maladie).

Pour ce qui est des pistes de recherches futures, il serait intéressant de reproduire cette recherche en étudiant ces questions avec des échantillons quantitativement diversifiés. De même, du fait que la présente étude se soit limitée sur la caractérisation de la réalité psychique subjective des patients ayant survécu à un infarctus du myocarde et le sens qu'ils lui donnent, il pourrait donc être encore plus intéressant et pertinent d'inclure la réalité psychique de l'entourage au chevet du patient.

Le chapitre dernier de notre recherche est celui qui porte sur l'interprétation et la discussion. Tout au long de ce chapitre il a été question pour nous de faire une petite synthèse de notre chapitre portant sur l'analyse des résultats, qui nous fait retenir de façon globale que la caractérisation de la réalité psychique subjective des personnes ayant survécu à un infarctus du myocarde s'appuie sur leur ressentis, leur représentation, sur leur conflit du Moi, leur investissement etc. Par la suite nous avons eu à démontrer comment notre théorie (la théorie métapsychologique psychanalytique) expliquait notre objet (la réalité psychique subjective), ceci à partir des topiques émises par Freud par lesquelles nous avons eu accès. Ensuite il a été question dans ce chapitre de faire une discussion entre travaux antérieures et les données que nous relevaient notre terrain, nous avons constaté que les données de notre terrain n'étaient pas totalement en accord avec les théories déjà présentes. Nous avons eu à relever les limites et les nombreuses difficultés auxquelles nous nous sommes heurtées durant notre recherche comme par exemple la limite relative à la généralisation des données et la difficulté liée à notre formulation de problème. Ainsi, notre chapitre six s'est clôturé par l'apport des implications de l'étude et des perspectives futures pouvant découler de notre recherche comme en exemple la résilience et la vie dans la maladie des personnes ayant survécu à un infarctus du myocarde.

CONCLUSION GENERALE

Cette recherche intitulée « vivre avec une maladie cardiaque : réalité psychique subjective des patients ayant survécu à un infarctus du myocarde » a été abordée sous l'angle de la psychologie clinique. Ainsi, l'observation des patients ayant survécu à un infarctus de myocarde nous a permis de relever qu'ils parlent de leur vie « psychique » beaucoup plus au présent, ils parlent sans aucune référence au passé, leurs désirs sont factuels « je me sens vide ; je ne sais pas si je vis encore; je ne pense plus à rien ; je ne réfléchis plus sur ma condition ; je ne rêve plus... », ce qui nous a amené au constat que les patients ayant survécu à l'infarctus du myocarde présentent une vie marquée par le rapport au présent, tout pour eux tourne autour du présent, de l'immédiat. Bref, ce que Freud (1923b, 1925b) appelle « réalité psychique subjective ou interne » est, chez eux, marquée par l'instant, par l'imminent, donc sans effet intermédiaire. Or pour la théorie métapsychologique psychanalytique de Freud (1865), si l'on veut comprendre notre réalité psychique, il faut comprendre sa construction dans le passé. Autrement dit, le contenu psychique se révèle à travers l'actualisation des expériences passées par le sujet. C'est donc suivant cette logique que nous nous sommes posés la question suivante : Sachant qu'il vit dans l'immédiat, comment se caractérise la réalité psychique subjective du patient ayant survécu à un infarctus du myocarde et quel sens lui donne-t-il ? Notre recherche étant de nature exploratoire nous n'avons pas jugé nécessaire d'émettre une hypothèse de recherche. Cependant nous avons orienté notre recherche sous l'objectif d'accéder à cette réalité psychique tout en mettant un accent particulier sur le sens qu'il lui donne. N'étant pas les premiers à aborder cette thématique, il nous est revenu d'explorer la documentation scientifique y afférente.

Notre revue de littérature tourne autour de nos concepts : maladies cardiovasculaires, la réalité psychique subjective, les généralités sur l'infarctus du myocarde mais aussi sur la vie psychique et relationnelle des malades cardiovasculaires en général et en particulier des malades ayant fait une crise cardiaque. Concernant l'état des lieux des maladies cardiovasculaires globalement et plus spécifiquement l'infarctus du myocarde, nous avons mis un accent particulier sur la définition des concepts, les types, causes de ces maladies, les symptômes et signes, sur leur diagnostic, leur traitement, les différents facteurs de risques et au final sur la prévention et l'éducation thérapeutique de ces maladies. À propos de la réalité psychique subjective, la recension des écrits a porté sur les travaux de trois chercheurs en

particulier Freud (1897 ; 1912), Kaes (1996 ; 2009), Puget (2004, 2016). Quant à l'impact de la maladie sur la vie psychique et relationnelle du patient nous avons eu à nous attarder sur la notion de la souffrance qu'entraîne cette maladie chez le patient. Puis nous avons eu à explorer la vie relationnelle de ces personnes dans le cadre familial, dans le cadre hospitalier et enfin dans le cadre professionnel. Suite donc à cette recension des travaux il a été question pour nous de faire un travail sur les théories pouvant mieux guider notre étude.

Dans l'explication théorique du problème, nous avons eu à évoquer deux approches théoriques qui nous ont semblé être en lien avec notre problème, l'approche phénoménologique en raison de ce qu'elle met au centre de l'attention le sujet, ce qu'il dit et l'approche psychanalytique dans la mesure où la réalité psychique subjective ne peut être étudiée et mieux saisie sans cette dernière. Cependant nous avons retenus l'approche psychanalytique comme approche principale de notre étude. C'est donc au travers de cette approche que nous avons entrepris cette caractérisation à travers la théorie métapsychologique psychanalytique de Freud.

Nous avons fait usage de la méthode clinique, principalement basée sur l'étude de cas. Le choix de cette méthode s'est justifié par sa capacité d'analyse et de compréhension, sa capacité à fournir une analyse en profondeur des phénomènes dans leur contexte. Suivant nos critères d'inclusion et de non inclusion, nous avons pu sélectionner trois participants. Il s'agit des personnes qui ont fait un infarctus du myocarde et en ont survécu et qui ont été suivies à la polyclinique les Promoteurs de la Bonne Santé. Après l'élaboration du guide d'entretien, les données ont été collectées au travers des entretiens semi-directifs, ceci laissant aux participants un large champ de réponse. Nous avons rencontré nos participants deux fois. La première rencontre était dédiée au pré-entretien, ici il était question pour nous de prendre connaissance de nos participants et leur expliquer ce dont on attendait d'eux et notre but. La seconde, l'entretien proprement dite était dédiée à la collecte de donnée. Après transcriptions de nos entretiens, il a été question de faire une analyse. La technique d'analyse nécessaire a été celle de contenu qui vise une lecture seconde du message pour substituer l'interprétation.

De nos résultats recueillis sur le terrain, il en ressort que la réalité psychique subjective des patients ayant survécu à un infarctus du myocarde se caractérise par de nombreux ressentis sur le corps (symptômes et signes) intégrés par le moi et l'expérience de l'urgence par ce dernier mais aussi sur le traitement. Par des expressions émotionnelles et affectives (affects négatifs, émotions, sentiments) qui s'expriment pendant divers moments de la maladie

(exemple du moment de la crise, de l'annonce du diagnostic...), par des constructions cognitives du moi autour du traitement, par des représentations construites par le moi pendant la crise (tous les participants se voyaient mourir), des représentations construites par le moi sur les causes (terme d'un long processus...), et l'évolution de la maladie et enfin de l'implication de l'entourage sur la maladie du patient (insuffisante et totale). Les mécanismes psychiques : défensifs inconscients, formés pour répondre aux excitations intenses et peu tolérables par l'individu (mécanismes matures), les mécanismes adaptatifs plus conscients et qui favorisent son adaptation à la maladie, par la relation avec les autres (presque inexistante depuis la survenue de la maladie et de dépendance). Les investissements objectaux qui s'opèrent sur la relation et le type de soin que le patient reçoit de son médecin. Le conflit du moi qui s'exprime par les symptômes chez le patient (stress et anxiété) et le sens que ces patients donnent (signification de la maladie, du statut de malade) et enfin le rapport au temps expérimenté par le Moi. Ces résultats ont été interprétés à travers la théorie de la métapsychologie psychanalytique de Freud.

Cette étude réitère l'importance de la prise en considération de la réalité psychique subjective du patient ayant survécu à un infarctus du myocarde, de ce qu'il pense et dit vis-à-vis de sa maladie, du sens qu'il arrive à donner. Elle soulève donc l'importance d'accéder à cette réalité psychique afin de comprendre le patient qui traverse cette crise, mais aussi de l'accompagner dans son suivi.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Ajoulat, I. (2007). *L'empowerment des patients atteints de maladie chronique*. Université catholique.
- Albero, B., & Poteaux, N. (2010). Enjeux et dilemmes de l'autonomie. Une expérience d'autoformation à l'université. Etude de cas. *Recherche & formation*, 1(66), 109-110. www.cairn.info.
- Alonzo, A., & Reynolds, N. (1998). The structure of emotions during acute myocardial infarction: A modal of coping. *Social science & medicine*, 46(9), 1099-1149. <https://doi.org/10.1016/S0277>.
- Amidou, S. (2018). *Epidémiologie des maladies cardiovasculaires en population générale rurale du Bénin : cohorte Tanvè health study (TAHES)*. Université d'Abomey-Calavi (Benin).
- Antoine, B., Castillo, M-C., Koenig, M. (2021). *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique*. Dunod.
- Antoine, P. & Smith, J.A. (2017). Saisir l'expérience : présentation de l'analyse phénoménologique interprétative comme méthodologie qualitative en Psychologie. *Psychologie Française*, 62 (4), 373-385. www.sciencedirect.com.
- Archinard, M., Sekera, E., & Stalder, H. (2004). L'état dépressif. *Primary Care*, 4(14), 282-286. www.wheelchair.ch.
- Assal, J-P. (1996). *Traitement des maladies de longue durée : de la phase aiguë au stade de la chronicité. Une autre gestion de la maladie, un autre processus de prise en charge*. Elsevier : Paris.
- Bachelor, A. & Purushottam, J. (1986). *La méthode phénoménologique de recherche en psychologie*. Presses de l'université Laval Québec. <https://www.sudoc.fr/006207081>.
- Barrier, P. (2009, mars). *Le control dans la maladie chronique, le point de vue du patient expert, texte issu de la communication donnée dans le cadre de la session ; éducation thérapeutique du patient : prévoir et s'adapter*. 13 eme congrès de pneumologie de la langue française. Paris. <https://www.ipcem.org>.
- Bauman, F & Briancon, S. (2010). *Maladie chronique et qualité de vie : enjeux, définition et mesure*. Nancy University, (72), 19-21. <https://www.cochrane-chroqoi-mg.org>.

- Benony, H., & Bioy, A. (2012). Les représentations de la maladie. *Dans l'Aide-Mémoire de la psychologie Médicale et Psychologie du Soin*. 19-24. www.cairn.info.
- Bernard, I. (2020), plaque d'athérome : causes, formation, et comment la soigner ?, *Le journal Des Femmes Sante*, sante. Journaldesfemmes.fr.
- Bernier, J., Poitras, M-E., Lavoie, M. (2020). Trajectoire et vécu des personnes traitées pour un infarctus du myocarde en région éloignée : étude exploratoire descriptive. *Recherche en soins infirmiers*. 3(142), 111-122. Doi.10.3917/rsi.142.0111.
- Bertrand, E., Muna, W., Diouf, S., Ekra, A., Kane, A., Kingue, S., Kombila, P., Mbaissoroum, M., Niakara, A., Eba, A. & Yapobi, Y. (2006). Urgence cardiovasculaires en Afrique subsaharienne, *revue archives des maladies du cœur et des vaisseaux*. 99(11), 59-65.
- Bion, W. (1957). « Différenciation des personnalités psychotiques et non psychotique », « attaque contre la liaison ». *Dans 45 commentaires de textes en psychopathologie psychanalytique*. 75-83. <https://doi.org/10.3917/dunod>.
- Blanchet, A., Gotman, A. (2007). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris.
- Blanquer, Z., & Dufour, P. (2012). Sexualités et Handicaps : les terres promises d'un bonheur conforme. *Empan*. 2(86), 55-61. www.cairn.info.
- Blasset, J.M. (2003). Transmissions psychiques, approche conceptuelle dans *Dialogue*. 160(2), 27-37. <https://doi.org/10.3917/dai.160.0027>.
- Bolbuc, L. (2003). *La signification d'être soigné en tant que personne durant l'hospitalisation : Perspective de patients vivant un premier infarctus du myocarde*. Université de Montréal.
- Bononi, S. (2008). *Vivre la maladie. Ces liens qui me rattachent à la vie*. Bruxelles : de Boeck.
- Boombhi, J., Menanga, A., Doualla, J.P., Hamadou, B., Kuate, L., Ntep, M & Kingue, S. (2016, septembre). Prévalence et mortalité des maladies cardiovasculaires en milieu hospitalier camerounais : cas de deux hôpitaux de référence dans la ville de Yaoundé. *Cardiologie Tropicale*. Tropical-cardiology.com
- Borde, F. (2009, mars). Explicitez : psycho-phénoménologie. *Expliciter le journal de l'association Grex*. encyclopedia libre, 79.
- Bouchard, J. (2017). Présentation du dossier, le patient en observation. *Dans Politiques de communication*. 2(9), 5-15. <https://doi.org/10.3917/>.
- Bourchard, L., Bastida, R., & Colman, I. (2017). Santé mentale et maladie mentale des jeunes francophones de 15 à 24 ans. *Dans collectivités canadiennes – santé mentale 2012*, (9), 227-245, Doi : <https://doi.org/10.7202/104350ar>.

- Bouille, J. (2012). *Répercussions psychosociales négatives à la suite d'un infarctus du myocarde*. Haute Ecole de Santé de Fribourg.
- Bouquinet, E., Balestre, J., Bisuthm, E., Bruna, A-L., Gallet, S., Harvet, G., Jean S. & Joussetme, C. (2008). Maladie chronique et enfance : image du corps enjeux psychiques et alliance thérapeutique. *Archives de pédiatrie* 15(4), 462-468.
- Bourguignon, M. & katz –Gilbert, M. (2018). Les espaces de la réalité psychique une revue critique de la littérature. *Association recherche en psychanalyse / « Research in psycho analysis »*. 26, 130-141. <https://doi.org/10.3917/rep1.026.0130>.
- Bourrel, G. & Baribeau C. (2013). Recherches qualitatives. *Collection hors-série « Les actes »*. 15, 132-14. www.recherche-qualitative.qc.ca.
- Bremaud, N. (2013). *Introduction au concept de la réalité chez Lacan*. 78 (3), 538-548. www.sciencedirect.com.
- Caguihem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. PUF.
- Caroline, D-L., Lehmann,A. , Tognon,M ., Cominetti,F. (2005). *Infarctus du myocarde, prise en charge*. HAS. www.has-santè.fr .
- Celio, V., Jenny, S., & Marti, V. (2017). *Cancer et souffrance psychique*. Ligue suisse contre le cancer. www.liguecancer.ch.
- Centre National des Ressource Textuelle et Lexicales (2005), *Définition de cicatriciel*. www.cnrtl.fr/définition/cicatriciel .
- Chahraoui, K. (2012). Etats de stress post-traumatiques. *Dans l'aide-mémoire de psychologie médicale et de psychologie du soin*. 245-249. www.cairn.info.
- Charazac, P. (2015). La vie psychique. *Dans psychogériatrie*. 57-76. <https://doi.org/10.3917>.
- Charcot, M-T. (1999). Maladies cardio-vasculaires. *Fondation pour la recherche médicale*, 3(79), 26-31. [Http: //www.frm.org](http://www.frm.org).
- Charles,C., Brendihen, N., Dauchy, S. & Bungener, C. (2013). Le « travail de la maladie » déclinaison du concept de la souffrance psychologique associée aux transformations corporelles. *psycho-oncol.* 7, 169-174. Doi 10.1007/s1183-013-0430-6.
- Chiari, A. (2008). Remarques sur la réalité psychique. *La Revue Lacanienne*, 2(2) ,116-121. DOI 10.39171/Irl.082.0116.
- Compagnon, C. & Maurel, O. (2014). *Etat généraux vers un plan de cœur : pour une stratégie nationale de prévention, de recherche de prise en charge et d'accompagnement des personnes touchées ou menacées par une maladie cardiovasculaire*. Fédération Française de cardiologie. www.fedecardio.org.

- Coulibaly, S., Diall, I., Diakite, M., Ba, H., Diakite, S., Sibibe, S., Sacko, A.K., & Sibibe, L. (2014). Facteur de risque et aspects cliniques de l'infarctus du myocarde chez les patients de moins de 40 ans au CHU du point G. *Mali médical*, 29(4). Search.ebscohost.com.
- Da -Silva, G. (2015). Maladies chroniques : vers un changement du paradigme des soins. *Dans santé publique*, HS (S1), 9-11. www.cairn.info.
- Daryp, D., & Kojoue, L. (2016). La perception. *Dans comportements du consommateur*. 63-106. www.Cairn.info.
- Delage, M., Lejeune, A., Delahaya, A. (2017). Les mécanismes d'adaptation et résilience chez les patients et leur entourage. *Dans pratique du soin et maladies chroniques graves*. 117-138. www.cairn.info.
- Delbraccio, M. (2009). Le corps dans la psychiatrie phénoménologique. *L'information psychiatrique*. 85, 255-262, <https://doi.org/10.1684/ipe>.
- Demont, E. (2009), Les méthodes en psychologie. *Dans la psychologie*, 39-62. www.cairn.info.
- Dietschi, I., & olten. (2018). *Maladie de cœur- elle touche aussi le conjoint et les proches*. Fondation suisse de cardiologie. www.Swissheart.ch .
- Dimitriadis, Y. (2010). Eloge de la subjectivité en psychiatrie. *Recherches en psychanalyse*, 2(10), 329-336. <https://doi.org/10.3917/rep>.
- Doron, R., & Parot, F. (1997). *Dictionnaire de psychologie*. PUF.
- Ellefsen, E. (2013). L'impossible guérison .Vivre avec la maladie chronique. *Spiritualité santé*. 6(2), 38-41.
- Ellefsen, E. (2015). Etre en santé lorsqu'on vit avec la maladie chronique ; une question de continuité. *Spiritualité santé*. 10 (1), 3-33.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 196(4286), 36-129. Pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.
- Escande, P. (2015). L'anti- tombeau de Bernard Maris. *La chaine d'union*. 2(72), 16-24. <https://doi.org/10.3917/cdu.072.0016>.
- Ezembe, F. (2009). Les représentations de la maladie et du soin. *Dans l'enfant Africain et ses univers*, 211-245. www.cairn.info.
- Feldman, J. (2002). Objectivité et subjectivité en science. *Revue européenne des sciences sociales*. 124, 85-13. <https://doi.org/10.4000/ress.577>.
- Fernandez, L., Catteeuw, M. (2001). *La recherche en psychologie clinique*, Paris : Nathan.

- Fischer, N., & Tarquinio, C. (2006). *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*. Paris: Dunod.
- Fischer, N. (2009). *Expérience du malade l'épreuve intime*. Dunod.
- Fischer, N., Tarquinio, C., & Dodeler, V. (2020). Psychologie de la maladie. *Dans bases de la psychologie de la santé*, 143-171. www.cairn.info.
- Focault, M. (1963). *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*. Paris : PUF.
- Folkman, S., & Moskowitz, J.T. (2004). Coping : pitfalls and promise. *The annual review of psychology*, 55, 745-774. [https:// dx.doi.org/ 10.1146/](https://dx.doi.org/10.1146/)
- Fondation Suisse de cardiologie. (2015). *Réadaptation après une affection cardiaque*. [Http : //www.swissheart.ch/ index](http://www.swissheart.ch/index).
- Franguin, D. (2009). *Le psychisme : réalité et sujet psychiques*. Ellipses.
- Freud, S. (1901). *Psychopathologie de la vie quotidienne*. Karger.
- Freud, S. (1913). *Totem et tabou*. Paris : Payot.
- Friard, D. (2012). Mécanismes de défense. *Dans les concepts en sciences infirmières*. 213-217. www.cairn.info.
- Gagnon, L. (1994). *L'adulte ayant survécu à un infarctus du myocarde : Stress psychologique, soutien émotionnel du conjoint*. Université du Québec à trois rivières service de la bibliothèque.
- Gasser, C. (2012). *Répercussions psychosociale négatives à la suite d'un infarctus du myocarde*. Haute école de santé de fribourg.
- Gaudemaris, R. (2001). *Maladies cardiovasculaires et aptitudes au travail*. Dans prévention au quotidien.
- Gavard, A., Basier, S., & Pheulpin, M-C. (2022). Ecouter la vie psychique après une annonce de maladie grave ou d'aggravation : immersions en service de soin de suite de d'urologie. *In analyses*, 4(2), 232- 240. [H ttps://doi.org /10.1016/ jnan.2020](https://doi.org/10.1016/j.nan.2020).
- Genant, M., Vannotti, M., & Zellweger, J. (2001). La maladie chronique : une atteinte à l'histoire des familles. *Thérapie familiale*, 22(3), 231-250.
- Giffard, D. (2021). Relation d'Object ou Relation objectale. *Psychiatrie infirmière*.
- Gilormini, G & Bernateau, I. (2016). Maladie chronique et subjectivation. *Dans adolescence*. 34 (3), 551-562. <https://doi.org/10.3917/ado.o97.o551> .
- Giorgi, A. (1997). *De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines : théorie, pratique et évaluation*. Montréal : Gaétan Morin.

- Girard, J-M ., Boisanger,F. , Boisvert,I, Vachon, M. (2015). Le chercheur et son expérience de la subjectivité: une sensibilité partagée. *Dans spécificités*, 2(8), 10-20. www.cairn.info.
- Gouvernement du Canada. (2019, 12 Septembre). *Rapport du système canadien de surveillance des maladies chroniques : les maladies du cœur au Canada*. Canada.ca. www.canada.ca .
- Grasset, T. (2014). Vécu du patient après un infarctus du myocarde le comprendre pour l'accompagner. Dumas. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01160236>.
- Grimaldi, A. (2006), La maladie chronique. *Les tribunes de la santé*, 13(6), 45. Doi : 10.3917/seve. ? 013. 0045.
- Groupe Suisse de travail pour la réadaptation cardio-vasculaire. (2023). [Https : www.sakr.ch/ public](https://www.sakr.ch/public).
- Guerrin, B. (2012). Aidant naturel. *Dans les concepts en science infirmières*. 59-61.
- Guillaumin, J. (2008), Entre réalité matérielle et réalité psychique, le statut de la construction dans l'analyse en 1937 : Un transfert de croyance. *Revue française de psychanalyse*. 5(72), 1481-1487. <https://doi.org/10.3917/rfp.1481>.
- Hans, W. & Loewald .M.D (2011). Moi et réalité. *La revue française de psychanalyse*, 75, 349-365.
- Haute autorité de Santé. (2008). *Annoncer une mauvaise nouvelle*. [Https : //www.oncocentre.org](https://www.oncocentre.org).
- Hebert, M., Staraci, S. Bordet. C., Charron, P. & Garguilo, M. (2019). Enjeux psychologique de la prédiction des maladies cardiaques bouleversement du temps passé. *Corps & psychisme*. 2(75), 109-123, <https://doi.org/10.3917/cpsy2.o75.o1o9>.
- Herzlich, C. (1969). *Santé et maladie analyse d'une représentation sociale*. Paris : EHESS.
- Herzlich, C., & Adam, P. (1994). *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris : Nathan.
- Hirsch, E. (2002). *La révolution hospitalière, une démocratie du soin*. Bayard.
- Houpe, JP. (2015). *Prendre soin de son cœur. Introduction à la psychocardiologie*. Dunod.
- Houpe, JP. (2017). La psychocardiologie : une nouvelle spécialisé. *Dans Hegel*. 7(1).36-46. Doi : 10.4267 /2042/62020.
- Hryniewicz, N. (2012). Face à la mort à venir et la dégradation physique et /ou psychique : souffrance des patients, des proches, réflexion autour de la souffrance éprouvée par les patients atteints de cancer et leurs proches en soins palliatifs. *L'information psychiatrique*, 88(9), 735-741. Doi10. 3917/inpsy.8809.073.

- Hureau –noël, E. (2010, septembre). *Médecin « Savant », Malade « Sachant »*. Acte du congrès de l'actualité de la recherche en éducation et en formation. 1-6. e.noelyahoowanadoo.fr.
- Hureaux, E. (2008). « La santé une ressource éducative ? ». *L'éducation tout au long de la vie*.79-90. [Https : // hal. science /tel-03933676](https://hal.science/tel-03933676).
- Husserl, E. (1859). *Philosophiques*. Les éditions de minuit.
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*. 3(102), 23-34, Doi10.39 /rsi.102.0023.
- Kaes, R. (2009). La réalité psychique du lien. *Dans le Divan familial*.1(22), 107-125, <https://doi.org/10.3917/difa.o22.o648>
- Kaes, R. (2015). La matière de la réalité psychique inconsciente. *L'extension de la psychanalyse*. 63-74. www.cairn.info.
- Kamden, F., Djomou, F., Hamadou, B., Ngonsala, S., Jingi, M., Biholong, C., Djaya, J., kemmegne, C. & Kingue, S. (2018). Connaissance des facteurs de risque cardiovasculaires et attitudes de prévention par la population du District de santé de Deido –Cameroun. *The journal of medicine and Health Sciences*. 19 (1). [www.hsd –fmsb .org](http://www.hsd-fmsb.org).
- Ketele, J., & Roegiers, X. (1996). *Méthodologie du recueil d'informations : Fondements des méthodes d'observations, de questionnaires, d'interviews et d'études de documents*. Université de Boeck.
- Klein, M. (1948). Contributions to psychanalysis. *Journal of mental science*. 95(401), 993-994 . [Https://doi.org/10.1192/](https://doi.org/10.1192/).
- Knauer, D. (2011). Subjectivités. *Revue psychothérapies*. 2(31), 93. <https://doi.org/10.3917/>.
- Kubler, R. (1977). Dignité de la mort. *Santé mentale au Québec*. 2(1), 101-117. [Https://doi.org/10.7202/030018ar](https://doi.org/10.7202/030018ar).
- Lacroix, A., Simon, D., Traynard, P., Bourdillon, P., Gagnayre, R. & Grimaldi, A. (2009). *Autour du vécu psychique des patients atteints d'une maladie chronique*. Elsevier Masson.
- Laffitte, M. (2018). Reconstituer une scène de crise de santé : conditions du récit de l'expérience vécue lors d'une crise cardiaque. *Le sujet dans la cité*, 2 (9), 183-194. Doi10.3917/Isdlc.009.0183.

- Lafitte, M. (2019). L'expérience de l'infarctus du myocarde : tensions identitaires des malades et effets sur leur demande de soins. *Dans Recherche en éducation*. <https://doi.org/10.400/ree.697>.
- Laine, A. (2017). *Vécu subjectif de la maladie de crohn et facteurs psychosociaux prédictif de la rechute : vers une approche intégrative*. Université de Bourgogne Franche – Comté.
- Landa, H. & Gimenez, G. (2009, 28 octobre). *Le trauma et l'émotion : apport de la théorie janetienne et perspectives nouvelles*. DOI 10.1016/j.evopsy.2009.09.006.
- Laplanche, J. , & Pontalis, J.B . (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris. PUB.
- Larousse, P. (2010). *Dictionnaire Larousse illustré*. PUF.
- Larousse. (2008). *Dictionnaire, le petit Larousse illustrée*.
- Larsen, P., & Lubkin, I. (2009). *Chronic illness, impact and intervention*. Jones & Barlette.
- Lecomte, Y., Jama, S. & Legoult, G. (2006). Ethnopsychiatrie, *Revue de santé mentale au Québec*. 31(2). <https://doi.org/10.7202/014800ar>.
- Ledoux, J. (2000). *Guérir sans guerre*. Flammarion.
- Levinas, E. (1947). *De l'existence à l'existant*. Fontaine.
- Libbey, J. (2012). Face à la mort à venir et la dégradation physique et/ou psychique : souffrance des patients, des proches. Réflexion autour de la souffrance éprouvée par les patients atteints de cancer et leurs proches en soins palliatifs. *L'information psychiatrique*, 9(88), 735-741. DOI 10.3917/inpsy.8809.0735.
- Ligue de cardiologie Belge. (2023). *Catégorie : affections cardio-vasculaires*. DocAidants. www.docaidants.be.
- Lincoln, Y. (1995). Emerging criteria for quality in Qualitative and Interpretative Research. *Qualitative Inquiry*. 1, 275-289. www.scirp.org.
- Lionet, B. (2018). *Douleur et mobilité psychique : aspects psychologiques de la remise en mouvement chez les personnes atteintes de douleur chronique*. Université de Paris 8.
- Lubkin, I. (2002). *Chronisch kranksein*. Bern:Verlag Hans Huber.
- Mamai, A. (2021). Vécu familial de L'AVC et réaménagement identitaire au sein de la famille [Mémoire de Master non publié, Université de Yaoundé 1].
- Mackay, S. (2009). Towards an ontological theory of wellness: a discussion of conceptual foundations and implications for nursing. *Nursing philosophy*, 10 (2), 103-112.
- Marchand, M. (2021). *Les déterminants du maintien des comportements d'activité physiques suite à un infarctus du myocarde*. Université de Laval.

- Marchetti, E. (2007). Etre psychologue dans un service de cardiologie. *Le journal des psychologues*. 9(252), 35-38, <https://www.info/revue-le-journal-des-psychologues-2007> .
- Marchetti, E. (2021). Entre la réalité des atteintes somatiques et les réactions émotionnelles des patients : Les théories subjectives comme bases d'un accompagnement psychologique. L'exemple des personnes victimes d'un infarctus du myocarde. *Dans nouveau dans la psycho*, 135-149. Www. cairn. Info.
- Marthe, C. (2021). Le travail du deuil de martine Lussier. *Revue Française de psychanalyse*. 2 (72), 523.527. <https://doi.org/10.3917/rfp.722.0523>.
- Massol, M. (2004), *l'annonce de la maladie. Une parole qui engage*. Date Be.
- Massons & San, E. (2018). *Choix d'un référentiel théorique : Réalité psychique et métapsychologie. Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. Elsevier Masson SAS.
- Mathieu, O., & Sandrez, C. (2014). L'infarctus du myocarde : Une épreuve à haut risque psychologique. *Revue didactique et pratique en cardiologie*. 8(62), 62-92. www.cardinale.fr
- Maurel, M. (2008), la psycho-phénoménologie : théorie de l'explicitation. *Le journal de l'association Grex*. 69, 1-29.
- Mbassi, I. (2019, 12 décembre). *Maladies cœur : ces tueuses qu'il faut connaître*. Cameroun Tribune. www.cameroon-tribune.cm.
- Mènèchal. J. (1999). *Qu'est-ce que la névrose ?* Dunod.
- Meyor, C. (2007). Le sens et la valeur de l'approche phénoménologique, *Recherche qualitative-hors-série*, (4), 103-118. Www.cairn.info.
- Ministère de la Santé et de la Prévention. (2022, 02 juin). *Maladies cardiovasculaires*. Santé. Santè.gouv.fr.
- Ministère de la santé et des sports. (2009). *La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France : synthèse du rapport a madame le ministre de la santé et des sports*. Social santé. <https://www.social-sante.gouv.fr>.
- Missonnier, S. (2007). Questions à René Roussillon. *Carnet de psy*. 6 (119), 52-57. <https://doi.org/10.3917/Icp.119.0052>.
- Mouchet, A., Vermerch,P . , & Bouthier,D . (2011). Méthodologie d'accès à l'expérience composite et vidéo. *Dans savoirs*, 3(27), 85-105. www.cairn.info.

- Mougin, G. & Vion-Dury, J. (2017). *L'entretien phénoménologique expérientiel de premier et de deuxième ordre : vers la découverte des « métamorphoses expérientielles »*. Presses universitaires de France. [https:// hal.science /hal-01591788](https://hal.science/hal-01591788).
- Nganou, N., Hamadou, B., Ananfack, G., Pangang, D. & Menanga, AP. (2021). Evaluation de l'Observance Thérapeutique chez les Patients suivis pour insuffisance Cardiaque Chronique en Milieu Urbain Camerounais : Etude Observationnelle. *The journal of medecine and biomedical sciences*. 22 (3), 40-45. [www.hsd-fmsb .org](http://www.hsd-fmsb.org).
- Nguimfack, L. (2016). Expérience familiale subjective et dynamique psychique familiale à l'annonce du diagnostic du cancer. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. 2(57), 27-47. <https://doi.org/10.3917/ctf.057.0027>.
- Organisation Mondiale de la santé. (2010). *Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles*. www.who.int.
- Organisation Mondiale de la santé. (2011). Les maladies cardiovasculaires. <https://www.who.int/mediacentre/>.
- Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Profils de pays pour les maladies non transmissibles*. apps.who.int.
- Organisation Mondiale de la santé. (2017). *Les Maladies Cardiovasculaires*. Privacy Légal Notice. www.who.int.
- Oulzein, H ., Zouaoui, W., Cherradi, R ., Abib, A., & Hamdoun.M . (2005). Annales de cardiologie et d'angiologie. *ScienceDirect*. 55(5), 255-259. [https : doi .org /10.16/ j.ancarde.2006.07. 004](https://doi.org/10.16/j.ancarde.2006.07.004).
- Pagès, V. (2017). Les accidents vasculaires cérébraux. *Dans handicaps et psychopathologies*. 171-173. www.cairn.info.
- Panichelli, C. (2007). Le mécanisme de défense de l'humour : outil pour recadrage. Dans *cahier critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. 2(39), 39-56. www.cairn.info .
- Pedinielli, L. & Fernandez, L. (2006). La recherche en psychologie clinique. *Recherche en soins infirmiers*. 1(84), 41-51.
- Perry,C., Guelfi,J ., Despland,N ., Hanin,B ., Lamas,C . (2008). *Mécanismes de défenses: principes et échelles d'évaluation*. Massons.
- Picoche, J. (1992). La cohérence des polysèmes : un outil pour débloquent l'enseignement du vocabulaire. 8, 11-28. www.persee.fr.
- Pinell, P. (1992). *Naissance d'un fléau*. Editions Métailié.

- Pommier, G. (2004), Annexes : La réalité psychique de Freud et le réel de Lacan. *Qu'est-ce que le réel ?* 131-132.
- Potvin, L., Richard, L., & Edward, A.C. (2000). La connaissance des facteurs de risque cardiovasculaires de la maladie au sein de la population canadienne: relations avec les indicateurs de statut socio-économique. *Journal de l'association médecine canadienne*.5(11), 162. www.hsd-fmsb.org.
- Programme pilotes. (2012). *Expérience patient dans l'infarctus du myocarde*. HAS .www.has-santè.fr.
- Puget, J. (2004). Penser la subjectivité sociale. *Revue de psychothérapies*. 24 (4), 183-188.
- Puget, J. (2005). Dialogue d'un certain genre avec René Kaes à propos du lien. *Le Divan familial*. 2 (15), 59 -71.
- Puget, J. (2016). Comment penser après Freud le lien social. *Revue research in psychoanalysis*. 1(21). 109-116. www.cairn.info.
- Regis, G. (2001). Les maladies cardiovasculaires et aptitudes au travail. *Act. Med.Int-Hypertension*. (12), 12. www.em-consulte.com.
- Revault, D. (2014). Psychologie clinique et démarche clinique. *Les méthodes cliniques en psychologie*. 43-55. <https://doi.org/10.3917/dunod.douvi> .2014.
- Ribau, C., Lasry, J.C., Bouhard, L., Moutel. G., Hervè, C., & Vergnes, J.P. (2005). La phénoménologie : une approche scientifique des expériences vécues. *Recherche en soin infirmiers*. 2 (81), 21-27, <https://doi.org/10.391/rsi.o81.oo21>
- Roberge, M-A. (2007). *Etat de stress aigu et état de stress post-traumatique après un infarctus du myocarde : Prévalence et facteurs associés*. Université du Québec à Montréal.
- Robichaud-ekstrand, S., & Gibbons, C. (2008). Composantes de la capacité d'auto soin de personnes ayant subi un infarctus du myocarde et participant à un programme d'exercices à domicile. *Revue de l'université de Moncton*. 39(1-2), 249-273. DOI : <https://doi.org/10.7202/039849ar>.
- Roussillon, R., Brun, A., Charbert, C., Ciccone, A., Ferrant, A. (2018). *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale* (3^e éd.). Elsevier Masson.
- Rusniewki, M., & Bouleuc, C. (2015). *L'annonce : dire la maladie grave*. Dunod.
- Rusniewki, M. (1999) . *Face à la maladie grave, patients, famille, soignants*. Dunod.
- Sacca-Vehounke, J., Houenassi, M., Tchabi, Y., Doussou, Y., Dade, A., Massougbodji, M & Agboton, H. (2005). Complication et mortalité de l'infarctus du myocarde. *Cardiologie tropicale*, 31(124), 52-53. www.cairn.info.
- Salminen, T.,

- Santeuil, A. (2017). La métapsychologie. Dans *institut française de psychanalyse*. Titufrancaisedepsychanalyse.com.
- Serban, A. (2019). *15 Approches de la psychopathologie* (5^e éd.). Dunod.
- Signorille, P. (2016). *La réalité en tant qu'expérience construite et relative*. Arvensa.
- Sillamy, N. (1996). *Dictionnaire de la psychologie*. Larousse.
- Tchokote, E. (2021). De l'enfant imaginaire à l'enfant réel : Réalité psychique subjective des parents ayant un enfant infirme moteur cérébral au Cameroun. *Psychologie clinique*, 1(51), 171-183. DOI 10.1051/ Psysc/ 202151171.
- Testuz, A. (2009). Dépression et infarctus du myocarde. *Revue médicale Suisse*. 5, 515-519. Wwww. revmed.Ch.
- Thiam, Y. (2012). *Comprendre le vécu et le ressenti des patients chroniques à la suite d'un programme éducation thérapeutique en court séjour : Le cas des patients cardiovasculaires du CHU Clermont –Ferrand*. Université d'Auvergne.
- Tilmant, J-C. (2019). Définitions. Dans *du trauma à la résilience*. 15-21. www.cairn. info .
- Tobin, GA., & Begley, C. (2008). Receiving bad news: a phenomenological exploration of the lived experience of receiving a cancer diagnosis. *Cancer Nurs*. 31(5), 31-39. Pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.
- Tony, C., Lee., & Juan, C.M. (2007, décembre). *Définition Universelle de l'infarctus du myocarde*. www.cardiologieconférences.ca.
- Vannotti, M. & Genant, M. (2006). L'expérience «pathique» de la douleur chronique : une approche phénoménologique. *Cahiers critiques de thérapies familiales et de pratiques des réseaux*. 1(36), 13-31. https://doi.org/10.3917 /ctf.036.31.
- Vermerch, P. (2010). *L'entretien d'explicitation* (6^e éd.). ESF.
- Villani, M., Flahault, C., Montel, S., Sultan, S., Bungener, C. (2013). Proximité des présentations de la maladie chez le malade et ses proches : Revue de littérature et illustration clinique. Dans *Bulletin de psychologie*. 6(528), 477-487. www.cairn.info.
- Vivier, J. (2013). *L'annonce d'une maladie grave. Enquête auprès des médecins généralistes de la région nancéenne*. Université de Lorraine.
- Voxco. (2022). Recherche exploratoire et recherche explicative. www.voxco.com.
- Widlocher, D. (2006). Réalité psychique et vérité historique : modelé explicatif ou descriptif. Dans *topique*, 2(95), 15-25. www.cairn.info.
- Wulf, C. (1999). *Anthropologie de l'éducation*. L'harmattan.

ANNEXES

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix - Travail - Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DES ARTS, LETTRES ET
SCIENCES HUMAINES

DEPARTEMENT PSYCHOLOGIE



REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix - Travail - Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTY OF ARTS, LETTERS AND
SOCIAL SCIENCES

DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

ATTESTATION DE RECHERCHE

Je soussigné, **EBALE MONEZE Chandel**, Professeur des universités, Chef du Département de Psychologie, atteste que **Mme MACHUENTUM MFOPAH AICHA CHANCELLE**, matricule 17639 a libellé son mémoire de Psychopathologie et clinique comme suit :

« Vivre avec une maladie cardiaque : Réalité psychique subjective des patients ayant survécus à un infarctus du myocarde».

Ses travaux s'effectuent sous la direction du Professeur **GUIMFACK LEONARD**

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

Fait à Yaoundé, le 28-09-22

Le Chef de Département



Ebale Moneze Chandel
Professeur Titulaire

FORMULAIRE DU CONSENTEMENT ECLAIRE

Je soussigné (e),
Mr/Mme/Mlle.....FRANCOIS.....

Avoir été sollicité (e), à participer aux travaux de mémoire de master de l'étudiante MACHUENTUM MFOPAH AICHA CHANCELLE ; Master 2, Université de Yaoundé 1, département de psychologie, dont le sujet intitulé : vivre avec une maladie cardiaque : réalité psychique subjective des patients ayant survécu à un infarctus du myocarde. Pour objectif principale la saisie de la caractérisation de la réalité psychique subjective des personnes ayant survécu à un infarctus du myocarde. Ce mémoire est dirigé par le professeur léonard NGUIMFACK de l'université de Yaoundé 1. Cette étude n'implique aucun risque, mais certaines questions pourraient engendrer un inconfort. La participation à cette étude se fait sur base volontaire et n'est pas rémunérée. Vous avez le droit de ne pas y participer ou stopper votre participation n'importe quel moment, sans aucune justification. Les données sont traitées de manière anonyme et confidentielle. Si vous souhaitez davantage d'informations à propos de l'étude, vous pouvez nous contacter par téléphone 694-31-59-90.

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

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

Fait à Yaoundé, le 24/02/2023

Participant

Etudiant

MACHUENTUM MFOPAH aicha chancelle, UY1

ENTRETIEN AVEC LE PATIENT 1

L'entretien s'est tenu au domicile du patient

- Parlés nous du début de vos symptômes

« Mes douleurs ont commencé au mois de mai, je me suis rendu à l'hôpital de Foumban, j'ai fait deux semaines. On a traité et suis sorti et j'ai fait trois semaines et ça repris très fort jusqu'à ce que mes enfants m'ont amène ici, et je me retrouve dans le cabinet du docteur Yiagnigni »

Le beau-fils du patient chez qui le patient vit présentement nous fait comprendre que le patient a fait un coma de plusieurs jours qui laissait la famille sans espoir.

- Comment vous vous sentiez pendant sa survenue ?

« J'appelle ma femme, j'appelle mes fils pour voir ce qui ne va pas, oui ! Comment je me roule, je me couche avec le dos, avec le ventre, ça ne tient pas et puis pour me coucher ça me faisait toujours mal. Je me dis si ça se termine comme ça c'est comme tous les mal »

- « Vous dites que si ça se termine comme ça, c'est un mal comme les autres » que voulez-vous dire précisément ?

« Night ! Que chacun doit mourir et si ça arrive comme ça Dieu merci »

- Si je comprends bien l'idée des derniers instants a été votre crainte en ce moment-là ?

« Moi je suis un musulman croyant quoi ! Et même comme, on est ici si ça arrive je dis Dieu merci !, parce qu'avec 73 ans c'est déjà pas mal oui ! »

- Si je comprends bien c'est une grâce que vous soyez encore là vu votre âge ?

« Ce n'est pas tout le monde, et Dieu merci quoi »

- Avez-vous déjà entendu parler de l'infarctus du myocarde ou des maladies cardiaques avant votre crise ?

« J'entends parler lorsque je suis à l'hôpital, de cardiologue et ceci cela. Depuis que je suis née je n'ai pas de mal comme ça, quand j'entends parler des cardiologues, des maladies cardiaques, je me dis que c'est un mal comme les autres »

- Vous dites n'avoir jamais eu de mal comme ça depuis votre naissance, alors comment est-ce que vous vous représenté cette maladie ?

« Quand j'entends parler de ça je me dis que c'est un mal comme les autres, je me dis comme ça. Puisque moi depuis que je suis née je n'ai pas eu un mal quelconque, sauf quand j'étais petit j'avais eu le mal de ventre, j'étais hospitaliser quand j'étais au CM2, les autres maladies non ! Je n'ai pas eu »

- Donc vous considérez la maladie cardiaque comme étant une maladie comme les autres

« Oui -oui »

- D'accord, et comment s'est fait l'annonce du diagnostic, j'aimerais que vous me disiez comment est-ce que ça s'est passé, quelles étaient vos réactions par rapport à cette annonce ?

« Pour moi je n'ai pas trop d'inquiétude, parce que je suis devant le docteur il me fait les paramètres pour voir ce qui ne va pas, et il me la dis d'une certaine manière et j'ai encore compris »

➤ Que devrions-nous donc comprendre ?

« Je crois à 75 pourcent à la médecine moderne et à 25 pourcent à la médecine traditionnelle, ma femme connaît que je crois à la médecine, quand je suis devant le docteur, je n'ai rien à dire, j'entends ce qu'il me dit et je mets en pratique, j'entends le docteur et ce qu'il me dit, moi je suis pour la médecine moderne, je pars à l'hôpital pour que l'hôpital voit ce qui ne va pas, et le docteur a dit que ça ira »

➤ Vous faites allusion à votre femme, pourriez-vous nous dire comment elle a réagi pendant votre crise ?

« Elle réagit avec sa tristesse, elle coulait les larmes comme les femmes ont toujours les chagrins là »

➤ Et comment vous vous sentiez au vu de cela ?

« J'avais mal de la voir souffrir parce que je souffre »

➤ Dites-nous comment était vos relations avant la survenue de la maladie, la dedans j'aimerais que vous me disiez comment était vos relations au sein de la famille

« Oui pour parler de mes relations, déjà ne suis pas dans la même ville que mes enfants, je suis à Fouban avec mon épouse et on se voit, bon quand il le faut, mes petits enfants viennent en vacances chez moi, et pour mes frères chacun est de son côté »

➤ Avez- vous perçu dans votre entourage un certain nombre de soutien ?

« Oui ! eh !, eux tous ils sont quittés de Fouban pour venir me visiter à l'hôpital, dans les deux semaines que j'ai passé la bas, ils sont venus, mes frères, mes s'œurs, mes cousins, mes cousines, mes cousins, ils sont venus à l'hôpital Euloge là, et mes enfants ont mis beaucoup de moyen financier pour mes soins »

On apprend que l'une des sœurs du patient l'ayant assisté décède plus tard d'un infarctus du myocarde. Et que la famille n'a pas annoncé la nouvelle au patient.

➤ Donc il y avait une assistance considérable ? « beaucoup »

➤ Comment avez-vous vécu cela ?

« Les voir ainsi m'a beaucoup émut et j'ai vécu ça avec beaucoup d'émotion, je me suis rendu compte de la grande importance que j'avais dans leur vie, oui même ceux qui étaient ici, ils venaient grand père ! Grand père comment ça va ? »

➤ Dites-nous comment vous vous représentés ces petits soins ?

« J'ai autour de moi, je sais que vraiment je serai bien même si je suis encore coucher, je serai guéri, parce qu'ils ont l'amour de m'approcher ceci cela ! Comment ça va grand père ? Qu'est ce qui ne va

pas grand père ? On t'apporte quoi ? Ceci cela ! Oui c'est bon pour moi ça me fais tenir bon et vouloir au plus vite me rétablir »

➤ Avez-vous imaginez que votre maladie ou votre état puisse troubler votre vie professionnelle ?

« Je ne sais pas Heim ! C'est au docteur ce qu'il trouve ! Parce que depuis que je suis artisan, je n'ai jamais été malade, même comme je travaille beaucoup avec la force je n'ai jamais eu de mal, je faisais beaucoup de sport »

➤ Pensez donc-vous que cette maladie puisse vous perturbés dans l'exercice de votre travail ?

« Chez moi, il y'a des ateliers de travail, je passe s'il y'a quelque chose qui ne va pas, je lui dis que ça ne va pas, faut faire comme si, comme ça. Mais pour rester comme ça non ! Je fais le tour »

➤ Je reprends votre phrase « pour rester comme ça, ça non » quel est donc l'image que vous vous donnés malgré tout ?

« Je me définit comme un homme assez fort, résistant qui peut faire face à n'importe quelle maladie, même à la maison je travaille beaucoup »

➤ Imaginez-vous que les choses ne soient pas telles qu'elles le sont aujourd'hui quel serai malgré tout l'idée la plus difficile ?

« L'idée de laisser ma famille, c'est surtout ça quand les crises là, je pense que si je les laisses qu'est ce qui va les conduire jusqu'à jusqu'à... ? Ce n'est pas la mort qui me faisait peur mais surtout les gens que je vais laisser, parce qu'a 73 ans c'est déjà pas mal »

➤ Avez-vous ressenti à un moment de la tristesse du à votre situation ?

« J'ai beaucoup de chagrin oui, beaucoup de chagrin oui, parce que je pouvais les laisses seul »

➤ Alors comment vivez-vous cette nouvelle vie ?

« J'avais du mal au début à dormir, et de fois j'étais perdu dans mes pensées mais mis à part Je n'ai pas trouvé changement parce que chez moi, je suis toujours à l'heure à table, le matin à midi comme le soir, oui. Je n'ai pas eu, aucun coupure d'appétit ceci cela, il y'a pas eu de changement du aux médicaments, il y 'a pas eu de changement ou quoi que ce soit parce que je prends régulièrement mes produits »

➤ Y'a-t-il véritablement pas eu de changement dans votre hygiène alimentaire aussi ?

« Depuis que je suis née je ne connais pas le gout de la bière, du tabac ! Je ne connais pas depuis que je suis née. Et même les aliments qu'on nous interdit là, Je n'abandonne rien ! Non chez moi je n'abandonne rien, je fais seulement les goutés seulement !, Je goute seulement, sans pour autant manger à sa faim, je n'abandonne rien »

➤ Comment vous percevez le traitement de cette maladie ?

« Le plus souvent j'ai demandé au docteur que les médicaments qui m'a donné c'est trop, parce que le plus souvent je ne prends pas les médicaments parce que quand je prenais les médicaments ça me

faisais les démangeons, chaque fois quand je prends les produits là ça me fais les démangesons à ce niveau ci (*le patient montre sa main et situe l'endroit exacte*) mais comme je suis maintenant médicamenteux ça ne fais plus rien »

➤ Comme vous avez survécu à cette crise, parlez-nous de votre vie dorénavant,

« Ça sera, très très moins, je ne vais plus travailler fort, je vais aller doucement et puis je vais appeler mes petits pour travailler plus à ma place, je vais les montrés comment faire puis ils vont faire ».

➤ Donc vous allez freiné le rythme de travail « Oui oui freiné »

➤ Que suppose le mot très moins pour vous ?

« Moi j'aime le dehors, j'aime faire les va et viens, la maladie ne doit pas empêcher d'embrasser la vie, non non, mais doucement »

➤ Que feriez-vous donc étant dans cette maladie ?

« Ces derniers temps j'ai trop voyagé, je dis ça va bon je ne peux plus voyager, maintenant je prends du repose »

On apprend par le beau-fils du patient qu'il a eu voyagé partout dans le monde

➤ Comme vous êtes dans cette maladie, elle vous fait quoi exactement ?

« Le fait d'être dans cette maladie signifie pour moi que Dieu m'a donné une grâce, il m'a donné cette vie jusqu'à 73 ans que je suis encore là et que j'ai encore la possibilité de dire à mes enfants de faire ci ou ça, de les prodiguer des conseils des directives... »

➤ Que souhaiterayez-vous donc faire savoir aux autres ?

« Que la maladie cardiaque est comme toutes les maladies Heim, le rhume, le mal de ventre, les maux de tête moi je prends ça comme ça, prendre la maladie de façon positive, de bien suivre son traitement, ne pas abandonner les plaisirs, J'encourage les enfants de travailler de ne pas voir que comme on est malade, ça peut arriver à tout le monde, je les encourage de travailler d'avancer de ne pas voir ceci cela ! »

ENTRETIEN N2

L'entretien s'est tenu à la clinique

➤ Parlez-nous de l'histoire de votre maladie

« Mais bon ! Ma crise au départ n'a pas été la crise cardiaque, j'ai eu la tension vers les années 1990, j'ai subi la tension vers les années 90 »

➤ On comprend alors que c'était l'élévation de votre tension qui vous a conduit à cette crise-là ?

« Bon je ne ... ! Vers les années 90 j'ai découvert que j'avais la tension grâce à une émission radiophonique, le soir quand je rentrais il y'avait un poste de radio au chevet de mon lit, dès que j'entre à la maison, j'ouvre alors, des gens racontaient à la radio en ce qui concerne une émission de la santé le comportement de certaines personnes, vraiment ! Ça ressemblait à 100 pourcent comment mon corps me faisait depuis un temps. On demandait aux gens de se rendre à la cité verte, que le médecin là devait être à la cité verte pour examiner ce genre de truc. Je suis allé j'étais même

véhiculé. On était allé jeudi dans l'après-midi. J'arrive je gare ma voiture, on me control et finalement on me demande avec qui je suis venus, je dis que ma voiture est garer dehors. Ils m'ont hospitalisé parce que j'avais la tension à combien ? A l'époque-là très fort, que ma tension était trop fort alors que je marchais pieds. J'ai commencé donc le traitement ce temps-là. C'est ! J'avais un peu abandonné le traitement »

« Ce que j'ai eu par la suite c'est en tout cas, j'ai vu plusieurs médecins, plusieurs médecins. Au moment donné je cassais le gravier, le gravier pour me distraire dans ma cour, je casais, je casais, le lendemain je me suis senti mal c'est nettement ça. Ça c'est au fil des années heim ! Tu vois nous sommes que la maladie commence en 90, je me sens mal ici vers les années 2000. Je suis allé à l'hôpital Aloutchem la bas à obogogo on m'a passé des radios et tout et tout, on a prescrit des traitements, qu'on devait revoir après. Quand je suis rentré à la maison jusque-là ça n'allait pas. Je sentais sérieusement mal, il fallait seulement que j'essaie un peu de parler comme ça pour que je ne puisse plus respirer. Quelqu'un m'a demandé d'aller au CHU, je suis donc allé là-bas. Il y avait une femme là-bas qu'on appelle Mme Ngou, elle était blanche, elle était cardiologue. Bon ! Elle s'est un peu occupée de moi, mais ça n'allait pas, je me suis retrouver finalement ici »

A moins que tu as encore des questions à poser sache que c'est ici que je trouve mon bonheur »

➤ Revenons au moment précis de la crise

« ouais !, j'ai travaillé à la veuille, j'ai cassé les graviers à la veuille le lendemain j'ai même encore cassé, mais j'ai senti mal, marcher même ce n'était pas facile, ça me faisait très mal, il a fallu que j'appelle pour qu'on vienne me chercher »

➤ Qu'avez-vous pensé lorsque vous ressentiez cette douleur ?

« J'ai l'habitude de supporter certaines choses Heim, mais là, puisque je ne savais même pas ce que c'est, je ne savais pas, autrement je ne devais pas aller à l'hôpital Aloutchem je devais directement aller voir un cardiologue, donc que il fallait que je fasse un peu d'effort pour souffrir ! Si je reste comme ça sa baisse, si je veux même me lever je dois souffrir »

➤ « Mais là », que devrions nous comprendre ?

« C'était insupportable, et plus tard on m'a dit que c'est les caillots de sang, ce sont coagulés au niveau des artères donc quand je fais des efforts le cœur bat plus vite, arriver là-bas comme ça ne peut pas traverser ca cause cet accident. Alors je suis arrivé ici, docta m'a fait des examens ici, il m'a dit d'être patient. C'est pour ça qu'aujourd'hui j'ai encore des séquences, mais je peux grimper la colline là de vollie là, alors que par le passé je ne pouvais pas. Grace à ce médecin ! »

➤ Quels ont été les sentiments qui se présentaient pendant la crise ?

« J'étais terrifié... oui puisque c'était un truc que je n'avais jamais vécu, ça faisait très mal heim, très très mal, il suffisait que je cherche à me lever et marcher, ça me demande de m'asseoir, mais aussi le fait de respirer me demandais beaucoup d'effort, aujourd'hui ce n'est plus ça »

➤ Avez-vous imaginez des choses ?

« hummm la mort, la fin d'une vie »

« *C'est toi qui sait ce que tu demandes heim, voilà ma maladie* »

➤ Comment vous avez réagi lorsque vous perceviez ces choses dans votre corps ?

« J'ai commencé par dire que je sentais mal à la poitrine, et que j'essayais d'aller quelque part... Il a fallu que je demande aux gens de venir me porter dans la voiture, j'étais assis au bord de la rue, je ne pouvais plus marcher »

➤ Ne craigniez-vous pas quelque chose ?

« Ma fille sans te mentir j'ai l'habitude de supporter certaines choses seul, donc mais c'est bien après que j'ai eu peur et que si je continue comme ça, ça n'allait pas donner »

➤ Devrions nous comprendre qu'il y 'a eu la crainte de mourir ? « bien entendue ... »

➤ Quel a été votre réaction à l'annonce du diagnostic ?

« Bon en tout cas ! Pour moi, je me disais que c'était normal que quelqu'un tombe malade, je n'ai pas été tellement dans le stress, j'ai directement cherché »

➤ Vous dites que vous avez directement cherché que voulez-vous dire par là ?

« Si déjà je m'en vais à l'hôpital Aloutchem comme je te l'ai dit là, apparemment là-bas n'était pas le lieu indiqué. Je m'en vais voir madame ngou qui est cardiologue c'est parce que les gens m'ont conseillé que c'était un problème de c'oeur, je m'en vais la voir jusque-là. Elle a fait ce qu'elle pouvait faire mais ça ne donnait pas, il y avait pas d'amélioration je continuais à souffrir. Bon il fallait que quelqu'un me conseille de venir ici, arriver ici on a fait des examens comme je vous ai dit là. Grace au médecin il m'a demandé de payer les examens, il a même fais le prix »

➤ Parlez-nous de la période pendant laquelle bien qu'ayant rencontré un médecin votre condition ne s'améliorait toujours pas

« Oui ma fille, pendant ce moment-là je ne dormais pas, je réfléchissais chaque temps, même travailler ça me dépassait, parce que j'avais toujours mal Heim »

➤ Et lorsque vous avez rencontré celui-ci

« Oui lorsque, on m'a dit de venir ici, au début j'étais toujours dans le doute, un peu pensif de temps à autre, toujours irriter, mais avec lui, par rapport aux autres c'était différent »

➤ En quoi il a été différent des autres ?

« Regarde toi-même, maintenant là cet examen je n'ai pas payé, je ne travaille plus, et ce monsieur est conscient de tout le monde je ne sais pas, si j'étais quelqu'un je devais le mettre une médaille. Il me soigne pratiquement pour rien, regarde toi-même tu as vu est ce que j'ai payé ça ? Non ! Je n'ai pas payé, donc il m'a dit que papa si tu es gentil je vais te soigner »

➤ Comment vous percevez ce soutien venant de votre médecin ?

« Au fait, il a même dis a quelqu'un qu'il a vu un papa qui n'abandonne pas son traitement, qui sait ce qu'il fait, ce qu'il veut, alors la personne est venue me dire. La personne c'était un enfant que j'avais en face ici, paix à son âme ! Il m'a déroulé ce que le médecin avait dit. Si je ne le suis pas je vais suivre qui ? Je veux la santé. Sans te mentir à l'heure actuelle j'ai des séquences, mon traitement

continue, mais le mal là c'est le passé. Mais je continue d'être avec lui, parce que c'est lui qui peut me dire d'aller pour de bon »

« C'est... Oui, je te parlais que c'est le médecin ci, c'est lui qui m'encourage, je t'ai même dit ça au départ que mon sauveur c'est lui, il a même voulu m'amener à l'étrangère un moment. Je lui ai dit que même s'il donne son argent, il faut que je complète, pour qu'on aille m'opérer il voulait m'amener j'ai dit que quel qu'en soit le cas je dois mettre de l'argent, mais je lui ai dit de continuer à me soigner qu'apparemment ça tiens, il m'a carrément demandé, c'est lui qui me pousse à vivre, c'est lui ! »

➤ Que pensez-vous du traitement de cette maladie ?

« Pour ça vraiment, c'est le claver, quand il a même dit à cette personne qu'il me félicite de ma façon de me comporter, c'est naturellement cela. Les remèdes pour soigner cette maladie là ce n'est pas facile, il y'a les effets secondaires énormes, énormes, il faut supporter pour pouvoir vivre avec, il faut supporter tellement, et chaque fois il fallait contrôler lui-même il sait que c'est difficile ! Il y'a même les malades qui abandonne c'est ce qu'il me dit, (que papa n'abandonne pas), tu sais l'autre là c'est compliqué, tu peux ouvrir mon cahier tu vois »

➤ Comment vous vous représentez ce claver qu'entraîne la prise de médicament ?

« Je me dis que c'est nécessaire, Mais ça m'aide, ça m'aide coté santé mais ça me dérange si bien qu'il y'a même de fois que c'est un plus que la maladie que j'ai. Les effets secondaires, mais je me dis que le docteur m'a dit de ne pas laisser, et c'est ça qu'il est question »

➤ Lorsqu'on vous écoute on a l'impression que vous partagez une certaine relation avec votre médecin, pouvez-vous nous en dire plus ?

« Si même j'ai fuis d'autres médecins c'est parce que le malade a besoin de la santé, mais s'il vient vous le prenez comme n'importe quoi il ne sera pas content. Ce Mr sourit avec tout le monde, vous pouvez même avoir la santé sans, sans traitement c'est de ça qu'il est question, autrement j'aurai dû rester avec madame gnou ou avec les autres. Je suis arrivé ici il ne nous insulte pas, tu lui pose n'importe quelle question il prend tout son temps, répond en souriant, ça donne la santé ma fille ! comme toi tu es entrain de progresser si un jour tu fais comme lui, les gens seront contents de toi. Parce qu'il y'a certain médecin quand tu arrives on te prend comme le chiffon non ! Même comme tu es venu chercher la santé on doit qu'a même respecter ta vie, tu n'as pas demandé la maladie »

➤ A quoi cette forme de soin représente-t-il pour vous ?

« Ça donne la santé ma fille, ça m'encourage à continuer malgré tout »

➤ Comment vous vous représentez cette maladie ?

« Il est bien vrai que je t'ai dit que j'avais cassé les pierres ; mais je me dis que même si je ne cassais pas les pierres ça devait arriver. Parce que quoi les pierres c'est le sport, comme on nous demande de faire le sport, j'ai même réfléchi qu'on a vu un grand footballeur qui était mort au terrain de football, je me suis dit que finalement moi-même je ne suis pas malade. foè je ne sais pas si tu étais déjà née, un grand footballeur foè mon premier enfant doit le connaître, il est mort quand il était en train de faire le sport, combien de fois moi aussi. Je ne suis pas mort, je suis vivant »

➤ Si je comprends bien vous vous voyez comme une personne qui n'est pas malade ?

« Oui »

➤ Comme vous avez survécu à la crise, parler nous de votre vie dorénavant

« Tu sais que, sans te mentir, la retraite le début n'est pas facile, le début n'est pas facile, c'est un changement qui donne le stress, je l'ai depuis 2007 Heim, depuis 2007. Déjà avec la tension, ce médecin qui me suivait demandait que je ne dois plus être en contact avec les bruits. Tu sais quand tu es commerçant, tu rencontres, il y en a qui vient parler fort. Il m'avait demandé de ne plus accepter trop de bavardage. Mais sinon rester à la maison c'eeesssttt ce n'est pas facile Heim ! Mama mais je l'ai fait depuis 2007, je vois qu'aujourd'hui je ne suis plus stresser. Parce que comme le médecin m'a dit d'éviter le stress. Que si quelqu'un me parle mal ça doit entrer et ça sort-là, rien ne doit rester dans ma tête ; et j'essaie aussi de suivre les prescriptions du médecin, manger peu salé, les fruits en tout cas, tu sais tous ces choses-là j'essaie de respecter »

➤ Alors comment vivez-vous cette nouvelle vie ?

« Et ! J'ai heim malheureusement ma fille, même ma vie même ça n'a pas été désordonné les bières là je ne suis pas dedans, parce que la maladie même interdit tout ça, on ne doit pas boire, je ne dois pas aller m'asseoir là où il y'a trop de bruit. Bon Heim ! Le matin vers 09h -10h je sors, j'ai un de mes enfants adoptifs, il a l'entreprise, il m'a donné un bureau là-bas, je sors je pars m'asseoir là-bas jusqu'à 15 h, 16h je rentre à la maison à pieds. Bon si je ne suis pas là peut être j'ai fait un déplacement, et ces derniers temps je suis au village dans la maison. Là où j'ai construit au village j'arrive là-bas c'est encore plus calme, j'ai arrangé la maison si bien que là-dedans je ne manque de rien, je ne peux pas souffrir étant là-bas. Si je veux le café il y'a le réchaud à gaz, je fais mon café, bon là-bas c'eeesssttt même plus bien qu'ici, donc dire que je veux chercher à travailler Non ! Parce que j'ai travaillé pendant 40ans donc quèèèèèèèè ! J'ai eu la chance d'arranger ma vie si bien que à 100 pourcent je ne peux pas manquer de quelque chose »

➤ D'accord, dites-nous comment était vos relations avant la survenue de la maladie, la dedans j'aimerais que vous me disiez comment était vos relations au sein de cette famille ?

Le patient répond avec une ère triste

« Oh ! Tu sais que nous autres là, vos papas nos femmes en commençant par là ; on est là on t'apporte une femme, tu apprends à l'aimer mais elle-même elle est là comme ça, en commençant par-là »

➤ Avez-vous perçu une certaine implication de votre entourage dans votre maladie

« Ma maladie je l'aiiiiiiii, même mes enfants ça ne leur dis rien, j'ai porté ma maladie sur moi grâce au médecin ci, oui ! Je ne peux pas rentrer de l'hôpital comme ça un enfant me dit donne ton carnet de l'hôpital je regarde »

➤ Comment vous vivez cela ?

« Mais ça neeeee, ça me laisse là, ça me laisse à 37 Heim, tu sais que ses gens-là si tu veux attendre qu'on s'occupe de toi, c'est ta vie que tu mettras en jeu et je me suis souvent dit que les enfants que j'ai fait avec cette femme-là chacun vie sa vie, donc je dois chercher à prendre soin de moi sans

attendre quoi que ce soit des gens. Mais sans te mentir, je prends soin d'eux, mais je ne regarde s'il me renvoie l'ascenseur non, parce que si je meurs, ça sera ma vie éteints et en ce moment-là ils seront conscients, alors que si je perds l'un d'eux ça me ferai de la peine. Rare sont ceux qui savent que papa est important. Non ! Je m'amuse souvent à voir comment ça passe dans d'autres familles, je me dis que c'est sûrement différent. Je me pose souvent la question de savoir ce qu'ils feront dans le pire des cas »

➤ Le fait d'être dans cette maladie vous fait quoi exactement ?

« J'ai vu des gens mourir, même mon fils qui est mort ici, le docteur ci lui a dit que comme toi tu négliges ta santé tu vas mourir, il est mort mon fils, donc queeee je porte ma maladie, j'ai vu certain malade, jusqu'à dire que je ne suis pas malade, parce que là il y en a ici couché, comment l'homme doit se dire malade. J'ai eu des moments difficiles dans cette maladie, mais il n'est pas question de ce dire pourquoi toi pas les autres ? Je porte ma maladie ca même un peu baisser, ça neeeee, je marche, mais pas rapidement Heim, si je marche rapidement j'ai peur que ça se réveille encore »

➤ Si je comprends bien vous dites tenir bon dans la mesure où vous porter votre maladie, malgré les moments difficile »

« Oui, et je crois que si je ne tenais pas bon je devais clamser »

➤ A quoi le fait être parmi ces rares survivant revoit il pour vous ?

« Je me dis ma fille d'être un J'ai vu des gens mourir heim, donc que je le prends comme ça »

➤ Qu'avez-vous pensé de votre état bien après ?

« Je ne connaissais même pas ce que j'ai, j'ai connu ce que j'ai et j'ai vu comment ça se manifestait sur d'autres personnes et je me suis dit je n'ai même rien, c'est ça ! Puisqu'au départ je ne savais pas ce que j'avais, j'ai vu comment ça se comporte chez les gens, mais ! Les gens sont mort à côté de moi, comment veux-tu que je n'accepte pas »,

➤ Si je comprends bien votre situation n'est rien comparée à ce que vous avez eu à voir chez d'autres personnes ?

« Jusqu'à je me dire que je n'ai même rien, mais je ne sais pas si je pourrai être celui que j'étais avant ma fille »

➤ Que souhaiteriez-vous faire savoir vis-à-vis de votre maladie ?

« Ce que je peux dire, mais ! C'est de venir ici et de voir mon cas, venir ici pour qu'on puisse s'occuper d'eux, qu'ils doivent respecter les données médicales, c'est tout, et que cette maladie ne tue pas, il faut seulement bien prendre ses médicaments »

PATIENT N 3

L'entretien s'est tenu dans le domicile du patient.

A quand remonte votre crise ? « 2017 »

➤ Parler nous de votre crise en 2017,

« Je l'ai senti venir heim ! Je n'ai pas chuté, je l'ai senti venir, je suis partis de nos échanges avec le docteur yiagnigni « il dit que quand tu écoutes ton cœur battre, c'est qu'il y'a problème c'est anormal, le cœur doit battre sans que l'on s'en rende compte et si tu te rends compte, que tu suis ton cœur battre c'est qu'il y'a problème » tout part de là. Je me suis souvenu de ce qu'il m'avait dit, tout part de là »

➤ Si je comprends bien vous n'êtes pas arrivé jusqu'à faire un arrêt cardiaque ?

« Il m'a dit que je suis venu attend, si j'attendais encore quelques heures on devait me transporter pour amener ici et immédiatement j'ai eu à passer des examens, j'ai eu la chance d'arriver à temps »

➤ Avez-vous imaginez les causes ayant influencé l'apparition de votre malaise ?

« Donc queeee, mon état était au terme d'un processus, je suis hypertendu ca je le savais, ajouter à cela donc, il y'a eu des évènements malheureux et incidences qui m'ont conduit à ce stade-là »

➤ Vous parlez d'évènements malheureux pouvez-vous nous en dire plus ?

« Je vous ai dit que j'étais hypertendu, donc qu'étant hypertendu de longue date Heim ! Je me soignais aussi, mais en 2017, il y'a eu une succession d'évènement qui m'ont perturbé, sur le plan professionnel, sur le plan de la famille. C'étaient des évènements de toute façon désagréable, désagréable dans ce sens que c'étaient deeeeee déceptions des gens sur qui je comptais sincèrement qui sont tombé, ils sont morts de façon brutale, pourtant certes il y'a une maladie mais certes c'était brutal, il y'a eu ça. Sur le plan professionnel il y'a eu deeees désaccords graves, des désaccords graves, avec des personnes qui, que je croyais partager les mêmes convictions professionnelles, parce que tantôt je te disais que j'étais conseiller d'orientation, j'ai fait l'orientation scolaire, je suis dans la planification de l'éducation aussi. Ceci fais que jeeeeee comme je travaille sur toutes ces choses-là, moi je n'admettais pas que des gens qui n'ont pas appris à faire ce que ce que je sais faire, disent n'importe quoi même si c'étaient des responsables, c'étaient mes supérieurs je leurs expliquent que ce n'est pas comme ça qu'on fait parce que j'ai des collègues ailleurs. Un document qui sort d'ici et qui va se balader à l'internationale on va se dire mais, ça sort du Cameroun est ce que tel a vu c'est ce que tel a vu ça ? Ils estiment que non et que et que, pour des raisons financières et pour des raisons politique, on doit laisser j'avais de la peine à digérer les choses comme celles-là. Je leurs dis que voyez par exemple dans tel pays, voyez comment ça se fais, dans tel pays voyez comment ça se fais. Mais non ce n'était pas accepter, donc que je m'étais senti très mal alaise, et tout petit , que tout le temps que j'ai passé à faire ses choses et que je le fais depuis d'où vient-il que les gens qui n'ont pas appris les mêmes choses tout simplement parce qu'ils occupent des postes de responsabilité sont entrain de dire que c'est que, c'est que donc ça me choquait tout le temps , voilà un peu les circonstances dans lesquelles , je me dis que mais est-ce que c'est comme ça que ça va se passer ? D'où vient-il que les gens qui s'en foutent même dans un domaine comme celui de la planification, me parle fort. Je ne parvenais pas à comprendre que ce soit possible, que ce soit possible. Je disais que de toute façon, vous êtes certes directeurs, mais si vous avez des références en matière de planification mais sortent les pour qu'on les compare, moi je sais de quoi je parle, je sais de quoi parle, si vous avez des références sortez les. Donc

j'étais vraiment énervé c'était un peu ça. C'était un peu ça, ça s'est aggraver, ça s'est aggraver et je me suis retrouver dans cette situation »

➤ Parlés-nous des premiers instants de manifestation de votre malaise

« Le matin tout le monde était partis, je ressentais des choses anormales, oui des choses, je suis sorti suis allé au boulot, à un moment je suis dit, qu'est ce qui se passe depuis ? Qu'est ce qui se passe ? Je suis sorti je suis allé le voir »

➤ Quelles ont été vos pensées à cet instant précis ?

« Mais que je peux mourir » *le patient le dit en riant* « heimm que je peux mourir »

➤ Je voudrais que vous nous disiez ce que vous avez ressenti au moment que vous sentiez des choses

« Je n'ai pas compris ce qui se passait, j'essayais plutôt de comprendre et savoir ce qui se passait »

➤ Pouvez-vous revenir dessus et nous dire très exactement ce qui s'est passé ?

« Je suis partis de la maison, partant de la maison je ressentais des choses anormales, je ressentais des choses anormales, je sentais en moi, je sentais des palpitations, j'ai pris ma tension et j'ai vu que ça crampais, je suis allé au bureau, étant au bureau j'ai vu que ça continuais, je me suis dit mais qu'est ce qui se passe, qu'est ce qui se passe ? J'ai appelé un ami médecin pour lui dire que voilà ce que je ressens, il m'a dit que non, attention ! Si ça ne va pas, et je suis souvenu de ce que le dr yiagnigni m'avait dit « quand tu écoutes ton cœur battre c'est qu'il y'a quelque chose qui ne va pas », et j'ai foncé directement chez lui, à la clinique. Je l'ai demandé en urgence, il m'a dit mais qu'est ce qui se passe ? Je lui explique, il m'occulte et dis rapidement echo-cœur, echo-ratlaire et des examens. Et il me dit voilà heureusement ! Que tu es venu à temps parce qu'on a fait ça en urgence, tout ça en urgence, que si tu attendais encore une, deux heures, on allait seulement te transporter pour venir ici. Donc que voilà un peu le contexte dans lequel tout s'est produit »

➤ Qu'avez-vous ressentie avant et après l'intervention du médecin ?

« Avant son intervention j'étais comment dire dans ce moment de panique et de questionnement qui me stressait et après c'était comme un poids décharger un ouf de soulagement c'était ça, oui c'était ça a »

➤ Et comment s'est fait l'annonce du diagnostic, j'aimerais que vous me disiez comment cela c'était passé, quelle était vos réactions par rapport à cette annonce ?

« Non ! Tel qu'il m'a expliqué j'ai compris que je pouvais être mort, ça c'est clair, tout pouvait s'arrêter en ce moment-là. Parce qu'il m'a expliqué le principe tel que je l'ai compris si effectivement je trainais avant de venir le voir, je serai tombé et le cœur s'arrête, tomber et le cœur s'arrêter, J'ai tout de suite mis toutes les chances de mon côté en suivant tout ce qu'il me dit, en respectant et le traitement médical et l'hygiène de vie qui permet de tenir, les choses comme celles-là »

➤ Qu'avez-vous pensé après cette déclaration de votre médecin ?

« Je me suis dit chanceux d'avoir vite réagit et échapper au pire »

➤ Comment a été votre suivie ?

« Il m'a consulté il m'a donné des médicaments, et il m'a dit que c'était bon que je me repose, que je revienne le voir dans deux trois jours Heim, je dois me reposer d'abord, me reposer d'abord. Ici c'est suffisamment reposant donc que en me gardant à l'hôpital il y'a pas de différence, parce que j'ai ma fille qui est médecin qu'il connaît très bien, il m'a dit que s'il y'a un problème elle peut facilement lui passer l'information. Donc la première chose c'est que je me repose que me m'isole un peu du milieu professionnel-là, je me retire un peu donc que ... »

➤ Vous parlez beaucoup de votre médecin, pouvez-vous nous en dire plus sur cette relation ?

« Oui ! Je parle de ma relation avec lui tu vas comprendre. Tous les trois mois je viens en consultation, j'arrive un jour on m'envoie chez un médecin généraliste qui est assis de l'autre côté moi je suis assis ici, il me pose des questions il me pose des questions, il remplit le carnet et il me sort une ordonnance je prends je regarde et je dis merci docta. Je sors de là et je dis à l'accueil que je ne suis pas content, je ne suis pas content de la consultation que ce n'est pas comme ça qu'on me reçoit souvent je ne suis pas content ! Je vous dis, je sors de la et j'appelle le Dr. Euloge pour lui dire que je ne suis pas content, « il me dit qu'il y'a quoi ? » Je lui dis que mais ! Tu as un collaborateur qui ne sait pas recevoir les malades, « il dit comment ? » je lui explique et « il me dit que non il faut revenir me voir ». Je lui dis que mais les standards que tu imposes ici on ne les respecte pas. Quand je viens en consultation chez docteur Euloge ce n'est pas l'affaire que tu es là-bas il est ici, non non non ! Tu viens parce que ton cœur ne va pas bien, il regarde tes pieds pour voir s'il y'a pas des œdèmes qui se forment là, tu enlèves tes chaussettes il regarde, il t'occulte, il t'occulte partout. Il regarde jusqu'aux détails « est ce que tu m'entends ? Pour dire que quand un médecin te reçoit de cette manière-là, et qu'un autre vient te traiter comme un objet, mais non ! Je lui dis que vraiment sincèrement c'est en fonction des standards que tu as imposé là. C'est bon que partout à la clinique que les gars respectent ça, donc avec lui ça se passe très bien, ce qui fais que quand je vais en consultation on consacre quelques min à blaguer (*le patient se met à rire ouvertement*) donc que c'est un peu ça , c'est un peu ça »

➤ Et d'après vous quel serai l'importance pour vous de ces petits moments de blague et de détente ?

« La maladie nous stress accès, on ne voudrait pas qu'un autre stress s'y ajoute du coup ces petits moments que je partage avec le docteur yiagnigni, nous fais même oublié notre statut »

➤ Que pouvez-vous nous dire sur le traitement de cette maladie et surtout sur ses conséquences ?

« Bien évidemment, il y'a eu des conséquences, parce que déjà en prenant tous ces médicaments là le traitement ne met pas fin immédiatement à la crise heim ! C'est de temps en temps tu sens que tout n'est pas partie la douleur revient pour quelques instants, quelques secondes heim ! elle ne part pas immédiatement, mais non ! Ce traitement met long parce que jusqu'aujourd'hui je me soigne, jusqu'aujourd'hui, je me soigne. Comme pour dire que quand on prend ces médicaments on n'est certes soulager, mais de temps en temps on a encore peur de rechuter parce que le cœur n'est plus normal, ça c'est premièrement et en secondement on est absolument soumis a un régime alimentaire qui fais en sorte que ce qu'on mangeais avant est un peu bien regarder, ce qui fais en sorte qu'on est

plus en train de manger tout ce qu'on a sur la main non !, on est extrêmement regardant, c'est possible de ne plus manger au restaurant, parce qu'au restaurant on n'est pas sûr de ce qu'on a utilisé, les histoires comme le cube magique là c'est fréquent au restaurant donc qu'il est probable de consommer au restaurant et faire monter la tension. Troisièmement, le comportement, eettt on est obligé maintenant de faire des efforts pour ne plus être sédentaire, parce que le cœur se plaignant il faut l'aider à supporter des efforts aussi, allé marcher pour que le cœur ne soit plus seulement en train d'attendre, il faut absolument le bousculer un peu. Pour qu'il puisse accepter aussi des efforts, donc ça fait que ça induit une série de nouveau comportement qu'il faut adopter pour s'adapter à la nouvelle situation. Sinon on ne s'en sort pas, Sinon on ne s'en sort pas donc que je dis, moi je m'occupe de ça même comme je suis retraiter. Le premier geste quand je prends ma pension c'est d'acheter mes médicaments (*le patient une fois de plus se met à rire*) »

➤ On comprend que jusqu'ici vous suivez de façon totale votre traitement quelle est malgré tout la difficulté que ce traitement a eue à impliqué dans votre vie ?

« Oui ! pour être, comment dire claire là-dessus quand on a des problèmes de cœur, quand le cœur ne fonctionne pas, il y'a des médicaments qui occasionnent chez l'homme des troubles érectiles incontournable, donc qu'il faut prendre des médicaments aussi pour pouvoir corriger, corriger corriger, ça c'est l'une des conséquences sociales, une conséquence sociale, chez les malades de cœur. Et dans la plus part des médicaments sur les notices, on si la bien dit (troubles érectiles, impuissance,) les choses comme ça »

➤ Et quel a été votre ressenti sur cette conséquence ?

« Ça m'a impacté négativement, parce qu'à un moment j'étais en colère et j'avais peur de ne plus retrouver mes capacités, oui c'était ça le véritable problème »

➤ Mis à part ce pan, que pouvez nous dire de son impact dans votre vie ?

« J'ai eu de la chance qu'il n'y a pas eu beaucoup de neuf là-dedans, parce que je faisais du sport, donc sur le plan-là, il y a pas eu grand modification. La grande modification était au niveau alimentaire, j'étais habituer à aller boire des bières avec mes amis, ça ! Si je continue j'allais tombé, j'étais aussi habituer à aller à la brique manger de la viande, ça ! Aussi si je continuais j'allais tombé. Donc ça fait une grande modification à apporter au comportement alimentaire maintenant quant au reste il faut vraiment choisir entre espérer vivre encore ou bien arrêter, mais si la vie est belle il faut bien choisir la vie. Ça, il fallait faire le choix, c'est-à-dire que c'est les actes conscients qu'il faut poser maintenant, c'est des actes conscients de vie qu'il faut poser, parce que si on me dit qu'il faut continuer à faire comme avant, alors c'est le mauvais choix qu'il fait. C'est un souci qu'on organise peut-être involontairement »

➤ Dites-nous comment était vos relations avant la survenue de la maladie, la dedans j'aimerais que vous me disiez comment cela c'était passé, qu'elle était vos relations au sein de cette famille ?

« Oui bien avant cet incidence ma relation avec les miens a toujours était convivial, elle est toujours à la seule différence que je dois faire avec eux, sinon je ne m'en sors pas »

➤ Comment vous percevez le rôle de la famille dans votre maladie ?

« Ah ! Il faut faire avec Heim ! ; Il faut faire avec la famille. Parce que, Si tu prends la décision tout seul et que la famille n'adhère pas, il y'a bien une chose que tu ne feras pas, je ne suis pas à la cuisine, il faut bien qu'elle accepte que vraiment le nouveau comportement, les nouvelles obligations qu'elle a maintenant, tout le monde se met au pas. Faut qu'elle accepte également, qu'elle accepte que certaines choses qu'on consommait actuellement, ça je suis exclu rien à faire, l'un des exemples c'est quoi ? Je me suis mis complètement à la viande blanche donc qu'ici dans cette maison quand -il faut préparer du bœuf, on me fait autre chose, voilà une des conséquences, si elle d'adhère pas, si la famille n'adhère pas, mais tu vas te débrouiller, alors que je suis dans un stade que je ne peux pas me débrouiller. Je dois faire des choses telles que mon cœur me permet. Voilà vraiment l'exemple terre à terre, si elle d'adhère pas tu es mal parti. Tu es mal parti »

➤ Vous nous faites comprendre qu'il faut collaborer avec la famille, quelle a été le niveau de dispositions que vous avez eu à prendre pour cela ?

« Je les ai expliqués ce qui se passe, parce que là je n'étais pas, comment dire totalement à l'abri Heim, je pouvais tomber même sous traitement, il ne fallait pas qu'ils soient surpris si le pire arrivait, je leur ai dit, voici ce que le médecin m'a dit voilà voilà voilà, et que au stade que je suis rendu ça pouvait arriver je pouvais sortir de l'auberge comme on dit souvent. C'est-à-dire qu'il y'a des choses qu'il ne faut pas »

➤ Et avoir ce sentiment d'insécurité au quotidien, comment avait-vous vécu cela ?

« À vrai dire, j'étais une autre personne je m'énervais pour un rien, je ne dormais plus, j'avais toujours ce mot à l'esprit (mort), pendant une petite période, bon après c'est passée »

➤ Croyez-vous que la famille joue un important rôle dans votre adaptation ?

« Bien évidemment, en mettant sur pieds des stratégies de sauvetage, de sauvetage, qu'il faut contribuer à me sauver. Est-ce que c'est un plaisir que tout le monde doit partir ? Non ! Donc il faut contribuer à me sauver, donc tout est mis en œuvre globalement pour que je puisse ne pas partir. Un autre exemple terre à terre ce matin par exemple je suis allé marcher, dès que mes tennies sont en train de se détériorer je n'ai pas besoin de dire qu'on m'achète des autres non ! Donc ça rend compte d'une contribution de sauvetage qui ne dis pas son nom, parce que si je n'ai plus de chaussure pour aller marcher, je ne plus marcher et si je ne marche pas ça aura des incidences sur ma santé et si ça des incidences, la conséquence est celle qu'on n'aimera pas avoir. Donc qu'il y'a une contribution qui ne dis pas son nom à mon adaptation »

➤ Les voyant tous impliqué dans votre combat, quel est votre ressenti ?

« Je comprends qu'ils ont besoin de moi, qu'ils ne veulent pas me voir partir de toute façon humm ! Que ce n'est pas facile de me voir partir, c'est vrai ça arrivera un jour mais pas maintenant heimm, que ça soit retarder autant que possible pas tout de suite. Parce que si c'était une situation qui laisse indifférent, ils n'auraient pas tant de peine, ils diraient qu'il se débrouille c'est lui qui est malade, mais

à partir du moment qu'ils s'impliquent dans le suivi d'un traitement et les nouveaux comportements que j'ai adopté, je comprends que c'est aussi une question qui les intéressent directement »

➤ Comment vous percevez le fait d'être dans cette maladie ?

« Moi je me dis qu'il y 'a des personnes qui marchent avec des béquilles, qui vivent pendant des années avec des béquilles, les médicaments pour moi est comme des béquilles donc si les gens ont vécu avec des béquilles pourquoi est-ce que je ne peux pas vivre également avec des médicaments »

➤ Et qu'est-ce que ça vous fait exactement ?

« Ça fais en sorte que j'ai un moral pas de malade mais de personne normal. Je m'imposer d'accepter mon statut et vivre avec, au fait c'est ça donc mentalement je ne suis pas affecté si les gens vivent pendant longtemps avec des béquilles c'est-à-dire les deux pieds ne répondent pas, ils sont avec des béquilles mais ils sont autant joyeux que tout le monde, donc dans mon cas, je me dis que si c'est avec des béquilles que mon cœur dois fonctionner mais allons s'y. Allons s'y humm ! »

➤ Que pensez-vous des personnes qui sont incapable de s'adapter à cette réalité ?

« C'est le mental, c'est le mental. J'ai pris l'exemple de ceux qui marchent avec les béquilles, mais quand tu vois quelqu'un qui est sur béquille depuis 20 ans, 30ans il n'est pas le plus malheureux du monde heim ! Avec les béquilles il se déplace c'est vrai il y'a des endroits qu'il ne peut pas aller mais l'essentiel, il le fait avec les béquilles. Si tu es bredouille maintenant, et qu'il faut porter des béquilles à ton cœur tu dois donc d'adapter à ça et te dire heureux parce que tu n'es pas mort, tu es encore vivant il y'a des gens qui sont tombé, il y'a des gens qui sont morts donc si tu es encore vivant tu dois te dire heureux et ne pas porter le deuil, être content de vivre si tu aimes la vie »

➤ Et que pensez-vous de vous dans cette situation ?

« Je n'avais pas le choix le *patient rit en répondant*, je n'avais pas de choix heim »,

➤ Comment est-ce que votre état va-t-il impacter votre vie professionnelle ?

« Non c'est-à-dire que j'ai pris des congés, un repos médical, un repos médical. Je me suis annoncé là-bas que j'ai pris un repos médical, voici les papiers du médecin »

➤ Parlez-nous de votre quotidien après avoir eu une telle crise ?

« C'est-à-dire que j'ai quitté la fonction publique, mais je ne m'ennuie pas, je ne m'ennuie pas j'ai appris beaucoup de chose pendant que je travaillais encore donc que de temps en temps je preste pour des personnes. Je fais des prestations, je ne m'ennuis pas, je ne m'ennuie pas je suis suffisamment occupé. J'écoute de la musique, j'écoute de la musique. Pas celle d'aujourd'hui Heim ! J'écoute du djazz, je travaille avec du djazz »

➤ Que croyez-vous que ça vous fais en faisant tout cela ?

« Ça me permets de m'évader un peu, sans pour autant penser à ma maladie ... Ça c'est sûr, ça c'est sûr »

➤ Que souhaiteriez-vous faire savoir vis-à-vis de votre maladie ?

« Le message, le message partira de ce que le dr yiagnigni m'avait dit, si tu entends ton cœur battre va à l'hôpital n'attend pas va à l'hôpital et quand tu vas à l'hôpital ne prend pas ta nouvelle vie comme

une prison, accepte là telle qu'on la définit tu as des capacités adaptations qu'il faut mobiliser et vivre comme la situation te l'impose, quand on a le cœur malade on n'est plus un être normal et on doit vivre avec, et s'imposer de respecter les restrictions si tu as, si on veut vivre on doit maintenant poser des actes conscients on ne doit plus subir la vie, on doit maintenant poser des actes conscient ne plus rien faire par hasard, je fais ceci parce que, je fais ceci parce que, on doit pouvoir se l'expliquer ne plus poser des actes surtout en terme de comportement alimentaire, on doit pouvoir justifier ce qu'on fait, ne plus prendre des choses parce que c'est bon à la bouche, non ça veut dire quoi ? Est-ce que c'est bon pour ton organisme ? Tout part de là c'est-à-dire que tous les actes du quotidien doivent pouvoir rentrer dans la logique de sauvetage. Quand on est malade de cœur on est en danger permanent et si un dispositif de sauvetage est mis en place, tous les actes doivent contribuer à la mise en place, comment dire à mettre en œuvre ce dispositif de sauvetage là. Ou pas faire des choses qui sortent de ce cadre-là. Vraiment ça il faut se l'imposer c'est le message que je veux passer, de s'adapter à son état et faire seulement comme ça, seulement comme ça »

« Apparemment je ne suis pas malade »

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	i
DEDICACE	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES TABLEAUX	iv
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	v
RESUME	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCTION GENERALE	1
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE	4
1.1. Contexte de l'étude	4
1.1.1. Les maladies cardiovasculaires dans le monde	4
1.1.2. Les maladies cardiovasculaires en Afrique	6
1.1.3. Les maladies cardiovasculaires au Cameroun	8
1.1.4. Les infarctus du myocarde dans le monde	10
1.1.5. Les infarctus du myocarde en Afrique et au Cameroun	11
1.1.6. Réflexion scientifique sur les maladies cardiovasculaires	12
1.2. FORMULATION DU PROBLÈME	14
1.2.1. Etat de la question sur la vie psychique des patients souffrant des maladies chroniques et l'IDM	14
1.2.2 ÉNONCÈ DU PROBLÈME	31
1.2.3. QUESTION DE RECHERCHE	32
1.2.4. L'OBJECTIF DE LA RECHERCHE	32
1.2.5 LES INTÉRÊTS DE LA RECHERCHE	32
1.2.5.1. Intérêt sur le plan scientifique	32
1.2.5.2. Intérêt sur le plan clinique	33
1.2.5.3. Intérêt sur le plan social	33
CHAPITRE 2 : REVUE DE LITTÉRATURE ET ANALYSE CRITIQUE DES CONCEPTS .	34
2.1. ANALYSE CRITIQUE DES CONCEPTS	34
2.1.1. Réalité psychique subjective	34
2.1.2. Expérience subjective	38
2.1.3. Le vécu	39
2.1.4. Les maladies cardiovasculaires	40

2.1.5. Infarctus du myocarde	41
2.2. ETATS DES LIEUX SUR LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES	41
2.2.1. Définition des maladies cardiovasculaires.....	41
2.2.2. Les type de maladies cardiovasculaires	42
2.2.3. Les causes des maladies cardiovasculaires	45
2.2.4. Symptômes et signes des maladies cardiovasculaires.....	46
2.2.5. Diagnostic et traitement des maladies cardiovasculaires.....	47
2.2.6. Les facteurs de risques des maladies cardiovasculaires	51
2.2.7. Prévention et éducation thérapeutique des maladies cardiovasculaires	55
2.3. ÈTAT DES LIEUX SUR L'INFARCTUS DU MYOCARDE	56
2.3.1. Définition.....	57
2.3.2. Les causes de l'infarctus du myocarde	57
2.3.3. Classification clinique des différents types d'infarctus du myocarde.....	57
2.3.4. Manifestations d'un infarctus du myocarde	58
2.3.5. Critères diagnostics de l'infarctus du myocarde	59
2.3.6. Prise en charge et traitement.....	59
2.3.7. Les facteurs de risque.....	60
2.4. ÈTATS DES LIEUX SUR LA RÈALITE PSYCHIQUE SUBJECTIVE	61
2.4.1. La réalité psychique subjective selon freud	61
2.4.2. La réalité psychique subjective selon kaes	70
2.4.3. La réalité psychique subjective selon Janine Puget.....	72
2.5. LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES ET VIE PSYCHIQUE	78
2.5.1. Infarctus du myocarde et souffrance psychique chez les patients	80
2.5.2. Maladies cardiovasculaires et vie relationnelle des patients.....	82
2.5.3. Infarctus du myocarde et vie relationnelle du patient	86
CHAPITRE 3 : THEORIES EXPLICATIVES.....	91
3.1. LES THÈORIES PHÈNOMENOLOGIQUES.....	91
3.2. LES THÈORIES PSYCHANALYTIQUES.....	99
3.2.1. La métapsychologie psychanalytique.....	105
DEUXIEME PARTIE : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE	111
CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE DE L'ETUDE	112
4.1. RAPPEL DE LA PROBLÈMATIQUE	112
4.1.1. Rappel du problème de recherche	112
4.1.2. Rappel de la question de recherche.....	113
4.1.3. Rappel de l'objectif de recherche.....	113
4.2. SITE DE L'ÈTUDE.....	113

4.2.1. Justification du choix du site de l'étude.....	114
4.2.2. Présentation du site d'accueil.....	114
4.3. PROCÉDURE ET CRITERES DE SÉLECTION DES PARTICIPANTS.....	116
4.3.1. Procédure de sélection des participants.....	117
4.3.2. Critères de sélections des participants.....	117
4.3.3. Caractéristiques des participants.....	118
4.4. TYPE DE RECHERCHE	118
4.5. MÉTHODE DE RECHERCHE : ÉTUDE DE CAS	119
4.6. TECHNIQUE ET OUTIL DE COLLECTE DE DONNÉES	121
4.6.1. L'entretien semi -directif	122
4.6.2. Outil de collecte de données.....	123
4.6.3. Le guide d'entretien	123
GUIDE D'ENTRETIEN	124
4.7. LE DÉROULEMENT DES ENTRETIENS	125
4.8. TECHNIQUE D'ANALYSE DES ENTRETIENS : ANALYSE DE CONTENU	127
4.8.1. Difficultés rencontrées lors de la collecte de données.....	132
4.9. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES.....	133
CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS	135
5.1. PRESENTATION DES PARTICIPANTS.....	135
5.1.1. Saïd	135
5.1.2. Yves.....	135
5.1.3. François	136
5.2. LES RÉSULTATS ET LEUR ANALYSES	137
5.2.1. Intégration, ressenti des premiers signes et l'expérience de l'urgence par le Moi ...	137
5.2.2. Les expressions émotionnelle et affectives du Moi	138
5.3. Après la crise.....	140
5.4. LES CONSTRUCTIONS COGNITIVES DU MOI AUTOUR DU TRAITEMENT.....	141
5.4.1. Un traitement considéré comme affligeant, gênant et contraignant.....	141
5.4.2. Un traitement considéré comme associé aux changements de système de vie	142
5.5. LES RÈPRESENTATIONS CONSTRUITES PAR LE MOI.....	143
5.5.1. Les Représentation de la maladie construite par le Moi des patients.....	143
5.5.2. Les représentations de soi pendant la crise	144
5.5.3. Les représentations construites par le Moi sur les causes de la maladie	144
5.5.4. La représentation construite par le Moi sur l'évolution de la maladie.....	145
5.5.5. Représentations construites par le Moi sur l'implication de l'entourage dans la maladie du patient	145

5.6. LA SAISIE ET L'EXPRESSION DE LA RELATION AVEC LES AUTRES PAR LE MOI	147
5.7. LES INVESTISSEMENTS OBJECTAUX	148
5.8. LES CONFLITS DU MOI	149
5.9. LES MÈCANISMES PSYCHIQUES DU MOI	150
5.9.1. Les mécanismes de défense	150
5.9.2 Les stratégies d'adaptation	151
5.10. LE SENS ATTRIBUÈ PAR LE MOI À LA MALADIE	152
5.11. LE RAPPORT AU TEMPS EXPERIMENTÈ PAR LE MOI	153
CHAPITRE 6 : INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS	155
6.1. SYNTHÈSE DES RESULTATS	155
6.2. APPLICATION DE LA THÈORIE DE LA MÈTAPSYCHOLOGIE PSYCHANALYTIQUE DE FREUD A LA COMPREHENSION DE LA RÉALITE PSYCHIQUE SUBJECTIVE DES PATIENTS AYANT SURVÈCU A UN INFARCTUS DU MYOCARDE.	157
6.2.1. Les composantes de la réalité psychique subjective de Freud et leur imminence dans le Moi des participants	159
6.3. DISCUSSION DES RÈSULTATS	160
6.4. IMPLICATIONS ET PESPECTIVES DE LA RECHERCHE	165
6.4.1. Implications de la recherche	165
6.4.2. Perspectives de la recherche	166
CONCLUSION GENERALE	167
RÈFÈRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	167
ANNEXES	CLXVII