

UNIVERSITE DE YAOUNDE I
UNIVERSITY OF YAOUNDE I

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

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

DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

LABORATOIRE DU DEVELOPPEMENT ET
DU MAL-DEVELOPPEMENT



POSTGRADUATE SCHOOL FOR THE
SOCIAL AND EDUCATIONAL SCIENCES

DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR THE
SOCIAL SCIENCES

DEPARTEMENT OF PSYCHOLOGY

LABORATORY OF NORMAL AND
ABNORMAL DEVELOPMENT

**LES SIGNIFIANTS CULTURELS DANS LE TRAVAIL PSYCHIQUE
DE L'ANGOISSE CHEZ LE PATIENT ÉPILEPTIQUE PRIS EN
SOINS EN TRADITHÉRAPIE AU TCHAD**

MEMOIRE DE MASTER EN PSYCHOLOGIE SOUTENU LE 08 JUILLET 2024

SPECIALITE : PSYCHOPATHOLOGIE ET CLINIQUE

Par

M. LARBARIM Azaria

18L702

Licencié en Psychologie

Jury :

Qualité	Noms et Prénoms	Université
<u>Président :</u>	TSALA TSALA Jacques Philippe (Pr)	Yaoundé I
<u>Rapporteur :</u>	NGUIMFACK Léonard (Pr)	Yaoundé I
<u>Examineur :</u>	ONDOUA Laura (CC)	Yaoundé I



JUILLET 2024

ATTENTION

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

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

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

SOMMAIRE

SOMMAIRE	ii
REMERCIEMENTS	iv
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGNES & ACRONYMES	v
LISTE DES TABLEAUX	vi
LISTE DES FIGURES & GRAPHIQUES	vii
RÉSUMÉ	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
CHAPITRE 1. PROBLÉMATIQUE	5
CHAPITRE 2. L'ÉPILEPSIE : UNE MALADIE BIOLOGIQUE ET CULTURELLE	17
CHAPITRE 3. INSERTION THÉORIQUE	50
DEUXIÈME PARTIE : CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET OPÉRATOIRE	65
CHAPITRE 4. MÉTHODOLOGIE	66
CHAPITRE 5. PRÉSENTATIONS DES RÉSULTATS	79
CHAPITRE 6. ANALYSE, INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS	93
CONCLUSION GÉNÉRALE	110
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	113
ANNEXES	119
TABLE DES MATIÈRES	134

**À
mon feu grand-père
Beyom Etienne**

REMERCIEMENTS

Mes remerciements s'adressent à tous ceux qui, d'une manière ou d'une autre, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce travail. Particulièrement :

Le Professeur Léonard NGUIMFACK qui a dirigé ce travail et mis à notre disposition son savoir être, son savoir-faire ainsi que sa disponibilité ;

Le Professeur Chandel EBALE MONEZE, Chef de département de psychologie de l'Université de Yaoundé I, pour les mises en stages dans les différents centres hospitaliers ;

Le Professeur Jacques-Philippe TSALA TSALA, d'avoir été un grand modèle pour nous en psychologie clinique ;

Le Professeur Marc Bruno MAYI, pour ses opinions sur nos travaux pendant les séminaires de présentation des travaux des étudiants en cycle de recherche.

Tout le corps enseignant du département et du laboratoire du développement et du mal-développement pour leurs orientations ;

Le Professeur NTONE EYIME Félicien, Chef de service de psychiatrie de liaison du CHUYI, le Docteur Laure MENGUENE, Chef de service psychiatrique de l'Hôpital Jamot de Yaoundé et le Docteur Romuald Stone MBANGMOU, directeur du Centre Médico-Psychologique Intégré Henri-Pierron (CMPI H-P), pour leur accueil lors de mon stage ;

Aux Docteurs : Sakadi FOKSOUNA, Didier LALAYE, Thierry ALLAHRABAYE NGARDÉDJIDJIM, et à Monsieur Charles Côté Beindjeffa pour avoir partagé avec nous leurs différents travaux sur l'épilepsie au Tchad ;

Le curé de la paroisse Saint-Arnold de Laramanaye, Monsieur Hendrikus LEWA, la sœur Médine de la paroisse Saint-Fidèle de Baïbokoum et les tradithérapeutes, Monsieur Christian DINGOAKAÏN et Monsieur Etienne DINGAO-NDOLEBE d'avoir facilité nos travaux sur le terrain ;

A mon papa, ma maman, mes amis et camarades, et à toute la grande famille pour leur soutien.

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGNES & ACRONYMES

AE : Antiépileptique ;

BIA : Inventaire de Beck pour Anxiété ;

CE : Crise épileptique ;

CHUYI : Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé I ;

CHURN : Centre Hospitalier Universitaire de la Référence Nationale ;

CMPI H-P : Centre Médico-Psychologique Intégratif Henri-Pierron ;

CNEP : Crises psychogènes non épileptiques ;

DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition ;

EEG : Electroencéphalogramme ;

FFN : Fédération Française de Neurologie ;

GABA : Acide gamma-amino-butyrique ;

QI : Quotient intellectuel

ICD-11: International Classification of Diseases, 11th edition ;

ILAE : International League Against Epilepsy ;

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique ;

K : Potassium ;

LICE : Ligue Internationale Contre l'Epilepsie ;

MAE : Médicament antiépileptique ;

MT : Médecine traditionnelle ;

Na : Sodium ;

OMS : Organisation Mondiale de la Santé ;

PAE : Personne atteinte d'épilepsie ;

PE : Patient épileptique ;

SPA : Substances psychoactives ;

TDM: Tomodensitométrie.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Les sous-types de crises non épileptiques psychogènes (CNEP) _____	33
Tableau 2. Médicaments antiépileptiques d'anciennes générations _____	37
Tableau 3. Médicaments antiépileptiques de nouvelles générations _____	38
Tableau 4: Nosographie de l'épilepsie au Tchad _____	49
Tableau 5 : Récapitulatif des caractéristiques des participants _____	71
Tableau 6. Grille d'analyse _____	77
Tableau 7 : Date de passation : 20/05/2023 _____	80
Tableau 8 : Date de passation : 22/05/2023 _____	82
Tableau 9 : Date de passation : 23/05/2023 _____	83
Tableau 10 : .Présentation des résultats de l'entretien de M.A _____	85
Tableau 11 : Présentation des résultats de l'entretien de M.G _____	87
Tableau 12: Présentation des résultats de l'entretien de M.I _____	90

LISTE DES FIGURES & GRAPHIQUES

Figure 1 : Neurotransmetteurs impliqués dans l'épilepsie (source : fr. dreamstisme.com)	19
Figure 2 : Foyers épileptogènes	24
Figure 3 : Graphique illustratif de nombres de réponses données au BIA	84

RÉSUMÉ

Cette étude s'intitule : "les signifiants culturels dans le travail psychique de l'angoisse chez le patient épileptique pris en soins en tradithérapie au Tchad". On constate qu'au Tchad, lorsqu'une personne fait une crise d'épilepsie, on l'abandonne seule jusqu'à ce qu'elle retrouve son état de calme. L'épilepsie est un problème majeur de santé publique au Tchad. Elle est conçue comme un phénomène social, c'est-à-dire un "mal être" dans la culture tchadienne, une maladie contagieuse ou surnaturelle, le mauvais œil, l'effet du maraboutage, la sorcellerie, une malédiction venant d'un proche ou un être divin. En cas de crise, le recours à la tradithérapie est la solution la plus envisagée comme soin d'urgence. Sow (1977) rappelle qu'en Afrique Noire, aucune maladie ne peut avoir un sens en dehors du contexte socioculturel où elle se développe ; par ailleurs, les attitudes et les prises en charge sont toujours en lien avec ce sens. Penser aux signifiants culturels, renvoie à les réexaminer pour ne retenir d'eux que ce qui est structurant et étayant, voire aidant. La prise en compte de la culture dans la compréhension des phénomènes est davantage fondamentale pour ressortir le lien psychoculturel ayant valeur de mentalisation au sens du vaste réseau de symboles créé par la société africaine (Nguimfack, 2021, p.129). Ainsi, la société tchadienne trouve d'explication à cette maladie en s'appuyant sur ses valeurs culturelles, ses mœurs, etc. Dans cette société, les personnes atteintes d'épilepsie se représentent leur souffrance en lien avec les mythes, les croyances et les comportements critiques face à l'épilepsie. L'ensemble de ces éléments socioculturels constituent la réalité externe (signifiants culturels) qui définit le patient épileptique pris en soins en tradithérapie au Tchad. Debray (1991, p.42) se confère à cette réalité externe, et souligne que le travail d'élaboration psychique ne porte pas seulement sur les conflits intrapsychiques mais également sur les conflits interpersonnels ; et que la mentalisation est la capacité qu'a le patient épileptique de tolérer, voire de traiter ou même de négocier l'angoisse et les conflits interpersonnels ou intrapsychiques. Or, Marty (1991) pense que la qualité de la mentalisation dépend de la richesse du préconscient qui est variable selon les individus du fait à la fois de facteurs congénitaux et d'avatars du maternage et que les individus les plus à risque de désorganisation somatique sont ceux qui ont des lacunes quantitatives par exemple faible épaisseur du préconscient et /ou qualitatives par exemple le patient épileptique a une faible possibilité de liaison entre les affects et les représentations au niveau intrapsychique de leur organisation préconsciente, (pp.30-31). Cependant, notre objectif est de comprendre le rôle des signifiants culturels dans le travail d'élaboration psychique de l'angoisse chez le patient épileptique pris en soins en tradithérapie au Tchad. La méthode choisie pour aboutir à cet objectif est l'étude de cas. Les données ont été collectées grâce à l'inventaire de Beck pour anxiété et le guide d'entretien auprès des trois patients épileptiques (Monsieur A, Madame G et Monsieur I). Ces données ont été analysées et interprétées par les grilles d'outils qui ont permis leur collecte. Après analyse et interprétation, les résultats obtenus ont montré que les éléments en rapport avec les croyances, les conduites socioculturelles et les pratiques culturelles sont présents dans leurs discours ce qui favorisent le travail d'élaboration psychique de l'angoisse chez les patients épileptiques pris en soins en tradithérapie au Tchad. Les scores obtenus de l'échelle (M.A : 25/63, M.G :35/63 et M.I : 39/63) ont permis de confirmer que les patients épileptiques pris en soins en tradithérapie au Tchad sont angoissés.

Mots-clés : Signifiants culturels, travail psychique, angoisse, patient épileptique, tradithérapie et Tchad

ABSTRACT

This study is entitled: “cultural signifiers in the psychological work of anxiety in epileptic patients treated in traditional therapy in Chad”. We see that in Chad, when a person has an epileptic attack, they are left alone until they regain their calm state. Epilepsy is a major public health problem in Chad. It is conceived as a social phenomenon, that is to say an "ill-being" in Chadian culture, a contagious or supernatural illness, the evil eye, the effect of maraboutage, witchcraft, a curse coming from a loved one or a divine being. In the event of a crisis, the use of traditional therapy is the most commonly considered solution as emergency care. Sow (1977) recalls that in Black Africa, no disease can have meaning outside of the sociocultural context in which it develops; moreover, attitudes and support are always linked to this meaning. Thinking about cultural signifiers means re-examining them to retain only what is structuring and supporting, even helpful. Taking culture into account in understanding phenomena is more fundamental to highlight the psychocultural link having the value of mentalization in the sense of the vast network of symbols created by African society (Nguimfack, 2021, p.129). Thus, Chadian society finds an explanation for this disease by relying on its cultural values, its morals, etc. In this society, people with epilepsy represent their suffering in relation to myths, beliefs and critical behaviors regarding epilepsy. All of these sociocultural elements constitute the external reality (cultural signifiers) which defines the epileptic patient treated in traditional therapy in Chad. Debray (1991, p.42) focuses on this external reality, and emphasizes that the work of psychic elaboration does not only concern intrapsychic conflicts but also interpersonal conflicts; and that mentalization is the capacity that the epileptic patient has to tolerate, even treat or even negotiate anxiety and interpersonal or intrapsychic conflicts. However, Marty (1991) thinks that the quality of mentalization depends on the richness of the preconscious which varies depending on the individual due to both congenital factors and the avatars of mothering and that the individuals most at risk of somatic disorganization are those who have quantitative gaps, for example low thickness of the preconscious and/or qualitative gaps, for example the epileptic patient has a low possibility of connection between affects and representations at the intrapsychic level of their preconscious organization, (pp.30-31). However, our objective is to understand the role of cultural signifiers in the work of psychological elaboration of anxiety in epileptic patients treated in traditional therapy in Chad. The method chosen to achieve this objective is the case study. Data were collected using the Beck Anxiety Inventory and the interview guide from three epileptic patients (Mr. A, Mrs. G and Mr. I). These data were analyzed and interpreted by the tool grids which enabled their collection. After analysis and interpretation, the results obtained showed that elements related to beliefs, sociocultural behaviors and cultural practices are present in their speeches which promote the work of psychological elaboration of anxiety in epileptic patients taken into care. traditional therapy care in Chad. The scores obtained from the scale (M.A : 25/63, M.G :35/63 and M.I : 39/63) made it possible to confirm that epileptic patients treated with traditional therapy in Chad are anxious.

Keywords: Cultural signifiers, psychic work, anxiety, epileptic patient, traditional therapy and Chad

INTRODUCTION GÉNÉRALE

L'Homme par définition est psychosomatique (Marty,1991). On peut envisager que pratiquement toutes les maladies sont des maladies psychosomatiques où les facteurs psychiques et somatiques interviennent dans l'évolution de la pathologie ; malgré que l'appareil psychique participe plus ou moins à l'étiologie du trouble. L'épilepsie est une affection somatique ou neurologique non transmissible, caractérisée par une prédisposition durable à générer des crises et qui présente des conséquences sociales, psychologiques, cognitives et neurobiologiques (Fisher et al, 2005). Au niveau mondial, elle touche environ 50 millions de personnes dont presque 80% vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. Plus de 5 millions de nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année. L'épilepsie représente plus de 0,5 % de la charge mondiale de morbidité. Le risque de décès prématuré chez les personnes atteintes d'épilepsie est trois fois supérieur à celui observé dans la population générale. Ces personnes épileptiques présentent des comorbidités comme la dépression, l'anxiété, les troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), les déficiences intellectuelles et les traumatismes physiques à l'exemple des fractures et des brûlures, (OMS, 2019).

Kotwas et Micoulaud (2016, p.90) soulignaient que les troubles anxieux représentent la comorbidité psychiatrique associée à l'épilepsie la plus fréquente, après les troubles dépressifs caractérisés avec une prévalence d'environ 20% qui peut aller jusqu'à environ 50% des patients dans les formes pharmacorésistantes. Les troubles anxieux ont un impact important sur la qualité de vie, ils sont fréquemment décrits par les patients comme plus délétères que les crises elles-mêmes et représentent un coût important en termes de santé publique. Ils interfèrent à tous les moments de la vie du patient et l'existence d'une comorbidité anxieuse est associée à une fréquence de crises plus élevée, à des effets indésirables des traitements antiépileptiques plus nombreux, à une augmentation du risque suicidaire et à des plaintes d'altération cognitive. Par ailleurs, le caractère imprédictible des crises reste l'un des aspects les plus invalidants de la maladie épileptique, à cause du stress et du sentiment de perte de contrôle qu'il entraîne.

Dans de nombreuses régions du monde, les personnes souffrant d'épilepsie et leur famille sont souvent confrontées à la stigmatisation et à la discrimination en raison des conceptions erronées et des attitudes négatives qui vont de pair avec la maladie, y compris les croyances selon lesquelles une personne atteinte serait possédée par des esprits malins ou la maladie serait contagieuse. La stigmatisation se traduit par des violations des droits humains et une exclusion sociale. À certains endroits, il peut être interdit aux enfants atteints d'épilepsie de fréquenter l'école, alors que pour les adultes atteints, il peut être difficile de trouver un emploi adapté ou de se marier, (OMS, 2019).

Au Tchad, l'épilepsie demeure un problème majeur de santé publique. Au sein des couches socioculturelles, les représentations sur la conception de l'épilepsie varient d'une région à une autre, d'une culture à une autre, d'une religion à une autre, parfois dans la même localité, elles varient en fonction des ethnies. Malgré que la médecine moderne tchadienne œuvre pour le bien-être de la population, n'empêchant pas le recours à la tradithérapie. En effet, la tradithérapie se rapporte aux pratiques, méthodes, savoirs et croyances, à des fins médicales, de plantes, de parties d'animaux et de minéraux, d'interdits alimentaires, de techniques et d'exercices manuels individuels ou collectifs pour, diagnostiquer, prévenir, préserver la santé et/ou soigner les patients. Quant aux signifiants culturels, ils renvoient aux croyances, les symboles, les rites, les légendes, les mythes, les valeurs, les conduites culturelles et les troubles de la vie communautaire élargie, (Sow, 1977). En d'autres termes, ce sont des organisateurs socioculturels qui orientent le mode de pensée, les émotions et les comportements d'un individu, (Nguimfack, 2016). Nous nous fixons comme objectif de comprendre le rôle des signifiants culturels dans le travail d'élaboration psychique de l'anxiété chez le patient épileptique pris en soins en tradithérapie au Tchad.

Ce travail se présente en deux grandes parties principales : le cadre théorique et le cadre empirique qui se répartissent en six chapitres :

Le premier chapitre portant sur la problématique présente d'abord le contexte de l'étude, le problème de recherche que nous voulons résoudre et les intérêts.

Le Deuxième chapitre consiste à passer en revue les travaux scientifiques sur l'épilepsie et les conceptions traditionnelles de l'épilepsie dans les cultures tchadiennes.

Le troisième chapitre marque donc la fin de cette première partie, il consiste à présenter les théories qui sous-tendent cette recherche ;

Dans la deuxième partie, nous avons le quatrième chapitre qui consiste à mettre sur pied une approche méthodologique à travers les méthodes, les instruments de collecte des données et la grille d'analyse de contenu thématique ;

Le cinquième chapitre consiste à présenter tout le parcours des différents cas : Monsieur A (M.A), Madame G (M.G) et Monsieur I (M.I) ainsi que les résultats issus de l'échelle d'anxiété de Beck (BIA) et des entretiens ;

Enfin, le sixième chapitre quant à lui, nous permet d'analyser, d'interpréter et de discuter les résultats obtenus dans cette recherche.

PREMIÈRE PARTIE :
CADRE THÉORIQUE DE L'ÉTUDE

CHAPITRE 1.

PROBLÉMATIQUE

La problématique de recherche présente l'ensemble des concepts qui contribuent à clarifier et à développer un problème de recherche. C'est ainsi dans ce chapitre, nous parlerons du contexte de l'étude, la justification de l'étude, le problème de recherche, la question de recherche, l'hypothèse, l'objectif de la recherche et les intérêts de cette étude.

1.1. Contexte de l'étude

Le Tchad est l'un des pays d'Afrique Centrale sans accès à la mer, avec une population récemment estimée à environ 18 millions d'habitants dont le plus grand nombre réside dans les grandes villes du pays (Njaména, Moundou, Abéché, Sarh, Doba, Ati, etc). On observe une forte densité de la population dans le Sud du pays et surtout dans les zones rurales en raison des activités menées : l'agriculture, l'élevage et la pêche, (RGHP, 2018, 2023). Il est caractérisé par deux saisons : la saison sèche et la saison de pluies. S'ajoute à cela, sa grande diversité socioculturelle avec plus de 200 groupes ethniques, (Human Rights Watch, 2007). Le Tchad enregistre 449 ou 0,33% de décès causés par l'épilepsie par an. Ces chiffres qui s'ajoutent au taux de mortalité qui est de 3.38% pour une population de 100 milles, classent ce pays 18^e dans le monde (OMS,2020). L'épilepsie demeure un problème majeur de santé publique au Tchad ; elle touche toutes les tranches d'âge. À l'horizon 2030, la politique nationale tchadienne de santé priorise donc le renforcement des programmes nationaux et des compétences des agents de santé pour la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, et la prise en compte des déterminants sociaux de la santé. Malgré cela les perceptions et croyances sur l'épilepsie sont toujours présentes au Tchad (MINISANTE 2017, 2021).

Lalaye (2015) rapporte sur un échantillon de 480 personnes, les croyances et les perceptions sur l'épilepsie au Tchad. Dans cette étude, 52% perçoivent l'épilepsie comme une pathologie du cerveau, 26,2% soutiennent que l'émotion est le principal facteur déclencheur, 46,3% reconnaissent les crises tonico-cloniques généralisées comme principal signe de la maladie, 37,7% croient que l'épilepsie est contagieuse et 49,2% sont convaincus qu'un contact avec la salive du malade peut la transmettre. Parmi les sujets interrogés, 66% pensent que l'épileptique ne peut pas pratiquer le sport, l'épilepsie n'est pas curable pour 53,6% des sujets,

31,6% préfèrent le traitement moderne et 66,9 % croient que l'étiologie de l'épilepsie est dans l'environnement socioculturel. Quant aux attitudes et pratiques vis-à-vis de l'épilepsie, 30,1% sont prêts à porter secours pendant une crise épileptique, 66,7% de sujets estiment que le malade a le droit à une scolarité normale et 45,9% qualifient sa capacité intellectuelle de normale, (Lalaye, 2015, p.xix). D'ailleurs, Sakadi et al ; (2021) dans leur observation au Centre Hospitalier Universitaire de Référence Nationale de Ndjamena (CHURN) rapportaient 532 cas cliniques de patients épileptiques. Parmi lesquels, 24% d'adultes n'étaient pas scolarisés, 19% avaient arrêté les études aux primaires et 16,4% d'enfants ayant l'âge scolaire n'étaient pas scolarisés.

Toutefois, la prévalence des pathologies psychiatriques est plus élevée chez les personnes présentant une épilepsie que dans la population générale. Ceci est d'autant plus marqué chez les patients présentant une épilepsie réfractaire. La prévalence des épisodes dépressifs caractérisés est d'environ 30 % et celle des troubles anxieux de 10 à 25 % dans cette population (Yroni et al ; 2015). Rappelons que l'anxiété est synonyme de l'angoisse qui n'est rien d'autre qu'une sensation pénible de malaise profond, déterminé par l'expression diffuse d'un danger vague, imminent devant lequel on reste désarmé et impuissant. Cet état s'accompagne de modifications physiologiques comme les palpitations du cœur, des sueurs, les tremblements, la vision brouillée, la sensation d'étouffement, l'accélération des pouls, etc, (Sillamy, 1967, pp.27-31). Pour Kotwas et Micoulaud (2016, p.90), il ya plusieurs types de comorbidités anxieuses que l'on peut retrouver chez les patients épileptiques. On a : les troubles anxieux dits interictaux qui ne sont pas chronologiquement liés à la crise et les troubles anxieux dits ictaux qui sont directement liés à l'occurrence des crises. Concernant, les troubles anxieux interictaux, il s'agit des troubles anxieux caractéristiques du DSM-5, avec, en premier lieu, le trouble anxieux généralisé (TAG) comorbide retrouvé dans l'épilepsie dans 3 à 13 % des cas et dont la prévalence est encore plus élevée en cas d'épilepsie pharmacorésistante, les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) dans 1 à 3 % des cas et des états de stress post-traumatique dans 1 à 5 %. Des troubles anxieux interictaux sont moins décrits dans le DSM-5 que les autres troubles interictaux qui peuvent apparaître comme une réponse anticipatoire à la survenue d'une crise épileptique. Cependant, les symptômes d'anxiété peuvent être inclus à un trouble dysphorique interictal (cf. "Épilepsies et syndromes dépressifs" de Yroni, 2015, p.86). Ensuite, des cognitions du type : "J'ai peur de me blesser ou de mourir pendant une crise", "j'ai peur de faire une crise à un moment inopportun", "j'ai peur de ne plus être autonome et d'être une charge pour ma famille", "j'ai peur qu'on me prenne pour un fou", sont autant de

préoccupations qui peuvent être à l'origine de symptômes anxieux chez les patients souffrant d'épilepsie. On peut alors évoquer le diagnostic de phobie spécifique des crises épileptiques qui est rapportée dans environ 6,2 % des cas d'épilepsie pharmacorésistante. Dans ces cas-là, les patients peuvent être amenés, du fait de l'anxiété anticipatoire, à éviter les situations où des crises ont eu lieu et développer, en plus, des symptômes d'agoraphobie ou d'anxiété sociale occasionnant une dégradation importante de leur qualité de vie. Les personnes souffrant d'épilepsie sont également vulnérables aux attaques de panique, dont la prévalence est chez elles plus élevée que dans la population générale. Ces attaques de panique peuvent être favorisées par une phobie spécifique des crises épileptiques, notamment par une anxiété anticipatoire des crises. Il s'agit alors de bien savoir distinguer attaque de panique et anxiété ictale liée à la crise épileptique elle-même (Kotwas & Micoulaud, 2016, pp.90-91),

Ajoutés à ces troubles interictaux, il existe des troubles anxieux dits ictaux : anxiété préictale, ictale (à proprement parler) et postictale. L'anxiété préictale, ou anxiété prodromale prend parfois la forme d'un symptôme désagréable qui peut survenir de plusieurs jours à quelques heures avant la crise et s'accroître à mesure qu'elle approche. L'anxiété ictale se retrouve chez 10 à 15 % des patients avec crises partielles. Il s'agit alors de symptômes d'auras, de type "peur ictale", de survenue souvent brutale et de durée courte. Elle concerne principalement les épilepsies temporales. Enfin, l'anxiété postictale se retrouve chez environ 45 % des patients sous la forme d'une inquiétude, de symptômes à type d'agoraphobie ou de sensations de panique, dans les 24 heures suivant la crise et pouvant durer jusqu'à une semaine après la crise. L'anxiété postictale est souvent associée à des symptômes dépressifs. En effet, La comorbidité entre l'épilepsie et les troubles anxieux est étayée par des mécanismes psychologiques et neurophysiologiques, notamment ceux impliqués dans les réponses au stress. D'un point de vue psychologique, il est classique de décrire l'anxiété dans l'épilepsie comme une réaction psychologique exacerbée, en réponse à la nature imprévisible des crises et à la restriction des activités, ce dont résultent une faible estime de soi, une stigmatisation et un rejet social (Kotwas & Micoulaud, 2016, p.92).

En France, environ 450 000 personnes sont répertoriées dont 250.000 jeunes de moins de 20 ans ; 5% de la population est susceptible de faire une crise par jour. De fait, chaque jour 100 personnes présentent une première crise, soit près de 40 000 par an. Une fois sur deux, cette crise peut inaugurer une maladie épileptique qui est, après une migraine, la première raison de consulter un neurologue. L'épilepsie ne connaît pas de frontières géographiques, raciales ou sociales (Radio France, 2008).

En Afrique subsaharienne, les conceptions de l'épilepsie ne sont pas similaires, elles varient selon les pays et dans un même pays selon les ethnies. Maiga et al ; (2012) ont synthétisé les travaux d'autres chercheurs et les leurs à Bamako menés en communauté portant sur 423 parents d'enfants dont 15% avaient des enfants épileptiques. Environ 26% des sujets interrogés avaient entendus parler de l'épilepsie par l'entourage, 20% par les tradithérapeutes, 11% par des agents de santé et la crise généralisée tonico-clonique était la plus reconnue. Environ 59% des patients pensaient que l'épilepsie est contagieuse et l'origine organique de la maladie n'était reconnue que par 51% des personnes interrogées. Près de 23% de la population pensaient qu'il y avait un lien entre la survenue des crises et la pleine lune. Les croyances sur l'épilepsie varient d'un pays à l'autre et peuvent influencer les stratégies individuelles face aux possibilités de soins. Chez les Dogons du Mali, la notion de contagion de la maladie est à l'origine d'un certain nombre de précautions : l'entourage évite de manger avec le malade, lui fournit une nourriture qu'il devra prendre dans une vaisselle personnelle. Au Cameroun, les jeunes femmes épileptiques sont souvent « mariées » à des hommes âgés, mais les rites habituels du mariage ne sont pas requis dans ce cas. En Côte d'Ivoire, les jeunes filles ne trouvent pas d'époux mais « ils se trouveront toujours quelqu'un pour leur faire un enfant », avec des difficultés supplémentaires (Maiga et al ; 2012).

En milieu scolaire sur 659 élèves du secondaire au Cameroun, 37,9% ne souhaitent pas jouer avec un patient épileptique, 47,8% ne souhaitent pas se marier avec un patient épileptique. De tous ces élèves, 58% pensent que l'épilepsie est une maladie contagieuse et seulement 62,2% disent que c'est une maladie guérissable. 30% de ces élèves recommandent des prières, 9% un traitement traditionnel et 65% une consultation médicale pour quelqu'un souffrant d'épilepsie (Maiga et al ; 2012). Une enquête similaire au Sénégal chez les enseignants a montré que 28% des personnes interrogées liaient l'épilepsie à des phénomènes surnaturels (Maiga et al ; 2012). Par contre en Afrique Australe ou du Sud, au Zimbabwe, seuls 6% des enseignants évoquaient une origine surnaturelle. Cependant, il faut noter qu'en Afrique de l'Est (Tanzanie, Madagascar, Ethiopie, Kenya, Soudan et Burundi, etc) et d'autres pays, les études menées sont essentiellement d'ordre épidémiologique mais les connaissances et les croyances face à l'épilepsie sont toujours présentes dans ces pays. Toutefois, l'inégalité des connaissances des enseignants de ces trois (3) pays africains pourrait s'expliquer par les réalités socioculturelles des différents pays (Maiga et al ; 2012).

Au Tchad, le système sanitaire connaît un déficit thérapeutique. Parfois, on retrouve un neurologue pour 200 patients épileptiques voire plus qui ne bénéficient pas tous du soin

médicamenteux. Cependant, bon nombre de personnes atteintes d'épilepsie (PAE) partent en tradithérapie. Ainsi, Dingao-Ndolébé, tradithérapeute a rapporté dans son registre de soin 90 patients épileptiques ; parmi lesquels, on a 87 patients femmes, hommes et enfants qu'il a soignés et 3 patients qui ont désisté aux traitements. Pour lui, la demande de prise en soin en cas d'épilepsie se multiplie de jour en jour chez les personnes atteintes et leurs proches. Dingao-Ndolébé évoque ceci pour montrer comment la demande de prise en soin se fait en tradithérapie: « quand vous êtes efficace et vous traitez bien un malade épileptique, son entourage évangélise les autres malades et leurs proches de venir vous rencontrer, vous n'avez pas besoin de chercher les malades vous-même, ni faire votre publicité », (préenquête, novembre 2022).

Pendant notre enquête exploratoire, nous avons relevé auprès de 427 tchadiens non épileptiques (chrétiens, musulmans et païens) venant de différentes régions qui considèrent l'épilepsie comme une maladie contagieuse. Ils la qualifient de maladie surnaturelle dont on ne parle pas, taboue, une malédiction, un empoisonnement ou un sort lancé par un tiers. En cas de crise, le malade est abandonné à lui-même ; partager le même repas ou le même lit avec ce dernier est formellement interdit. Cependant, parmi les 203 patients épileptiques que nous avons rencontrés, 121 se font suivre en tradithérapie et dans les mosquées. Ceux-ci font recours aux signifiants culturels pour exprimer leur angoisse. Ils évoquent le plus souvent les propos relevant du mystique, de l'envoutement, la sorcellerie, une punition, une malédiction venant d'un proche ou un être surnaturel pour expliquer la cause de leur souffrance. A Baïbokoum où nous avons rencontré 58 malades épileptiques, les uns sont rejetés par leurs proches, et sont recueillis par les sœurs de l'église catholique qui les soutiennent. D'autres sont accompagnés par leurs proches en tradithérapie. A l'Hôpital Central de Ndjaména et Régional de Moundou où nous avons rencontrés 19 patients épileptiques, 12 patients refusent volontairement de prendre leur traitement et estiment que les soins indigènes et messianiques sont plus efficaces que les médicaments antiépileptiques. Les six derniers patients chevauchaient entre l'hôpital et la tradithérapie, les lieux de prières et l'hôpital et tantôt la tradithérapie et l'hôpital. Cependant, nous rappelons que la plupart de ces malades épileptiques rencontrés, peu arrivent en classe de CM2, 6eme...3eme, 2nde voire Terminale ; beaucoup ont arrêté l'école à cause de la maladie et les enfants atteints précocement de l'épilepsie ne sont pas inscrits à l'école. En effet, l'un des sujets les plus controversés dans le domaine de l'épileptologie au Tchad est la scolarisation et la socialisation du malade épileptique (préenquête, novembre, 2022).

1.2. Justification de l'étude

Depuis l'Antiquité, l'épilepsie était considérée comme le courroux des dieux (Hippocrate, 2003). Elle avait retenu l'attention d'Hippocrate en 400 ans avant J-C, qui avait consacré 3% de ses travaux, a souligné le caractère organique de l'épilepsie dans son traité intitulé '*maladie sacrée*'. Au Moyen âge, elle est jaugée à une possession démoniaque. Cette dernière sera soutenue et diffusée par des religions monothéistes. Pour elles, le diable et la lune étaient incriminés comme responsables de la survenue des crises épileptiques. A la Renaissance, l'épilepsie est due au génie, et toute personne exceptionnelle était suspectée d'épilepsie. A la fin du XVIIIe siècle apparaissent les progrès scientifiques qui l'assimilent à l'hystérie de conversion. C'est au XIXe siècle que l'épilepsie a été détachée de la maladie mentale pour être considérée comme une affection neurologique, (Verstraete & Bodart, 2023). Curieusement, l'épilepsie suscite de nombreuses réflexions riches et diversifiées dans plusieurs domaines.

Tout d'abord, l'épilepsie fait l'objet de plusieurs travaux en neurologie. Cette dernière est l'étude de la structure, du fonctionnement et des maladies du système nerveux et du cerveau, dont l'épilepsie fait partie. Elle est une affection neurologique chronique non transmissible caractérisée par la répétition des crises épileptiques. D'ailleurs, la neurologie pédiatrique ou la neuropédiatrie s'intéresse à cette affection neurologique (l'épilepsie) chez l'enfant. Quant à la neuropsychologie qui est née de l'interaction entre la neurologie, la psychologie et la psychiatrie, elle s'intéresse aussi aux personnes atteintes d'épilepsie. Il s'agit d'une discipline scientifique qui étudie les fonctions cognitives dans leurs rapports avec les structures cérébrales (Montel, 2016, p.1). On relève une évolution de la pratique ces dernières années puisque le neuropsychologue n'est plus seulement confronté à des sujets présentant des lésions neurologiques, mais aussi à d'autres populations, comme celle des sujets présentant des troubles psychiatriques. Au quotidien, la neurologie, la neuropédiatrie et la neuropsychologie traitent de l'épilepsie. Cependant, pourquoi choisir faire une étude portant sur les patients épileptiques dans un mémoire de psychopathologie et clinique ?

Bien que l'épilepsie est une maladie neurologique, elle peut être à l'origine des perturbations plus ou moins importantes au niveau psychique et relationnel. Compte tenu des aprioris négatifs existant sur l'épilepsie, les patients et leur entourage peuvent se sentir stigmatisés et souffrir d'un certain isolement. Dans la population générale, les personnes atteintes d'épilepsie sont cinq fois plus susceptibles d'avoir des troubles psychiatriques, avec une incidence comprise entre 30% et 50% contre 8,5%. Même si certains épileptiques ont peu

ou pas de troubles psychiatriques, beaucoup en souffrent (dépression, anxiété, stress, etc), (OMS, 2020). D'où la raison pour nous de faire cette étude en psychopathologie et clinique. En effet, la psychopathologie est une branche de la psychologie qui s'intéresse à l'étude des maladies mentales. Ionescu (2006) la définit comme une étude des troubles mentaux en ce qui concerne leur description, leur mécanisme, leur évolution et leur classification. Quant à la psychologie clinique, elle est aussi une discipline de la psychologie qui étudie de manière approfondie le patient et la totalité de sa situation. Rabeyrom (2018) reprend les définitions de Lagache (1949), la psychologie clinique est une science de la conduite humaine fondée principalement sur l'observation et l'analyse approfondie des cas individuels, aussi bien normaux que pathologiques, et pouvant s'étendre à celle des groupes. Or, la psychiatrie est une spécialité médicale au même titre que la cardiologie ou la chirurgie. Elle se consacre au diagnostic, à la prévention et aux traitements des maladies mentales (AMPQ, 2024).

Toutefois, sans citer de manière exhaustive les différents domaines scientifiques qui abordent l'épilepsie et les personnes atteintes, nous tenons à préciser que notre étude s'inscrit dans le domaine de la psychologie clinique ; puisque nous nous intéresserons au travail d'élaboration psychique de l'angoisse chez le patient épileptique pris en soins en tradithérapie.

1.3. Formulation et position du problème

Dans le monde, l'épilepsie demeure un problème majeur de santé publique. Elle est définie de façon conceptuelle comme un trouble cérébral (neurologique) non transmissible caractérisé par une prédisposition durable à générer des crises. En pratique, cette définition s'applique en général lorsque deux crises non provoquées surviennent à plus de 24 heures d'intervalle (Fisher & al, 2014). Par ailleurs, en Afrique, particulièrement au Tchad, l'épilepsie est considérée comme une maladie contagieuse essentiellement culturelle. En cas de crise, le malade est abandonné à lui-même jusqu'à ce qu'il retrouve son état de calme ; et le recours à la tradithérapie est la solution la plus envisagée comme soin d'urgence. Dans cette perspective, Sow (1977, 1978) rappelle qu'en Afrique Noire, aucune maladie ne peut avoir un sens en dehors du contexte socioculturel où elle se développe ; par ailleurs, les attitudes et les prises en charge sont toujours en lien avec ce sens. Cependant, en quoi consiste le travail d'élaboration psychique de l'angoisse ?

Le vocabulaire de psychanalyse de Laplanche et Pontalis (1967) explique comment Freud a employé plusieurs fois de manière originale le même terme "Arbeit" (travail) pour désigner les différentes opérations intrapsychiques. Selon Laplanche et Pontalis (1967, p.196),

l'élaboration psychique est la transformation de la quantité d'énergie permettant de maîtriser celle-ci en la dérivant ou en la liant de sorte qu'elle fournirait ainsi une charnière entre le registre économique et le registre symbolique du freudisme. Marty et Fain (1964) reprennent le concept de "travail mental" pour rendre compte de l'activité précoce de transformation des excitations pulsionnelles, somatiques et des affects en contenus mentaux symbolisés. Dans sa théorie de mentalisation, Marty (1991) postule que : « les représentations psychiques constituent la base de la vie mentale de chacun de nous. Habituellement, le jour par exemple, elles fournissent ce que l'on appelle les fantasmes. La nuit, elles fournissent les éléments des rêves. Les représentations permettent les associations d'idées, les pensées, la réflexion intérieure. Elles sont aussi utilisées constamment dans notre relation directe ou indirecte avec les autres », (pp.11-12). La psychanalyse freudienne met l'accent sur les représentations de choses et de mots. Les représentations de choses rappellent des réalités vécues d'ordre sensorio-perceptif qui donnent lieu à des associations sensorio-perceptives et de comportements. Or les représentations de mots naissent des communications, et organisent les relations avec les autres individus et avec soi-même. Elles constituent la base essentielle du travail d'élaboration psychique.

Si on se réfère à Marty (1991, pp.16-17), l'évocation de mot (épilepsie) se lierait aux représentations de la chose (maladie) pour former le système préconscient. A l'inverse, lors de désorganisations éventuelles du préconscient et de manière pathologique, les représentations de mots peuvent se réduire à des représentations de choses en perdant la plupart des composantes affectives, symboliques et métaphoriques telles qu'acquises pendant le développement. L'angoisse diffuse ici, est automatique au sens classique et relève de l'instabilité de l'équilibre psychosomatique (pensée opératoire). Elle ne repose pas sur le système phobique issu du refoulement, ni du signal d'alarme face à un danger que décrit Freud (1894, 1917, 1926), mais elle est plutôt un malaise qui envahit le patient épileptique pris en soins en tradithérapie. Cependant, quel est la place des signifiants culturels dans le travail d'élaboration psychique de l'angoisse chez les patients épileptiques pris en soins en tradithérapie au Tchad ?

Dans les cultures tchadiennes, l'épilepsie est conçue comme un phénomène social, c'est-à-dire un "mal être" dans la culture. Pendant les entretiens, nous avons noté dans les discours des patients épileptiques les propos relevant du surnaturelle, le mauvais œil, de l'envoutement, de la sorcellerie, une punition, une malédiction venant d'un proche ou un être divin pour exprimer leur angoisse. En effet, on assiste à des propos tels que : " je suis possédé à l'enfance par un esprit maléfique", " je suis un mauvais enfant, les autres ne jouent pas avec moi", "ma

belle famille me rejette parceque je suis malade'', ''ma souffrance c'est la volonté de Dieu, c'est une maladie qu'il m'a donnée'', ''je suis victime de la sorcellerie après mon accident'', ''j'ai peur que mes parents m'abandonnent comme le font les autres'', etc. Moro (1998) considère la culture comme étant le contenant des souffrances psychiques. D'ailleurs, Nguimfack (2016, p.293) renchérit que ''l'évocation de la sorcellerie par la famille comme cause de son malheur [...] ne saurait être considérée par un thérapeute appelé à travailler sur les interactions familiales comme un non-sens. Elle fait partie du matériel psychique avec lequel les membres de cette famille fonctionnent, matériel psychique qui oriente leurs pensées (cognitions), leurs comportements et leurs émotions''. Ainsi, les ethnopsychanalistes et ethnopsychiatres (Freud (1912), Ortigues et Ortigues (1966), Devereux (1970), Sow (1977), Tobie (1986), Moro (1998), Arpin (2006), Baubet (2009), etc) soulignaient déjà d'une manière directe ou indirecte que le psychisme humain se fonde et s'organise sur la base de la culture.

Penser aux signifiants culturels, renvoie à les réexaminer pour ne retenir d'eux que ce qui est structurant et étayant, voire aidant. La prise en compte de la culture dans la compréhension des phénomènes est davantage fondamentale pour ressortir le lien psychoculturel ayant valeur de mentalisation au sens du vaste réseau de symboles créé par la société africaine (Nguimfack, 2021, p.129). Ainsi, la société tchadienne trouve d'explication à cette maladie en s'appuyant sur ses valeurs culturelles, ses mœurs, etc. Dans cette société, les personnes atteintes d'épilepsie se représentent leur souffrance en lien avec les mythes, les croyances et les comportements critiques face à l'épilepsie. Debray (1991, p.42) souligne que le travail d'élaboration psychique ne porte pas seulement sur les conflits intrapsychiques mais également sur les conflits interpersonnels ; et que la mentalisation est la capacité qu'a le patient épileptique de tolérer, voire de traiter ou même de négocier l'angoisse et les conflits interpersonnels ou intrapsychiques. Il s'agit d'apprécier quel type de travail psychique est réalisable face aux angoisses, à la dépression et aux conflits inhérents à la vie. Debray (1991) met l'accent sur la nécessité du travail d'élaboration des affects, en particulier des affects de déplaisir (angoisse, dépression), sur la place centrale des conflits à réguler et sur leur nature qui n'est plus seulement intrapsychique mais aussi externe donnant implicitement davantage de poids à la réalité externe (signifiants culturels).

Or, d'après la même théorie, Marty (1991, p33) souligne que : « les individus les plus à risque de désorganisation somatique sont ceux qui ont des lacunes quantitatives et une faible possibilité qualitative de liaison entre les affects et les représentations au niveau intrapsychique de leur organisation préconsciente ». Pour lui, les personnes atteintes d'une maladie organique

telle que l'épilepsie sont incapable d'exprimer leur émotion. Bien que le patient épileptique est plus exposé à une désorganisation somatique mais celui-ci exprime ses affects en lien avec les éléments de son environnement socioculturel. D'ailleurs, nous observerons que les patients épileptiques pris en soins en tradithérapie au Tchad élaborent psychiquement leur angoisse et sont terrifiés par l'idée que la crise peut survenir à tout moment. Ces patients s'isolent des autres patients pris en soins en tradithérapie et ils sont généralement nerveux. Ils se plaignent sans cesse de mal de tête et de douleur abdominale. Parfois, ils transpirent constamment même étant couchés à l'ombre sans qu'il fasse chaud. Pour Marty (1991, p.33), les excitations dues aux situations de perte et de conflit empêchent les systèmes de fonctionner et que la réalité externe (signifiants culturels) ne joue jamais en tant que telle, ce qui compte, c'est l'importance de l'excitation qu'elle déclenche au niveau psychique, c'est à dire d'une certaine façon la manière dont elle est vécue à un niveau intrapsychique par le patient épileptique.

Dire que le patient épileptique n'a pas la capacité d'élaborer psychiquement son angoisse revient à se limiter à l'étiologie de l'épilepsie et aux avatars du maternage sans prendre en compte des conflits interpersonnels, moins encore de son environnement socioculturel. Nous constatons que les crises angoissent de manière incessante le patient épileptique. Ce dernier endure les crises dont il ne s'en souvient quasiment pas, mais son corps subit au quotidien les symptômes (les convulsions, les hallucinations, les tremblements, morsure de la langue, les vertiges, la bave, un arrêt respiratoire, fuite d'urine ou de selles, etc). Etant donné que tous les êtres humains sont des unités psychosomatiques, toutes les maladies sont psychosomatiques, puisqu'il y a toujours une dimension psychique et somatique à toutes les maladies (Stora, 2013, p.35). En d'autres termes, l'épilepsie est une maladie psychosomatique, et que le travail d'élaboration psychique de l'angoisse chez le patient épileptique intègre donc les facteurs physiques, psychiques et environnementaux à retrouver dans les contextes familial, social, culturel et économique. D'ailleurs, après la crise, le patient épileptique s'en aperçoit des blessures corporelles et dégâts causés pendant la crise, il va donc se représenter sa souffrance. Dans ses relations, il serait pointé du doigt d'épileptique, de maudit, de contagieux, de sorcier, etc, selon les réalités socioculturelles de son groupe d'appartenance. Par conséquent, il va donc adopter des attitudes face à ces comportements critiques. Lorsque ces attitudes persistent, il peut développer une anxiété, une dépression, une phobie etc. Leventhal (1980) souligne que ce sont des représentations profanes, socialement déterminées qui s'élaborent à partir des valeurs et de la culture de l'individu. Cependant, le travail d'élaboration psychique de l'angoisse chez le patient épileptique pris en soins en tradithérapie est celui de son environnement socioculturel

dans lequel il baigne, et ne peut pas correspondre à la représentation psychique décrit par Marty (1991) chez les névrosés. Cette préoccupation nous conduit inévitablement à une interrogation.

1.4. Question de recherche

Comment les signifiants culturels contribuent-ils au travail d'élaboration psychique de l'angoisse chez le patient épileptique pris en soins en tradithérapie au Tchad ?

1.5. Hypothèse de travail

Elle est l'hypothèse qui guide notre travail. Dans le cas d'espèce, elle est la suivante : les signifiants culturels favorisent le travail d'élaboration psychique de l'angoisse chez le patient épileptique pris en soins en tradithérapie au Tchad.

1.6. Objectif de recherche

Notre objectif est de comprendre le rôle des signifiants culturels dans le travail d'élaboration psychique de l'angoisse chez le patient épileptique pris en soins en tradithérapie au Tchad.

1.7. Intérêts de recherche

Dans cette partie, nous présenterons les intérêts de l'étude.

1.7.1. Intérêt personnel

Choisir une thématique de recherche est tout d'abord une question d'intérêt personnel. En tant qu'étudiant en cycle de recherche, la rédaction de ce mémoire est un moment important et prenant dans notre cursus. L'épilepsie est une affection neurologique chronique non transmissible qui touche d'ailleurs tout le monde. Au Tchad, elle est rattachée beaucoup plus à des croyances et pratiques socioculturelles. Les malades et leurs entourages font usage des éléments culturels pour décrire l'origine de cette maladie. L'épilepsie est taxée de maladie contagieuse et surnaturelle. En cas de crise, la tradithérapie est la solution la plus envisagée. Une fois en tradithérapie, nous observons dans les discours de ces patients épileptiques des propos relevant du mysticisme et du surnaturelle pour exprimer leur souffrance. C'est dans cette lancée que nous cherchons à comprendre le rôle des signifiants culturels dans le travail d'élaboration psychique de l'angoisse chez le patient épileptique pris en soins en tradithérapie au Tchad.

1.7.2. Intérêt scientifique

Pour N'da (2015, p.17), la recherche scientifique, c'est avant tout un processus, une démarche rationnelle qui permet d'examiner des phénomènes, des problèmes à résoudre, et

d'obtenir des réponses précises à partir d'investigations. Ce processus se caractérise par le fait qu'il est systématique et rigoureux et conduit à l'acquisition de nouvelles connaissances. Ainsi, ce mémoire de psychopathologie clinique nous a permis d'acquérir des nouvelles connaissances sur les pathologies neurologiques en particulier l'épilepsie et sa prise en charge, mais aussi des connaissances sur la clinique psychosomatique à travers la théorie de mentalisation de Marty (1991) qui sous-entend notre objet d'étude (travail psychique de l'angoisse), sans oublier les travaux des ethnopsychiatres et ethnopsychanalistes qui montrent comment le psychisme humain se fonde et s'organise sur la base de la culture ou des éléments culturels (signifiants culturels). L'épilepsie peut avoir un impact considérable sur le bien-être et la qualité de vie d'une personne qui en souffre et son entourage. De nombreuses personnes atteintes d'épilepsie souffrent d'anxiété, de la dépression, du stress, du trouble obsessionnel-compulsif, des troubles de personnalité, d'amnésie, au centre desquels se retrouvent l'angoisse, le chômage, la discrimination, la stigmatisation, l'exclusion sociale et les effets secondaires indésirables des médicaments. Cependant, la nécessité d'un accompagnement psychologique adéquat et approprié pourra permettre d'avoir les répercussions positives sur la psychologie de ces personnes atteintes d'épilepsie, leurs perceptions d'eux – mêmes et des autres (estime de soi) afin d'éviter d'éventuels écueils qui pourraient être pathogènes comme le suicide.

1.7.3. Intérêt social

La psychologie se range dans les sciences humaines, de ce point de vue elle met l'Homme au cœur de ses préoccupations. Outre la recherche fondamentale, il serait donc lacunaire d'entreprendre une recherche dépourvue de tout intérêt social. Dans sa globalité, le système sanitaire tchadien connaît un déficit thérapeutique, et on retrouve un neurologue pour 200 patients épileptiques voire plus qui ne bénéficient pas tous du soin médical. Nombreux sont ceux qui partent en tradithérapie. Malgré que la culture continue à dicter les conduites des tchadiens, ce travail de recherche pourrait d'une part contribuer à la sensibilisation de la population sur les crises épileptiques et les crises psychogènes non épileptiques, car, elles ne sont pas des maladies contagieuses, ni des possessions maléfiques ou encore une punition divine ou ancestrale. D'autre part, les résultats de cette étude pourraient à l'échelle locale contribuer en tant qu'outil d'orientation et de consultation sur la problématique de socialisation et de scolarisation chez les personnes atteintes d'épilepsies au Tchad.

CHAPITRE 2.

L'ÉPILEPSIE : UNE MALADIE BIOLOGIQUE ET CULTURELLE

2.1. L'épilepsie : une maladie biologique

2.1.1. Définitions

Le terme épilepsie apparaît en 1503 dans la langue française. Il est formé à partir du concept latin “épilepsia” dérivé du Grec “Epilambanein” qui veut dire saisir ou attaquer par surprise.

Dès sa création en 1909, la ligue internationale contre l'épilepsie (LICE) a défini l'épilepsie comme la survenue d'au moins deux crises non provoquées dans un intervalle de temps de plus de 24 heures. Fisher et al (2005) la définissent comme un trouble du cerveau non transmissible caractérisé par une prédisposition persistante à générer des crises épileptiques avec des conséquences neurobiologiques, cognitives, psychologiques et sociales. En 2014, la ligue s'est basée sur des propositions données en 2005 par Fischer et ses collaborateurs pour formuler une nouvelle définition clinique et pratique de l'épilepsie. Elle la définit par la survenue de l'un des trois critères suivants :

- La survenue d'au moins deux crises non provoquées (ou réflexes) espacées de plus de 24 heures ;
- La survenue d'une crise non provoquée (ou réflexe) avec une probabilité de survenue de crises ultérieures au cours des 10 années suivantes similaire au risque général de récurrence au moins 60% observée après deux crises non provoquées ;
- Le diagnostic d'un syndrome épileptique, même si le risque de crises ultérieures est faible, comme le cas de l'épilepsie rolandique ou épilepsie bénigne à pointes centrotemporales.

Toutefois, le premier critère reste la définition la plus utilisée dans les études épidémiologiques.

2.1.2. Physiopathologie

Des perturbations électrophysiologiques élémentaires (neurones et synapses) peuvent entraîner l'épilepsie à travers diverses anomalies biochimiques qui modifient les propriétés des membranes neuronales : les anomalies des canaux sodiques, calciques ou potassiques entraînent un déficit d'ATPase, le déficit de la neurotransmission inhibitrice (GABA) et l'augmentation de la neurotransmission excitatrice (glutamate ou aspartate). Cependant, Fritschy (2003) montre comment la majorité des synapses dans le système nerveux central utilise comme neurotransmetteur soit l'acide glutamique (ou glutamate), soit l'acide γ -aminobutyrique (GABA). Ces substances sont libérées lors de la transmission synaptique et activent des récepteurs dont le rôle est de changer le niveau d'activité de la cellule postsynaptique. Typiquement, le glutamate va activer des « récepteurs excitateurs », c'est-à-dire va augmenter l'activité électrique de la cellule postsynaptique, alors que la GABA va activer des « récepteurs inhibiteurs » et donc réduire l'activité de la cellule postsynaptique. L'action du glutamate est due à un influx de cations (sodium et calcium) qui augmente le potentiel de la membrane cellulaire (dépolarisation) et génère des potentiels d'action, alors que la GABA conduit à un influx d'anions chlorures (Cl^-), provoquant une baisse du potentiel de membrane (hyperpolarisation) de la cellule postsynaptique, (Fritschy, 2003, p.5).

En outre, cet influx d'anions chlorures conduit à une baisse notable de la résistance membranaire qui empêche sa dépolarisation par d'éventuels influx cationiques simultanés dans des synapses voisines. L'action conjuguée du glutamate et de la GABA devient évidente si l'on considère les réseaux neuronaux qui forment l'essentiel du cerveau. Le glutamate permet la transmission de signaux d'une cellule à l'autre au sein du réseau, alors que la GABA veille à contrôler le niveau d'activité dans une marge raisonnable. Par analogie, dans une voiture, le glutamate correspondrait à l'accélérateur et la GABA au frein. Il faut ajouter toutefois qu'une autre fonction de la GABA est de permettre une synchronisation de l'activité des cellules formant un circuit donné dans le cortex cérébral et l'hippocampe. Ceci est dû à l'organisation des connections synaptiques au sein du réseau. Il existe des cellules GABAergiques spécialisées (interneurones) qui contrôlent plusieurs centaines de neurones glutamatergiques simultanément. Dans les conditions expérimentales, une augmentation pathologique de l'activité de ces cellules GABAergiques peut conduire à une hypersynchronisation des cellules glutamatergiques et déclencher une crise épileptique. D'une manière générale, les substances pharmacologiques qui potentialisent l'effet de la GABA, telles que les barbituriques ou les benzodiazépines, ont un effet antiépileptique en augmentant « la force de freinage », alors que

les substances qui réduisent l'effet de la GABA induisent des convulsions. Ces dernières n'ont pas d'application clinique mais sont utilisées expérimentalement. Il existe également des substances qui permettent de bloquer l'action des récepteurs au glutamate et à la GABA afin de déterminer lequel de ces transmetteurs est impliqué dans la genèse d'un signal électrophysiologique. Schématiquement le récepteur GABA est un complexe de cinq protéines localisé dans la membrane cellulaire qui forment un canal transmembranaire. Normalement, ce canal est fermé. La liaison des molécules de GABA sur le récepteur produit un changement de conformation qui ouvre le canal et permet l'influx immédiat d'anions chlore. L'ouverture du récepteur est rapide (< 1 milliseconde) et brève (10-20 millisecondes). Ce temps est toutefois suffisant pour produire un influx d'anions chlore, dont l'effet est de réduire l'excitabilité de la cellule concernée. La membrane cellulaire, qui est formée par une double couche de lipides, est imperméable aux anions et aux cations. Chaque neurotransmetteur active un type différent de récepteur, ce qui explique la sélectivité de l'action de chacune de ces substances, (Fritschy, 2003, p.5).

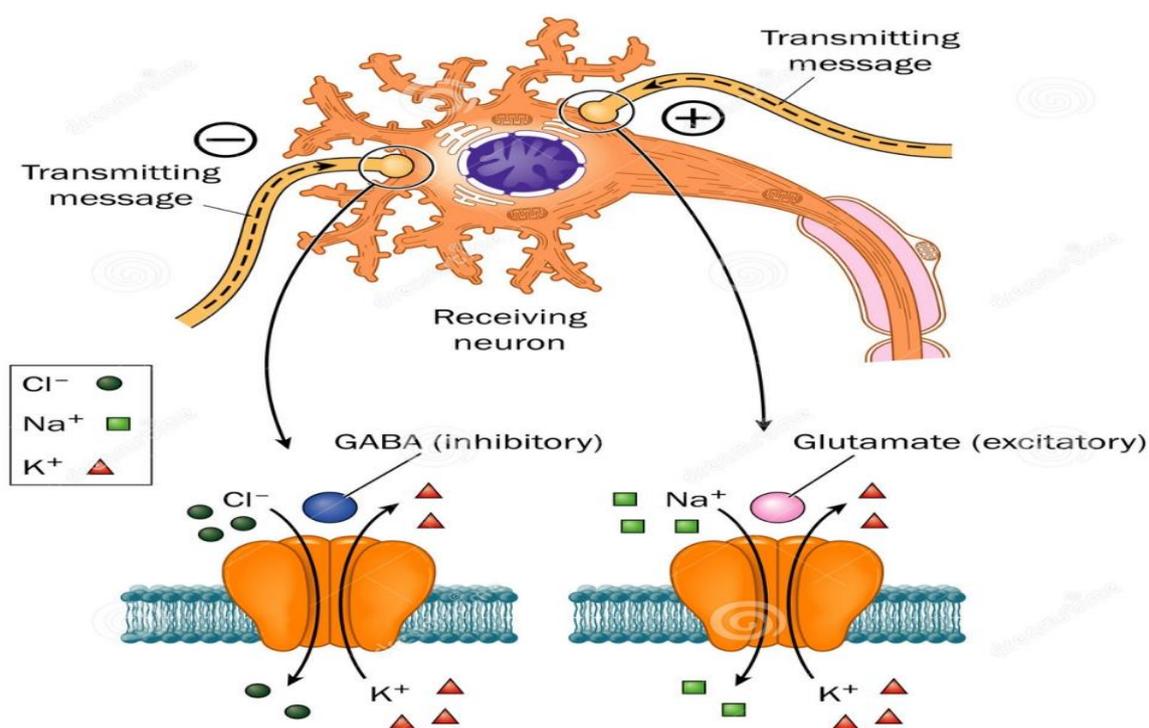


Figure 1 : Neurotransmetteurs impliquées dans l'épilepsie (source : fr. dreamstisme.com)

2.1.3. Classification de l'épilepsie

La commission de la ligue Internationale contre l'épilepsie pour la classification et la terminologie de l'épilepsie a été mise à jour en 2017 pour refléter notre compréhension des épilepsies et de leurs mécanismes sous-jacents à la suite des progrès scientifiques majeurs qui ont eu lieu depuis la dernière classification ratifiée en 1989. A la tête de cette commission, Scheffer et al (2017) classent l'épilepsie selon trois niveaux :

2.1.3.1. Premier niveau

Il suppose que le clinicien a déjà défini qu'il s'agit d'une crise d'épilepsie et n'est pas censée être un algorithme diagnostique pour distinguer la crise d'épilepsie d'événements non épileptiques. La classification du type de crise est déterminée selon la nouvelle nomenclature détaillée dans le papier accompagnant. Les crises sont classées en crise focale, crise généralisée et crise de point de départ inconnu. Dans certains contextes, la détermination du type de crise peut être le niveau maximal de la classification, car il peut n'y avoir aucun accès à l'EEG, à la vidéo et à l'imagerie cérébrale. Dans d'autres cas, il peut simplement y avoir peu d'informations disponibles pour être en mesure de faire un diagnostic de niveau plus élevé (type d'épilepsie et syndrome épileptique), comme quand le patient n'a eu qu'une crise unique, (Scheffer et al, 2017).

2.1.3.2. Deuxième niveau

Le deuxième niveau de classification suppose que le patient a un diagnostic d'épilepsie basé sur la définition proposée en 2014. Le type d'épilepsie comprend une nouvelle catégorie : « épilepsie généralisée et focale combinée » en plus des types connus (épilepsies focales et généralisées). Il comprend également une catégorie non déterminée ou inconnue. Beaucoup d'épilepsies peuvent inclure plusieurs types de crises. Le diagnostic d'épilepsie généralisée se fait sur des critères cliniques renforcés typiquement par des décharges épileptiformes intercritiques généralisées à l'EEG. Les personnes atteintes d'épilepsies généralisées peuvent avoir plusieurs types de crises : absence, crise myoclonique, atonique, tonique et tonique-clonique. Le diagnostic d'épilepsie généralisée est basé sur la description clinique, soutenu par la présence de décharges épileptiformes intercritiques typiques à l'EEG. Une mise en garde s'impose pour un patient présentant des crises toniques-cloniques généralisées et un EEG normal. Dans ce cas, des éléments complémentaires doivent être présents pour confirmer le diagnostic d'épilepsie généralisée, tels que secousses myocloniques ou des antécédents familiaux pertinents, (Scheffer et al, 2017).

Les épilepsies focales comprennent des crises à point de départ unifocal ou multifocal ainsi que des crises impliquant un hémisphère. Les crises focales peuvent être de plusieurs types : crises focales avec conscience préservée, crises focales avec conscience altérée, crises focales motrices ou non motrices, et crises focales évoluant vers des crises bilatérales toniques-cloniques. L'EEG interictal montre typiquement des décharges épileptiformes focales, mais le diagnostic est d'abord clinique, soutenu par les résultats de l'EEG. Le nouveau groupe d'épilepsie généralisée et focale combinée correspond à des patients qui ont des crises généralisées et focales. Le diagnostic est fait sur des bases cliniques, soutenues par les résultats de l'EEG. L'EEG interictal peut montrer des décharges épileptiformes généralisées de pointes-ondes et des décharges focales, mais ces anomalies EEG ne sont pas obligatoires pour le diagnostic. Les exemples les plus communs d'épilepsie généralisée et focale combinée dans lesquels les deux types de crises peuvent survenir sont le syndrome de Dravet et le syndrome de Lennox-Gastaut, (Scheffer et al, 2017).

Pour certains patients, il n'est pas possible de faire un diagnostic de syndrome épileptique et la classification s'arrête à la détermination du type d'épilepsie. Voici quelques exemples pour illustrer cette situation. La situation classique est celle d'un enfant ou d'un adulte atteint d'épilepsie du lobe temporal non-lésionnelle ; il aura le diagnostic d'une épilepsie focale sans étiologie connue. Une autre situation est celle d'un enfant de 5 ans présentant des crises toniques-cloniques généralisées et décharges épileptiformes intercritiques généralisées à l'EEG. Il ne peut pas être classé dans un syndrome épileptique connu, mais il a un diagnostic d'Épilepsie Généralisée. Enfin il y a le scénario moins commun d'une femme de 20 ans avec des crises focales avec rupture de contact et des crises de type absences, avec des décharges épileptiformes intercritiques focales et des pointes-ondes généralisées à l'EEG, et une IRM normale ; elle a un diagnostic d'épilepsie généralisée et focale combinée, (Scheffer et al, 2017).

Le terme « crise à point de départ non identifié (inconnu) » est utilisé pour indiquer que le patient a une épilepsie confirmée, mais le clinicien n'est pas en mesure de déterminer si le type d'épilepsie est focal ou généralisé parce qu'il n'y a pas suffisamment d'information disponible. Cela peut être dû à de multiples raisons. Si le type de crise(s) est inconnu, alors le type de l'épilepsie peut être inconnu pour les mêmes raisons bien que les deux ne puissent pas toujours être concordants. Par exemple, le patient peut avoir eu plusieurs crises toniques-cloniques symétriques sans aspects cliniques focaux avec EEG normaux. Ainsi, le point de départ et le type de crises est inconnu et la personne a une épilepsie classée comme inconnue

aussi. Dans d'autres cas, la description clinique de la crise peut être inconnue, et donc elle n'est pas classable, et l'EEG peut être non disponible ou impossible à avoir, (Scheffer et al, 2017).

2.1.3.3. Troisième niveau

Ce niveau de la classification est le diagnostic de syndrome épileptique. Un syndrome épileptique est défini par l'association constante et non fortuite de caractéristiques cliniques et paracliniques telles que le type de crises, l'EEG et l'imagerie. Il comprend souvent des caractéristiques dépendantes de l'âge telles que l'âge de début et de rémission (le cas échéant), les facteurs favorisant les crises, leur survenue variable en fonction du cycle veille-sommeil et parfois le pronostic, (Scheffer et al, 2017).

Un syndrome épileptique peut également avoir des comorbidités qui le caractérisent, telles que la déficience intellectuelle ou une comorbidité psychiatrique, combinées avec des caractéristiques spécifiques de l'EEG et de l'imagerie. Il peut avoir des implications étiologiques, pronostiques et thérapeutiques. Toutefois, il est important de noter qu'un syndrome épileptique n'a pas de corrélation parfaite avec un diagnostic étiologique et son but est plutôt de guider la conduite à tenir. Il existe de nombreux syndromes bien définis, tels que l'épilepsie absence de l'enfant ou les syndromes de West et de Dravet, mais il n'y a jamais eu à ce jour de classification formelle des syndromes épileptiques par la ligue. Le site Web éducatif de la ligue (epilepsydiagnosis.org), est un excellent outil éducatif et didactique pour comprendre les critères diagnostiques et analyser les vidéos des types de crises et les caractéristiques de l'EEG de nombreux syndromes établis, (Scheffer et al, 2017).

Les épilepsies généralisées idiopathiques (IGEs) sont un groupe fréquent et reconnu d'épilepsies généralisées. Les IGE englobent quatre syndromes épileptiques bien établis : l'épilepsie absence de l'enfant, l'épilepsie absence de l'adolescent (juvénile), l'épilepsie myoclonique juvénile et l'épilepsie avec crises toniques-cloniques généralisées isolées (anciennement connues sous le nom de crises toniques-cloniques généralisées à l'éveil mais cette dénomination a été modifiée, car il s'est avéré que les crises peuvent se produire à tout moment de la journée). L'intention de supprimer le terme « idiopathique » de la nomenclature de la classification des épilepsies a été discutée parce que sa définition était basée sur le concept d'une « épilepsie qui n'a aucune étiologie connue ou soupçonnée autre qu'une prédisposition héréditaire possible ». Or le terme grec "idios" se réfère à soi-même, propre et personnel, et est donc destiné à refléter l'étiologie génétique sans le dire explicitement. Idiopathique peut donc être considéré comme un terme imprécis étant donné notre connaissance croissante et la

découverte des gènes impliqués dans de nombreuses épilepsies, avec une hérédité monogénique (avec des variants pathogènes hérités ou survenant de novo) ou complexe (polygénique avec ou sans facteurs environnementaux). De plus, le mot « génétique » peut parfois être interprété à tort comme synonyme de « héréditaire », (Scheffer et al, 2017).

Il est donc plus pertinent de se référer à ce groupe de syndromes comme épilepsies génétiques généralisées (GGEs) quand le clinicien estime qu'il existe suffisamment de preuves pour cette appellation. De telles preuves sont basées sur les résultats de la recherche clinique étudiant la transmission de ces syndromes chez des paires de jumeaux et des familles mais ne signifie pas que des mutations génétiques spécifiques ont été identifiées. En effet, il est rare que la mutation génétique causant l'épilepsie d'un patient soit déterminée, peut-être à l'exception du cas des encéphalopathies développementales et épileptiques infantiles de début précoce où beaucoup de patients ont un variant pathogène de novo identifié. Il y a eu, cependant, une demande importante de conserver le terme IGE. Le groupe de travail a donc décidé que le terme IGE sera acceptable spécifiquement pour ce groupe de quatre syndromes épileptiques : l'épilepsie absence de l'enfant, l'épilepsie absence de l'adolescent (ou juvénile), l'épilepsie myoclonique juvénile et l'épilepsie avec crises toniques-cloniques généralisées isolées. Dans des cas individuels, le terme épilepsie génétique généralisée peut être utilisé lorsque le clinicien est à l'aise avec l'implication d'une étiologie génétique, (Scheffer et al, 2017).

Il y a plusieurs épilepsies focales autolimitées débutant typiquement dans l'enfance. La plus commune est l'épilepsie autolimitée (auto-résolutive) avec pointes centrotemporales, anciennement appelée « épilepsie bénigne à pointes centrotemporales ». Ce groupe comprend d'autres syndromes. Les épilepsies occipitales auto-limitées (auto-résolutives) de l'enfance, avec la forme à début précoce décrite par Panayiotopoulos et la forme avec début tardif décrite par Gastaut ainsi que d'autres épilepsies auto-limitées: les épilepsies auto-limitées du lobe frontal, du lobe temporal et du lobe pariétal dont certaines débutent à l'adolescence et même à l'âge adulte. Cependant, plusieurs classifications des crises épileptiques ont été utilisées, les unes se basant sur l'aspect global extérieur (crises convulsives et non convulsives), les autres sur des critères électro-encéphalographiques et cliniques (crises partielles et crises généralisées). Le type de crise dépendra de la région du cerveau qui est touchée la première, du lieu où la perturbation se diffuse et de la vitesse à laquelle elle va se propager (crises partielles). Les crises peuvent être également généralisées d'emblée, c'est à dire que la perturbation touche les deux hémisphères du cerveau (moitié droite et moitié gauche du cerveau) dès le début ou quasi instantanément, (Scheffer et al, 2017).

2.1.4. Foyers épileptogènes et symptomatologies

La ligue franco-belge contre l'épilepsie (2003, p.6) rappelle que la symptomatologie d'épilepsie dépend des régions du cerveau touché. En effet, dans les régions occipitales, les crises se présentent sous forme de signes visuels : déformations visuelles, illusions, hallucinations, etc. Dans les zones pariétales, les crises consistent en des sensations anormales comme des picotements ou des douleurs. Dans les lobes temporaux, il s'agit de signes auditifs ou de signes végétatifs telle que la douleur abdominale, de sensations d'angoisse et d'automatismes. Dans les zones frontales, les signes moteurs, parfois bien localisés, parfois donnant l'impression d'une grande agitation motrice désordonnée et théâtrale. Certaines crises peuvent s'accompagner d'une perte de contrôle de la vessie ou des intestins.

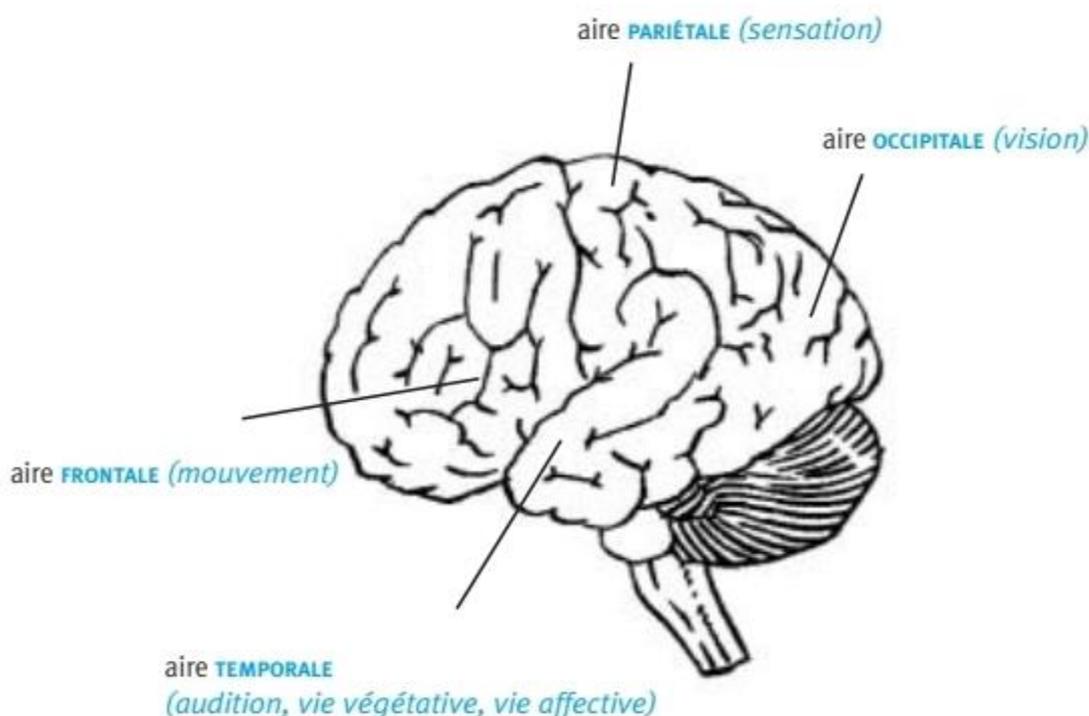


Figure 2 : Foyers épileptogènes

Source : www.ligueepilepsie.be.

2.1.5. Étiologies d'épilepsie

Scheffer et al (2017) établissent la terminologie de l'épilepsie ; à partir du moment où le patient présente sa première crise d'épilepsie, le clinicien doit viser à déterminer l'étiologie de cette épilepsie. Différents groupes étiologiques ont été reconnus en mettant l'accent sur ceux qui ont des implications thérapeutiques. Souvent, la première investigation menée implique la neuro-imagerie, idéalement l'IRM lorsque disponible. Cela permet au clinicien de diagnostiquer une étiologie structurelle à l'origine de l'épilepsie du patient. Les cinq d'autres groupes étiologiques sont génétiques, infectieux, métaboliques et immunitaires, ainsi qu'un groupe de cause inconnue.

2.1.5.1. Etiologie structurelle

Le concept d'étiologie structurelle est qu'une anomalie structurelle a un risque sensiblement accru d'être associée à l'épilepsie. L'étiologie structurelle est évoquée quand des anomalies structurelles sont visibles sur l'IRM morphologique et quand l'évaluation électro-clinique avec les résultats de l'imagerie mènent à une conclusion que l'anomalie structurelle vue sur l'imagerie est la cause probable des crises du patient. Des étiologies structurelles peuvent être acquises telles que l'Accident vasculaire cérébral (AVC), le traumatisme crânien et l'infection, ou génétiques telles que de nombreuses malformations du développement cortical. Bien qu'il y ait une base génétique à ces malformations, l'anomalie structurelle sous-tend l'épilepsie du patient. L'identification d'une lésion structurale subtile exige des études d'IRM utilisant des protocoles spécifiques dédiés à l'épilepsie, (Scheffer et al, 2017).

2.1.5.2. Etiologie génétique

Elle résulte directement d'une mutation génétique connue ou présumée entraînant une maladie où les crises sont un symptôme central. Les épilepsies pour lesquelles une étiologie génétique est impliquée sont très diverses et dans la plupart des cas, les gènes sous-jacents ne sont pas encore connus. Tout d'abord, une étiologie génétique peut être basée uniquement sur des antécédents familiaux d'une pathologie autosomique dominante. Par exemple, dans le syndrome d'épilepsie néonatale familiale bénigne, la plupart des individus d'une famille sont porteurs de mutations d'un gène codant pour un canal du potassium, KCNQ2 ou KCNQ339. Inversement, dans le syndrome d'épilepsie autosomique dominant nocturne de lobe frontal, la mutation n'est connue que dans une petite proportion d'individus atteints à ce jour. Deuxièmement, elle peut être suggérée par la recherche clinique dans les populations avec le même syndrome, comme pour l'épilepsie d'absence de l'enfant ou l'épilepsie myoclonique juvénile. Les preuves d'une base génétique proviennent d'études de jumeaux comme celles de

Lennox dans les années 1950, le syndrome de Lennox-Gastaut est une encéphalopathie c'est-à-dire une atteinte diffuse du cerveau, lors de la petite enfance impliquant plusieurs types de crises et généralement un retard mental. En fin, une base moléculaire peut avoir été identifiée et impliquée un gène unique ou ayant un effet majeur. Il y a un nombre croissant de patients présentant des anomalies génétiques connues causant des épilepsies de gravité variable.

La génétique moléculaire a permis l'identification de la mutation causale dans un grand nombre de gènes de l'épilepsie, le plus souvent survenant de novo, dans 30% à 50% des nourrissons atteints d'encéphalopathies développementales et épileptiques sévères. Les exemples les plus connus sont, le syndrome de Dravet dans lequel plus de 80% des patients ont une variante pathogène du gène SCN1A et le syndrome de West est lié au chromosome X affectant les hommes plus souvent que les femmes, caractérisé par des crises sous forme de brusque flexion du torse vers l'avant (les spasmes en flexion) avec un retard du développement psychomoteur, (Scheffer et al, 2017).

2.1.5.3. Etiologie infectieuse

Elle est l'étiologie la plus fréquente des épilepsies dans le monde. Le concept d'une étiologie infectieuse est qu'elle résulte directement d'une infection connue dans laquelle les crises sont un symptôme central. Une étiologie infectieuse est évoquée chez un patient avec épilepsie, et non chez un patient avec des crises se produisant dans le cadre d'une infection aiguë comme la méningite ou l'encéphalite. Parmi les exemples les plus courants dans des régions spécifiques du monde, citons la neurocysticercose, la tuberculose, le VIH, le paludisme cérébral, la panencéphalite subaiguë sclérosante, la toxoplasmose cérébrale et les infections materno-foetales telles que le virus Zika ou le cytomégalovirus. Ces infections ont parfois une corrélation structurelle. Une étiologie infectieuse comporte des implications spécifiques de traitement. Une étiologie infectieuse peut également se référer au développement post-infectieux de l'épilepsie, comme l'encéphalite virale avec crises séquellaires à la suite de l'infection aiguë, (Scheffer et al, 2017).

2.1.5.4. Etiologie métabolique

Plusieurs désordres métaboliques sont associés à l'épilepsie. Ce cadre étiologique est en pleine expansion et une meilleure compréhension du spectre phénotypique est en train d'émerger. Le concept d'épilepsie métabolique est qu'elle résulte directement d'un désordre métabolique connu ou présumé dans lequel les crises sont un symptôme central du désordre. Les causes métaboliques se réfèrent à un défaut métabolique bien défini avec des altérations

biochimiques comme la porphyrie, l'hypoglycémie, l'hypocalcémie et certaines substances psychoactives peuvent déclencher des crises épileptiques par imprégnation chronique, par surdosage ou par sevrage tels que l'alcool, les drogues, les neuroleptiques, les antidépresseurs, les antalgiques, etc. Dans de nombreux cas, les troubles métaboliques sont dus à un défaut génétique.

Il est probable que la grande majorité des épilepsies métaboliques ont une base génétique, mais certaines peuvent être acquises tel que le déficit en folate. L'identification des causes métaboliques spécifiques de l'épilepsie est extrêmement importante en raison des implications thérapeutiques spécifiques et de la prévention potentielle de la déficience intellectuelle, (Scheffer et al, 2017).

2.1.5.5. Etiologie immune

Une épilepsie est dite d'étiologie immune quand elle résulte directement d'un trouble immunitaire dans lequel les crises sont un symptôme majeur de la maladie. Plusieurs épilepsies immunes ont été récemment identifiées avec des présentations caractéristiques chez les adultes et les enfants. Une étiologie immune peut être évoquée quand il y a des preuves de l'inflammation auto-immune du système nerveux central. Le diagnostic de ces encéphalites auto-immunes est en constante augmentation, dû en particulier à un meilleur accès aux dosages des anticorps. Les exemples incluent l'encéphalite à anticorps anti récepteur NMDA (N-methyl-D-aspartate) et l'encéphalite à anticorps anti-LGI155. Avec l'émergence de ces entités, ce sous-groupe étiologique mérite une catégorie spécifique, en particulier compte tenu des implications thérapeutiques avec des immunothérapies ciblées, (Scheffer et al, 2017).

2.1.5.6. Etiologie inconnue

Inconnu signifie que la cause de l'épilepsie n'est pas encore connue. Il reste beaucoup de patients avec une épilepsie pour laquelle la cause n'est pas connue. Dans cette catégorie, il est impossible de faire un diagnostic spécifique en dehors de la sémiologie électroclinique permettant par exemple de définir que c'est une épilepsie du lobe frontal. Les épilepsies pour lesquelles une cause peut être trouvée dépendent des possibilités de l'évaluation disponible pour le patient. Cela diffère selon les systèmes de santé et les différents pays et, espérons-le, s'améliorera au fil du temps dans les pays avec des ressources limitées, (Scheffer et al, 2017).

Il faut noter que certains facteurs sensibles peuvent déclencher une crise épileptique notamment la télévision, les jeux vidéo, le soleil, la mer, le bruit certains aliments etc, on parle ici d'épilepsie réflexe.

2.1.6. Particularités de l'épilepsie

La classification syndromique contribue énormément au diagnostic, à la prise en charge et au traitement de l'épilepsie en fonction d'âge.

2.1.6.1. Epilepsie et l'enfance

Chiron (2015), neuropédiatre à l'hôpital Necker-Enfants malades (Paris) et directrice de recherche à l'Inserm et ses collaborateurs font un tableau clinique décrivant les différentes formes d'épilepsies chez l'enfant :

- **Les épilepsies et les crises du nouveau-né (0-1 mois)**

Les crises occasionnelles, il s'agit du type de crise le plus fréquent chez les nouveau-nés, mais elles ne correspondent pas à une épilepsie, car elles ne se reproduiront plus ultérieurement. Ces crises sont en effet liées à une souffrance cérébrale transitoire, survenue avant, pendant ou juste après la naissance. Les causes peuvent être un défaut d'oxygénation du cerveau, une infection ou des troubles métaboliques.

Les épilepsies liées à une maladie neurologique, ici, les crises vont persister au-delà de la période néonatale et seront souvent résistantes aux médicaments. Les manifestations et le pronostic seront différents si l'enfant est né à terme ou prématurément. Les causes les plus fréquentes en sont les malformations ou les lésions d'origine circulatoire.

Les convulsions néonatales bénignes sont des convulsions souvent nombreuses à quelques jours de vie mais qui vont cesser rapidement et n'avoir aucune répercussion sur le développement ultérieur.

L'épilepsie partielle migrante et le syndrome d'Ohtahara, très rares mais très graves, ces épilepsies sont en règle générale d'origine génétique. Les crises sont extrêmement résistantes aux traitements et le pronostic cognitif est sombre.

Les convulsions fébriles chez le nouveau-né, les crises les plus fréquentes sont occasionnelles, provoquées par la fièvre élevée, mais ne correspondent pas à une épilepsie car elles s'arrêtent spontanément et définitivement. Elles concernent 3 % de la population. Elles sont spectaculaires mais bénignes. Elles apparaissent entre 1 et 6 ans en général à 18 mois.

Les encéphalopathies épileptiques du nourrisson se sont des épilepsies graves mais rares, à cet âge, ce sont principalement le syndrome de West (spasmes infantiles avec une

régression psychomotrice) et le syndrome de Dravet (épilepsie myoclonique sévère du nourrisson).

Les convulsions infantiles bénignes sont peu fréquentes. Ce sont des crises focales qui ne correspondent à aucune lésion cérébrale. Les répercussions sont minimales et le traitement est efficace. Il s'agit d'une sorte d'équivalent de l'épilepsie à paroxysmes rolandiques chez le nourrisson, (Chiron et al, 2015).

▪ **Les épilepsies de l'enfant (2-12 ans)**

Les épilepsies focales « idiopathiques » dites bénignes ou appelées encore épilepsies à paroxysmes rolandiques (EPR). Cette forme d'épilepsie est la plus fréquente des épilepsies de l'enfance et elles guérissent dans 100 % des cas à l'adolescence. Les crises sont bien contrôlées avec la prise d'un seul médicament. Il n'y a pas ou peu de troubles de l'apprentissage. Des facteurs génétiques semblent être en cause mais aucun gène n'a encore été identifié. L'épilepsie à paroxysmes rolandiques ne s'accompagne d'aucune lésion dans le cerveau.

Les absences sont les deuxièmes formes en fréquence des épilepsies de l'enfance après l'épilepsie à paroxysmes rolandiques. Les crises sont particulières, elles se manifestent uniquement par une suspension de la conscience. Le phénomène ne dure pas plus de quelques secondes mais peut survenir à de nombreuses reprises au cours de la journée, ce qui peut entraîner des difficultés scolaires, même si ces crises ont en général peu ou pas de répercussion cognitive. Le traitement permet de faire disparaître les absences chez la majorité des enfants, néanmoins environ un quart de ces épilepsies résistent au traitement.

Les encéphalopathies épileptiques de l'enfant ont un retentissement important aussi bien au niveau cognitif que social. À cet âge, elles sont principalement représentées par le syndrome de Lennox-Gastaut, le syndrome de Doose (épilepsie myoclonostatique) et le syndrome des pointes ondes continues du sommeil (POCS), (Chiron et al,2015).

▪ **Les épilepsies focales non idiopathiques**

Ce type d'épilepsie concerne un gros tiers des enfants atteints d'épilepsies, tous âges confondus. C'est le seul type d'épilepsie de l'enfant dont le début peut survenir à tout âge. Ces épilepsies sont liées à une lésion au niveau du cerveau et entraînent toujours le même type de crise pour un enfant donné. Elles sont relativement bien contrôlées par les médicaments. Mais en cas de résistance au traitement, la chirurgie peut être envisagée. Les lésions les plus

fréquemment en cause sont des malformations parfois très petites, des infections, des traumatismes, des souffrances circulatoires (manque d'oxygène dans le cerveau), beaucoup plus rarement des tumeurs. En général, les symptômes sont liés à la localisation et à l'extension de la lésion dans le cerveau. Par exemple, si la lésion concerne la zone du langage, une difficulté dans la compréhension peut être observée. Un retentissement intellectuel peut donc être parfois constaté, (Chiron et al,2015).

▪ Les épilepsies de l'adolescent (12-18 ans)

Les épilepsies de l'adolescent sont assez semblables à celles du jeune adulte et sont principalement représentées par des épilepsies dites généralisées idiopathiques.

L'épilepsie myoclonique juvénile sont en général des secousses isolées involontaires (myoclonies), peuvent parfois s'y associer à des absences et des crises « grand mal ». Les crises sont souvent bien contrôlées par les traitements mais peuvent rechuter à l'arrêt des médicaments. Les répercussions intellectuelles sont minimales, voire inexistantes. En revanche, des répercussions sociales sont généralement observées.

L'épilepsies avec crises « grand mal » du réveil, il n'y a que ce type de crises, qui sont aussi appelées crises généralisées tonico-cloniques, et elles surviennent surtout pendant le sommeil, en fin de nuit. Fréquentes chez l'adulte, elles sont plus rares pendant l'enfance et apparaissent surtout à l'adolescence, (Chiron et al,2015).

2.1.6.2.Epilepsie chez l'adulte

L'épilepsie qui apparaît à l'âge adulte est souvent le symptôme d'une atteinte localisée, comme une mauvaise irrigation sanguine du cerveau (AVC), une tumeur cérébrale ou un traumatisme crânien (une blessure antérieure à la tête). Chez l'adulte, lorsque les crises d'épilepsie sont simples ou partielles autrement dit les crises focales, celles-ci provoquent des symptômes discrets comme des hallucinations, des bouffées d'émotions d'inattendues, etc. Cependant, les différentes crises d'épilepsie (focales et généralisées) peuvent survenir à l'âge adulte. Il est important de noter que chez l'adulte, la privation du sommeil, la consommation de certaines substances à haute quantité, le stress permanent, etc, peuvent déclencher une crise d'épilepsie. Cette dernière détériorait progressivement la qualité de vie socioprofessionnelle de l'adulte, (Fédération française de neurologie, 2020).

2.1.6.3. Epilepsie et sujet âgé

Chez la personne âgée, en l'absence de cause évidente de crise symptomatique aiguë, l'épilepsie doit faire rechercher une pathologie neurodégénérative sous-jacente ou une pathologie cardiovasculaire. Le diagnostic positif de l'épilepsie chez une personne âgée doit être effectué avec la même démarche que chez l'adulte. Les moyens nécessaires à l'identification d'une cause doivent être mis en œuvre quel que soit l'âge. Après une première crise précoce survenant après une hémorragie cérébrale, il peut être discuté d'instaurer un traitement antiépileptique si le patient a plus de 65 ans. Il n'y a pas d'urgence à débiter un traitement sans diagnostic fiable. L'instauration du traitement sera faite autant que possible lors d'une consultation auprès d'un neurologue, d'un neuropédiatre ou d'un médecin formé à l'épileptologie. Le choix de la molécule reposera sur le profil d'efficacité et sur la tolérance. Il est recommandé de rechercher la dose efficace la plus faible pour une personne âgée, il est recommandé d'être vigilant aux répercussions cognitives et comportementales du traitement antiépileptique, (Fédération française de neurologie, 2020).

2.1.6.4. Femmes en âge de procréer ayant une épilepsie

En 2020, la fédération française de neurologie (FFN) recommande d'évoquer les points suivants en amont d'une grossesse avec toute femme en âge de procréer ayant une épilepsie :

- La contraception chez la femme ayant une épilepsie traitée doit tenir compte des interactions entre antiépileptiques et contraceptifs. Chez les patientes ayant une épilepsie traitée par un antiépileptique inducteur enzymatique, il est conseillé de privilégier une contraception par dispositif intra-utérin ou par méthodes barrières, sauf contre-indications majeures à discuter entre le neurologue et le gynécologue ;
- Influence de l'épilepsie sur la grossesse, l'accouchement et le post-partum : complications materno-fœtales obstétricales (hors risque de malformations congénitales et de troubles du développement). Ici, l'accouchement à domicile n'est pas recommandé pour une femme ayant une épilepsie ;
- L'accouchement dans l'eau n'est pas recommandé pour une femme ayant une épilepsie. En fonction des risques pour l'enfant à naître, il est recommandé d'informer le pédiatre et l'équipe de la maternité de façon à adapter la surveillance néonatale et le niveau de soins au niveau de risque pédiatrique. En raison de la prise de traitement potentiellement tératogène, il est recommandé d'informer les professionnels de santé prenant en charge

le nouveau-né de réaliser au plus tôt après la naissance une évaluation de l'enfant et de mettre en place un suivi post-natal adapté si celui-ci est nécessaire ;

- Il n'y a pas assez de données scientifiques pour se prononcer en faveur ou non de l'allaitement maternel chez une patiente ayant une épilepsie. Il n'y a pas de consensus du groupe de travail. L'allaitement maternel est à discuter au cas par cas chez une patiente ayant une épilepsie, (Fédération française de neurologie, 2020).

2.1.7. Les crises psychogènes non épileptiques

Les crises psychogènes non épileptiques (CPNE ou CNEP) sont définies comme des manifestations cliniques paroxystiques, transitoires, pouvant comporter des signes moteurs, sensoriels, végétatifs, psychologiques et/ou cognitifs mais qui, contrairement aux crises épileptiques, ne sont pas associées à une décharge neuronale corticale excessive concomitante. Elles sont aussi des événements paroxystiques dont la sémiologie ressemble à une crise d'épilepsie (CE) sur le plan moteur, sensitif, autonome, ou cognitif, sans l'activité cérébrale anormale à l'électroencéphalogramme (EEG) que l'on pourrait attendre face à une telle sémiologie. Leur dénomination n'est pas standardisée et a beaucoup changé au cours des années. Au XIX^e siècle, Charcot a décrit les CNEP dans ses travaux sur l'hystérie, et ont porté le nom de crises fonctionnelles, crises psychogènes, crises dissociatives, épisodes hystériques ou hystéro-épileptiques, pseudocrises, etc. En anglais, le terme actuellement recommandé est celui de « functional seizure », mais le plus utilisé, comme en français, est celui de CNEP. L'usage des termes « pseudocrises » ou « hystérie », de par leur connotation négative sous-entendant notamment un caractère volontaire dans ces événements, est formellement découragé, (Verstraete & Bodart, 2023).

La variabilité de terminologie se reflète également dans une variabilité quant à la classification de ces épisodes. Dans le DSM-5, les CNEP sont classifiées comme un trouble convertif. À l'inverse, l'ICD-11 les classifie comme étant un trouble dissociatif. Cependant, il s'agit d'une maladie fréquente, mais méconnue qui constitue pourtant la 3^{ème} cause de malaise avec perte de connaissance aux urgences. Cette méconnaissance et le malaise face au diagnostic peuvent conduire l'équipe soignante, comme l'entourage du patient, à un certain mépris (« pseudocrises », l'impression que le patient simule, est fou, et que les crises ne peuvent avoir de conséquences, notamment traumatiques). On déplore, pour toutes ces raisons, un important délai diagnostique de 7,2 ans en moyenne, (Verstraete & Bodart, 2023).

Sur le plan psychopathologique, ces patients ont une tendance dissociative beaucoup plus marquée, ainsi qu'une plus haute prévalence d'alexithymie, c'est-à-dire de difficulté à reconnaître et percevoir les émotions. La régulation des émotions est d'ailleurs déficitaire chez de nombreux patients souffrant de CNEP. La prévalence de troubles de la personnalité de type borderline et d'autres comorbidités psychiatriques comme la dépression, l'anxiété, les troubles somatoformes, ou le stress post-traumatique, est très importante, de l'ordre de 55 à 100 % en fonction des études. Cela n'est cependant pas différent des patients souffrant d'épilepsie, (Verstraete & Bodart, 2023).

Il en résulte, souvent, une exposition inutile aux médicaments antiépileptiques (MAE) et leurs effets iatrogènes potentiels, les conséquences psychosociales de la persistance des crises, et un désinvestissement progressif du patient dans sa prise en charge. La CNEP est une pathologie à la frontière de la neurologie et de la psychiatrie, et une collaboration efficace est nécessaire pour la prise en charge multidisciplinaire de cette affection, tant sur le plan diagnostique et étiopathogénie que sur l'approche thérapeutique. En effet, nous présentons les cinq grands sous-types cliniques de CNEP dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1. Les sous-types de crises non épileptiques psychogènes (CNEP)

	Crises hyperkinétiques			Crises pauci-symptomatiques avec contact préservé	Crises «pseudo-syncopes» (ou dialeptiques)
	Crises brèves avec activité automatique émotionnelle	Crises prolongées sans manifestations axiales	Crises prolongées avec manifestations axiales		
Fréquence	32 %	12 %	16 %	23 %	17 %
Début/fin	Non discriminant	Progressifs	Progressifs	Progressifs	Brutaux
Durée	Moins de 5 min (61,5 % de 1 à 5 min)	Plus de 5 min (80%)	Plus de 5 min (80%)	Variable	Moins de 5 min (67% < 1min)
Contact	Non discriminant Variable	Non discriminant Variable	Non discriminant Variable	Préservé	Altéré, yeux fermés (71%)
Axe	Non discriminant	Immobile	Flexion/extension Opistotonos possible	Immobile	Immobile

Mouvements des membres	Postures dystoniques fréquentes	Variés et fluctuants (dystoniques, tremblements, clonies...)	Dystoniques	Souvent focaux Peu de mouvements tremblements fins distaux	Clonies Tremblements irréguliers Myoclonies
Autres éléments sémiologiques	Activité gestuelle émotionnelle Colère Peur	Hyperventilation Rotation axiale de la tête Fluctuation Aura/prodromes possibles	Gémissements Hyperventilation Fluctuation de l'intensité des symptômes Aura possible	Manifestations subjectives possibles	Hyperventilation possible Mouvement de négation (38,1%)
Diagnostic différentiel	Crises temporales ou insulo-cingulaires	Crises frontales ou préfrontales	Crises préfrontales médianes ou insulaires	Crises partielles motrices Myoclonies Tremblements	Syncope (+/- secondairement convulsivante)

Source : Verstraete., A et Bodart., O. (2023). Les crises non épileptiques psychogènes. Rev Med Liege ; 78 : 5-6 : 273-280.

2.1.8. Diagnostics de l'épilepsie

Le diagnostic de l'épilepsie repose sur la description des crises (l'anamnèse) et sur l'électroencéphalogramme (EEG) qui témoigne de l'activité électrique du cerveau grâce à des électrodes de surface. L'EEG permet de déterminer s'il s'agit d'épilepsie partielle ou généralisée, idiopathique ou symptomatique. Dans certains cas, l'association de l'EEG et de la surveillance du patient par vidéo lors d'une crise est indispensable pour établir un diagnostic formel et orientée la thérapie adaptée. Lorsqu'un diagnostic d'épilepsie symptomatique est posé, il est indispensable de réaliser une Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) afin d'identifier la lésion cérébrale à l'origine du syndrome épileptique. S'ajoute à ces bilans paracliniques:

- La tomodensitométrie (TDM) ou le scanner cérébral permet de montrer une atrophie cérébrale diffuse ou locale, un hématome intracérébral, d'un AVC ou de séquelles d'AVC, d'une lésion tumorale intracérébrale grâce à ces rayons X permettant de visualiser l'intérieur de la boîte crânienne;
- L'électrocardiogramme (ECG) est recommandé pour rechercher un QT long congénital ou un trouble du rythme cardiaque devant une première crise d'allure convulsive

généralisée, chez l'enfant (hors crise convulsive hyperthermique simple) et chez l'adulte.

- La radiographie du crâne met en évidence des calcifications pathologiques (tumeurs, phacomatoses, parasitoses) et permet d'apprécier les séquelles osseuses des traumatismes crâniens et la radiographie latérale du crâne ou de la selle turcique est une structure osseuse située à la base du cerveau et entourant la glande pituitaire. Le syndrome de la selle vide est une affection dans laquelle la selle turcique est partielle ou complètement remplie de liquide céphalorachidien (LCR) entraînant un déplacement de l'hypophyse ;
- L'angiographie cérébrale qui est un examen radiologique consiste à visualiser les artères et les veines du cerveau fournissant les renseignements sur les éventuels anomalies. Elle fait partie aussi du bilan préopératoire des épilepsies dont le traitement est chirurgical ;
- Les explorations isotopiques: la tomographie à émission de positons (TEP) et la tomographie d'émissionmonophotonique (TEM) sont utilisées comme des traceurs de fluorodésoxyglucose (FDG) qui est actuellement indiquée dans l'évaluation préopératoire des épilepsies pharmacorésistantes chez l'enfant comme chez l'adulte en complément de l'IRM ;
- La magnétoencéphalographie (MEG) qui est une méthode de neuro-imagerie complémentaire à l'EEG qui consiste à enregistrer en temps réel l'activité électromagnétique du cerveau ;
- Autres examens complémentaires : mesure de la glycémie capillaire (HGT) à la recherche d'une hypoglycémie, mesure la température à la recherche de fièvre, faire une prise de sang de routine pour rechercher de troubles métaboliques ou d'une anoxie. Une ponction lombaire pour rechercher une infection dans certains cas.

Au Tchad, les examens disponibles actuellement sont : l'EEG numérisé et analogique, la radiographie du crâne et de la selle turcique, le scanner cérébral, l'IRM cérébrale et les examens biologiques, (Allahrabaye,2021, p.41).

2.1.9. Les traitements

Pour poser un diagnostic et mettre en route un traitement, le médecin se base sur l'anamnèse des crises, l'examen physique, l'électroencéphalogramme et l'imagerie médicale (IRM et/ou scanner). 80% des PAE peuvent être traitées par des médicaments. Les patients chez lesquels les médicaments ne sont pas efficaces sont dits pharmacorésistants (20%). Chez la moitié d'entre eux (5 à 10%) la chirurgie est possible. Lors de l'intervention, le neurochirurgien essaye de réséquer le foyer épileptique. Si, malheureusement, le foyer est inaccessible, ou s'il y en a plusieurs, l'opération est impossible. Le patient se retrouve alors dans une situation extrêmement pénible, car aucun traitement n'est disponible à l'heure actuelle pour les « épilepsies pharmacorésistantes inopérables » (5 à 10 % des épilepsies), (Alvarez et al ,2004, pp.18-19).

2.1.9.1. Traitements médicamenteux

L'action des antiépileptiques (AE) va s'exercer sur trois processus électrophysiologiques à l'origine d'une crise épileptique : stabilisation de la membrane du neurone, diminution de la tendance aux décharges répétitives au niveau d'un foyer et réduction de la propagation de la décharge aux structures avoisinantes. Les AE vont maintenir la stabilité de la membrane en régularisant l'ouverture et la fermeture des canaux ioniques ou en modifiant la structure des récepteurs spécifiques aux neurotransmetteurs (voir figure1 ci-dessus). Ainsi, une molécule antiépileptique a généralement plusieurs modes d'action dont certains sont encore mal connus ; il s'agit ici :

1. Du renforcement de la transmission synaptique GABAergique, inhibitrice :
 - L'activation du récepteur post-synaptique GABA_A (benzodiazépines et barbituriques) ;
 - De la prolongation de la présence du GABA dans l'espace synaptique:
 - L'inhibition de sa recapture par les cellules (GAT1) (tiagabine) ;
 - L'inhibition de l'enzyme qui catabolise le GABA, GABA transaminase (vigabatrin).
2. De l'atténuation de la transmission synaptique glutamatergique, excitatrice :
 - Le blocage des récepteurs de type NMDA, post-synaptiques du glutamate (felbamate) ;

- Le blocage de récepteurs de type AMPA, post-synaptiques du glutamate (topiramate, perampanel).
3. De l'atténuation de l'excitabilité neuronale, en bloquant certains canaux ioniques du neurone:
- Le blocage du canal sodique-dépendant du voltage, qui transmet le potentiel d'action le long des axones (phénytoïne, lamotrigine, carbamazépine, oxcarbazépine, eslicarbazépine, lacosmaïde) ;
 - Le blocage du canal calcique-dépendant du voltage, présynaptique (prégabalin, gabapentine) ;
 - Le blocage du canal calcique-dépendant du voltage, post-synaptique (ethosuximide, zonisamide).

Pour certaines molécules, les mécanismes semblent multiples (valproate de sodium, topiramate, zonisamide) ce qui pourrait expliquer leur plus large spectre d'efficacité ; et d'autres, le mécanisme d'action n'est pas clairement élucidé à l'exemple de lévétiracétam où la protéine SV2A joue un rôle dans l'exocytose des neurotransmetteurs au niveau pré-synaptique, (Navarro, 2015).

Tableau 2. Médicaments antiépileptiques d'anciennes générations

Anciennes générations	AMM (année de commercialisation en France)	Posologie (instauration du traitement)	Nombre de prises par jour	Principaux effets secondaires	Interactions médicamenteuses	Particularités
Phénobarbital (Gardenal®; Alepsal®)	Epilepsies partielles, ou généralisées en monothérapie de 1ère intention (1943)	2 à 3mg/kg/j : 100 à200 mg/j (pleine dose d'emblée)	1	Somnolence, troubles cognitifs, hyperactivité, algodystrophie, allergie cutanée	+++ (inducteur enzymatique)	Très longue demie vie. Très bon marché Titration rapide
Phénytoïne (Dihydan®)	Epilepsies partielles, ou généralisées en monothérapie de 1ère intention (1952)	2 à 6mg/kg /j : 200 à 400 mg/j (pleine dose d'emblée)	1 à 2	Allergie cutanée, hyperplasie gingivale, hirsutisme, trouble de l'équilibre, leucopénie	+++ (inducteur enzymatique)	N'est pas sédatif Titration rapide
Ethosuximide (Zarontin®)	Epilepsies généralisées absence en 1ère intention (1960)	20mg/kg/jour : 1000 à2000 mg/j (250 mg / 7 jours)	1 à 2	Somnolence, irritabilité, troubles digestifs, allergie cutanée, leucopénie	-	Uniquement disponible en sirop
	Epilepsies partielles, ou	10 à15mg/kg/j		Somnolence, prise de	+++	Propriété thymorégulatrice et

Carbamazépine (Tégrétole LP®)	généralisées en monothérapie de 1ère intention (1974)	600 à 1200 mg/j (200mg / 5 jours)	2	poids, allergie cutanée, hypoNa+, neutropénie, trouble de l'équilibre	(inducteur enzymatique)	antalgique associée (AMM)
Valproate de sodium (Dépakine chrono®)	Epilepsies partielles, ou généralisées (dont absence, myoclonies, Lennox-Gastaut) en monothérapie de 1ère intention (1967)	20 à 30mg/kg/j : 1000mg à 2000mg/j (500 mg/ 3-7 jours)	2	Somnolence, prise de poids, chute de cheveux, tremblements, hépatite, pancréatite	++ (inhibiteur enzymatique)	Propriété thymorégulatrice associée

Source : Navarro., V. (2015). **Prise en charge thérapeutique des épilepsies. Unité d'épilepsie et l'ICM de l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris.**

Tableau 3. **Médicaments antiépileptiques de nouvelles générations**

Nouvelles générations	AMM (année de commercialisation en France)	Posologie (instauration du traitement)	Nombre de prises par jour	Principaux effets secondaires	Interactions médicamenteuses	Particularités
Gabapentine (Neurontin®)	Epilepsies partielles, en mono-thérapie de 1ère intention (1995)	1200 à 3600 mg/j (300 mg / 4 jours)	2 à 3	Somnolence, prise de poids, trouble de l'équilibre	-	Propriété antalgique associée
Lamotrigine (Lamictal®)	En mono-thérapie de 1ère intention (1996)	100 à 500 mg/j (25 mg / 15 jours jusqu'à 100mg/j puis paliers de 50mg)	1 à 2	Allergie cutanée, insomnie, céphalées	-/+	N'est pas sédatif. Un des antiépileptiques le moins fœtotoxique, Propriété thymorégulatrice associée
Topiramate (Epileptomax®)	En mono-thérapie après échec d'un traitement antérieur, ou en association (1998)	100 à 300 mg/j (50 mg / 15 jours)	2	Somnolence, perte de poids, lithiase rénale, glaucome à angle fermé, trouble du langage	-/+	Propriété antimigraineuse associée
Oxcarbazépine (Trileptal®)	Epilepsies partielles, en mono-thérapie de 1ère intention (2001)	600 à 2400 mg/j (300mg / 7 jours)	2	Vertige, somnolence, diplopie	-/+	Propriété thymorégulatrice associée
Lévétiracetam (Keppra®)	Epilepsies partielles, en mono-thérapie de 1ère intention, + épilepsie myoclonique juvénile, en association avec un autre antiépileptique (2002)	1000 à 3000 mg/j (500 mg / 2-7 jours)	2	Somnolence, irritabilité, labilité émotionnelle	-	Mise à disposition d'une forme intraveineuse Titration rapide
Prégabaline (Lyrica®)	Epilepsies partielles, en association avec un autre anti-épileptique (2006)	150 à 600 mg/j (150 mg / 7 jours)	2 à 3	Somnolence, prise de poids, trouble de l'équilibre	-	Propriétés antalgiques et anxiolytiques associées (AMM)

Zonisamide (Zonegran®)	Epilepsies partielles, en association avec un autre anti-épileptique (2007)	100 à 500 mg/j (50 mg / 15 jours)	1 à 2	Somnolence, perte de poids, allergie cutanée	-	Longue demi-vie permettant une prise unique par jour
Lacosamide (Vimpat®)	Epilepsies partielles, en association avec un autre anti-épileptique (2008)	200 à 400 mg/j (50 mg / 7 jours)	2	Somnolence, vertige, nausées	-	Mise à disposition d'une forme intraveineuse, et en sirop
Eslicarbazépine (Zebinix®)	Epilepsies partielles, en association avec un autre anti-épileptique (2009)	800 à 1200 mg/j (400 mg / 7-15 jours)	1	Somnolence, prise de poids, trouble de l'équilibre	-/+	Prise unique; forme la plus active du dérivé du CBZ et OXC, en évitant la forme époxyde toxique.
Perampanel (Fycompa®)	Epilepsies partielles, en association avec un autre anti-épileptique (2012)	6 à 12 mg/j (2mg/ mois)	1	Vertige, somnolence, agressivité	-/+	Prise unique, nouveau mécanisme (antagoniste non compétitif des récepteurs AMPA)

Source : Navarro., V. (2015). Prise en charge thérapeutique des épilepsies. Unité d'épilepsie et l'ICM de l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris.

2.1.9.2. Traitements non médicamenteux

Les stratégies non-médicamenteuses sont entre autres : la chirurgie, le régime cétogène et les psychothérapies.

2.1.9.2.1. La chirurgie

Avant l'opération d'un PE pharmacorésistant, un bilan préopératoire paraît important pour localiser le foyer épileptique. L'intervention se fait de deux (2) manières comme suit:

- **La chirurgie curative**

L'intervention consiste en l'ablation du foyer épileptique ou d'une zone lésée. Il faut faire attention à la zone enlevée. En effet, certaines zones corticales ont des fonctions essentielles et ne peuvent être enlevées. De nos jours plusieurs techniques sont développées dans cette chirurgie curative, nous avons : la stimulation du nerf vague est la méthode de neurostimulation la plus répandue dans l'épilepsie qui est basée sur l'envoi d'impulsions électriques régulières au cerveau à l'aide d'un stimulateur via le nerf vague. Le générateur est placé en position sous-cutanée devant le muscle grand pectoral gauche et est connecté à une électrode qui va remonter pour venir s'enrouler autour du nerf vague. La stimulation cérébrale profonde thalamique se fait à l'aide d'un générateur d'impulsions qui se situe comme précédemment dans la zone sous claviculaire. La stimulation est chronique et se fait via des électrodes implantées dans le cerveau au niveau d'un nœud important du réseau épileptique.

En fin nous avons la stimulation de la zone épileptogène ou corticale en boucle fermée qui est une de ces techniques. Le neurostimulateur implanté au niveau du crâne est couplé à un système d'analyse du signal EEG en temps réel. La stimulation est déclenchée uniquement lorsqu'une activité électrique anormale est détectée, (Allahrabaye,2021, p.40).

▪ **La chirurgie palliative**

La chirurgie palliative de l'épilepsie consiste à sectionner les voies de transmission de la propagation de la décharge épileptique. Ceci permet de limiter l'ampleur des crises. Ce type d'intervention est envisagée lors de crises généralisées avec des chutes fréquentes, (Allahrabaye,2021, p.40).

2.1.9.2.2. La diète cétogène

C'est un régime alimentaire souvent utilisé dans le contexte de perte de poids qui consiste en un apport important de matières grasses et un apport faible en glucides et en protéines. La cétose qui va en découler à un effet anticonvulsivant et neuroprotecteur. Il peut être associé à une prise médicamenteuse et avoir une action synergique avec certains antiépileptiques. Les effets sont rapides, ils peuvent être obtenus en quelques jours. C'est pourquoi le régime cétogène est aussi utilisé dans les états de mal épileptique résistants. Ce régime permet une diminution de plus de 50% des crises chez environ 50% des patients voire une absence de crise. Lorsque cette diète s'avère efficace, elle est poursuivie pendant environ deux ans. Ses bénéfices sont souvent maintenus après arrêt progressif du régime. Cependant il n'est utilisé que chez l'enfant, nécessite une surveillance clinique et biologique stricte avec parfois des effets secondaires invalidants. De plus il est contraignant pour le patient mais également pour sa mise en place au domicile, (Allahrabaye,2021, p.41).

2.6.2.3 Les psychothérapies

La notion de psychothérapie est parmi les plus fertiles en psychologie. Il est cependant important de cerner les contours de cette notion dont l'usage peut parfois paraître abusif. Le Comité québécois (2005) présente la psychothérapie comme, un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique qui a pour but de favoriser chez le patient des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé. Ce traitement va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien. Cependant, chez les PAE, les psychothérapies permettent de

diminuer les risques de la survenue de crise et d'apparition de certaines comorbidités; elle permet aussi d'améliorer la qualité de vie des PAE. Ainsi, il existe plusieurs psychothérapies qui peuvent être utilisées chez les PAE. Celles-ci ne sont pas choisies au hasard ; car elles dépendent de la formation et de l'orientation du thérapeute. En effet, Prochaska et Norcross (1999) mentionnaient déjà l'existence de plus de 400 modèles de psychothérapie clamant chacun leur efficacité. Toutefois, seuls quatre modèles ont véritablement fait leurs preuves et sont reconnus habituellement en milieu professionnel. Il s'agit des modèles psychodynamiques, cognitivo-comportementaux, humanistes, ainsi que les modèles systémiques. Comme le précise le comité québécois (2005, p.95), ces modèles regroupent les quatre grandes orientations psychothérapeutiques ayant prouvé depuis longtemps leur assise scientifique, académique et associative.

▪ **Modèles psychodynamiques**

La psychothérapie psychodynamique est un concept parapluie qui recouvre plusieurs techniques d'interventions pouvant être placées sur un continuum quant aux niveaux d'inférences communiqués au patient (Leichsenring, 2014; Wallerstein, 2002). Il s'agit des psychothérapies d'inspiration psychanalytique. Selon Shedler (2010), les traitements psychodynamiques portent plus spécifiquement sur différentes combinaisons des éléments suivants indépendamment de la durée du traitement (court, moyen ou long terme) :

- Accent sur l'affect et l'expression des émotions ;
- Exploration des pensées suicidaires pour éviter les facteurs déclencheurs ;
- Identification de thèmes et patrons récurrents ;
- Discussion des expériences passées (le vécu) ;
- Accent sur les relations interpersonnelles ;
- Accent sur la relation thérapeutique (transfert-contre transfert et alliance thérapeutique) ;
- Exploration des désirs et des fantasmes (l'inconscient ou le ça).

▪ **Modèles cognitivo-comportementaux**

Les thérapies comportementales et cognitives ou TCC regroupent un ensemble de traitements des troubles psychiatriques qui partagent une approche selon laquelle la technique thérapeutique doit être fondée sur les connaissances issues de la psychologie scientifique. Elles doivent obéir à des protocoles relativement standardisés. Elles évaluent souvent l'évolution du

patient au cours de la thérapie. Elles acceptent la démarche de médecine fondée sur les faits. Verstraete et Bodart (2023) soulignent que seuls les TCC ont démontré leur efficacité dans la prise en charge des crises d'épilepsie et des crises psychogènes non épileptiques (CNEP).

- **Modèles systémiques**

En psychothérapie, la thérapie systémique cherche à aborder le patient épileptique non seulement au niveau individuel, comme l'avait fait l'objet des premières formes de thérapie, mais aussi dans une compréhension globale portant sur les interactions de groupes et les caractéristiques du milieu (système ou mieux écosystème) dans lequel les personnes atteintes épileptiques (PAE) vivent. Ces thérapies examinent les troubles psychologiques et comportementaux du membre d'un groupe comme un symptôme du dysfonctionnement dudit groupe généralement la famille.

- **Modèles humanistes**

L'approche humaniste repose sur l'être humain et ses capacités à se mouvoir, à être autonome, à se développer et de réaliser son potentiel. Ainsi, tout Homme qu'il soit malade ou non, en particulier le PAE a une tendance à se développer de façon positive, il suffit de le mettre dans les bonnes conditions tout en le donnant le respect qu'il mérite.

Toutefois, il faut rappeler que la thérapie comportementale et la thérapie humaniste visent le changement, ce qui en font d'elles d'une démarche pragmatique et opérative, dans le sens où elles cherchent à se donner les moyens d'intervention pour aider au mieux au processus de guérison chez les PAE. Cette approche regroupe les thérapies telles que la thérapie existentialiste, la thérapie phénoménologique, l'analyse transactionnelle et l'approche centrée sur la personne, etc.

2.2. L'épilepsie : une maladie culturelle

Les syndromes "culturellement spécifiques" ou "liés à la culture" représentent des entités cliniques décrites chez des personnes appartenant à certaines communautés culturelles et qui, par conséquent, n'apparaissent que dans des zones géographiques bien définies, (Ionescu, 2019, p.138). Cependant, en Afrique particulièrement au Tchad les signes et symptômes de l'épilepsie trouvent des explications dans les cultures tchadiennes. L'évocation des signifiants culturels dans cette thématique de recherche renvoie à ces explications. À partir de 1954, Lacan s'efforce de réinterpréter le symbolique par le signifiant. Comme on le sait, il s'est inspiré des travaux de Saussure qui suggère de considérer la langue

comme un système et propose une théorie du signe qui unit un concept à une image acoustique. Le concept est appelé signifié et l'image acoustique est le signifiant (Juignet, 2003). Sow (1977) utilise les termes de signifiants culturels pour désigner les symboles, les valeurs, les conduites culturelles et les troubles de la vie communautaire élargie. Ainsi, Nguimfack (2016, 2021) évoque les éléments comme les pratiques, les croyances, les représentations culturelles, les légendes, les rites, les mythes, les interdits et les valeurs pour désigner : « les signifiants culturels ou les organisateurs socioculturels ». Ils sont aussi ce qui oriente le comportement, les modes de pensée et les manières de sentir d'un individu appartenant à une société ou à une culture donnée. Dans cette perspective, nous allons décrire les croyances, les conduites socioculturelles, les mythes, les pratiques culturelles, les rites, les us et coutumes au tour de l'épilepsie dans les cultures tchadiennes. C'est ce qui fait d'elle une maladie essentiellement culturelle.

2.2.1. Epilepsie au Tchad

Le Tchad constitue un point de passage entre l'Afrique du Nord et l'Afrique subsaharienne. Il fait partie de cette dernière. Selon l'article 36 de la constitution tchadienne, « tout tchadien a droit à la culture et l'Etat a le droit de sauvegarder et de promouvoir les valeurs culturelles nationales ». Celui-ci favorise l'essor de la diversité socioculturelle tchadienne. Aujourd'hui, on est à plus de 200 groupes ethniques. Malgré la laïcité religieuse du pays (l'islam et le christianisme), les perceptions et croyances sur l'épilepsie varient d'une région à une autre et d'une ethnie à une autre. Dans le grand Nord, l'islam est la religion la plus répandue et au Sud c'est plutôt le christianisme. Il faut rappeler qu'on peut trouver que ce soit au Nord ou au Sud l'islam et le christianisme.

2.2.1.1. Epilepsie au Nord du Tchad

Le Nord du Tchad est peuplé par les arabes et les musulmans. Ces derniers sont des groupes ethnies (ouaddaïen, kanembou, zakawa gouranem, adjarail, kotoko, boulala, etc) qui se sont convertis à l'islam. Cependant, chez les arabes et les musulmans du Tchad, l'épilepsie est appelée : « الصرع » [alsare] en arabe littéraire et en arabe local, elle est appelée « maraddimakhi ou enphite-phite » qui signifie tomber et s'agiter. Pour eux, lorsqu'une personne n'est pas purifiée et a l'habitude de fréquenter les lieux sacrés interdits ou maléfiques, elle sera possédée par les démons. Ceux-ci vont s'exprimer à travers le corps de leur victime par des mouvements « enphite-phite » c'est-à-dire tomber, trembler et s'agiter dans tous les sens. Ainsi, chez les foulatas (peulhs), l'épilepsie est désignée sous le nom de « paddé » qui renvoie au fait de s'asseoir sur les chaussures ou le fait de frapper une personne avec une babouche ou encore

le fait de se tenir debout sur ses pieds pendant des heures peuvent déclencher les crampes occasionnant les premières crises épileptiques chez une personne. Les foulatas sont des nomades, éleveurs et musulmans qui sont dans le Nord et dans le Sud du pays. Pour eux, l'épilepsie est un fait mystique et que seuls les imams ont l'habilité à guérir celui qui est atteint de cette maladie (épilepsie), (préenquête, décembre, 2022).

En général dans la communauté musulmane, les PAE sont des personnes qui enfreignent les textes sacrés (Coran) et les normes de la communauté. Pour les soigner, les chefs de la communauté musulmane (les imams) lisent le coran (texte sacré) et les réécrivent dans le lo (ardoise). Ils récitent à voix haute ces surates (versets coraniques) sur le malade tout en respectant les règles de la récitation. Après avoir fini, ils nettoient ces versets coraniques écrits sur l'ardoise avec l'eau dans unealebasse afin d'effectuer le rite de purification du PE, ils le font boire cette eau et le laver la tête pour chasser les démons qui ont pris possession de son corps, (préenquête, décembre, 2022).

2.2.1.2. Epilepsie au Sud du Tchad

Dans le Sud du Tchad, le christianisme est la religion la plus répandue. Ici, les conceptions de l'épilepsie ne sont pas similaires comme celles observées dans le Nord du pays. Elles varient en fonction des ethnies parfois des villages.

Les Ngambayes l'appellent "Djim-kil", les Lakas et les Zimés la désignent sous le nom de « pipi » qui renvoie au mouvement du papillon ou d'un coq qui tend vers la mort et que le battement des ailes résonne "pip-pip". Chez les Ngambayes et les Lakas, il y a plusieurs légendes autour de l'épilepsie. Chez eux, lorsqu'une personne mange l'œil du porc elle sera atteinte de l'épilepsie. D'ailleurs, ils disent : "on peut facilement contaminer quelqu'un à travers le corps vitré ou l'humeur aqueuse du porc (liquide qui se trouve en arrière du globe oculaire), si on vous verse quelques gouttes dans la nourriture ou dans la boisson vous allez commencer à faire des crises d'épilepsie", (préenquête, décembre, 2022). Dans la communauté Zimé, Beindjeffa (2023, p.81) souligne que la transgression d'un interdit participe à la transmission de l'épilepsie, par exemple la femme enceinte ne doit pas se laver à une heure tardive, ni se coucher à l'extérieur de la maison sans mettre de protection entre elle et la lumière de la lune. En cas de transgression, une maladie infantile surgira et aboutira à une épilepsie ; et que les futurs parents ne doivent pas manger la viande de lapin (animal épileptique).

Dans les Monts de Lam, les Kuo l'appellent "Sèm-kùku ou kay sèm kùku" qui traduit le fait que l'oiseau épileptique (kùku) fait les selles ou les urines sur vous pour vous transmettre

les parasites épileptiques. Les Mboum l'appellent "Toukina ou kouwou" qui renvoient aux caractères effrayants de la crise. Chez eux, il ne faut jamais consommer le reste de la nourriture déjà mangée par les inconnus pour éviter d'être atteint(e) d'épilepsie, (préenquête, décembre, 2022) ;

Les Mousseyes l'appellent "Lilira ou tougoudi heppa". Chez eux, l'épilepsie n'est pas conçue comme une maladie au même titre que les autres, ils la considèrent comme une malédiction ou un sort lancé. Elle peut survenir dans une famille sauf si elle existait auparavant dans cette famille, mais au cas contraire, elle n'est pas un simple fait du hasard, c'est un sort lancé. Pour se débarrasser de cette malédiction, le malade doit suivre un sacrifice auprès des guérisseurs, (préenquête, décembre, 2022) ;

"Tikini" en Moundang qui désigne d'une manière narquoise et péjorative une personne n'ayant un déficit intellectuel. Selon la conception socioculturelle chez les Moundang, le lièvre est le vecteur de contagion de l'épilepsie dont il ne faut pas le toucher ni le manger de peur d'être atteint(e) d'épilepsie. Chez eux, lorsqu'une PAE tombe déjà dans le feu, le traitement n'aura aucun effet sur cette dernière, à condition qu'on la coupe la pomme de pied pour que le traitement devient efficace. Toutefois, sans ignorer les conceptions socioculturelles que véhiculent les différents groupes ethniques tchadiens; l'épilepsie est considérée comme une maladie contagieuse, mystique, maléfique et surnaturelle. En cas de crise le malade est abandonné à lui-même jusqu'à ce qu'il retrouve son état de calme. Au regard de ces réalités socioculturelles, la société tchadienne va donc adopter des mesures barrières entre le malade et l'entourage. Par exemple ne pas partager le même repas avec un malade d'épilepsie, etc, (préenquête, décembre, 2022) ;

Au Sud du Tchad, les conceptions de l'épilepsie sont beaucoup plus rattachées à des croyances socioculturelles de chaque groupe ethnique. Pour les sudistes, l'épilepsie n'est pas un fait du hasard, elle résulte d'une force surnaturelle dans le seul but de nuire l'autre. L'épilepsie est la maladie que la population redoute le plus souvent que d'autres maladies. Beindjeffa (2023, p.53) nous rappelle qu'en milieu rural au Tchad où les croyances sont vives, le malade n'est pas banni de la société mais est plutôt marginalisé. Dans certaines sociétés tchadiennes, les malades d'épilepsie ne bénéficient pas des rites funéraires, et parfois sont enterrés le même jour où ils ont rendu l'âme en dehors des cimetières communs.

Par ailleurs, les conceptions messiaques de l'épilepsie sont très rares dans le pays mais certains chrétiens trouvent d'explication à l'origine de cette pathologie. Pour eux, l'épilepsie

est le salaire du péché ou les conséquences des mauvais actes d'une personne. Cependant, pour arrêter les crises, le jeûne est la solution envisagée. La repentance est un moyen de se débarrasser du mal (l'épilepsie) et de se rapprocher du salut (guérison), (préenquête, décembre, 2022). Cependant, nous rappelons qu'au Tchad, le traitement le plus utilisé en épileptologie est la tradithérapie.

2.2.2. Tradithérapie et épilepsie

La tradithérapie se rapporte aux pratiques, méthodes, savoirs et croyances, à des fins médicales, de plantes, de parties d'animaux et de minéraux, d'interdits alimentaires, de techniques et d'exercices manuels individuels ou collectifs pour diagnostiquer, prévenir, préserver la santé et/ou soigner les patients épileptiques. Cependant, certaines plantes étaient utilisées pour traiter les convulsions déjà 6000 ans avant J.C en Inde ou 3000 ans avant J.C en Chine par exemple. La thérapie par les plantes était très développée au Moyen Age jusqu'à ce que les recherches et le développement pharmacologique prennent le dessus pendant le 19ème siècle. Mais depuis une cinquantaine d'années, la population s'est de plus en plus intéressée à la phytothérapie et la tradithérapie et particulièrement les patients épileptiques (Briner et al, 2013).

Au Tchad, il existe deux types de tradithérapeutes : ceux qui font de cette pratique leur gagne-pain (métier principal) et d'autres font de celle-ci une activité secondaire en plus de leur activité principale (enseignant, commerçant, etc). Cependant, la voyance de ceux-ci s'acquiert pour la plupart au sein de la famille par transmission transgénérationnelle. La tradithérapie occupe une place de choix dans le système sanitaire tchadien. L'étiologie de l'épilepsie varie en fonction de l'histoire de chaque PE pris en soins en tradithérapie qui n'est pas semblable au diagnostic médical posé.

2.2.2.1. Les tradithérapeutes

Dingao-Ndolébé recommande en cas de convulsion de brûler les vieux habits et tourner la tête du malade sur la fumée pour qu'il reprend connaissances ou mélanger une cuillerée d'argile et d'huile de palmiste pour appliquer sur la nuque du malade ensuite faire consommer le malade une cuillerée d'argile, de miel et d'huile de palmiste. Selon lui, lorsque les convulsions persistent il s'agit des débuts d'une crise d'épilepsie. Pour soigner les premières crises d'épilepsie, il faut chercher les plantes parasites qui vivent généralement sur les arbres fruitiers, faire un mélange avec la fougère qui pousse sur le palmier à huile et faire bouillir le tout et donner à boire 2 à 3 fois par jour au malade. Par contre, lorsque les crises deviennent

chroniques, il faut creuser les arbustes suivants : konyil, meemyor, pele, tilika, maji-kusu, sarin-paa, mbàa-réngé, singa-dul, tarburu, babla, etc (nous ne connaissons pas leurs noms en français, ils sont en patois : laka). Après avoir fini de creuser ces racines, il va falloir bouillir et verser dans unealebasse pour commencer le traitement. Dingao-Ndolébé (2022) souligne que si vous ne prêtez pas attention à ces produits déjà utilisés en laissant au sol et qu'une personne non épileptique finit par marcher dessus, elle devient automatiquement épileptique. Parfois certaines personnes malsaines peuvent s'en servir de ces produits pour faire du mal aux autres. D'ailleurs, entre les tradithérapeutes, certains qui n'ont pas la clientèle lancent un sort aux autres pour avoir des patients épileptiques, malheur à vous, s'ils vous guérissent et vous partez avec leur argent, la crise va s'accroître plus qu'avant, (préenquête, 2022).

Pour Dingaokain, beaucoup de tradithérapeutes confondent les maladies de la tête à l'épilepsie. Ainsi, il les classe comme suit :

- “Kùgou-doull” qui est une maladie de la tête qui se manifeste exactement comme l'épilepsie sauf que la personne atteinte de cette maladie fera plus de quatre (4) fois de crise par jour et dans un mois innombrable ;
- “Kùgou-gahann” est une maladie semblable à l'épilepsie mais qui est différente de celle-ci. Lorsqu'une personne est atteinte de “Kùgou-gahann”, celle-ci en pleine échange avec son interlocuteur perd la conscience et peut laisser tomber tout ce qu'elle détient à la main s'associe avec des tremblotes et des torticolis ;
- “Kùgou-dogù'oo” quant à elle, c'est une maladie de la tête. Lorsqu'une personne est atteinte, elle va courir dans tous les sens. Pendant cette crise, celle-ci va se cogner la tête contre un mur ou un arbre à tout moment ;
- L'épilepsie en question est “Sèm-kùku” qui se manifeste par des crises. Une personne atteinte d'épilepsie fait de crises une (1) à deux (2) fois par mois. La crise commence à la sortie de la lune et à la pleine lune, (préenquête, décembre, 2022).

2.2.2.2. Rites de l'épilepsie

Le rite est un ensemble des activités qui s'accomplissent dans un ordre prescrit, (Sillamy, 1967, p.260). Ainsi, en tradithérapie, pour soigner un malade d'épilepsie, un ensemble d'habitudes et de règles sont imposées aux patients épileptiques pendant et après le traitement. Ce rite varie selon les tradithérapeutes et de la gravité de la maladie.

En général, le traitement dure trois (3) mois. Pendant ces mois, chez certains malades qui adhèrent facilement au traitement, la crise surviendra une seule fois néanmoins chez d'autres, la crise peut subvenir de 2 à 3 voire 4 fois avant le traitement. Quand les racines sont bouillies et versées dans unealebasse, le patient devrait rompre avec ces vieux souvenirs et forme qu'un avec son traitement. Le malade doit boire chaque matin et soir les remèdes dans laalebasse tout en se lavant la tête, il devrait utiliser aussi la pommade antiépileptique fabriquée à base des racines tous les jours après chaque bain. La fin du traitement se suit d'un rite d'accompagnement qui se déroule à partir de 4H ou 5H du matin. Cependant, le garde malade et le tradithérapeute accompagnent le patient en pleine carrefour où il jettera laalebasse et s'en alla. Ce geste traduit la fin de la prise en soin, c'est le fait de couper les liens avec la maladie. Il faut noter que pendant et après le traitement, certains aliments sont strictement interdits aux patients épileptiques pour une durée de six (6) mois. Notamment, le poisson chat (silure), le poisson électrique, les arrêts de poissons (petit poisson), les viandes rouges. Parmi les légumes et céréales, nous avons : l'oseille, le sésame, les feuilles d'haricot, le soja et les fromages sont interdits. A ne pas boire : l'alcool, le dolo, le thé et le café, le lait, etc. Tout rapport sexuel est formellement interdit pendant six (6) mois avec son conjoint(e), (Dingao-Ndolébé, préenquête, 2022).

Chez Dingaokaïn, le traitement n'est pas décrit de la même manière comme chez Dingao-Ndolébé ci-dessus mais les conduites à tenir pendant et après le traitement sont les mêmes. Chez lui, pour commencer le traitement, il faut bouillir les plantes antiépileptiques et les verser dans unealebasse ; ensuite creuser un trou à la forme d'une tortue où il va égorger la tortue en question. Cependant, il fera boire aux patients épileptiques les remèdes dans laalebasse, quelques minutes plus tard, ils commenceront à vomir dans les trous creusés. Selon lui, le patient vomit le foyer épileptique. Après l'arrêt des vomissements, il prendra la tortue et préparera avec les restes des remèdes dans laalebasse pour le patient épileptique afin que ce dernier mange. Ce rite signifie le fait de laisser sa maladie sur la tortue, (préenquête, décembre, 2022).

Tableau 4: Nosographie de l'épilepsie au Tchad

CARACTERISTIQUES PSYCHOPATHOLOGIQUES	
Conceptions de l'épilepsie	Contagieuse et surnaturelle
Sentiment dominant	Persécution
Sociabilité de l'épilepsie	Collectif
Nosographie	Socioculturelle
Nature des conflits	Externe
Type de thérapeutes	Neurologue, médecin, iman, pasteur, tradithérapeutes, voyants, marabouts, etc
Diagnostic	Importance sur l'entité clinique ou sur la cause
Prise en charge	Médicaments antiépileptiques ; Remèdes indigènes (plantes, parties d'animaux et de minérales, etc) ; Rites, Prières de purification (mosquée), Prières de délivrance (église)

Ce tableau a été conçu sur la base de nos lectures et observations.

CHAPITRE 3.

INSERTION THÉORIQUE

L'insertion théorique est encore appelée cadre de référence. Selon Fortin et Gagnon (2022, p.91), « le cadre de référence peut être défini comme une structure abstraite formée d'une ou plusieurs théories ou de concepts qui sont réunis ensemble en raison des rapports qu'ils ont avec le problème de recherche à définir ». Cette partie, est consacrée aux théories explicatives qui sous-tendent notre objet d'étude. En effet, il s'agit du travail psychique de l'angoisse chez le patient épileptique pris en soins en tradithérapie. Dans ce chapitre, il sera question pour nous de présenter quelques concepts théoriques à savoir : l'approche psychosomatique avec ses différents modèles (médical, psychanalytique et intégratif) et la théorie de mentalisation, la théorie des cinq systèmes et la théorie du relativisme socioculturel.

3.1. Approche psychosomatique

L'approche psychosomatique d'Heinroth (1815) appréhende le patient épileptique selon deux modèles, à savoir : le modèle médical et le modèle psychanalytique. La psychosomatique médicale consiste à établir le dualisme psyché-soma, et recherche les intermédiaires anatomiques et physiologiques qui pouvaient unir les fonctions somatiques à la fonction psychique. Elle part de la notion de maladie pour en rechercher tous les facteurs étiologiques, facteurs biologiques et facteurs d'origine psychique. Ainsi, l'hypothèse d'Heinroth (1818) selon laquelle le facteur corporel modifie l'état psychique, tout comme l'influence des passions sexuelles sur l'épilepsie, la tuberculose et le cancer. Il forge le concept de "somatopsychique" pour désigner ces maladies. A cette époque, c'est l'émotion qui représentait l'opérateur conceptuel permettant de lier les états somatiques aux états psychiques.

Plus tard, la psychanalyse a représenté une rupture épistémologique dans le modèle des phénomènes psychosomatiques. Les premiers travaux de Freud sur les névroses ont conduit à une nouvelle compréhension des liens entre les fonctions somatiques et le fonctionnement psychique. Celle-ci s'est établie, non plus sur la base du dualisme psyché-soma mais sur un nouveau dualisme opérant à travers les pulsions. Les pulsions, en tant que sources énergétiques des fonctions organiques comme du fonctionnement psychique traversent dans leur itinéraire

naturel le soma et l'activité psychique. Le conflit psychique qui oppose dans la première théorie des pulsions, les pulsions sexuelles aux pulsions du Moi ou d'autoconservation, a conduit à donner un sens symbolique à certains symptômes du corps, ceux que nous appelons symptômes conversionnels de l'hystérie. D'autres symptômes, élucidés à la même époque, étaient mis en rapport avec les névroses actuelles et avaient perdu leur sens symbolique du fait d'une organisation psychique défailante. Ces symptômes sont qualifiés de symptômes fonctionnels. Après la découverte de la pulsion dans le champ psychosomatique la deuxième révolution psychanalytique a été la découverte du narcissisme.

Le concept de pulsion est d'une importance capitale pour le modèle psychanalytique des phénomènes psychosomatiques car il représente l'investissement libidinal des fonctions somatiques. Ainsi, selon le modèle psychanalytique les fonctions somatiques sont investies libidinalement autant que la fonction psychique. La troisième révolution dans la conception psychanalytique des phénomènes psychosomatiques repose sur la découverte de la pulsion de mort ou de destruction qui a bouleversé la théorie pulsionnelle et permis d'opposer les pulsions de vie ou libidinales aux pulsions de mort ou de destruction. Là encore et selon la conception freudienne les pulsions de destruction comme les pulsions libidinales agissent autant sur les fonctions somatiques que sur le fonctionnement psychique. Cette nouvelle théorie pulsionnelle datant de 1920 a permis une approche psychanalytique des maladies organiques grâce à la prise en considération de la destructivité autant dans la vie psychique que dans les fonctions somatiques. Le mouvement psychosomatique établi sur la base de la psychanalyse freudienne s'est développé en France au début des années 1950 avec les travaux de Pierre Marty puis de Michel Fain, Michel De M'Uzan et Christian David. Ces travaux ont permis la constitution d'une théorie psychosomatique ainsi que d'une nouvelle clinique et d'aménagements techniques dans le traitement psychanalytique des patients somatiques. Ainsi, les notions de pensée opératoire, de dépression essentielle, de désorganisation progressive ou d'irrégularité du fonctionnement mental appartiennent désormais à l'héritage psychanalytique commun. Ces travaux des premiers psychosomaticiens ont abouti à une conception nouvelle des processus de somatisation fondée sur des liens pulsionnels entre le fonctionnement psychique et certaines fonctions somatiques. Ces processus de somatisations ont permis de définir deux grands mouvements psychosomatiques aboutissant à des somatisations différentes : celui de la désorganisation progressive et celui de la régression. La somatisation, dans la conception psychanalytique de la psychosomatique, représente ainsi une solution somatique à laquelle le Moi aboutit par défaut d'autres solutions psychiques ou comportementales du fait des menaces

qui pèsent sur lui en raison des situations traumatiques auxquelles il est confronté. La solution somatique doit être ainsi comprise comme une conséquence extrême du travail de somatisation opéré par le Moi. Ainsi, le modèle psychosomatique psychanalytique qui part du patient épileptique et de son fonctionnement psychique pour comprendre les conditions dans lesquelles a pu se développer l'épilepsie.

3.1.1. Théorie de mentalisation de Pierre Marty (1964, 1991)

Marty fait la synthèse de ses travaux de 1964 à 1991 dans son dernier ouvrage intitulé : "Mentalisation et Psychosomatique" paru en 1991 pour mieux élucider sa théorie de mentalisation. Cette dernière postule que les représentations psychiques constituent la base de la vie mentale de chacun de nous. Habituellement, le jour par exemple, elles fournissent ce que l'on appelle les fantasmes. La nuit, elles fournissent les éléments des rêves. En effet, il s'agit de mentaliser les excitations pulsionnelles et les affects pour passer à un niveau de représentation. Pour lui, « la qualité de la mentalisation dépend de la richesse du préconscient qui est variable selon les individus du fait à la fois de facteurs congénitaux et d'avatars du maternage » (1991, p.15). La mentalisation traite donc de la quantité et la qualité des représentations psychiques chez les sujets de manière générale. Elles permettent les associations d'idées, les pensées, la réflexion intérieure. Les présentations psychiques sont aussi utilisées constamment dans notre relation directe ou indirecte avec les autres. Dans le préconscient s'organise de manière progressive les représentations. Elles consistent en une évocation de perceptions premières qui se sont inscrites et qui laissent des traces mnésiques, la plupart du temps, accompagnées de tonalités affectives agréables ou désagréables. La psychanalyse classe les représentations en deux grandes catégories. En premier lieu, nous avons les représentations de choses qui rappellent des réalités vécues d'ordre sensorio-perceptif. Elles donnent lieu à des associations sensorielles et perceptives, ainsi qu'à des associations de comportements. En second lieu, les représentations de mots se produisent à partir de la perception du langage des autres, depuis le plus élémentaire jusqu'au plus compliqué.

Les représentations de mots (épilepsie) naissent des communications et organisent les relations avec les autres individus. Elles permettent aussi d'être en communication avec soi-même. Le mot, « épilepsie » renvoie à la réalité de la chose ou à la maladie neurologique chronique que le malade et son entourage attribuent une valeur acoustique et symbolique. Les représentations de mots constituent la base essentielle du travail d'élaboration de la pensée (les associations d'idées). Marty (1991, pp.16-17) montre que dans la règle, les représentations de mots se lient aux représentations de choses pour former le système préconscient. A l'inverse,

lors de désorganisations éventuelles du préconscient et de manière pathologique, les représentations de mots peuvent se réduire à des représentations de choses en perdant la plupart des composantes affectives, symboliques et métaphoriques telles qu'acquises pendant le développement.

En général, les rêves nocturnes traduisent bien la qualité des représentations chez un individu donné. Parfois, ces rêves consistent seulement en des représentations de choses quotidiennes, sans écart avec la réalité des actes accomplis ou à accomplir. Ils ne donnent guère lieu à des associations d'idées. D'autres fois, même à partir d'images simples, ils sont susceptibles d'ouvrir la voie à de multiples associations d'idées chargées d'affects et de symboles, se prêtant alors au-delà de leur contenu manifeste, à la découverte de leur contenu latent, de leur signification réelle. Leur quantité est en rapport avec l'accumulation des couches de représentations pendant les différents temps du développement individuel. Elle réside dans la disponibilité de leur évocation, de leur liaison à d'autres représentations de la même époque familiale de l'enfance et dans la permanence des disponibilités précédentes. Cette permanence pouvant se retrouver provisoirement interrompue ou gravement compromise par des évitements ou des répressions de représentations acquise par la désorganisation du système préconscient.

Les insuffisances des représentations trouvent leur origine dans le développement du sujet. Elles proviennent soit d'une insuffisance congénitale ou accidentelle des fonctions sensori-motrices de l'enfant qui constituent les bases perceptives des représentations, à l'exemple des difficultés visuelles ou auditives ou motrices ; soit de déficiences fonctionnelles de la mère, du même ordre que les précédentes. On conçoit qu'une mère plus ou moins sourde ou aveugle, par exemple, ne puisse assurer une communication classique avec son nourrisson ou son petit enfant et soit le cas de loin le plus fréquent, d'un excès, d'une carence ou d'une dysharmonie des accompagnements affectifs de la mère vis – à-vis de l'enfant. On retrouve ici les multiples problèmes posés par les mères somatiquement malades et par les mères déprimées ou excitées ou dirigistes ou indifférentes, ainsi que les problèmes posés par les familles nombreuses dans lesquelles la mère ne peut exercer totalement, pour chacun, sa difficile fonction. Dans tous ces cas, à différents niveaux de l'organisation progressive du petit enfant et du secteur de l'organisation des représentations s'instituent des manques ou des insuffisances d'acquisitions de représentations de mots liés à des valeurs affectives et symboliques. On doit noter que ces déficiences sont absolument différentes de celles que présentent les oligophrènes. En effet, des superstructures mentales sont parfois riches et intellectuelles, (Marty, 1991, pp. 21-23).

Les indisponibilités des représentations acquises sont le fait d'évitements ou de répressions des représentations psychiques, phénomènes parfois difficiles à distinguer les uns des autres, ou le fait encore de désorganisations mentales. Elles participent habituellement de trois origines : il peut s'agir de tonalités affectives violentes et désagréables qui sont liées aux perceptions d'une époque, au moins de l'enfance ; il peut s'agir également de conflits qui opposent les représentations contenant une lourde charge, instinctuelle ou pulsionnelle, à des formations psychiques plus ou moins précoces, de l'ordre des idéaux, ayant effet de censures. L'apparition dans le système préconscient et à la conscience, des représentations directement ou indirectement érotique et agressive se trouvent alors repousser puis les représentations réprimées ou modifiées dans leur nature. Il peut s'agir enfin de désorganisation mentale dont le schéma est le suivant : on sait qu'un excès d'excitation tend à désorganiser l'appareil psychique fonctionnel qui le reçoit. Cet excès d'excitation frappe ici l'appareil psychique souvent au niveau le plus évolué qu'il atteint, celui que l'on considère comme l'organisation œdipienne du stade génital (Marty, 1991, pp.24-25). Pour lui, il faut savoir qu'à la répression des représentations mentales s'associe régulièrement la répression des comportements qui possèdent des charges identiques, instinctuelles ou pulsionnelles, d'ordre érotique et agressif.

Dans la clinique des malades somatiques (épilepsie, cancer, AVC, etc), selon les individus et les moments apparaissent des différences marquées quant à la quantité comme quant à la qualité des représentations. Parfois les représentations semblent être absentes ou réduites. Les sujets qui sont limités dans leur aptitude à penser n'ont d'autres recours quand ils en ont la possibilité que l'action dans les comportements pour exprimer les diverses excitations exogènes et endogènes que la vie leur procure, par exemple de l'agressivité du patient épileptique. C'est ainsi, qu'on peut observer dans les névroses de comportement au moindre degré de pauvreté quantitative et qualitative des représentations, appelés les « névrosés mal mentalisés ». Par conséquent, lorsque les individus ont en permanence à leur disponibilité une grande quantité de représentations psychiques liées entre elles et enrichies pendant le développement de multiples valeurs affectives et symboliques qui seront qualifiées de bonne mentalisation. C'est le cas des « névrosés mentaux » mis en évidence par la psychanalyse freudienne ainsi que le cas des « névrosés bien mentalisés » dont la symptomatologie est moins organisée et moins soutenue dans les névroses mentales. Ces dernières sont plus fragiles et se montrent polymorphes en associant des symptômes obsessionnels et phobiques que dans les névroses mentales avec les traits de caractères et de comportements. Il est à noter qu'entre les « névrosés mal mentalisés » et les « névrosés bien mentalisés » figure un troisième groupe

d'individus qu'on appelle les « névrosés à mentalisation incertaine ». Tantôt « bien mentalisés », les individus paraissent riches de représentations et de pensées. Tantôt, « mal mentalisés », leurs représentations et leurs pensées présentent une pauvreté désolante. Les variations de la quantité comme de la qualité de leurs représentations est parfois frappante. L'incertitude portant sur la mentalisation provient aussi bien de la variation qualitative et quantitative des représentations du sujet (Marty, 1991, pp. 29-32).

Lorsqu'on fait face à des conditions d'échec de la mentalisation, Marty (1991, p.33) souligne que les excitations dues aux situations de perte et de conflit sont immanquablement présentes dans la vie d'un sujet mais elles sont variables en amplitude. Elles sont très intenses et se renouvèlent de manière excessive. Ces excitations s'accumulent en des états de tension et s'avèrent insupportables pour les systèmes fonctionnels de pensée. Elles attaquent en empêchant les systèmes de fonctionner ce qui correspond à la notion de traumatisme. La réalité externe (signifiants culturels) ne joue jamais en tant que telle, ce qui compte, c'est l'importance de l'excitation qu'elle déclenche au niveau psychique, c'est à dire d'une certaine façon la manière dont elle est vécue à un niveau intrapsychique par le sujet. Les personnes atteintes d'épilepsie sont plus exposées à une désorganisation somatique. Car elles présentent des lacunes quantitatives, par exemple faible épaisseur du préconscient et/ou qualitatives, par exemple faible possibilité de liaison affect –représentation au niveau de leur organisation préconsciente.

En effet, Marty (1991, pp.33-35) soulève deux aspects de notre vie : il s'agit des comportements et des conflits. Lorsque les représentations mentales étaient réduites, les sujets n'ont pas de possibilités d'élaborer psychiquement leurs angoisses dont ils font recours aux comportements pour exprimer et décharger leurs excitations. Ces dernières sont plus ou moins accompagnées d'affects et se reposent sur l'activité sensori-motrice dans lequel chacun de nous puise sa part selon sa nature et selon les circonstances. Certes, les sujets peuvent produire des représentations de mot qui sous-entendent les activités érotiques ou agressives directes des crises hystériques, ou d'activités opérationnelles ou opératoires. Cependant, dans la majorité des cas, de nombreuses représentations mentales et de nombreuses associations d'idées les précèdent où les accompagnent. Dans un autre style, certains comportements sont susceptibles de décharger d'abord une partie des excitations pulsionnelles : les réactions de caractère plus ou moins bruyantes, les exercices physiques et la consommation des substances psychoactives. Ces activités laissent éventuellement la place à une élaboration mentale plus sereine. Les comportements peuvent encore dériver des excitations sexuelles et agressives vers les sublimations artistiques, artisanales, sociales et sportives. Il convient de souligner que les

comportements qui utilisent l'activité sensori-motrice risquent de se trouver compromis dans leur rôle d'expression des excitations lorsque l'activité sensori-motrice se trouve elle-même freinée ou barrée par des insuffisances physiques, des accidents, des maladies. Les sujets soumis à des pressions sensori-motrices ne peuvent guère ou ne peuvent plus, alors utiliser la voie des comportements.

Marty (1991, pp.35-40) souligne que les conflits intrapsychiques consistent à l'opposition des exigences ou des tendances contradictoires (le surmoi et le ça) à l'intérieur même de l'appareil psychique. Ces conflits se constituent pendant la petite enfance et l'enfance, à l'occasion de l'évolution de la sexualité. D'une part, nos pulsions érotiques et agressives dans leurs diverses configurations (orale, anale et génitale). Par ailleurs, un certain nombre de formations mentales plus ou moins répressives des pulsions précédentes : estime de soi, conscience morale, idéaux, interdits (Idéal du Moi et le Surmoi, en particulier). De tels conflits intrapsychiques reposent ainsi sur les représentations préconscientes de tendances très diverses et sur les affects qui y sont liés. Les représentations de pulsions peuvent fréquemment se trouver refoulées, renvoyées du préconscient vers l'inconscient. Les refoulements rendent moins conscients les conflits. Par contre coup, l'organisation interne des névroses mentales, également évoquées qui laissent apparaître leurs symptômes parmi lesquels figurent au premier plan des angoisses dites « signaux d'alarme ». La plupart du temps chez les sujets bien mentalisés apparaissent une dépression qui sera donc symptomatique une augmentation de la quantité et de l'acuité des angoisses, éventuellement la venue de manifestations psychiques inédites. En fait, les excitations et représentations nouvelles vont rejoindre la masse de l'activité conflictuelle psychique existante qui les englobe et les assimile dans un temps plus ou moins long, avec plus ou moins de peine. Mais chez les sujets mal mentalisés, les problèmes se présentent d'une autre manière, les excitations érotiques et agressives ne peuvent pas figurer dans les représentations, ni rejoindre une masse d'activité psychique. Ici, les sujets peuvent s'abstenir des interdits parentaux ou sociaux qui sont susceptibles de les faire reculer devant l'action.

Marty (1991, pp.41-44) conclut en ce termes, les régressions représentent ainsi le retour partiel d'un sujet à des fixations fonctionnelles antérieures, bien qu'elles se révèlent sous des formes plus ou moins pathologiques, elles protègent l'économie vitale générale du sujet (ici le cas du sujet épileptique). Les régressions peuvent s'installer à n'importe quel moment et sont parfois inattendues à n'importe quel lieu du système fonctionnel. Les mouvements régressifs s'enchaînent à l'habitude selon le schéma des excès d'excitations au niveau psychoaffectif et

une légère désorganisation mentale témoigne une dépression plus ou moins colorée des symptômes de cette régression psychique qui augmente le taux des angoisses occasionnant l'apparition d'autres symptômes phobiques. La venue éventuelle des symptômes comportementaux et l'apparition de l'affection somatique peuvent mettre fin au mouvement de désorganisation.

L'importance de cette théorie dans cette recherche, elle permet de comprendre les comportements, les affects, les désirs, les pensées des patients épileptiques pris en soins en tradithérapie au Tchad en termes d'états mentaux. Nous passons de ce modèle classique de Pierre Marty au modèle intégratif du 21^e siècle de Jean-Benjamin Stora.

3.2. Le modèle intégratif en psychosomatique au XXI^e Siècle

Le modèle intégratif se diffère des modèles médical et psychanalytique qui sont décrits dans l'approche psychosomatique ci-dessus. Ce modèle a été théorisé par Jean Benjamin Stora (1999). La psychosomatique intégrative est d'abord l'art de procéder à un examen clinique qui va compléter l'examen médical stricto sensu. Il s'agit d'une anamnèse psychanalytique qui prend en considération les dimensions du fonctionnement psychique du patient, les manifestations comportementales l'ensemble de l'expression des affects (émotions et sentiments) et enfin l'environnement familiale, professionnel et socioéconomique, (Stora, 2013, p. 39). À travers ce modèle, le professeur Jean-Benjamin Stora ressort sa théorie ci-dessous.

3.2.1. Théorie des cinq systèmes de Jean Benjamin Stora (1999)

Dans son livre paru en 1999, « Quand le corps prend la relève », Stora (1999) propose une nouvelle approche psychosomatique intégrant dans un modèle global, la psychanalyse, la médecine et les neurosciences. La psychosomatique intégrative propose d'établir à la lumière des progrès réalisés en psycho-neuroendocrinologie, psycho-neuro-immunologie et neuro-psychanalyse, les relations entre les fonctions organiques et le psychisme. Cette théorie dépassant le clivage psyche-soma, s'appuie sur deux idées forces : « l'être humain constitue une unité psychosomatique », et « toutes les maladies sont psychosomatiques car elles intègrent toujours un facteur psychique ». Selon lui, l'appareil psychique décrit par Freud participerait à l'évolution des maladies, aux côtés des quatre autres systèmes de régulation de l'organisme : le système nerveux central (SNC), le système nerveux autonome (SNA) sympathique et parasympathique, le système immunitaire et enfin le système génétique ou génome. Dans une situation difficile l'appareil psychique (le mental) gère mentalement les événements de manière à faire face au stress pour protéger l'organisme. Mais en cas de stress aigu ou prolongé, le

mental peut se trouver déborder. Les quatre autres systèmes de régulation vont alors prendre la relève pour conserver l'équilibre émotionnel, mais, au prix d'une fatigue pouvant générer des déséquilibres (maladies). Le développement d'une maladie intègre donc des facteurs physiques, psychiques et environnementaux à retrouver dans les contextes familial, social, culturel et économique, (p.293).

Cette approche intégrative en psychosomatique est un modèle plurifactoriel à l'interface de la psychanalyse, de la médecine et des neurosciences faisant référence à des facteurs non spécifiques perturbant l'homéostasie de l'individu (angoisse ou anxiété, traumatismes, stress, etc.), une structuration spécifique de l'appareil psychique au terme du processus de maturation psychosexuelle déterminant sa capacité de résistance et les zones de fragilité et des interrelations établies par ce processus au niveau du SNC (Système Nerveux Central), du SNA (Système Nerveux Autonome), du Système Immunitaire et du Système génétique ou Génome. Il s'agit d'une approche d'interrelations dynamiques entre différents systèmes du vivant. L'être humain est un système de systèmes. Cette théorie est une approche globale de l'être humain et de ses maladies se référant sur les plans théoriques et cliniques aux interrelations entre ces 5 systèmes dans un environnement culturel et social. D'où, l'angoisse ou le stress que l'on peut observer chez les patients épileptiques pris en soins en tradithérapie est donc la réponse biologique associée à une activation de plusieurs systèmes neuroendocriniens incluant le système nerveux sympathique et l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HPA selon la terminologie anglo-américaine). L'ensemble constitue une boucle de régulation sensible en de nombreux points aux activités nerveuses et immunitaires, elles-mêmes soumises aux facteurs d'environnement.

Généralement, une situation de stress va entraîner, sur le plan biologique, la mobilisation de deux types de réactions. Dans un premier temps, le système nerveux sympathique et la médullosurrénale vont immédiatement libérer de l'adrénaline et de la noradrénaline. Cette action est déclenchée par l'hypothalamus et par l'activation du locus coeruleus (Jacque & Thurin, 2002). Puis, dans un second temps, la corticolibérine ou corticotropin releasing hormone (CRH) libérée par l'hypothalamus déclenche une production d'ACTH par l'hypophyse qui à son tour stimule la production de cortisol par la glande corticosurrénale. Ainsi, les deux effecteurs périphériques de la réponse biologique au stress sont donc les catécholamines (adrénaline et noradrénaline) et le cortisol. Les catécholamines orchestrent la mobilisation de l'ensemble des ressources de l'organisme en vue de réagir à la situation ; le cortisol intervient dans un deuxième temps pour assurer l'apport énergétique nécessaire, mais

aussi pour freiner et apaiser la réaction de stress. Ainsi, Stora (2010) renchérit que « le stress est un phénomène universel, nécessaire à la vie qui a pour spécificité de mettre en œuvre les mécanismes d'adaptation psychique et somatique des êtres humains. C'est une notion au carrefour des sciences physiques, biologiques et humaines (...) », (p.121). Cependant, nous rappelons qu'en psychologie, le stress est généralement ramené à un état de tension psychique ou état d'anxiété et généralement liée à des manifestations somatiques. Suite aux travaux de Selye, des psychologues ont commencé à mettre en évidence l'importance des perceptions, c'est-à-dire des processus cognitifs, dans la survenue de l'état de stress. Le modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman proposé en 1984, permet de décrire ces processus cognitifs. Ces auteurs postulent que ce ne sont pas les événements eux-mêmes qui déterminent l'apparition d'un état de stress (avec ses conséquences négatives sur la santé physique et mentale des individus). Ce qui est déterminant, ce sont les perceptions et le vécu de ces événements, d'où le terme de « transactionnel » pour définir ces courants de recherche. D'ailleurs, le stress n'est pas un concept psychanalytique et peut être même considéré selon certains auteurs (Porte, 2005) comme une notion antipsychanalytique. En effet, avant d'être envisagé dans sa dimension pathologique, le stress correspond à une modalité d'adaptation psychophysiologique à un danger indéterminé. Et bien que l'origine étymologique de l'angoisse et du stress soit quasiment la même, (l'angoisse étant issue du latin *angustus*, « étroit, serré », et le stress du latin *stringere*, « étreindre »), ces deux termes ne se recouvrent pas, ni en tant qu'objet, ni sur le plan théorique.

L'hypothèse psychosomatique que Stora avance depuis 1999, propose d'établir à la lumière des progrès des différentes disciplines, les relations entre les fonctions somatiques, le système nerveux central et l'appareil psychique, il ne parle plus de corps ou de psyché. Il s'agit alors de comprendre la participation de l'appareil psychique dans le fonctionnement global du patient épileptique. Nous sommes dans un au-delà de la psychogenèse et de l'organogenèse. Car, nous appréhendons l'organisme comme un système des systèmes dont nous devons comprendre les interactions et les dysfonctionnements. Stora (1999) souligne que : « l'être humain constitue une unité psychosomatique ». Le fonctionnement psychique est à évaluer dans le cadre de l'unité psychosomatique individuelle aux côtés des dimensions somatiques et neuronales. Précisons que l'appareil psychique à la pointe de l'évolution est le premier système de défense de l'unité psychosomatique. Ses dysfonctionnements ont des conséquences sur les troubles et maladies somatiques sans pour autant qu'ils en soient la cause. D'ailleurs, cette théorie est multi-causale et prend en considération les dimensions familiales, sociales,

économiques et culturelles d'un patient. Ces dimensions en contexte africain seront mieux élucidées par la théorie du relativisme socioculturel d'Ibrahim Sow (1977) dans le temps ci-après.

3.3. Théorie du relativisme socioculturel d'Ibrahim Sow (1977, 1978)

Sow (1977) s'inscrit dans le registre ethnopsychiatrique de Devereux qui est l'étude des maladies mentales en se référant aux systèmes culturels. De nos jours, la théorie du relativisme socioculturel de Sow est considérée comme le pivot de la psychopathologie africaine. Dans cette théorie, il met l'accent sur l'interprétation de la maladie selon trois registres en Afrique : l'action intentionnelle d'un mauvais esprit - sorcier et l'effet du fétichage, maraboutage ou empoisonnement, l'action intentionnelle des ancêtres et de Dieu et la discordance avec les signifiants culturels tels que les symboles, les valeurs, les conduites culturelles et les troubles de la vie communautaire élargie. Dans cette perspective, Sow (1977) souligne que l'itinéraire thérapeutique et le traitement des maladies dans le contexte africain prennent en compte ces registres en fonction de celui qui prime dans l'histoire et l'étiologie de la maladie en elle-même, (par exemple, le malade épileptique en tradithérapie).

D'après cette théorie, l'interprétation des faits humains nécessite un cadre et une perspective anthropologique. En Afrique Noire traditionnelle, Sow (1977) s'intéresse aux modalités d'organisation de la personnalité des africains en rapport avec leur culturelle. Celle-ci le permet d'éclairer les différentes conduites psychopathologiques africaines. Cependant, tout praticien étranger souligne la fréquence d'un symptôme majeur chez tous ses patients africains ; quelle que soit la modalité morbide présentée par ailleurs, il s'agit de sentiment dominant qui est la persécution. D'ailleurs, la compréhension de la maladie se fonde sur les catégories symboliques traditionnelles majeures. L'homme en tant que sujet singulier est situé dans un univers panstructuré ou les pôles culturels fondamentaux à savoir : le microcosmos, le mesocosmos et le macrocosmos. Ainsi, la cause d'une maladie est liée à deux ordres. D'une part, elle est liée à la dimension verticale de l'Être en rapport avec sa relation avec les ancêtres et Dieu, rompant ainsi l'identité profonde du sujet, cela pourrait se manifester par un remaniement psychotique pouvant aboutir au final à l'édification d'une personnalité nouvelle. D'autre part, à la dimension horizontale de l'expérience existentielle de l'Être, provoquant ainsi le malheur. Car il peut y avoir par exemple un échec de type névrotique ou une dévitalisation progressive des principes fondamentaux de la personne.

Sow (1977) nous apprend que les repères socioculturels constituent les cadres généraux de référence, un guide parfait pour l'éducation des enfants et des adolescents et contiennent les éléments de codifications des conduites adultes. Théoriquement, il distingue trois ordres de réalités hiérarchisées, au plan quotidien, il s'agit : le macrocosmos réalise les liens entre la transcendance et l'immanence, en d'autres termes c'est l'univers développant et sensé de l'être, de l'ordre du signifié ; le mesocosmos est selon les thèmes traditionnels africain, le lieu de l'inculture celui des doubles, des co-jumeaux naturels, des humains. La société mesocosmique est bien celle des doubles parce qu'elle fonctionne comme la réplique invisible de la société visible des hommes actuels pratiquement. Le mesocosmos est devenu le lieu où se produisent tous les heurs et malheurs, celui des occurrences dramatiques aussi bien que celui à partir duquel se réalisent les succès quotidiens. C'est pourquoi il est nommé « imaginaire collectif structuré » dans la mesure où il est l'espace aux seins duquel se structurent les désirs, craintes, angoisses, espoirs de réussite dans les aléas de la quotidienneté où on est à la fois réservoir et creuset imaginaire collectif pour les créations culturelles présentes et futures. C'est à partir de cet espace imaginaire collectif que l'on situe aussi l'efficace des affects antisociaux lorsqu'ils sont destructeurs de l'individualité ; et le troisième ordre de la réalité de l'univers panstructuré africain est le microcosmos, il décrit comme le monde immédiatement apparent de l'existence sociale quotidienne. Il s'organise intelligiblement avec les macrocosmes. En effet, les paroles vraies de la socio-culture qui commandent toute praxis sociale, sont créés à partir de la loi fondamentale de l'ancêtre. Mais en même temps le microcosmos fonctionne en toute complicité et complexité avec le mesocosmos selon la modalité de la prudence dans les rapports.

En milieu traditionnel africain, l'homme possède le sens de la transcendance. Les êtres et les choses n'ont leur pleine réalité que pour autant qu'ils aient ou qu'on leur attribue dans l'échelle de la hiérarchie de la représentation, une place assignée et un nom dans un univers ordonné. Pour l'africain, l'existence réelle authentique ne commence qu'à partir du moment où se saisit le symbolisme qui, de chaînon en chaînon la relie à l'acte de la genèse primordiale qui confère la plénitude du sens. La folie c'est la « rupture » et le désordre ; en ce sens, le désordre, c'est la désacralisation du sacré. Dans ce contexte, la maladie et la mort sont mises en thème comme conflit de relations, communication manquée, agression subie évoquant toujours le symbole plus fondamental de la rupture. L'essentiel des problèmes humains tourne autour de la crainte permanente diffuse mais fondamentale, d'une résurgence de l'état de violence mythique primordiale caractérisée par l'indistinction, l'indifférenciation, l'absence de liaisons définies et stables. Ainsi, Sow (1977) insiste sur la perspective anthropologique africaine sur

l'originalité de l'élaboration du thème du mal. Il ressort que l'image traditionnelle des puissances chaotiques est reprise au plan de la réalité sociale actuellement dans le langage de la persécution. D'où il affirme qu'en Afrique Noire : « la maladie a ses origines à l'extérieur de l'individu et non à l'intérieur, qui n'est pas interprétée comme un simple désordre organique mais comme un phénomène social, c'est-à-dire un "mal être" dans la culture », (ici, le cas d'épilepsie). La violence subie par un « ego » va engendrer un désordre qui sera constitué d'une triple relation polaire comme suit : verticalement : dimension phylogénétique en rapport avec l'être ancestral ; horizontalement : dimension socioculturelle qui est l'alliance avec la communauté élargie ; et ontogénétiquement : dimension de l'existant qui désigne l'être biologique ou la famille restreinte. Ainsi, le trouble mental apparaît dans la pensée traditionnelle comme une violence exercée sur « égo » qui est une rupture provoquée par une altérité agressive de l'un ou l'autre de ces liens issus des pôles fondamentaux constituants.

La triade persécutrice en Afrique est constituée par la victime (agressé), la communauté culturelle (protectrice) et les tiers (agresseurs). Sow (1977) établit une liaison en milieu traditionnel entre le mal faire qui est la liaison (agression-violence-persécutrice) et le mal être qui est la maladie en général. Du moment où tous les commanditaires du mal, du mal Être, et du mal d'existence sont localisés dans le mesocosmos, la maladie sera donc comprise comme étant un conflit exprimant les péripéties et les contradictions vécues par l'individu dans ses relations avec le mesocosmos. Ici, le mesocosmos est le lieu privilégié où se déroulent les choses et les solutions traditionnelles pour localiser les troubles de la personnalité. Cependant, la maladie est perçue comme étant un conflit exprimant les péripéties et les contradictions vécues par la personne concrète dans ses relations avec le mesocosmos. Il faut noter que la conception africaine de la relation est une conception totalisante et dynamique. Raison pour laquelle, le drame ne saurait être un simple débat de l'intérieur, isolé et restreint ; car c'est dans le mesocosmos que sont mises en relief les expériences malheureuses vécues par l'individualité.

Ainsi, l'analyse de Sow (1977) des conceptions traditionnelles africaines de la maladie en général et particulièrement de la maladie mentale : « c'est à partir des réalités concrètes, articulées à l'aide des symboles fondamentaux de l'anthropologie africaine, qu'il convient d'élaborer des modèles et de reconstituer les principes », (p.254). Pour lui, les modalités d'organisation de la personnalité en Afrique Noire traditionnelle avec l'ensemble de cultures qui seul permet de comprendre les conduites psychopathologiques. L'individu est une totalité constituée de trois pôles culturels fondamentaux à savoir l'Ancêtre, la famille et la communauté. Cependant, ces trois pôles définissent les éléments de la culture traditionnelle qui

constituent l'individualité en Afrique ; ceci dans la mesure où le principe le plus interne avec cette individualité est en relation avec l'ancêtre ; le principe vital est étroitement lié à la famille et le principe de la vie végétative proche de la vie communautaire élargie. Au-delà de ces différents pôles auxquels est soumis l'africain, il peut avoir d'autres relations indirectes qui existent entre les différents éléments, entre les pôles et entre pôle-élément. D'où Sow (1977) évoque comme « l'ensemble des réseaux de relations actuelles de l'individualité et permet de saisir la continuité de structure existant entre conflit relationnel d'une part et troubles de la personnalité d'autre part », (p.254).

Il faut donc signaler avec Sow (1977), la structure persécutive de l'individualité se fonde à partir du moment où il y'a rupture de l'un et/ou de l'autre des axes constituants les pôles relationnels fondamentaux ou encore s'il y'a atteinte de l'un et/ou de l'autre des éléments constitutifs de l'intimité de l'individualité. C'est donc cette rupture ou cette atteinte qui indiquera le type de maladie. Ainsi, donc, pour poser un diagnostic sur la maladie en milieu africain traditionnel, il faut prendre en compte la structure relationnelle dynamique, donc, rechercher à mettre en évidence et à préciser la nature, le niveau et le sens du conflit entre le « dehors » comme le pôle relationnel et le « dedans » entendu comme principe interne, vital, vie végétative et corps. D'après Sow (1977) la maladie est comme : « une persécution, et plus précisément encore, comme une agression par le doublet antithétique des constituants du Moi (individualité) correspondant à chacun des pôles relationnels culturels fondamentaux », (p.256). Selon lui, la relation et le conflit de relation avec le pôle de la tradition ancestrale est matérialisée par les génies ; celle avec le lignage et la famille matérialisée par le sorcier. Tandis que la relation et ses conflits avec les autres membres de la communauté est matérialisée par le fétichage-maraboutage. Alors la diversité des troubles mentaux dépendrait des configurations relationnelles conflictuelles possibles, à l'exemple des personnes atteintes d'épilepsie.

Sur le plan notionnel, chez Sow (1977), la maladie est dominée par la notion du conflit relationnel, il précise, la maladie est un désordre qui s'oppose à l'ordre culturel, une violence subie par un Ego et ordonnée sur l'axe vertical c'est-à-dire dans sa dimension phylogénétique par rapport à l'Être ancestral ; sur l'axe horizontal dans sa dimension socioculturelle par rapport au système d'alliances et à la communauté élargie ; et enfin sur l'axe ontogénétique ou dans sa dimension existentielle en lien à son individualité qui est étroitement lié à son lignage et à sa famille restreinte. Ainsi, on comprend dès lors avec Sow (1977, p.32) que toutes les pratiques thérapeutiques traditionnelles constituent en leurs moments essentiels à vivre selon un ordre séquentiel strict, puis à neutraliser collectivement, selon toute une symbolique, les temps forts

de cette violence des origines. Cette violence originale fondatrice sera vécue par Ego aux différents niveaux de son psychisme total, afin de se construire une personnalité renouvelée. Ainsi, donc, il s'agira de réarticuler Ego en ses dimensions essentielles.

Les différentes dimensions qui constituent l'africain, font de ce dernier un Être essentiellement culturel donc le sentiment qui le domine permanemment est la culpabilité en lien avec les modalités de l'agressivité ou de la violence dans sa relation à l'autre et à soi-même. Celui-ci intègre le conflit et vit une solitude radicale engendrée par ce sentiment de culpabilité. En Afrique Noire traditionnelle, la valeur constitue l'Être et que le bien se définit par sa concordance avec l'Être. La lutte permanente de l'homme traditionnel en vue de préserver la vitalité dans l'existant contre toutes les forces qui mettent en péril la cohérence de sa structure, fait appel à la prudence sociale. Dans toutes les préoccupations individuelles en Afrique, la procréance à sa communauté est au premier rang. Ainsi, Sow (1977) renchérit que l'africain n'est pas vraiment mort lorsqu'il a laissé une descendance ; d'où la préoccupation constante de tous, c'est d'avoir des enfants pour accroître son potentiel dans les sociétés de structure matrilineaire, les oncles encouragent leurs neveux et nièces à procréer ; il ne saurait, ici y voir comme ailleurs la culpabilité individuelle lancinante liée à la sexualité, même et surtout lorsqu'elle est accompagnée de procréation : on y observe une toute autre morale de la vie sexuelle individuelle qui n'a rien à voir avec le péché de "chair", (p.198). Il en conclut qu'en Afrique Noire traditionnelle, toute interprétation pour être retenue comme telle doit être validée par le consensus collectif et que la rupture d'un interdit majeur sur le plan social et culturel peut être retenue pour une violence contre l'Ancêtre ; et le motif notoire d'éclosion peut être un champ familial, social, lignager perturbé. A ce niveau, la honte est ce sentiment intérieur qu'éprouve un individu qui évolue en marge de la dynamique intracommunautaire. Car elle est considérée comme une source de déshonneur en Afrique. Cependant, le relativisme socioculturel est l'idée que les croyances, les pratiques culturelles, les us et coutumes d'un patient épileptique doivent être comprises en fonction de sa propre culture. Cette théorie nous permet de comprendre les réalités socioculturelles africaines.

En définitive, que ce soit la théorie de mentalisation de Pierre Marty (1991), la théorie des cinq systèmes de Jean-Benjamin Stora (1999) ou la théorie du relativisme socioculturel d'Ibrahim Sow (1977), elles sont des théories qui sous-tendent notre étude. Ainsi, nous allons passer du cadre théorique au cadre méthodologique et opératoire dans les lignes qui suivent.

DEUXIÈME PARTIE :
CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET OPÉRATOIRE

CHAPITRE 4.

MÉTHODOLOGIE

Tsala Tsala (2006) définit la méthodologie scientifique comme une « suite d'étapes intellectuelles et de règles opératoires utilisés pour résoudre un problème », (p.202). Selon cette logique définitionnelle, nous allons présenter dans ce chapitre la méthodologie de cette étude. En effet, elle consiste à présenter et à justifier le site de l'étude, la population de l'étude, la méthode choisie, les outils de collecte des données et les techniques d'analyse des résultats. Avant de procéder à cette présentation, nous allons d'abord rappeler brièvement la problématique de cette étude.

4.1. Bref rappel de la problématique

4.1.1. Rappel du problème

Dans le monde, l'épilepsie demeure un problème majeur de santé publique. Elle est définie de façon conceptuelle comme un trouble cérébral (neurologique) non transmissible caractérisé par une prédisposition durable à générer des crises. En pratique, cette définition s'applique en général lorsque deux crises non provoquées surviennent à plus de 24 heures d'intervalle (Fisher & al, 2014). Par ailleurs, en Afrique, particulièrement au Tchad, l'épilepsie est considérée comme une maladie contagieuse essentiellement culturelle. En cas de crise, le malade est abandonné à lui-même jusqu'à ce qu'il retrouve son état de calme ; et le recours à la tradithérapie est la solution la plus envisagée comme soin d'urgence. Dans cette perspective, Sow (1977, 1978) rappelle qu'en Afrique Noire, aucune maladie ne peut avoir un sens en dehors du contexte socioculturel où elle se développe ; par ailleurs, les attitudes et les prises en charge sont toujours en lien avec ce sens. Cependant, nous observerons chez les patients épileptiques pris en soins en tradithérapie au Tchad, une grande peur qui les envahit, et ils sont terrifiés par l'idée que la crise peut survenir à tout moment.

Dans les cultures tchadiennes, l'épilepsie est conçue comme un phénomène social, c'est-à-dire un "mal être" dans la culture. Pendant les entretiens, nous avons noté dans les discours des patients épileptiques les propos relevant du surnaturel, le mauvais œil, de l'envoûtement, de la sorcellerie, une punition, une malédiction venant d'un proche ou un être divin pour

exprimer leur angoisse. En effet, on assiste à des propos tels que : “ je suis possédé à l'enfance par un esprit maléfique”, “ je suis un mauvais enfant, les autres ne jouent pas avec moi”, “ma belle famille me rejette parceque je suis malade”, “ma souffrance c'est la volonté de Dieu, c'est une maladie qu'il m'a donnée”, “je suis victime de la sorcellerie après mon accident”, “j'ai peur que mes parents m'abandonnent comme le font les autres”, etc. Moro (1998) considère la culture comme étant le contenant des souffrances psychiques. D'ailleurs, Nguimfack (2016, p.293) renchérit que “l'évocation de la sorcellerie par la famille comme cause de son malheur [...] ne saurait être considérée par un thérapeute appelé à travailler sur les interactions familiales comme un non-sens. Elle fait partie du matériel psychique avec lequel les membres de cette famille fonctionnent, matériel psychique qui oriente leurs pensées (cognitions), leurs comportements et leurs émotions”. Ainsi, les ethnopsychanalistes et ethnopsychiatres (Freud (1912), Ortigues et Ortigues (1966), Devereux (1970), Sow (1977), Tobie (1986), Moro (1998), Arpin (2006), Baubet (2009), etc) soulignaient déjà d'une manière directe ou indirecte que le psychisme humain se fonde et s'organise sur la base de la culture.

Or, d'après la théorie de la mentalisation de Marty (1991, pp.30-33), les excitations dues aux situations de perte et de conflit sont inmanquablement présentes dans la vie d'un sujet mais elles sont variables en amplitude. Elles sont très intenses et se renouvèlent de manière excessive. Ces excitations s'accroissent en des états de tension et s'avèrent insupportables pour les systèmes fonctionnels de pensée. Elles attaquent en empêchant les systèmes de fonctionner ce qui correspond à la notion de traumatisme. La réalité externe (signifiants culturels) ne joue jamais en tant que telle, ce qui compte, c'est l'importance de l'excitation qu'elle déclenche au niveau psychique, c'est à dire d'une certaine façon la manière dont elle est vécue à un niveau intrapsychique par le patient épileptique. Marty (1991, pp.42-45) rajoute que la qualité de mentalisation dépend de la richesse du préconscient qui est variable selon les individus du fait à la fois de facteurs congénitaux et d'avatars du maternage, et que les individus les plus à risque de désorganisation somatique sont ceux qui ont des lacunes quantitatives, par exemple épaisseur du préconscient et/ou des lacunes qualitatives par exemple le patiente épileptique a une faible possibilité de liaison entre les affects et les représentations au niveau de leur organisation préconsciente. Ce point de vue, nous ne le partageons pas, bien que le patient épileptique est plus exposé à une désorganisation somatique. Nous constatons que les crises angoissent de manière incessante le patient épileptique. Ce dernier endure les crises dont il ne s'en souvient quasiment pas, mais son corps subit au quotidien les symptômes (les convulsions, les hallucinations, les tremblements, morsure de la langue, les vertiges, la bave, un arrêt

respiratoire, fuite d'urine ou de selles, etc). Dire que le patient épileptique n'a pas la capacité d'élaborer psychiquement son angoisse revient à se limiter à l'étiologie de l'épilepsie et aux avatars du maternage sans prendre en compte des conflits interpersonnels, moins encore de son environnement socioculturel. Etant donné que tous les êtres humains sont des unités psychosomatiques, toutes les maladies sont psychosomatiques, puisqu'il y a toujours une dimension psychique et somatique à toutes les maladies (Stora, 2013, p.35). En d'autres termes, l'épilepsie est une maladie psychosomatique, et que le travail d'élaboration psychique de l'angoisse chez le patient épileptique intègre donc les facteurs physiques, psychiques et environnementaux à retrouver dans les contextes familial, social, culturel et économique. D'ailleurs, après la crise, le patient épileptique s'en aperçoit des blessures corporelles et dégâts causés pendant la crise, il va donc se représenter sa souffrance. Dans ses relations, il serait pointé du doigt d'épileptique, de maudit, de contagieux, de sorcier, etc, selon les réalités socioculturelles de son groupe d'appartenance. Par conséquent, il va donc adopter des attitudes face à ces comportements critiques. Lorsque ces attitudes persistent, il peut développer une anxiété, une dépression, une phobie etc. Leventhal (1980) souligne que ce sont des représentations profanes, socialement déterminées qui s'élaborent à partir des valeurs et de la culture de l'individu. Cependant, la représentation psychique chez le patient épileptique pris en soins en tradithérapie est celle de son environnement socioculturel dans lequel il baigne, et ne peut pas correspondre à la réalité médicale de l'épilepsie et non plus à la représentation psychique décrit par Marty (1991) chez les névrosés.

4.1.2. Rappel de la question de recherche

Pour mieux cerner le problème soulevé ci-dessus, nous nous sommes donc posé la question à savoir : comment les signifiants culturels contribuent-ils au travail d'élaboration psychique de l'angoisse chez le patient épileptique pris en soins en tradithérapie au Tchad ?

4.1.3. Rappel de l'hypothèse de travail

Notre hypothèse est la suivante : les signifiants culturels favorisent le travail d'élaboration psychique de l'angoisse chez le patient épileptique pris en soins en tradithérapie au Tchad.

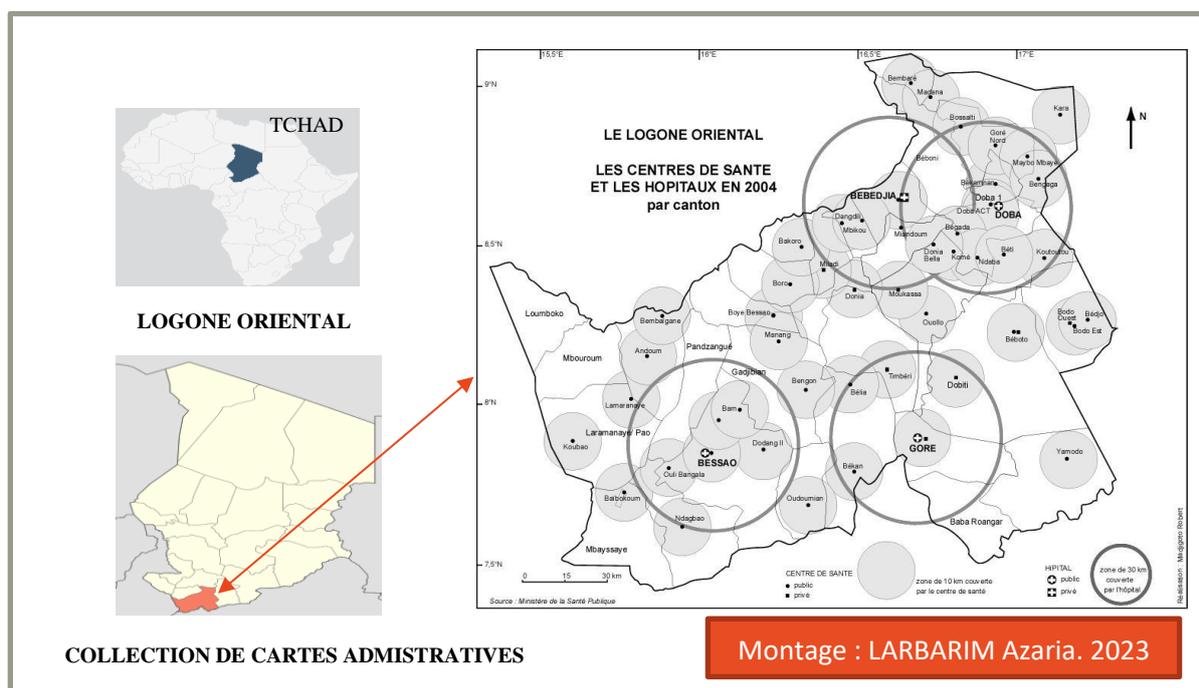
4.1.4. Rappel de l'objectif de recherche

Notre objectif de recherche est de comprendre le rôle des signifiants culturels dans le travail d'élaboration psychique de l'angoisse chez le patient épileptique pris en soins en tradithérapie au Tchad.

4.2. Site de l'étude : Sous-préfecture de Laramanaye (Tchad)

4.2.1. Présentation du site

Laramanaye est une petite ville située à l'Extrême Sud-Ouest du Tchad. Elle fait partie des cinq sous-préfectures du département des Monts de Lam (MDL) dans la région du Logone Oriental. Elle est située à la rive gauche du chef-lieu de son département les Monts de Lam (MDL), limitée au Nord par la province du Logone Occidental, au Sud-Ouest par Baïbokoum (chef-lieu) et Kouteré (frontière Tchad-Cameroun), à l'Est par Tapol dans le département de Dodjé (Beinamar). Elle est située sur l'axe lourd Moundou-N'Gaoundéré (Cameroun). Elle est le chef-lieu de la sous-préfecture. Elle regroupe quatre (4) cantons ; le canton Mbouroum, canton Loumbogo (appelé djida par les peuls), canton Pao et le canton Andoum. Sa superficie est de 5304Km² avec 65512 habitants environ. La réserve naturelle de Laramanaye est d'une superficie de 431 000km² qui est excellent lieu de refuge pour la faune et surtout les éléphants lors de leur migration entre le Cameroun et le Tchad. Laramanaye est le Tchad en miniature, où l'on peut retrouver tous les tchadiens venant des différents horizons. Les autochtones de Laramanaye sont les Kuo; les habitants de Laramanaye sont appelés les Larois(es). On a plusieurs groupes ethnies à Laramanaye, le Kuo, le Mboum, le Laka, le Sara, le Ngambaye, le Foulata, l'Arabe, etc. Dans la commune de Laramanaye, on retrouve l'hôpital de district et neuf (9) centres de santé. Parmi lesquels, on a sept (7) centres de santé de l'Etat dans les localités suivantes : Laramanaye, Pao, Andoum, Kouteré, Bouga, Bim et Bebelem I. A cela, s'ajoute le centre de santé privé de Ndol et le centre de santé communautaire de Loumbogo. En général, malgré la prolifération des cabinets de soins dans cette localité, la tradithérapie ne cesse d'œuvrer pour la prise en soins des malades particulièrement les PE.



4.2.2. Justification du choix du site

Notre choix du site de recherche s'est porté sur la Sous-préfecture de Laramanaye. Cette dernière est une localité où l'on trouve tous types de soins traditionnels contre les maladies, et en particulier l'épilepsie. Les malades épileptiques quittent partout d'ailleurs pour venir à Laramanaye en tradithérapies. En effet, ces patients épileptiques, désespérés, les uns après plusieurs tentatives de prise en charge médicamenteuse et religieuse viennent à Laramanaye auprès des tradithérapeutes ; d'autres après leur première crise épileptique sont pris immédiatement en tradithérapies. Dans cette localité, la tradithérapie connaît un essor explosif et devient une source de revenu pour les autochtones. Elle est le premier soin que la population fait recours en cas de maladie malgré la présence de l'hôpital de district et les centres de santé dans cette localité. Tout ceci nous a poussé à choisir la sous-préfecture de Laramanaye où nous pouvons facilement rencontrer les patients épileptiques pris en soins en tradithérapie au Tchad.

4.3. Population, technique d'échantillonnage et critères de sélection des participants

4.3.1. Population

La population d'étude est définie comme un ensemble fini d'objet, des individus ou des unités statistiques sur lesquelles une étude porte et dont les éléments répondent à une ou plusieurs caractéristiques communes. Donc, elle est l'ensemble des individus auxquels s'applique l'étude. Dans le cadre de notre recherche, nous avons choisi comme population d'étude, les patients épileptiques pris en soins en tradithérapie au Tchad.

4.3.2. Technique d'échantillonnage

Dans ce travail, la technique d'échantillonnage que nous avons choisi c'est l'échantillonnage non-probabiliste. Il est une méthode empirique qui repose sur un choix réfléchi de la sélection des individus par le chercheur pour la constitution de son échantillon. Il est appelé aussi échantillonnage non aléatoire ou par choix raisonné. L'échantillonnage non-probabiliste a plusieurs méthodes, nous avons : l'échantillon de convenance, l'échantillon volontaire et la méthode de quota. Ici, nous allons utiliser l'échantillon de convenance qui est un échantillon d'individus facilement interrogeables et qui se présentent à un endroit donné à un moment donné notamment le cas des patients épileptiques pris en soins en tradithérapie.

4.3.3. Critères de sélection des participants

Dans cette partie, nous allons présenter les conditions à remplir pour faire partie de cette population d'étude. Pour y participer, les sujets doivent remplir les critères d'inclusion et les critères de non inclusion ci-dessous.

4.3.3.1. Critères d'inclusion

Les conditions faisant en sorte qu'une personne participe à cette étude sont :

- Etre patient épileptique pris en soins en tradithérapie, parce que nous nous intéressons uniquement aux patients épileptiques pris en soins en tradithérapie ;
- Avoir passé l'échelle d'anxiété de Beck qui nous permet de vérifier qu'effectivement le patient épileptique pris en soins en tradithérapie est angoissé ;
- Suivre trois traitements (conventionnel, traditionnel et religieux), il arrive parfois, qu'on trouve en tradithérapie les patients épileptiques qui sont suivis à l'hôpital, à l'église, et à la mosquée. D'ailleurs, certains arrêtent les médicaments antiépileptiques, les jeûnes, etc, pour suivre les soins en tradithérapie ; d'autres suivent les trois traitements (conventionnel, traditionnel et religieux). Cependant, nous acceptons ceux-ci dans cette étude pourvu qu'ils soient en tradithérapie.

4.3.3.2. Critères de non inclusion

Les conditions qui n'incluent pas certains patients épileptiques dans cette étude sont :

- Ne pas être en tradithérapie, c-à-d, si vous êtes un patient épileptique mais qui est pris en soins uniquement à l'hôpital, à l'église et à la mosquée ; nous ne vous intégrons pas dans cette étude ;
- Etre incapable de poursuivre l'entretien ou de répondre à l'échelle suite à un malaise ou à la survenue d'une crise pendant les entretiens.

Tableau 5 : Récapitulatif des caractéristiques des participants

Participants	Monsieur A (M.A)	Madame G (M.G)	Monsieur I (M.I)
Genre	Masculin	Féminin	Masculin
Age	14 ans	23 ans	22 ans
Rang dans la fratrie	6/9	2/10	1/6
Ethnie	Laka	Ngambaye	Kuo
Religion	Protestante	Catholique	Protestante
Niveau scolaire	Aucun	Terminale	3 ^{ème}
S. matrimoniale	Célibataire	Mariée	Célibataire
Score au BIA	25/63	35/63	39/63

4.4. Type de recherche

En général, selon l'objectif de cette étude, cette dernière est de type descriptif interprétatif ou exploratoire. Gallagher et Marceau (2020, p.6) citent Thorne (2008 ; 2016) que la recherche descriptive interprétative sert à dépeindre un phénomène, ses propriétés, ses composantes et ses variations, à l'expliquer et à rendre compte de sa signification. Il s'agit d'une démarche inductive de recherche attentive à la complexité des phénomènes humains et qui met en valeur la subjectivité humaine. La nature interprétative de la description renvoie à la quête de sens, de relations entre les composantes et d'agencements ou de configurations (patterns). A titre d'exemple dans le domaine de santé, pensons aux besoins psychosociaux et au bien-être des personnes utilisatrices de services, au vécu des intervenants face à des situations cliniques bouleversantes et au point de vue des personnes concernant les soins, les thérapies ou les traitements offerts. Les descriptions en profondeur des phénomènes, tels qu'ils se manifestent en milieu naturel, et construites à partir du point de vue des personnes concernées, permettent de comprendre ces phénomènes et d'en saisir les composantes et les variations (Corbin et Strauss, 2008 ; Fortin et Gagnon, 2016 ; Thorne, 2008 ; 2016).

Selon la nature des données à recueillir, notre étude est qualitative. D'ailleurs, même si nous utilisons l'échelle d'anxiété de Beck, les valeurs obtenues se répartissent à des niveaux d'anxiété (mineure, légère, modérée et sévère) qui sont purement qualitatives. A retenir, l'anxiété est synonyme de l'angoisse, l'on peut utiliser l'une à place de l'autre, (Sillamy, 1967).

4.5. Approche de la recherche

L'approche de la recherche fait référence au paradigme qui consiste à partager une même méthodologie pour des objectifs communs et des éléments théoriques. Ici, notre approche de recherche est clinique. La sémantique "clinique" apparaît comme domaine et/ou comme méthode qui explique la recherche en psychologie clinique. Fernandez & Pardinielli (2006) reprennent la définition pragmatique la plus large de Schmitt que la psychologie clinique est l'application et le développement autonomes de théories, de méthodes et de techniques de la psychologie et de ses disciplines voisines, à des personnes ou groupes d'individus de tous âges qui souffrent de troubles ou de maladies (quelle qu'en soit la cause primaire) qui se manifestent au niveau psychique (comportement et expérience vécue) et/ou au niveau somatique, ou qui semblent menacés par des pareils troubles et maladies. De ce fait, on utilise dans la pratique des méthodes de prévention, de diagnostic, de conseil, de réhabilitation et de thérapie.

Des activités pratiques de psychologie clinique s'exercent surtout dans des centres de consultation de toutes sortes, des homes, des institutions médicales hospitalières et ambulatoires, dans la communauté et la pratique libérale. La recherche et l'enseignement sont stipulés explicitement comme parties essentielles de la psychologie clinique parce que sans elles une discipline peut rapidement dégénérer en praxéologie. Pour eux, la psychologie clinique suppose la production d'un savoir, des activités de recherche qui permettent d'assurer au domaine clinique un corpus de connaissances ou un ensemble d'informations empiriques tirées de l'expérience des patients ou des praticiens.

En effet, la clinique est destinée à répondre à des situations concrètes de sujets souffrants et elle doit se centrer sur le cas, c'est-à-dire l'individualité. Elle s'insère dans une activité pratique visant la reconnaissance et la nomination de certains phénomènes, états, aptitudes, comportements dans le but de poser un diagnostic, de proposer une thérapie soit de mener une recherche. La spécificité de la clinique réside dans le fait qu'elle n'isole pas ces informations. Elle comporte deux niveaux : le premier correspond au recours à des techniques de recueil in vivo des informations (tests, échelles, entretiens...), le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas. La différence entre le premier et le second niveau ne réside pas aux outils ni aux différentes démarches mais plutôt aux buts et aux résultats. Le premier niveau fournit des informations sur un problème (ici le cas d'épilepsie), le second vise à comprendre le sujet dans sa dynamique, sa genèse et sa totalité, ce que n'impliquent pas toutes les situations cliniques, notamment celles qui concernent la recherche sur des faits psychopathologiques ou d'adaptation (le patient épileptique). Lorsqu'elle s'appuie sur un matériel standardisé et vise une objectivation (tests, échelles, entretiens, observations standardisées...) on parle de « clinique armée », contrairement à la clinique « naturaliste » qu'on appelle la « clinique à mains nues ».

4.6. Méthode de recherche

La méthode du grec "hodos", désigne le chemin que parcourt le chercheur. Pour Corbière et Larivière (2020), « la méthode est probablement la pierre angulaire de la réalisation effective du projet, car c'est elle qui permet la vérification d'hypothèses ou facilite l'accès à la construction de la connaissance » (p.2).

Dans un domaine appliqué comme la psychopathologie clinique, il est parfois complexe de déterminer l'approche méthodologique requise pour répondre aux questions de recherche émises par le chercheur dans un contexte africain. D'ailleurs, les réflexions sous-jacentes à ces

questions de recherche peuvent parfois laisser le chercheur perplexe, obligé de faire des choix précis. Cependant, nous avons choisi la méthode d'étude de cas pour cette étude.

4.6.1. Etude de cas

Bioy et al (2021) citent Albero et Poteaux (2010) que l'étude de cas renvoie 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 d'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, (p.98). Pour eux, 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 présentation 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. Elle 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 défense, aux modalités relationnelles en jeu. La méthode du cas s'inscrit dans une démarche et une pensée clinique, elle s'intéresse à la réalité psychique et à la subjectivité. Il existe deux sortes d'étude de cas : il y'a une étude de cas unique et les études de cas multiples. Nous ferons usages de la méthode d'étude de cas multiple dans cette recherche.

4.7. Techniques et outils de collecte des données

Dans cette étude, nous avons choisi les outils de collecte des données suivants :

- L'entretien semi-directif :

Il est un type d'entretien où le chercheur cadre davantage le discours du sujet. Ici, le chercheur conduit la réflexion de ce dernier afin qu'il s'exprime librement sur des thématiques préalablement définies. Le discours ainsi obtenu, permet d'affiner le niveau de connaissance initial de la thématique qui, après traitement qualitatif ou quantitatif, permettra de répondre à la problématique et de tester les hypothèses (Barbillon & Le Roy,2012, p.15).

- L'inventaire de Beck pour l'anxiété (BAI) :

Le BIA est une échelle d'autoévaluation comportant 21 items qui sont en réalité les symptômes d'anxiété ou d'angoisse et correspondent aux symptômes principaux du trouble de panique et de l'anxiété généralisée. Le temps de passation est de 5 à 10 minutes. La personne indique la fréquence du symptôme pendant les 7 derniers jours sur une échelle de 0 à 3.

4.8. Techniques d'analyse des données

Les données recueillies seront analysées en fonction des outils qui ont permis leur collecte : la grille de cotation et d'interprétation du BIA et l'analyse de contenu de l'entretien clinique de recherche.

4.8.1. Grille de cotation et d'interprétation du BIA

Pour cette analyse, la grille est construite sur les points suivants :

“**Pas du tout**” = 0 point ; “**Un peu**” = 1 point ; “**Modérément**” = 2 points ;
 “**Beaucoup**” = 3 points.

Le résultat total s'obtient par l'addition du score des items et peut donc varier de 0 à 63. En général, on considère les valeurs suivantes pour analyser et interpréter l'échelle:

0 à 7 : anxiété mineure ; **8 à 15** : anxiété légère ; **16 à 25** : anxiété modérée ; **26 à 63** : anxiété sévère.

4.8.2. Analyse de contenu des entretiens cliniques de recherche

Une fois les entretiens réalisés et retranscrits, nous disposons d'un corpus que nous sommes appelé à analyser. Pour cela, nous utilisons l'analyse de contenu. Cette méthode d'analyse cherche à dégager le sens d'un discours en classant et en étudiant l'ensemble des informations produites. L'analyse de contenu permet ainsi de repérer des régularités dans l'ensemble des entretiens, d'observer des corrélations, de repérer des indicateurs qui permettront d'apporter des éléments de réponse à la problématique de départ, (Barbillon & Le Roy, 2012, p.49).

Par ailleurs, Mbangmou (2019) cite les auteurs ci-dessous pour élucider les différentes techniques d'analyse de contenu. Pour Tsala Tsala (2006, p.190), l'analyse de contenu est une « méthode de traitement de communication utilisant des techniques rigoureuses et systématiques dans un but d'interprétation psychologique ou sociologique ». Selon Campenhoudt & Quivy (2011), cette méthode s'applique sur plusieurs types de messages, pouvant provenir des œuvres littéraires, des documents officiels et déclarations politiques, des comptes rendu d'entretiens semi-directifs et des rapports de réunion. Les connaissances du chercheur sont élaborées autour de la construction, de la fréquence et de la manière avec laquelle l'interviewé combine ses termes et les choisit (Blanchet, Ghiglione, Massonnat & Trognon, 2000). Les techniques d'analyse de contenu sont variées et précises. Ces techniques, bien utilisées, évitent au chercheur d'influencer les résultats par ses propres croyances et représentations, gardant ainsi une distance épistémologique dans son analyse, distance

nécessaire pour un résultat objectif (Delhomme & Meyer, (2002). L'analyse de contenu n'est pas l'analyse linguistique. Contrairement à cette dernière qui a pour objectif de cerner le fonctionnement du langage proprement dit, l'analyse de contenu va au-delà, et n'utilise ces aspects formels de la communication que comme indicateur des processus cognitifs de l'interviewé. L'analyse de contenu permet d'analyser méthodiquement et en profondeur des informations complexes, et peut se regrouper en analyse quantitative, centrée sur les fréquences d'apparition de certaines données recueillies sur une grande population (extensive), et en analyse qualitative, faite sur une petite quantité d'informations complexes (intensive) recueillies sur une petites population (Campenhoudt & Quivy, 2011). Selon ces auteurs, cette méthode regroupe principalement trois catégories de variantes à savoir, les analyses thématiques, les analyses formelles, et les analyses structurales. Toutes ces techniques portent sur l'analyse du discours. En psychologie, cette analyse est accompagnée de l'analyse des comportements produits par le locuteur pendant l'entretien, (Mbangmou, 2019, p.221).

4.8.2.1. Analyse thématique

L'analyse thématique est une des analyses les plus utilisées. Le découpage du corpus se fait selon des unités de sens, c'est-à-dire des unités thématiques abordées par les sujets lors de l'entretien. A la lecture de chaque entretien, le chercheur procédera ainsi à un découpage du contenu selon les différents thèmes successivement abordés par le sujet tout au long de l'entretien. L'analyse thématique nécessite la mise en place d'une grille d'analyse reprenant tous les thèmes et qui permet au chercheur de relever à la fois le verbal et le non-verbal du discours, donnant accès à une multitude de corrélations explicatives, (Barbillon & Le Roy, 2012, p.51).

Dans cette recherche, notre analyse se fera de manière verticale. L'analyse thématique verticale est beaucoup privilégiée pour les entretiens non-directifs même si l'on peut également la mettre en place pour des entretiens semi-directifs. Lors d'une analyse thématique verticale, le choix du découpage du corpus se fait en fonction des unités de sens. Il s'agit d'établir, pour chaque entretien, la logique suivie par l'interviewé, c'est-à-dire l'ordre dans lequel les sujets abordent les thématiques, reviennent plus ou moins régulièrement sur certaines, les associent entre elles, (Barbillon & Le Roy, 2012, p.52). Ce type d'analyse repose sur l'idée que chaque structure d'entretien est riche d'informations pouvant apporter un éclairage à la problématique. D'une manière générale, l'analyse de contenu s'intéresse plus spécifiquement au construit et au processus des pensées d'un individu. Elle peut aussi bien répondre à des objectifs cliniques. On comprend ici pourquoi il est préférable de laisser le patient épileptique s'exprimer librement

lors d'un entretien de type non-directif si nous voulons avoir accès à sa logique par une analyse de contenu thématique verticale.

Tableau 6. Grille d'analyse

THÈMES DE REFÈRENCE	C O D E	INDICATEURS	C O D E	DISCOURS		
Croyances et mentalisation	A	Mythes	1	+	-	+/-
		Connaissances et croyances personnelles	2			
Les conduites socioculturelles et mentalisation	B	Stigmatisation	3			
		Exclusion sociale	4			
Pratiques culturelles et mentalisation	C	Rites	5			
Mentalisation de la souffrance suivant d'autres facteurs	D	Cognition	6			
		Affect	7			
		Comportement	8			
		Relation	9			
		Mecanisme de défense et elements psychodynamiques	10			

Les légende de la grille d'analyse :

Il s'agit d'une grille qui adopte A, B, C et D comme les codes des thèmes de référence ou unités de sens. On a les chiffres 1 à 10 qui sont utilisés ici comme les codes des indicateurs.

+ : signifie existence de l'élément dans le discours ;

- : signifie non existence de l'élément dans le discours ;

+/- : signifie existence plus ou moins perceptible dans le discours.

Exemple : A1+ signifie que les croyances en rapport avec les mythes sont présentes dans le discours du patient épileptique. D9- signifie que la relation du patient avec un membre ou son entourage est de nature conflictuel.

4.9. Déroulement de la recherche

Cette étude s'est déroulée en deux (2) phases, nous avons :

- La préenquête ou la phase préliminaire :

La phase exploratoire s'est déroulée en trois mois, début novembre 2022 à fin janvier 2023 au Tchad où nous avons rencontré 427 personnes non épileptiques chrétiens et musulmans parmi lesquels nous avons aussi les imans, les pasteurs et les tradithérapeutes à travers un sondage d'opinion ouverte qui nous a permis de recueillir les informations pour la construction de notre contexte d'étude et la conception culturelle de l'épilepsie au Tchad. Mais aussi, auprès de 203 patients épileptiques pris en soins à hôpital, en tradithérapie, à l'église et en mosquée. Cette préenquête nous a permis de comprendre les problématiques liées à l'épilepsie au Tchad.

- L'enquête :

Elle s'est déroulée en mois de mai 2023 auprès des patients épileptiques pris en soins en tradithérapie. Pendant l'enquête, nos entretiens se sont déroulés en deux phases en des jours différents. Le premier jour consiste à entrer en contact avec le patient épileptique et son entourage, tout en recueillant les données anamnestiques et en lui passant l'échelle d'anxiété de Beck. Le deuxième jour consiste à poursuivre l'entretien clinique avec le patient.

4.10. Considération éthique

D'un point de vue social, l'Homme à travers son comportement est soumis à différents types de normativité parmi lesquels le droit, la déontologie et l'éthique ou la morale. Ainsi, le code de déontologie des psychologues a vu le jour. Il consacre un nombre important de dispositions au secret professionnel, dans son chapitre III qui regroupe les articles 5 à 20, (Moreau, 2014). Ainsi, nous garantissons l'anonymat de nos participants.

CHAPITRE 5.

PRÉSENTATIONS DES RÉSULTATS

Ce chapitre consiste à présenter les cas (anamnèses) et les différents résultats issus de l'inventaire de Beck pour anxiété (BIA) et ceux des entretiens.

5.1. Présentation des cas et les résultats issus du BIA

Il s'agit de trois cas des PE pris en soins en tradithérapie au Tchad que nous avons retenu selon la méthode choisie et les critères d'inclusions et de non inclusion, à savoir : Monsieur A (M.A), Madame G (M.G) et Monsieur I (M.I).

5.1.1. Monsieur A (M.A)

Premier jour d'entretien avec M.A: 20-05-2023

5.1.1.1. Les données anamnestiques de M.A

Monsieur A est un jeune garçon âgé de 14ans issu d'une famille Laka de neuf (9) enfants où il occupe le 6^{ème} rang dans la fratrie. Son père s'est converti à l'islam, M.A et ses frères ainsi que leur maman continuent à fréquenter l'église évangélique des frères (EEFT) où ils se sont convertis. M.A n'est pas inscrit à l'école depuis son jeune âge jusqu'à présent à cause de sa maladie. Néanmoins, ses frères aînés et cadets sont scolarisés. En 2020, le décès de l'une de ses sœurs jumelles cadettes qui le chamboule vraiment. M.A n'a aucun antécédent psychiatrique. Les crises ont commencé chez lui à la naissance. Ses parents l'ont amené de médecin en médecin. Le dernier qui le suivait à l'hôpital d'Andoum, le mettait sous un traitement antiépileptique (gardéнал 3kg, 1 comprimé par jour pendant 1 mois renouvelable), malheureusement les crises persistaient. Quelques semaines passées sans les renouveler, les crises se sont accentuées et ses parents ne supportaient pas l'idée de le voir être dépendant des médicaments antiépileptiques, et l'amènèrent en tradithérapie. Surnommé : « la boîte à pharmacie » pour la simple raison qu'avec M.A, il faut toujours avoir ne reste qu'un paracétamol et autre à la maison puisqu'il peut aller jouer et revenir avoir un mal de tête.

5.1.1.2. Les résultats issus du BIA chez M.A

Tableau 7 : Date de passation : 20/05/2023

Au cours des 7 derniers jours, j'ai été affecté(e) par :	Pas du Tout	Un peu Cela ne m'a pas beaucoup dérangé(e)	Modérément C'était très déplaisant mais supportable	Beaucoup Je pouvais à peine-le supporter
1. Sensations d'engourdissement ou de de picotement	0	✓ 1	2	3
2. Bouffées de chaleur	0	1	✓ 2	3
3. « jambes molles », tremblements dans les jambes	✓ 0	1	2	3
4. Incapacité de se détendre	✓ 0	1	2	3
5. Crainte que le pire ne survienne	0	1	2	✓ 3
6. Etourdissement ou vertige, désorientation	0	✓ 1	2	3
7. Battements cardiaques marqués ou rapides	0	1	✓ 2	3
8. Mal rassuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements	✓ 0	1	2	3
9. Terrifié(e)	✓ 0	1	2	3
10. Nervosité	0	1	2	✓ 3
11. Sensation d'étouffement	✓ 0	1	2	3
12. Tremblements des mains	✓ 0	1	2	3
13. Tremblements , chancelant(e)	✓ 0	1	2	3
14. Crainte de perdre le contrôle de soi	0	1	2	✓ 3
15. Respiration difficile	0	1	✓ 2	3
16. Peur de mourir	0	1	2	✓ 3
17. Sensation de peur, « avoir la frousse »	0	1	✓ 2	3
18. Indigestion ou malaise abdominal	0	✓ 1	2	3
19. Sensation de défaillance ou d'évanouissement	0	✓ 1	2	3
20. Rougeur du visage	✓ 0	1	2	3
21. Transpiration (non associée à la chaleur)	0	✓ 1	2	3

Score : 25/63.

5.1.2. Madame G (M.G)

Premier jour d'entretien avec M.G : 22-05-2023

5.1.2.1. Les données anamnestiques de M.G

Madame G est une femme au foyer sans enfant, âgée de 23 ans, après plusieurs échecs (2017 et 2018) au baccalauréat, elle finit par l'obtenir en 2019. Elle vient d'une famille monogame de 10 enfants où elle est 2^{ème} de la fratrie, et d'ethnie Ngambaye. M.G est fiancée sans que sa belle-famille ne connaisse son état de santé, malgré que son époux a été informé de sa chute après les classes en 2017 mais ne savait pas qu'il s'agit d'une crise d'épilepsie. En novembre 2022, Madame G s'est mariée. Elle est aussi couturière de formation et d'obédience catholique. M.G a été hospitalisée pour tentative de suicide après son 2^{ème} échec au baccalauréat en 2018 à l'hôpital de Bessao. Sa première crise a commencé en 2017 de son retour des classes où M.G fait une chute libre et était inconsciente pendant trois (3) minutes. Ses parents et camarades l'ont amenée à l'hôpital de Bessao où elle a été hospitalisée pendant trois (3) jours. Après cet incident, elle a constamment des migraines. Par la suite, elle tombe le plus souvent pendant ses séances de lecture et ne se souvient quasiment pas de ce qui s'est passé au réveil. C'est ainsi que ses parents ont décidé de l'amener voir les marabouts et les voyants qui ont donc souligné que M.G est poursuivie par un esprit de l'eau (papiwata) qui veut la prendre pour épouse. Chez son époux en mars 2023, M.G fait sa première crise qui avait suscité tant de polémiques au sein de la belle-famille. Elle a été rejetée par sa belle famille qui a interdit formellement les enfants de la fréquenter. Suite à cela, M.G et son époux ont donc pris l'initiative d'aller à la rencontre du curé de la paroisse Saint-Arnold de Laramanaye pour une prière de délivrance et qui a son tour les a renvoyés voir un médecin. A l'hôpital, le bilan paraclinique (EEG) révèle une activité neuronale rapide :100µV/s et les examens physiques remontent à T :37,2°C, TA : 9/8 et pds : 100kg. Le diagnostic posé souligne un cas d'une crise partielle secondaire due au surmenage qui peut facilement se généraliser si elle n'est pas mise sous traitement. Malgré le traitement antiépileptique préinscrit à M.G (Dihydan 1 comprimé par jour pendant 1 mois renouvelable), sa belle-famille met la pression sur son époux qui a dû l'amener en tradithérapie.

5.1.2.2. Les résultats issus du BIA chez M.G

Tableau 8 : Date de passation : 22/05/2023

Au cours des 7 derniers jours, j'ai été affecté(e) par :	Pas du Tout	Un peu Cela ne m'a pas beaucoup dérangé(e)	Modérément C'était très déplaisant mais supportable	Beaucoup Je pouvais à peine-le supporter
1. Sensations d'engourdissement ou de de picotement	0	1	✓ 2	3
2. Bouffées de chaleur	0	1	2	✓ 3
3. « jambes molles », tremblements dans les jambes	✓ 0	1	2	3
4. Incapacité de se détendre	✓ 0	1	2	3
5. Crainte que le pire ne survienne	0	1	2	✓ 3
6. Etourdissement ou vertige, désorientation	0	1	2	✓ 3
7. Battements cardiaques marqués ou rapides	0	✓ 1	2	3
8. Mal rassuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements	0	✓ 1	2	3
9. Terrifié(e)	0	1	✓ 2	3
10. Nervosité	0	1	2	✓ 3
11. Sensation d'étouffement	0	✓ 1	2	3
12. Tremblements des mains	✓ 0	1	2	3
13. Tremblements , chancelant(e)	0	1	2	✓ 3
14. Crainte de perdre le contrôle de soi	0	1	2	✓ 3
15. Respiration difficile	✓ 0	1	2	3
16. Peur de mourir	✓ 0	1	2	3
17. Sensation de peur, « avoir la frousse »	0	1	2	✓ 3
18. Indigestion ou malaise abdominal	0	1	✓ 2	3
19. Sensation de défaillance ou d'évanouissement	0	1	✓ 2	3
20. Rougissement du visage	0	1	2	✓ 3
21. Transpiration (non associée à la chaleur)	✓ 0	1	2	3

Score : 35/63.

5.1.3. Monsieur I (M.I)

Premier jour d'entretien avec M.I : 23-05-2023

5.1.3.1. Les données anamnestiques de M.I

Monsieur I était un jeune recrue dans l'armée. Il est âgé de 22 ans et est l'aîné d'une famille polygame de six (6) enfants. M.I est célibataire sans enfant, protestant et d'ethnie Kuo. Il a abandonné l'école en 2021 en classe de 3^{ème} pour s'engager à l'armée. Sa maladie a commencé en 2020 de retour des classes où il monta sur un manguier pour cueillir les mangues et la branche qui se tenait n'était pas solide, cela a dû entraîner sa chute. Il s'est fracturé les membres supérieurs et avait des blessures à la tête malgré cela, personne l'a amené consulter un médecin. L'une de ses grandes motivations pour l'armée était de mettre fin au conflit agriculteur-éleveur dans sa localité. Avant cela, pendant les vacances, il se rendait régulièrement au village pour aider ses parents au champ. Malgré les efforts fournis ; les éleveurs ne cessaient de les nuire. Une fois à la formation, M.I perd tragiquement son cousin germain qui était son ami d'enfance. C'est là qu'il s'est abandonné à l'alcool, aux drogues et à la cigarette alors qu'il ne les prenait pas auparavant. Tout ceci a plutôt accentué les crises chez M.I. Il a fini par être renvoyé de la formation et est considéré comme invalide. M.I n'a aucun antécédent psychiatrique. De son retour de formation, il devient accro aux whiskies en sachet et aux boissons locales (bilbil et argué), devenu ingérable, et les crises ne tardent pas de le surprendre à la moindre occasion. C'est ainsi que son papa a eu l'idée de l'amener en tradithérapie malgré le fait qu'il souhaite rencontrer un médecin comme il lui a été recommandé à la formation (aller voir un médecin spécialiste).

5.1.3.2. Les résultats issus du BIA chez M.I

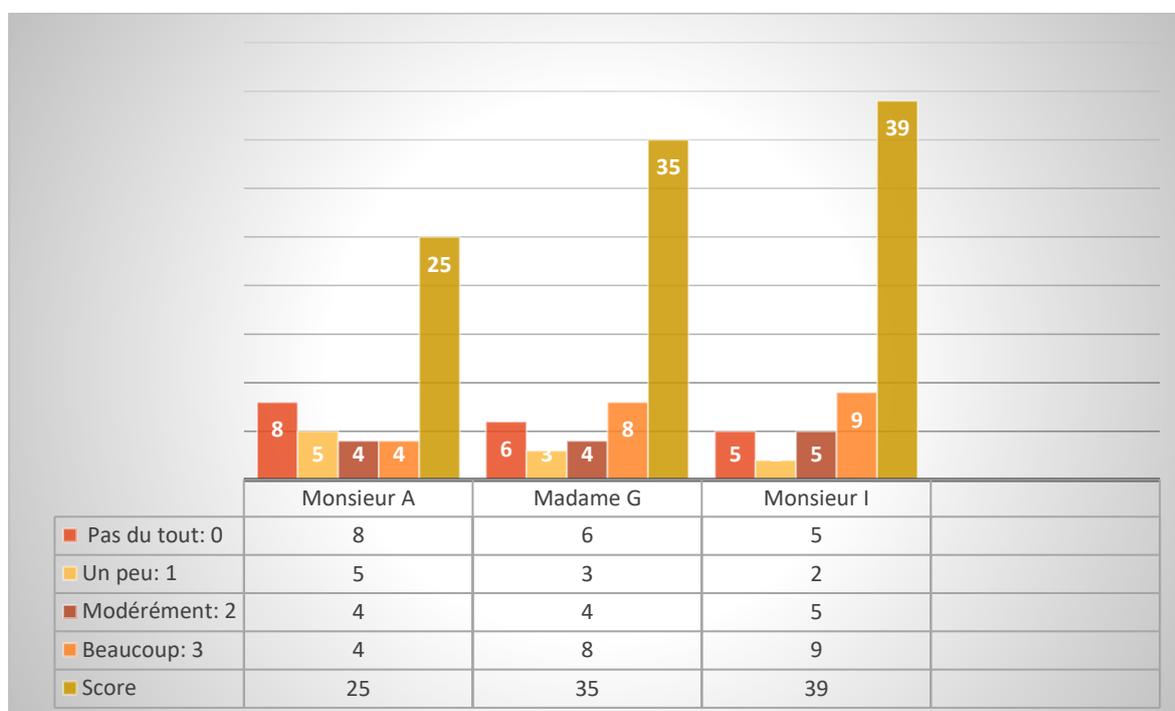
Tableau 9 : Date de passation : 23/05/2023

Au cours des 7 derniers jours, j'ai été affecté(e) par :	Pas du Tout	Un peu Cela ne m'a pas beaucoup dérangé(e)	Modérément C'était très déplaisant mais supportable	Beaucoup Je pouvais à peine-le supporter
1. Sensations d'engourdissement ou de picotement	0	✓ 1	2	3
2. Bouffées de chaleur	0	1	2	✓ 3
3. « jambes molles », tremblements dans les jambes	✓ 0	1	2	3
4. Incapacité de se détendre	0	✓ 1	2	3
5. Crainte que le pire ne survienne	0	1	✓ 2	3
6. Etourdissement ou vertige, désorientation	0	1	2	✓ 3
7. Battements cardiaques marqués ou rapides	0	1	✓ 2	3
8. Mal rassuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements	✓ 0	1	2	3
9. Terrifié(e)	✓ 0	1	2	3
10. Nervosité	0	1	2	✓ 3
11. Sensation d'étouffement	✓ 0	1	2	3

12. Tremblements des mains	✓ 0	1	2	3
13. Tremblements , chancelant(e)	0	1	2	✓ 3
14. Crainte de perdre le contrôle de soi	0	1	2	✓ 3
15. Respiration difficile	0	1	✓ 2	3
16. Peur de mourir	0	1	2	✓ 3
17. Sensation de peur, « avoir la frousse »	0	1	2	✓ 3
18. Indigestion ou malaise abdominal	0	1	2	✓ 3
19. Sensation de défaillance ou d'évanouissement	0	1	✓ 2	3
20. Rougissement du visage	0	1	✓ 2	3
21. Transpiration (non associée à la chaleur)	0	1	2	✓ 3

Score : 39/63

Figure 3 : Graphique illustratif de nombres de réponses données au BIA



Ce graphique met en lumière les différentes réponses données aux symptômes d'anxiété dans l'échelle par les participants. En effet, huit (8) symptômes de l'échelle sont pas du tout chez Monsieur A (M.A), cinq (5) symptômes qui sont peu présents, quatre (4) sont modérément présents et quatre (4) autres symptômes qui sont beaucoup chez M.A. Dans cette échelle, six (6) symptômes ne sont pas du tout présents chez Madame G (M.G), trois (3) sont peu présents, quatre (4) modérément présents et huit (8) symptômes qui sont beaucoup chez M.G. Or chez Monsieur I (M.I), cinq (5) symptômes d'anxiété ne sont pas du tout présent mais deux (2) sont peu présents, cinq (5) modérément et neuf (9) symptômes sont beaucoup chez M.I. Toutefois,

le score obtenu chez Monsieur A est 25/63 (anxiété modérée), Madame G est 35/63 (anxiété sévère) et Monsieur I est 39/63 (anxiété sévère). Ces résultats sont calculés selon la grille de cotation et d'interprétation de l'inventaire de Beck pour l'anxiété (BIA).

5.2. Présentation des résultats des entretiens

5.2.1. Monsieur A (M.A)

Deuxième jour d'entretien avec M.A: 27/05/2023

Tableau 10 : .Présentation des résultats de l'entretien de M.A

Thèmes de référence ou unités de sens	Verbatims
<p>Éléments des croyances présents dans le discours</p>	<p>Éléments mythiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'épilepsie est appelée « pipi » en sa langue maternelle, « ça renvoie au battement des ailes d'un papillon qui raisonne pip-pip » - Possession maléfique pendant sa grossesse, « j'ai entendu dire que quand maman était enceinte de moi, elle sortait toujours très tôt pour vendre sa soupe aux gens qui font le goudron, c'est comme ça que l'esprit d'un arbre coupé est entré en elle et elle m'a accouché avec la maladie » <p>Connaissances et croyance personnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aucune connaissance et croyance personnelle, « ah je ne sais pas, haussant l'épaule »
<p>Éléments des conduites socioculturelles présents dans le discours</p>	<p>Éléments de la stigmatisation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Surnommé boîte à pharmacie, « même quand je suis assis seul, ils me voient et m'appellent boîte à pharmacie, le sorcier, même si on t'accouche pas tu vas sauf que naitre(...) » - Traité de mauvais enfant par sa maman, « c'est un mauvais enfant comparé à ses frère, il est tout le temps malade, (...)» - Calomnie, « oui en les écoutant m'insulter et parler mal de moi ».

	<p>Eléments d'exclusion sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas d'amis et solitaire, « <i>non, (...) les enfants ne jouent pas avec moi, ils ont peur de moi. Avant je jouais avec Chancel depuis que sa maman l'a tapé, quand il me voit, il prend fuite</i> ». - Interdiction d'approcher M.A, « <i>beaucoup de tantines ne veulent pas me voir avec leurs enfants, elles les interdisent de jouer avec moi. Ceux qui jouent avec moi, une fois rentrés on les tape, (...)</i> » - Refus de partager le même repas avec lui, « <i>même mes frères ne mangent pas avec moi</i> ».
<p>Eléments des pratiques culturelles présents dans le discours</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Non compliance médicale (arrêt des médicaments antiépileptiques) - La guérison se trouve chez le tradithérapeute, « <i>(...), depuis que je ne prends plus les médicaments de l'hôpital, je ne tombe plus, (...)</i> ». - Pratique des rites traditionnels dans le but d'aller à l'école pour sa première fois depuis sa naissance - Espoir en rapport avec le traitement traditionnel en cours.
<p>Eléments de la mentalisation de la souffrance présents dans le discours</p>	<p>Eléments cognitifs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Froideur langagière vis à vis de sa mère, « <i>la femme que vous voyez, est très méchante, elle se ferme avec ses enfants pour manger en me laissant dehors comme si je ne suis pas son enfant (...)</i> ». - Hyperprosexie (obsession, le fait que l'attention soit obnubilée par un seul sujet), « <i>(...) si je ne fais plus les crises, la rentrée scolaire prochaine j'irai à l'école</i> ». <p>Eléments affectifs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tristesse, « <i>(...) pleure, je suis seul, (...)</i> » - Emoussement affectif, « <i>Ah, on ne m'apprécie pas, et moi non plus je les aime (...)</i> » - Sentiment d'incompréhension, « <i>(...) pleure en parlant, personne ne me comprend ici (...)</i> »

	<p>Eléments comportementaux</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hyperactif, « <i>j'aime courir même si généralement je joue seul</i> » <p>Eléments relationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conflit de relation entre lui et sa mère, « <i>c'est une mauvaise femme</i> » - Père absent à la naissance - Pas de communication et rien que des injonctions entre lui et sa maman que soit en tradithérapie ou à la maison, et préfère être avec son papa (idéal), « <i>quand papa n'est pas là, elle m'oblige à rester surplace, je n'aime pas être avec elle (...)</i> » <p>Mécanismes de défense et éléments psychodynamiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ambivalence, « <i>mon papa est trop aimable avec moi comparé à sa femme qui est méchante</i> » - Transfert positif, « <i>sourire (...) le grand-père m'aide bien avec ses remèdes et j'aime quand vous êtes la merci !</i> » - Clivage, « <i>j'aime beaucoup mon papa, il est toujours présent pour moi (...) maman n'en parlons d'elles c'est mieux ainsi, (...)</i> »
--	---

5.2.2. Madame G (M.G)

Deuxième jour d'entretien : 29/05/2023

Tableau 11 : Présentation des résultats de l'entretien de M.G

Thèmes de référence ou unités de sens	Verbatims
Eléments des croyances présents dans le discours	<p>Eléments mythiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - En sa langue maternelle, l'épilepsie est appelée Djim-kil, maladie qui fait tomber. - Sortillège, « <i>non mais certains racontent que je refuse de me marier c'est comme ça que j'ai repoussé les avances d'un papiwata (esprit de</i>

	<p><i>mer) et d'autres concluent que celui qui est à l'origine de ma maldie et mes échecs au baccalauréat »</i></p> <p>Connaissances et croyance personnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cause d'épilepsie, <i>« ma souffrance c'est la volonté de Dieu, c'est une maladie qu'il m'a donnée et les traitements c'est lui aussi qui donne aux médecins et aux guérisseurs ».</i> - Objets symboliques, le chapelet et la bible à son chevet
<p>Eléments des conduites socioculturelles présents dans le discours</p>	<p>Eléments de la stigmatisation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traitée de femme stérile après quelque mois de mariage, <i>« je ne ressemble pas à une femme qui va accoucher parce que ça fait 6 mois de mariage et même pas une fausse couche ».</i> - Traitée de sorcière et d'épileptique, <i>« on m'appelle ndje kouma, pleure, ndje djim-kil, (...) pleure ».</i> <p>Eléments d'exclusion sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rejet de la belle-famille, <i>« pleure (...) ils dsentt que j'ai détruit la vie de leur fils et que le dois partir hum ».</i> - Rejet de la société, <i>« (...), ici, je ne suis pas la bienvenue, je pars au forage on me fuit, c'est pareil au marché (...) ».</i> - Interdiction formelle de la fréquenter ou de manger son repars, <i>« au début (...) j'ai eu belle famille adorable, pleure, depuis ma 1^{ère} crise ici, tout le monde me rejette, elle interdit même les enfants de manger ma nourriture et de me frequenter ».</i>
<p>Eléments des pratiques cultuelles présents dans le discours</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Priorité la guérison, <i>« nous cherchons la guérison, (...), je suis deux traitements, je ne les mélange pas vous savez, je fais 1 mois avec les médicaments de l'hôpital et 1 mois avec les remèdes du guérisseur ».</i> - Rites, <i>« actuellement, je prends les remèdes du guérisseur et je respecte même si chez lui, il y a trop d'exigences (...) ».</i> - Arrêt des rapports sexuels, <i>« mon mari et moi faisons de notre mieux pour éviter les rapports sexuels pendant mon traitement ».</i> - Pierres, <i>« je prie tous les jours et sans cesse pour qu'il m'aide parfois ça énerve mon guérisseur quand il veut me donner le traitement ».</i>

<p>Éléments de la mentalisation de la souffrance présents dans le discours</p>	<p>Éléments cognitifs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Idées noires, « <i>mon Dieu veille sur moi, un jour, il va m'appeler auprès de lui et tout ceci va passer</i> ». - Nostalgie et regret, « <i>quand j'étais chez mes parents avant de me marier, mes frères et sœurs m'adoraient ; tout le monde m'aime beaucoup, (...) malgré que je suis malade. Aujourd'hui (...), ma belle-famille me deteste (...)</i> ». <p>Éléments affectifs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hyperthymie, « <i>j'ai peur que ma belle famille monte mon mari contre moi, je ne supporterai pas du tout, pleure</i> ». - Humeur très dépressive perçue sur l'expression du visage - Crises de larme pendant tout l'entretien - Culpabilité, « <i>quand il sort je suis seule et je ne vais pas l'enfermer avec moi, vous savez je l'aime beaucoup et je ne veux pas qu'il souffre à cause de moi</i> ». <p>Éléments comportementaux</p> <ul style="list-style-type: none"> - Retrait social, « <i>je suis toujours à la maison et seule quand mon mari n'est pas là (...)</i> ». - Tentatives de suicide, « <i>c'est ma deuxième fois que j'ai cette envie de me suicider. Si vous êtes à ma place que feriez-vous ?</i> » <p>Éléments relationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conflit de relation entre elle et sa belle-famille, « <i>au début, vous n'allez pas me croire, j'ai eu une belle-famille adorable et attentionnée, pleure, depuis ma 1^{ère} crise ici, tout le monde me rejette, (...)</i> ». <p>Mécanismes de défense et éléments psychodynamiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'affiliation, « <i>(...) je prends les remèdes du guérisseur et je respecte cela me permet de rencontrer les gens (...)</i>». - Dénier de la réalité, « <i>ma souffrance c'est la volonté de Dieu, c'est une maladie qu'il m'a donnée (...)</i>». - Déplacement, « <i>mon mari et moi faisons de notre mieux pour éviter les rapports sexuels pendant mon traitement (...)</i>».
---	---

	<ul style="list-style-type: none"> - Isolation, « <i>je suis toujours à la maison et seule (...)</i>». - Transfert positif, « <i>depuis ma crise vous êtes la première personne qui nous rend visite, (...), souris en pleurant que Dieu vous bénisse (...)</i>».
--	---

5.2.3. Monsieur I (M.I)

Deuxième jour d'entretien : 30/05/2023

Tableau 12: Présentation des résultats de l'entretien de M.I

Thèmes de référence ou unités de sens	Verbatims
<p>Eléments des croyances présents dans le discours</p>	<p>Eléments mythiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans sa culture, on appelle l'épilepsie "Sèm-kùku", qui renvoie à une mauvaise maladie. - "Sèm-kùku ou kay sèm kùku ", c'est le fait que l'oiseau épileptique (kùku) fait le sel ou urine sur vous pour vous transmettre les parasites épileptiques. <p>Connaissances et croyance personnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cause multivariée, au départ, M.I croit être victime du mauvais oiel, quelques années plutard il apprend que sa maladie est due au traumatisme qu'il a subi pendant sa chute sur le manguier, « <i>avant (...) j'étais très fort à l'école et les gens ne m'aiment pas pour ça au village (...) et ils m'ont lancé cette maladie. Aujourd'hui j'ai compris que c'est une maladie de la tête d'ailleurs même à l'armée, mes supérieurs m'ont renvoyé pour que je rencontre un médecin</i> ». - Il compare sa souffrance au sida, « <i>c'est mieux d'avoir le sida qu'on peut facilement cacher mais pas ce que j'ai</i> ».
<p>Eléments des conduites socioculturelles présents dans le discours</p>	<p>Eléments de la stigmatisation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buveur et fumeur « <i>ils m'appellent le soular et le drogré (...)</i>». - Méconnaissable par les siens, « <i>ah ! les gens disent, je ne suis pas comme l'enfant d'avant depuis mon retour de l'armée. Gal je suis trop bizarre,</i>

	<p><i>parce que je bois de l'alcool et je fume beaucoup ; mais je m'en fous (hausse le ton) ».</i></p> <p>Eléments d'exclusion sociale</p> <p>- Stéréotypes, « <i>beaucoup pensent que l'armée et la maladie m'ont rendu violent et que je pourrais tuer quelqu'un un jour dans ce village, rire. Je sens là où ils veulent en venir ; ici c'est chez moi j'irai nulle part ».</i></p>
<p>Eléments des pratiques culturelles présents dans le discours</p>	<p>- Inobservance thérapeutique, « <i>le vieux là se fâche trop (...) il dit je ne respecte pas ses ordonnances, koo il va arrêter de me traiter, moi ce que je veux même, comme ça, on va m'amener à l'hôpital ».</i></p>
<p>Eléments de la mentalisation de la souffrance présents dans le discours</p>	<p>Eléments cognitifs</p> <p>- Pensée abstraite « <i>(...) l'épilepsie est une mauvaise maladie ».</i></p> <p>- Discours irréfléchi, « <i>(...) quand j'aurai l'argent j'irai me faire opérer la tête, il faut qu'on m'enlève cette chose ».</i></p> <p>Eléments affectifs</p> <p>- Persistance des rires immotivés</p> <p>- Humeur d'allure expansive</p> <p>- Regrets et colères, « <i>(...) ce que je ressens maintenant c'est la colère envers mes chefs sinon aujourd'hui je serais un béret rouge (militaire), quand j'entends que tel est un sorcier j'ai seulement un fort envie de l'abattre ; et surtout les peulhs avec leurs bœufs qui nous détruisent les champs, on verra cette année, (...) »</i></p> <p>Eléments comportementaux</p> <p>- Agression, « <i>(...), j'ai giflé un petit qui sorte avec ma cousine et il s'est évanoui. Depuis ils racontent ce qu'ils veulent ; c'est leur problème ».</i></p> <p>- Fauteur de trouble public, « <i>(...), les vieux quand ils me voient dans les cabarets, ils sortent un à un hum ; un jour je vais décider ils vont me sentir pour ce qu'ils m'ont fait (...) »</i></p> <p>Eléments relationnels</p> <p>- Conflit de relation entre lui et les aînés, « <i>les vieux là, tous sont des sorciers, depuis ma maladie et mon renvoi à l'armée, ils sont pour quelque chose je te dis, je connais ce village fait gaffe (...), »</i></p>

- Conflit entre éleveurs-agriculteurs « (...), j'ai seulement un fort envie d'abattre les peulhs qui nous détruisent les champs avec leurs bœufs (...) ».

Mécanismes de défense et éléments psychodynamiques

- Clivage (il préfère l'alcool, les cigarettes, les drogues (SPA) comme bon objet et les remèdes du guérisseur comme mauvais objet), « *les choses comme l'alcool, le tabac et autres que je prend m'aident à me contrôler mieux que les remèdes du vieux (...)* »

- Forclusion (séparation stricte entre la tradithérapie classée comme mauvais objet, et la médecine occidentale classée comme bon objet), « (...) *mon cas c'est un truc de l'hôpital, imaginez, il me dit d'arrêter l'alcool et de fumer; rire, est ce que la guérison à ma maladie viendra de ses interdictions ?* »

- Projection, « (...), *le vieux me donne les remèdes que parfois je prends, quand je sors un peu fumer ou boire, il dit je ne respecte pas ses ordonnances, vous faites quoi ici, dites lui que ma maladie c'est une maladie de l'hôpital pour qu'on me laisse partir d'ici* »

CHAPITRE 6.

ANALYSE, INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS

Dans ce chapitre, nous analyserons, interpréterons et discuterons les différents résultats obtenus dans cette étude.

6.1. Analyse des différents résultats

L'analyse et l'interprétation se feront selon l'ordre des résultats obtenus, c'est-à-dire de l'échelle d'anxiété de Beck et aux entretiens cliniques. Pour le BIA, on considère les valeurs suivantes pour l'analyser et l'interpréter : 0 à 7 : anxiété mineure, 8 à 15 : anxiété légère, 16 à 25 : anxiété modérée et de 26 à 63 : anxiété sévère. Pour les entretiens cliniques, nous utiliserons notre grille d'analyse de contenu en nous servant des théories de l'étude.

6.1.1. Analyse et interprétation des résultats de l'inventaire de Beck pour anxiété (BIA)

6.1.1.1. Cas M.A

Au cours de la dernière semaine et le jour de l'entretien Monsieur A (M.A) indique à quel point il a été affecté par les items de l'échelle. Sur les 21 items de l'échelle, M.A répond 8 fois au niveau **“pas du tout”** (item 4. Incapacité de se détendre, etc), 5 fois à **“un peu”** (item 6. Etourdissement ou vertige, désorientation, etc), 4 fois au niveau **“modérément”** (item 17. Sensation de peur, « avoir la frousse », etc) et 4 fois à **“beaucoup”** (item 14. Crainte de perdre le contrôle de soi, etc). Ces réponses nous ont permis d'obtenir un score de 25/63 qui correspond à la grille d'interprétation 16 à 25 de l'échelle. Le score obtenu par M.A atteste qu'il présente une anxiété modérée.

6.1.1.2. Cas M.G

Dans l'échelle, Madame (M.A) indique à quel point elle a été affectée par chacun de ces symptômes au cours des huit jours ; **“pas du tout”** : 6 réponses données (item 16. Peur de mourir, etc), **“un peu”** : 3 réponses (item 8. Mal assurée, manque d'assurance dans mes mouvements, etc), **“modérément”** : 4 réponses (item 9. Terrifiée, etc) et **“beaucoup”** : 8 réponses (item 2. Bouffée de chaleur). Elle obtient un score de 35/63 qui correspond à la grille d'interprétation 26 à 63 : anxiété sévère.

6.1.1.3. Cas M.I

Monsieur I (M.I) indique dans l'échelle à quel point il a été affecté par ces items ou symptômes au cours des sept derniers jours y compris le jour de l'entretien. Le nombre de réponses données à l'échelle sont les suivantes : **“pas du tout”** : 5 réponses données (item 9. Terrifié, etc), **“un peu”** : 2 réponses (item 7. Battements cardiaques marqués ou rapides, etc), **“modérément”** : 5 réponses (item 19. Sensation de défaillance ou d'évanouissement, etc) et **“beaucoup”** : 9 réponses sont données (item 10. Nervosité, etc). Il obtient un score de 39/63 qui correspond à la grille d'interprétation 26 à 63 : anxiété sévère.

6.1.2. Analyse des résultats issus des entretiens

6.1.2.1. Cas M.A

A1+ : Dans son discours, les éléments en lien avec les croyances sont présents. D'après la légende locale, la souffrance de Monsieur A résulte d'une possession maléfique, *« j'ai entendu dire que quand maman était enceinte de moi, elle sortait toujours très tôt pour vendre sa soupe aux gens (...) c'est comme ça que l'esprit d'un arbre coupé est entré en elle et elle m'a accouché avec la maladie »*.

A2- : À 14 ans, il n'a pas de connaissances et ni des croyances personnelles sur l'origine de sa maladie en dehors de ce qu'il a évoqué plus haut, *« (...) ah je ne sais pas, haussant l'épaule »*.

B3,B4+ : Les éléments des conduites socioculturelles apparaissent dans son discours. Sa souffrance l'a rendu solitaire, il n'a pas d'ami et mange le plus souvent seul. Que soit en famille ou en communauté, on l'appelle **“boîte à pharmacie”** en raison de sa fragilité d'état de santé ; et sorcier par rapport à l'histoire de sa maladie. Par peur de cotaminer les autres enfants, certaines femmes interdisent leurs enfants de jouer avec lui.

C5+ : Il a arrêté de prendre ses médicaments antiépileptiques au profit des soins administrés par son tradithérapeute et estime que : *« (...), depuis que je ne prends plus les médicaments de l'hôpital, je ne tombe plus, (...) »*. C'est ainsi, M.A continue à observer les rites de son tradithérapeute dans le but de trouver la santé et prendre le chemin de l'école pour la première fois.

D6- : Un grand manque de sensualité s'observe dans son discours lorsqu'il s'adresse à sa mère, *« la femme que vous voyez, est très méchante, elle se ferme avec ses enfants pour manger en me laissant dehors comme si je ne suis pas son enfant (...) »*. Malgré son âge, son obsession

pour l'école peut devenir pathologique voire pire du moment où son papa ne pourra pas l'inscrire dans une école pour des soucis de santé.

D7- : On observe une absence des réactions affectives chez lui. M.A est incompris par les siens et est toujours malheureux, « (...) *pleure en parlant, personne ne me comprend ici (...)* ».

D8+ : Généralement l'épilepsie chez l'enfant est le plus souvent associée à un déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). M.A est inattentif et semble ne pas écouter quand sa maman lui parle. Il aime souvent courir ou sauter dans des endroits inappropriés, « *j'aime courir même si généralement je joue seul (...)* ».

D9+ : Son papa s'exile à l'étranger pendant sa grossesse et sa maman a dû vendre pour s'occuper de lui et ses frères. Après sa naissance, elle part de l'hôpital à l'hôpital c'est ainsi qu'elle souligne que « (...) *comparé à ses frères c'est un mauvais garçon, il est tout le temps malade(...)* ». Dire à un enfant qu'il est un mauvais garçon c'est lui faire comprendre que vous l'aimez pas ; même si vous le reprenez pour quelque chose, il pense que vous faites tout ça parce que vous l'aimez pas. Ici, la mère est accusée par son fils et la communauté d'être à l'origine de tous les maux de son fils. Selon la communauté Laka, elle a transgressé les us et coutumes Laka en sortant tôt et tard pendant la grossesse de M.A, chose qui interdit aux femmes enceintes dans cette culture.

D10+ : M.A éprouve simultanément des sentiments opposés à l'égard de ses parents ; l'amour pour le père et la haine pour la mère (ambivalence). La plainte dans sa souffrance désigne le lien affectif (clivage).

6.1.2.2. Cas M.G

A1+ : D'après le témoignage de son environnement socioculturel ngambaye, la maladie de Madame G (M.G) est un sortilège lancé par son mari de nuit (papiwata) pour la punir de ne pas avoir cédé à ses caprices. D'ailleurs ses nombreux échecs au baccalauréat viennent de ce mari, « *certaines racontent que je refuse de me marier c'est comme ça que j'ai repoussé les avances d'un papiwata (esprit de mer) et d'autres concluent que celui qui est à l'origine de mes échecs au baccalauréat* ».

A2+ : Quant à elle, elle se représente sa souffrance d'un point de vue messianique et croit que sa maladie c'est la volonté divine, « *ma souffrance c'est la volonté de Dieu, c'est une maladie qu'il m'a donnée (...)* ». C'est ainsi nous notons la présence du chapelet et la Bible qui sont à

son chevet. Ces objets sont des matériels psychiques ou objets symboliques sur lesquels elle croit ; rien que leur présence apaise son angoisse.

B3, B4+ : Moins de 7 mois de mariage, elle est traitée de sorcière et de stérile par sa belle famille, du fait qu'elle ne parvient pas à tomber enceinte. Le pire, la belle famille ne savait rien de son état de santé. Après sa première crise, celle-ci s'en aperçoit et réclame son départ. C'est ainsi, elle défend les enfants de la fréquenter et de manger sa nourriture par précaution d'être atteints eux aussi par l'épilepsie, *« au début (...) j'ai eu une belle famille adorable, pleure, depuis ma 1^{ère} crise ici, tout le monde me rejette, elle interdit même les enfants de manger ma nourriture et de m'approcher »*.

C5+ : Pour sauver son foyer, Madame G accepte de suivre les soins traditionnels même si ceux-ci s'opposent à sa conviction religieuse. Sa priorité c'est de retrouver la santé à tout prix même s'il faut suivre plusieurs traitements, *« nous cherchons la guérison (...) je suis deux traitements, je ne les mélange pas (...) je fais 1 mois avec les médicaments de l'hôpital et 1 mois avec les remèdes du guérisseur ; actuellement je prends les remèdes du guérisseur et je respecte même si chez lui, il y a trop d'exigences (...) »*.

D6+ : À 23 ans seulement, Madame G pense que sa vie n'a plus de sens, elle a l'impression qu'elle ne vaut rien, *« mon Dieu veille sur moi, un jour, il va m'appeler auprès de lui et tout ceci va passer »*. Avec un regret mélancolique qu'elle dit : *« quand j'étais chez mes parents avant de me marier, mes frères et sœurs m'adoraient ; tout le monde m'aime beaucoup, malgré que je suis malade (...) »*.

D7- : Elle est hypersensible à tout ce que la belle famille raconte (hyperthymie) et a peur qu'un jour son mari se retourne contre elle, *« j'ai peur que ma belle famille monte mon mari contre moi, je ne supporterai pas du tout, pleure »*. L'expression de son visage est d'humeur dépressif.

D8- : Au regard de tout ce qu'elle traverse, à chaque fois qu'elle se retrouve seule, elle essaie de mettre fin à sa vie. Heureusement son mari n'est jamais loin, *« c'est ma deuxième fois que j'ai cette envie de me suicider. Si vous êtes à ma place que feriez-vous ? »*.

D9+ : Les conflits sont inhérents entre elle et sa belle famille. Il suffit juste des incidents fâcheux pour que les disputes commencent. Ces conflits génèrent des sentiments négatifs qui engendrent des tensions entre elle et sa belle famille.

D10+ : L'intérêt qu'elle porte aux soins lui permet de se sentir proche des autres (affiliation), « (...) *je prends les remèdes du guérisseur et je respecte cela me permet de rencontrer les gens (...)* ». Chez elle, les désirs sexuels sont convertis en désir de santé (déplacement), « *mon mari et moi faisons de notre mieux pour éviter les rapports sexuels pendant mon traitement (...)* ». Madame G n'admet pas la réalité vécue ; pour elle sa souffrance est la volonté divine. Au fond d'elle, c'est une manière noble de mettre à l'épreuve sa foi en Christ (déli de la réalité).

6.1.2.3. Cas M.I

A1+ : D'après la légende Kuo, la maladie de M.I (Sèm kùku) est due au fait que l'oiseau épileptique (kùku) transmet les parasites épileptiques à l'homme en urinerant ou déféquant sur ce dernier.

A2+ : Pour lui sa maladie n'a rien à voir avec ce mythe, il croit être victime du mauvais œil. Plutard, il comprend que sa maladie est due au traumatisme qu'il a subi pendant sa chute sur le manguier. C'est ainsi qu'il se représente sa souffrance d'un point de vue biomédical, « (...) *c'est une maladie de la tête d'ailleurs même à l'armée, mes supérieurs m'ont renvoyé pour que je rencontre un médecin* ». Monsieur I trouve que ce mieux d'avoir le sida qu'il peut facilement dissimuler par rapport à l'épilepsie donc les crises surviennent à tout moment, « *c'est mieux d'avoir le sida qu'on peut facilement cacher mais pas ce que j'ai* ».

B3,B4 + : Après son renvoi de la formation, M.I est méconnaissable par les siens. À 22ans, il est dépendant aux substances psychoactives (alcool, drogues, etc), chose qu'il ne faisait pas auparavant. A la moindre occasion, il fait recours à la violence pour résoudre ses problèmes. C'est ainsi au sein de la communauté, on pense que tous ceux qui ont fait à l'armée sont violents, des alcooliques, des toxicomanes, etc (stériorype). La solution envisagée par les villageois c'est de le bannir de la localité pour éviter qu'il fasse du mal aux autres. Une idée qu'il ne partage pas : « *beaucoup pensent que l'armée et la maladie m'ont rendu violent et que je pourrais tuer quelqu'un un jour dans ce village, rire. Je sens là où ils veulent en venir ; ici c'est chez moi j'irai nulle part* ».

C5+ : Il n'observe pas les rites et ne respecte en aucun cas les prescriptions du tradithérapeute (inobservance thérapeutique). Il estime que la solution à son problème c'est de laisser partir à l'hôpital : « (...) *c'est une maladie de l'hôpital, (...) qu'on me laisse partir d'ici* ».

D6+ : Pour lui, l'épilepsie est une mauvaise maladie, et minimise les risques d'une intervention chirurgicale. Il pense qu'une intervention chirurgicale est comme faire un pansement d'une

blessure, « (...) quand j'aurai l'argent j'irai me faire opérer la tête, il faut qu'on m'enlève cette chose ».

D7+ : Chez lui, on observe une persistance de rire immotivée ; animé par un sentiment de colère avec une humeur expansive, « *rire(...) ce que je ressens maintenant c'est la colère envers mes chefs sinon aujourd'hui je serais un béret rouge (militaire) (...) rire* ».

D8+ : M.I est un véritable fauteur de trouble public avec une attitude agressive ; il est capable de transformer une visite amicale à une insurrection, « (...) j'ai giflé un petit qui sorte avec ma cousine et il s'est évanoui. Depuis ils racontent ce qu'ils veulent ; c'est leur problème ».

D9+ : Le conflit entre agriculteurs et éleveurs est souvent présenté comme un problème fondamental dans les zones rurales. Ce conflit est fondé sur une antipathie ancestrale double d'une concurrence sur des ressources rares (cheptel, céréales, la végétation, etc), desormais exacerbées par le changement climatique. La relation entre le paysan et le pasteur est le plus souvent de nature conflictuelle, étant fils d'un paysan, M.I s'est engagé à l'armée pour mettre fin à ce conflit dans sa localité ; malheureusement il a été renvoyé à cause de sa maladie, « (...), j'ai seulement un fort envie d'abattre les peulhs qui nous détruisent les champs (...) ».

D10 : Il fait une opération mentale inconsciente par laquelle, il nous attribue ses propres sentiments qu'il n'arrive pas à assumer, « (...) vous faites quoi ici, dites lui que ma maladie c'est une maladie de l'hôpital pour qu'on me laisse partir ».

6.2. Interprétation des résultats issus des entretiens

6.2.1. Croyances et mentalisation

6.2.1.1. Cas M.A

D'après son entourage, la maladie de M.A, c'est le fait que sa maman a transgressé les us et coutumes de la communauté Laka pendant qu'elle était enceinte. Dans cette communauté, il est strictement interdit aux femmes enceintes de sortir tard la nuit ou de se lever trop tôt à l'aube sans tenir en main un bâton spécial permettant de chasser les mauvais esprits qui peuvent posséder le fœtus. Or, pendant la grossesse de M.A, sa maman sortait toujours tôt pour vendre la nourriture dans son restaurant et rentrait le plus souvent tard. Selon la communauté, un esprit maléfique de l'arbre a pris possession de la grossesse ; c'est ainsi, il est né épileptique. D'après Sow (1977), en Afrique, la maladie s'interpelle comme l'action intentionnelle d'un mauvais esprit - sorcier et l'effet du fétichage, le maraboutage ou l'empoisonnement ; l'action intentionnelle des ancêtres et de Dieu ; et la discordance avec les signifiants culturels (les

symboles, les valeurs, les conduites culturelles, les pratiques culturelles, etc). Dans le cas de M.A, sa maman est en discordance avec les signifiants culturels notamment les us et coutumes Laka.

En ce qui concerne les connaissances et croyances personnelles, il affirme : « *ah je ne sais pas, haussant l'épaule* ». Le geste qui accompagne son discours, "hausser l'épaule", témoigne qu'une chose déplaît, qu'elle choque, et plus souvent n'inspire que du dédain. Marty (1991) renchérit que « les représentations consistent en une évocation de perceptions premières qui se sont inscrites et qui laissent des traces mnésiques. L'inscription des perceptions et leur évocation ultérieure sont, la plupart du temps, accompagnées de tonalités affectives agréables ou désagréables » (p.15). Prononcer le mot épilepsie suscite des souvenirs désagréables chez M.A dont il ne préfère pas en parler.

6.2.1.2. Cas M.G

D'après les éléments culturels et mystico-religieux présents dans le discours de M.G, il ressort que dans la culture Ngambaye, lorsqu'une jeune fille ou garçon à l'âge de procréer, n'éprouve aucun plaisir, ni une attirance quelconque et repousse constamment les prétendants, celle-ci est considérée comme ayant un mari de nuit (papiwata, etc). Les Ngambayes croient que Madame G est restée ferme à ses convictions religieuses pour repousser les prétendants ainsi que son mari de nuit (papiwata) ce qui a déclenché le mécontentement du papiwata. Pour la punir, ce dernier lui a lancé donc un sort (l'épilepsie), il l'a fait échouer à l'examen et comme ça ne suffisait pas, celui-ci a décidé de la tuer en la poussant à se suicider, dit son entourage. C'est dans cette optique que Sow (1977, p.256) évoque que la souffrance est comme : « une persécution, et plus précisément encore comme une agression par le doublet antithétique des constituants du Moi (individualité) correspondant à chacun des pôles relationnels culturels fondamentaux ». Selon lui, la relation et le conflit de relation avec le pôle de la tradition ancestrale est matérialisée par les génies ; celle avec le lignage et la famille matérialisée par le sorcier, tandis que la relation et ses conflits avec les autres membres de la communauté est matérialisée par le fétichage-maraboutage. Alors la diversité des troubles dépendrait des configurations relationnelles conflictuelles possibles.

Etant prise en soins en tradithérapie, et malgré son long itinéraire thérapeutique (église, hôpital et tradithérapie), elle ne croit pas qu'il y a un lien organique ou maléfique à sa souffrance. Madame G se représente sa souffrance du point de vue messianique. Car selon elle, « *ma souffrance actuelle est la volonté de Dieu, c'est une maladie qu'il m'a donnée et les*

traitements c'est lui aussi qui a donnés aux médecins et aux guérisseurs, serre fortement son chapelet (...), ». Ici, le chapelet renvoie à un matériel psychique de protection et de dévotion formé des grains enfilés que l'on fait glisser en récitant des prières. Nguimfack (2016, p.293) souligne que tout objet ou concept évoqué dans un cadre thérapeutique est un matériel psychique avec lequel le patient et/ou les membres de cette famille fonctionnent, matériel psychique qui oriente leurs pensées(cognitions), leurs comportements et leurs émotions.

6.2.1.3. Cas M.I

Les légendes chez les Kuo ou Mboum kuo racontent que la maladie épileptique (Sèm-kùku), survient chez un individu du moment où le coucou (kùku ou oiseau épileptique) fait ses selles ou urine sur ce dernier ; et déposera les parasites épileptiques (kay sèm-kùku). Dans cette culture, l'épilepsie est plus redoutée, elle est taxée de mauvaise maladie. Cette dernière, on dirait, il existe une bonne maladie ; or toute maladie est mortelle dont il n y a pas de bonne ou de mauvaise maladie. Monsieur I préfère avoir le sida que l'épilepsie, il dit ceci : « *c'est mieux d'avoir le sida qu'on peut facilement cacher mais pas ce que j'ai* ».

Au départ, il croit être victime du mauvais œil après sa chute sur le manguier, mais quelques années plus tard avant son invalidation à la formation militaire, il apprend que sa maladie est due au traumatisme qu'il a subi pendant sa chute sur le manguier. Il faut signaler que les représentations psychiques ne sont pas fixes chez M.I, elles sont libres et flottantes. Cependant, étant en tradithérapie, il se la représente d'un point de vue biomédical, et souhaite vivement rencontrer un médecin. Pour Marty (1980), l'appréciation du travail d'élaboration psychique ou de mentalisation se fait sur trois qualités fonctionnelles du préconscient : l'épaisseur, la fluidité et la permanence. Dans le cas d'espèce, la fluidité concerne ici la qualité des représentations et leur circulation. C'est la liberté que dispose M.I dans la plus grande variété d'association d'idées dans le temps.

6.2.2. Les conduites socioculturelles et mentalisation

6.2.2.1.Cas M.A

illégitimé par sa famille à cause de la maladie, M.A est traité d'étranger et considéré par sa mère comme un "mauvais garçon". L'adjectif "mauvais garçon" renvoie ici, au fait que pendant sa grossesse, elle a beaucoup souffert sans l'aide de son mari qui est en exile. Elle s'est occupée de M.A et ses frères seule. A peine 1 mois de naissance, elle chevauchait entre l'hôpital et la tradithérapie du fait qu'il est tout le temps malade d'où le surnom de "boîte à pharmacie" ; comparé à ses frères et à tous les maux que traverse sa maman pendant la grossesse c'est un

“mauvais garçon” dit-elle. Tout le monde le trouve étranger, on le taxe d'enfant sorcier, « (...), *sorcier comme ça, même si, on ne t'accouche pas tu vas venir* ».

L'exclusion de M.A dans la communauté se fait de façon pacifique, une interdiction formelle de le fréquenter et de manger avec lui afin d'éviter d'être atteint par sa maladie.

6.2.2.2. Cas M.G

Après six mois au foyer où elle fait sa première crise chez son époux, elle a été rejetée automatiquement par sa belle-famille qui la traite d'épileptique et de femme stérile. Dans son discours, « (...), *les uns disent j'ai détruit la vie de leur fils et d'autres pensent que je ne ressemble pas à une femme qui va accoucher parce que ça fait 6 mois de mariage et je n'ai pas fait même une fausse couche* ». Il faut rappeler que la belle-famille ne sait rien sur l'état de santé de leur belle-fille, excepté son mari qui d'ailleurs ne sait pas que sa femme souffre d'épilepsie. Selon lui, « *j'ai appris qu'elle est malade mais je ne savais pas qu'il s'agit de cette maladie* ». En Afrique, que ce soit dans les familles, avoir une progéniture est le souci de tout le monde, particulièrement le cas M.G dont la belle famille revendique déjà un héritier malgré son état de santé. Sow (1977) renchérit que l'africain n'est pas vraiment mort lorsqu'il a laissé une descendance ; d'où la préoccupation constante de tous est d'avoir des enfants pour accroître son potentiel ; dans les sociétés de structure matrilineaire, les oncles encouragent leurs neveux et nièces à procréer ; il ne saurait, ici y voir comme ailleurs la culpabilité individuelle lancinante liée à la sexualité, même et surtout lorsqu'elle est accompagnée de procréation : on y observe une toute autre morale de la vie sexuelle individuelle qui n'a rien à voir avec le péché de “chair”, (p.198).

Chez sa belle famille, elle est rejetée de part et d'autre voire dans les lieux publics (forage, marché, etc) à cause de sa maladie. Elle pense être malvenue et préfère repartir chez les siens ; une idée que son époux ne partage pas du tout. Cependant, une nostalgie se lit dans son discours, elle l'exprime en ces termes : « *quand j'étais chez mes parents avant de me marier, mes frères et sœurs m'adoraient ; tout le monde m'aime beaucoup, (...) malgré que je suis malade. (...), ici, tout le monde me rejette, ils interdisent même les enfants de venir devant ma porte, pleure (...)* ».

6.2.2.3. Cas M.I

Il s'est porté volontaire pour le recrutement militaire. Cependant, étant à la formation, le décès tragique de son cousin germain l'a chamboulé énormément. Une pente très difficile pour lui, il se noie dans l'alcool, les cigarettes, le cannabis, le chicha, etc (SPA) pour faire face

à la situation. Or, il ne prenait rien de tout ça auparavant. Une idée si médiocre comme celle-ci a plutôt accentué ses crises. Après plusieurs constats, ses supérieurs ont décidé de le renvoyer. Après cette invalidation, il revient dans sa localité, et bat tous les records de consommation des substances psychoactives (SPA), méconnaissable par les siens. Il applique la violence pour résoudre ses problèmes. A travers son comportement, tout le monde pense dans la localité que les militaires sont violents, des alcooliques, des drogués, etc, et qu'il faut le bannir le plus vite que possible. Sauf qu'il ne partage pas cet avis: *« beaucoup pensent que l'armée et la maladie m'ont rendu violent et que je pourrais tuer quelqu'un un jour dans ce village, rire. Je sens là où ils veulent en venir ; ici c'est chez moi j'irai nulle part ».*

6.2.3. Pratiques culturelles et mentalisation

6.2.3.1. Cas M.A

Monsieur A adhère au traitement dans l'espoir de prendre pour sa première fois le chemin d'école après 14 ans de solitude. Malgré que ses parents lui ont amené à l'hôpital pour un suivi médicamenteux, ceux-ci sont revenus à la conclusion selon laquelle M.A souffre d'une possession maléfique depuis l'enfance donc la tradithérapie est le cadre idéal pour son problème. Il dit : *« (...), depuis que je ne prends plus les médicaments de l'hôpital, je ne tombe plus. (...) papa dit si je ne tombe plus la rentrée scolaire prochaine j'irai à l'école ».*

6.2.3.2. Cas M.G

À son chevet se trouve la Bible et le chapelet qui sont des matériaux psychiques et que seule leur présence apaise son angoisse (efficacité symbolique). Madame G comme toute bonne épouse soumise, accepte la volonté de son époux pour suivre les soins traditionnels, même si cette décision s'oppose à ses convictions religieuses. Pour elle, la priorité c'est la guérison, elle est prête à tout pour se faire accepter dans la belle famille. Elle observe les rites de son guérisseur malgré l'alternative de prise en charge ; tantôt conventionnelle tantôt traditionnelle.

Face à une telle contradiction, le tradithérapeute s'occupe uniquement d'administrer le traitement sans tenir compte des opinions de M.G qui peuvent s'opposer aux siennes et pourraient biaiser l'alliance thérapeutique. Selon Sow (1977), la mantique déductive constitue la consultation diagnostique et prophylactique que chacun à son gré, peut demander. Il s'agit d'une tentative d'interprétation du Hasard afin de lui donner sens et structure. Nous retenons ici que tous les phénomènes observables, relatifs aux éléments célestes ou terrestres, animaux ou humains, physiologiques ou psychique, animés ou inanimés peuvent tenir lieu de « signe ». En réalité ce qu'on demande au praticien traditionnel c'est un diagnostic de structure visant à

déterminer la signification de la maladie afin d'apaiser, l'angoisse existentielle au niveau de la totalité vécue du patient.

6.2.3.3. Cas M.I

Vu la gravité et la permanence des crises de M.I, ses parents ont décidé de l'amener en tradithérapie, chose qu'il n'a pas toléré. Suite à cela, M.I n'observe pas les préinscriptions faites par son guérisseur, et estime que : *«les produits du vieux sont bons, les gens viennent de loin pour le voir et il les aide mais mon cas c'est un truc de l'hôpital, imagine mon ami, il dit je ne fume pas et je ne bois pas l'alcool ; rire, est ce que la guérison à ma maladie c'est d'arrêter de fumer ou de boire ? Il a menti (...). Quand j'aurai mon argent je partirais moi-même voir un médecin »*. M.I disqualifie les signifiants culturels ; pour lui, les SPA n'ont rien à voir avec sa souffrance actuelle, et que son rétablissement sera possible dans un hôpital par une opération chirurgicale et non en étant pris en soins en tradithérapie.

6.2.4. Mentalisation de la souffrance suivant d'autres facteurs

6.2.4.1. Cas M.A

Sur le plan cognitif, Monsieur A accorde beaucoup d'attention à tout ce qui se passe autour de lui malgré sa froideur langagière envers les autres, il a une grande difficulté à mettre les mots sur sa pensée. Pour Marty (1991), les insuffisances foncières des représentations trouvent leur origine dans le développement du sujet : soit d'une insuffisance congénitale ou accidentelle des fonctions sensorimotrices de l'enfant qui constituent les bases perceptives des représentations ; soit de déficiences fonctionnelles de la mère, du même ordre que les précédentes et soit (...), d'une carence ou d'une dysharmonie des accompagnements affectifs de la mère vis-à-vis de l'enfant (pp.21-22).

D'un point de vue affectif, on observe un grand émoussement affectif. Il est triste et seul, M.A est très rattaché à son papa contrairement à sa maman. Cette dernière submergée par les problèmes financiers ne pouvait pas jouer son rôle maternel pour remédier à l'angoisse de M.A, le plus souvent elle le laisse seul avec son père et ses frères pour aller travailler. Marty (1980, p.165) évoque qu'à cette période de croissance, la mère est capitale pour l'édification des défenses ultérieures. Elle se place, en premier et haut lieu, sous la dépendance organisatrice de l'enfant. La mère sans être l'objet à proprement parler, constitue de fait la première rencontre d'un individu, encore mal dessiné, avec l'extérieur. Ici, Marty nous montre l'importance du rôle de tampon pare-excitations que joue la mère vis-à-vis de l'enfant. C'est la défaillance de cette fonction maternelle qui est à l'origine des toutes premières angoisses de M.A.

Malgré son hyperactivité, la défaillance maternelle induit chez lui une grande absence relative d'émotivité et de sensibilité. La nature de sa relation maternelle est de plus en plus conflictuelle. M.A croit être indésiré par sa maman que ses frères. Son seul ami est son père qui d'ailleurs est tout le temps occupé. Il est rejeté de part et d'autre, ses besoins et désirs sont le plus souvent passés inaperçus par son entourage.

Toutefois, sa relation maternelle est ambiguë, son père est son idéal. Ce qui laisse observer le choix affectueux que peut faire M.A entre ses parents biologiques, ici le père représente le bon objet or la mère est l'opposée du père (mauvais objet). Cependant, tous ces éléments présents dans son discours nous permettent d'observer les mécanismes de défenses suivants : l'ambivalence et le clivage. Il faut noter aussi qu'il développe un bénéfice secondaire aux soins, estime être en sécurité en tradithérapie afin d'échapper au regard social. Le seul compromis pour gérer son angoisse est de prendre les soins afin de retrouver la santé et aller pour sa première fois à l'école après 14 ans.

6.2.4.2. Cas M.G

Les idées noires sont plus récurrentes dans son discours, elle n'arrête pas à penser à la mort. Pour elle, la vie sur terre est une vanité, seule la mort est le chemin du Salut et le repos éternel, dit-elle : « (...), *mon Dieu, (...), un jour, il va m'appeler auprès de lui et tout ceci va passer* ». Sur le plan affectif, elle ne prend pas de goût à la vie, triste et son visage dégage une si forte humeur dépressive. Elle s'en veut énormément et a peur de perdre son mari. Elle est renfermée sur elle même, toujours couchée dans la chambre et sort quasiment pas. Elle a essayé plusieurs fois de suicider malgré qu'elle échoue le plus souvent. Pour justifier son comportement elle dit ceci : « (...), *c'est ma deuxième fois que j'ai cette envie de me suicider. Si vous êtes à ma place que feriez-vous ? quand il sort je suis seule et je ne vais pas l'enfermer avec moi, vous savez je l'aime beaucoup et je ne veux pas qu'il souffre à cause de moi* ».

D'une manière directe ou indirecte, stigmatisée de partout et les valeurs qui se présentent à elle paraissent négative dans leur ensemble. Madame G développe une grande peur de sortir en public pour faire ses achats et puiser de l'eau ; car elle peut être appelée à tout moment épileptique, femme sans enfant, sorcière, etc. Cette peur de l'évaluation négative de l'autre est aussi appelé anxiété sociale ou agoraphobie. Freud (1926) qualifie des telles attitudes comme : « *une réaction face à un danger. Ce dernier est interne et n'est pas reconnu consciemment* », (p.81).

La maladie et les tensions familiales qu'elle vit, l'enfoncent davantage dans sa souffrance. Dans une pareille situation, Stora (1999, p.293), souligne que l'appareil psychique gère mentalement les évènements de manière à faire face au stress pour protéger l'organisme. Mais en cas de stress aigu ou prolongé, le mental peut se trouver débordé. Les quatre autres systèmes de régulation vont alors « prendre la relève » pour conserver l'équilibre émotionnel, mais au prix d'une fatigue pouvant générer des déséquilibres (les maladies). Le développement d'une maladie intègre donc des facteurs physiques, psychiques, et environnementaux à retrouver dans les contextes familiaux, social, culturel et économique. Pour Marty (1991), s'il peut s'installer des régressions en n'importe quel moment, elles sont parfois inattendues et en n'importe quel lieu sur n'importe quel système fonctionnel, les mouvements régressifs s'enchainent, à l'habitude selon le schéma suivant : soit des excitations excessives au niveau psychoaffectif ; soit une légère désorganisation mentale dont témoigne une dépression plus ou moins colorée des symptômes de la régression psychique ; soit une régression psychique (augmentation du taux d'angoisse, apparition d'autres symptômes mentaux-phobiques par exemple) et venue éventuelle de symptômes caractériels ou de comportement, (pp.43-44).

Il faut noter que tout au long des entretiens, les mécanismes de défenses et les éléments psychodynamiques mis en place par M.G sont entre autres: la régression car elle déprime, l'isolation (elle ne sort pas), la persécution (persécuté par sa belle-famille), le passage à l'acte (tentative de suicide), la substitution (pense uniquement à la maladie et non à sa vie de couple), déplacement (les désir sexuels sont convertis en désirs de santé) et enfin le déni de la réalité, « *ma souffrance c'est la volonté de Dieu, c'est une maladie qu'il m'a donnée (...)* ».

6.2.4.3. Cas M.I

Sur le plan cognitif, il a une grande lacune d'élaboration psychique, estime que « (...), *quand j'aurai l'argent j'irai me faire opérer la tête, il faut qu'on m'enlève cette chose* ». Il mesure peu le risque qu'il court de pratiquer la chirurgie crânienne. Cependant, M.I présente une humeur d'allure expansive avec une grande persistance des rires immotivés. Son regret est qu'il pourrait devenir un béret rouge malheureusement, il a été renvoyé. La nature de sa relation avec son entourage est conflictuelle, il en voulait à tout le monde, « (...), *j'ai seulement un fort envie de les abattre ; et surtout les peulhs avec leurs bœufs qui nous détruisent les champs, (...)* ». Sow (1977) renchérit que la maladie est comme une persécution, et plus précisément encore, comme une agression par le doublet antithétique des constituants du Moi (individualité) correspondant à chacun des pôles relationnels culturels fondamentaux, (p.256).

Dominé par le sentiment d'invincibilité, M.I terrifie tout le monde dans le village. Il dit : « (...). *Je n'ai pas peur de cette maladie ni des gens (...)* ». Une telle réponse, laisse croire les intentions de M.I, sauf qu'ici, il oublie qu'il n'est plus à l'armée. Ainsi, pour s'exprimer, il prend les SPA et violente facilement les autres. Marty (1991) souligne que, les individus limités dans leur aptitude à penser n'ont d'autres recours qu'à l'action dans les comportements pour exprimer les diverses excitations exogènes et endogènes que la vie leur procure. C'est ainsi qu'ont pu être définis les « névroses de comportements » et, à un moindre degré de pauvreté quantitative et qualitative des représentations, « les névrosés mal mentalisés ». Nous reconnaissons dans ces groupes les sujets présentant des insuffisances de développement du préconscient ainsi que les sujets atteints de la désorganisation du préconscient, (p.30).

Dans son discours, les mécanismes de défense mis en place par M.I sont les suivants : l'agressivité, un transfert négatif vis-à-vis du traitement, porte son choix sur l'alcool, les cigarettes, les drogues (SPA) comme bon objet et les remèdes du guérisseur comme mauvais objet (clivage) et sépare radicalement la tradithérapie classée comme mauvais objet, et la médecine occidentale classée comme bon objet (forclusion). Cependant, il songe tous les jours à l'opération chirurgicale, M.I dit ceci : « *quand j'aurai l'argent j'irai me faire opérer la tête, il faut qu'on m'enlève cette chose* », (projection).

En définitive, tout au long des entretiens avec les patients épileptiques, les unités de sens qui reviennent le plus souvent dans leurs discours sont : les croyances, les mythes, les conduites socioculturelles, la stigmatisation, l'exclusion sociale, les conflits de relation, la persécution, les pratiques culturelles et les rites. Ces éléments sont des signifiants culturels qui favorisent le travail d'élaboration psychique de l'angoisse chez les patients épileptiques pris en soins en tradithérapie au Tchad.

6.3. Discussion des résultats

Cette étude vise la compréhension du rôle des signifiants culturels dans le travail d'élaboration psychique de l'angoisse chez le patient épileptique pris en soins en tradithérapie au Tchad. D'après les résultats issus de l'échelle d'anxiété de Beck qu'effectivement nos patients présentent une angoisse permanente, et que le seuil varie en fonction du vécu de chacun. Cependant, Monsieur A présente une anxiété modérée avec un score de 25/63 ; les deux (2) autres présentent une anxiété sévère avec des scores différents : Madame G a un score de 35/63) et Monsieur I a un score de 39/63. Marty (1980) qualifie cette angoisse d'automatique au sens classique et envahissante. On pourrait également la qualifier d'essentielle en ce qu'elle traduit la détresse profonde de l'individu, détresse provoquée par l'afflux de mouvements instinctuels

non maîtrisés parce que non élaborables et semble-t-il non exprimable d'une autre manière. L'angoisse ne représente pas ou ne représente plus le signal d'alarme qui cesse habituellement lorsqu'apparaissent des mécanismes de défense. Elle est l'alarme permanente. Automatique, cette angoisse diffuse reproduit un état archaïque de débordement. Elle ne repose pas sur un système phobique issu de refoulements. Marty (1991, p.61) signale que cette angoisse diffuse chez les patients est connue sous le nom de « malaises ».

Il convient de rappeler qu'au Tchad la plupart des études sur l'épilepsie et les personnes atteintes ont été menées par des médecins qui soulèvent généralement les aspects sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques (Sakadi et al, 2021). Par contre, au Cameroun, Chamgwa (2010) a mené une étude dans le département du Mbam et Inoubou sur « la stigmatisation et le vécu dépressif chez les personnes atteintes d'épilepsie ». Ses résultats ont permis de valider son hypothèse selon laquelle : « la stigmatisation influe le vécu dépressif des personnes atteintes d'épilepsie ». Car les valeurs obtenues après l'analyse inférentielle sont significatives: $Hr1 : X^{2cal} > X^{2lu}$ soit $262,193 > 15,507$, $Hr2 : X^{2cal} > X^{2lu}$ soit $240,507 > 18,307$ et enfin, $Hr3 : X^{2cal} > X^{2lu}$ soit $154,277 > 15,507$. Cependant, chez ces personnes, la stigmatisation est due à des croyances, les légendes, les mythes, les pratiques culturelles sur l'épilepsie qui influent le vécu dépressif des personnes atteintes épileptiques.

Dans le cadre théorique, le concept de travail d'élaboration psychique ou de mentalisation que Marty (1991) utilise pour rendre compte de l'activité précoce de transformation des excitations pulsionnelles somatiques et des affects en contenus mentaux symbolisés chez les personnes présentant une pathologie somatique, (ici, le cas du patient épileptique). Marty (1991) souligne que : « les individus les plus à risque de désorganisation somatique sont ceux qui ont des lacunes quantitatives et une faible possibilité qualitative de liaison entre les affects et les représentations au niveau intrapsychique de leur organisation préconsciente », (p.45). Cette position n'est pas forcément partagée par plusieurs théoriciens.

Dejours (1995) s'écarte complètement de la doctrine classique développée en psychosomatique. Rappelons que pour Marty (1991), le symptôme psychosomatique n'a pas de sens et que l'amplitude de la désorganisation après un traumatisme est fonction des caractéristiques du fonctionnement mental riche, incertain ou pauvre de l'individu. Dans ces conditions, la décompensation ne témoignerait que de l'impossibilité de mentaliser l'excitation. Or Dejours (1995), dans sa théorie de la subversion libidinale, il met l'accent sur l'idée que le corps biologique va se transformer en un deuxième corps dit corps érotique. C'est ce corps

érotique qui serait mobilisé dans l'agir expressif à autrui avec des limites qui tiennent à son inachèvement et à ses lacunes. Autrement dit, les impasses de la relation aux parents dans les jeux du corps se concrétisent dans l'échec de la subversion de certaines fonctions corporelles qui restent sous le primat du physiologique, faute d'avoir été suffisamment subverties au profit de l'expressivité libidinale de l'intersubjectivité. Ceci l'amène à parler de "forclusion de la fonction" (Dejours, 1997, p.7) ; hors de l'ordre érotique pour désigner l'échec de la subversion libidinale d'une fonction biologique. Cette dernière se repère sur le plan clinique par les maladresses du corps, les rigidités, les inexpressivités, les froideurs, les raideurs, les inhibitions dans le commerce intersubjectif ; aussi bien dans la construction des manifestations de la séduction que de la colère, de l'agressivité que de la tendresse ou de la sensualité, autant dans la motricité que dans les altérations du timbre de la voix, dans la stupeur que dans le rire, que nous observons pendant les entretiens avec les patients (M.A, M.G et M.I). Dans cette perspective, la décompensation somatique ne cheminerait pas à l'aveugle dans le corps mais elle surviendrait quand la dynamique intersubjective viendrait obliger le patient épileptique à mobiliser la fonction forclosée.

Pour Fonagy (1996), la mentalisation est "la capacité de fonctionnement autoreflexif et de l'aptitude à prendre en considération les états mentaux de l'autre dans la compréhension et le déterminisme de son propre comportement". Il insiste sur l'importance de l'attachement précoce sécurisant (ce qui autorise un parallèle avec "les avatars du maternage" dont parle Marty 1991), (ici le cas de M.A). Cet attachement précoce sécurisant jouerait un grand rôle dans l'adaptation psychique future de l'enfant en particulier au niveau d'une dimension importante : sa capacité favorisée ou entravée de régulation des affects. Ainsi, il parle de bon ou mauvais fonctionnement autoreflexif. La capacité de l'enfant à contrôler l'expression de ses affects dépendrait de la représentation qu'il se fait de l'attitude du parent envers les propres affects qu'il émet. Il y a chez lui l'idée que la qualité de compréhension de nos propres états émotionnels s'étaye sur ce que nous avons décodé du miroir constitué par le visage et les paroles de nos parents au moment de l'expérience d'origine. Nous pensons que nous sommes très près ici de la transformation des éléments bêta par la fonction alpha chère au système "bionien". Fonagy (1996) formalise néanmoins ses conditions d'apparition : "la symbolisation implique qu'au départ, le parent ait réussi à transmettre une image précise mais modulée de l'état affectif de l'enfant" par l'intermédiaire d'une verbalisation faisant office de miroir réfléchissant. Dans le cas inverse, l'enfant serait incapable de différencier le réel du faux, de distinguer la réalité matérielle de la réalité psychique.

Selon Marty (1991), l'homme est psychosomatique par définition. On peut envisager que pratiquement toutes les maladies peuvent être considérées comme des « maladies psychosomatiques » où les facteurs psychiques et somatiques joueraient des rôles d'importance différente ; l'appareil psychique participerait plus ou moins selon l'étiologie aux troubles somatiques. Stora (1999) renchérit que : « l'être humain constitue une unité psychosomatique », c'est-à-dire, le fonctionnement psychique est à évaluer dans le cadre de l'unité psychosomatique individuelle aux côtés des dimensions somatiques et neuronales. Précisions que l'appareil psychique, à la pointe de l'évolution, est le premier système de défense de l'unité psychosomatique. Ses dysfonctionnements ont des conséquences sur les troubles et maladies somatiques sans pour autant qu'ils en soient la cause. D'ailleurs, cette approche psychosomatique intégrative de Stora est multi-causale, lors de l'investigation des patients épileptiques, nous devons prendre en considération les dimensions familiales, sociales, économiques, et culturelles.

6.4. Limites de l'étude

Tout au long de ce mémoire, la réflexion engagée résulte des observations faites, des enquêtes, des lectures faites, d'une méthode choisie et des évaluations. Le développement théorique est limité par les lectures que nous avons faites, il aurait pu être plus exhaustif. Nous avons cité des auteurs soit connus pour leurs travaux sur le domaine, soit parus dans des revues spécialisées, soit trouvés pendant nos recherches. Même si ce mémoire a été partagé, lu, relu et remanié, il ne saurait constituer une valeur heuristique. Maguy (2010) soutient que : « le mémoire est un travail d'initiation à la recherche qui nous aura permis un formidable apprentissage ». Quoique nous ferions, ce travail ne nous a pas épargné des difficultés sur le plan théorique et pratique. Sur le terrain, nous avons rencontrés des difficultés à nous familiariser au cadre thérapeutique traditionnel (tradithérapie), qui, avec ses exigences ne corroborent pas à la pratique hospitalière. D'une part, tout n'est qu'interdiction en tradithérapie, par exemple : ne filmer pas les malades, non plus les rites, toucher à rien, etc. D'autre part, la curiosité de certains patients de savoir si l'épilepsie est une maladie organique curable ou non, et celle des tradithérapeutes. Les questions venaient de partout, certaines d'entre elles sont restées sans réponses à cause de nos limites conceptuelles. Nous rappelons que la particularité d'un clinicien est la neutralité bienveillante, il sert à rien de se détourner de son objectif premier qui est la recherche. Cependant, il nous paraît opportun de souligner que ce travail ne fait pas de nous un neurologue du moins un tradithérapeute.

CONCLUSION GÉNÉRALE

L'Homme étant un être social et de culture, appelé à vivre avec les autres et s'accommoder aux us et coutumes de son groupe d'appartenance. Cette vie avec ses semblables se construit sous la base des signifiants culturels qui régissent selon le fonctionnement de la communauté (Sow, 1977). Que la personne soit épileptique ou non, son psychisme s'organise sur la base des éléments socioculturels dont elle appartient. Cette capacité que déploient les sujets à identifier leurs propres états mentaux et ceux des autres, ainsi que l'impact réciproque des uns sur les autres dans leur relation est la mentalisation (Bateman et Fonagy, 2010). En d'autres termes, la mentalisation c'est la capacité qu'a le sujet de tolérer, voire de traiter ou même de négocier l'angoisse intrapsychiques et les conflits interpersonnels (Debray, 1991, p.42). Or, Marty (1991, pp.42-45) pense que cette capacité de se représenter ou à s'identifier aux autres dépend de la richesse du préconscient qui est variable selon les individus du fait à la fois des facteurs congénitaux et d'avatars du maternage, et que les individus les plus à risque de désorganisation somatique sont ceux qui ont des lacunes quantitatives, par exemple faible épaisseur du préconscient et/ou des lacunes qualitatives par exemple le patient épileptique a une faible possibilité de liaison entre les affects et les représentations au niveau de son organisation préconsciente.

Cette préoccupation nous conduit à nous interroger en ces termes : comment les signifiants culturels contribuent-ils au travail d'élaboration psychique de l'angoisse chez le patient épileptiques pris en soins en tradithérapie au Tchad ? Pour répondre à cette interrogation, notre hypothèse est la suivante : les signifiants culturels favorisent le travail d'élaboration psychique de l'angoisse chez le patient épileptique pris en soins en tradithérapie au Tchad. Cependant, notre objectif est de comprendre le rôle des signifiants culturels dans le travail d'élaboration psychique de l'angoisse chez le patient épileptique pris en soins en tradithérapie au Tchad.

La revue de la littérature est constituée des travaux sur la conception de l'épilepsie étant comme une maladie biologique et culturelle. L'insertion théorique est établie sur l'approche psychosomatique avec le modèle médical, le modèle psychanalytique et le modèle intégratif. Les théories qui sous-tendent cette recherche sont entre autres : la théorie de mentalisation de Pierre Marty (1991), la théorie des cinq systèmes de Jean-Benjamin Stora (1999) et la théorie du relativisme socioculturel d'Ibrahim Sow (1977).

Pour atteindre notre objectif, nous avons fait usage de la méthode d'étude de cas. En respectant, les critères d'inclusion et de non inclusion, nous avons retenus trois cas, il s'agit de Monsieur A (M.A), Madame G (M.G) et Monsieur I (M.I). Les données ont été collectées grâce à l'échelle d'anxiété de Beck et le guide d'entretien semi-directif. Ces données ont été analysées et interprétées par les grilles qui ont permis leur collecte. Après analyse et interprétation, les résultats obtenus ont montré que les éléments en rapport avec les croyances, les conduites socioculturelles et les pratiques culturelles sont présents dans les discours des patients épileptiques pris en soins en tradithérapie au Tchad. Ainsi, les scores obtenus de l'échelle (M.A :25/63, M.G :35/63 et M.I : 39/63) ont permis de confirmer que les patients épileptiques pris en soins en tradithérapie au Tchad sont angoissés.

Au regard des résultats obtenus, il serait important d'envisager des nouvelles perspectives pour mieux investiguer sur le mécanisme par lequel les signifiants culturels contribuent au travail d'élaboration psychique de l'angoisse chez le patient épileptique pris en soins en tradithérapie au Tchad en prenant en compte le travail de réaménagement de l'estime de soi chez le patient épileptique afin de l'amener à avoir des répercussions positives sur sa psychologie et la perception des autres. Sensibiliser la population afin qu'elle comprenne que l'épilepsie n'est pas une maladie contagieuse ni une maladie surnaturelle, mais elle est plutôt une maladie organique non transmissible caractérisée par une prédisposition durable à générer des crises.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Aisenstein., M. et Smadja., C. (2002). De la psychosomatique comme courant essentiel de la psychanalyse contemporaine. *In RFP, hors-série, Puf.*
- Allahrabaye., T. (2021). Etude de l'épilepsie au CHU-RN [Thèse de doctorat en médecine non publiée]. Université de Ndjamena.
- AMPQ. (2024). Association des médecins psychiatres du Québec. *Info-maladie.*
- Arpin., S. (2006). Les organisateurs psychiques et socioculturels dans l'instauration du groupe thérapeutique en ethnopsychanalyse. *Le divan familial*. 2vol N° 17, pp. 11-27.
- Augé., M et Herzlich., C. (1984). *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris : Éditions des archives contemporaines.
- Bateman.,A et Fonagy.,P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *Official journal of the World Psychiatric Association*, 9(1), 11-15.
- Barbillon., E et Le Roy., J. (2012). *Petit manuel méthodologique de l'entretien de recherche : de la problématique à l'analyse*. Paris : Enrick éditions.
- Baudet., T et Moro., M-R. (2009). *Psychopathologie transculturelle*. Elsevier Masson SAS.
- Beindjeffa., C-C. (2023). Etiologies et itinéraires thérapeutiques de l'épilepsie dans la communauté Zimé/Tchad : Contribution à l'anthropologie médicale [mémoire d'anthropologie médicale, non publié]. Université de Yaoundé I.
- Bioy., A et al. (2021). *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie*.
Dunod.
- Briner., R et al. (2013). Quelle est la place de la médecine complémentaire dans le traitement de l'épilepsie. Université de Genève, immersion en communauté.

- Changwa., H. (2010). Stigmatisation et vécu dépressif chez les personnes atteintes d'épilepsie : une étude de cas. [Mémoire de Psychopathologie et Clinique, Université de Yaoundé I/Cameroun, non publié].
- CHIRON., C et al. (2015). Focus sur les épilepsies de l'enfant. Les différentes formes d'épilepsies de l'enfance. Colloque /la lettre d'information de la fondation française pour la recherche sur l'épilepsie.
- Comité d'experts. (2005). Partageons nos compétences. Modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines. Québec : Gouvernement du Québec.
- Constant., A-S et Levy., A. (2015). *Réussir mémoire, thèse et HDR*. Gualino, 5^e éditions.
- Corbière., M et Larivière., N. (2020). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. Presses de l'Université du Québec (2^e édition).
- Debray., R. (1998). Quelques remarques dans l'après-coup sur le point de vue psychosomatique de Pierre Marty. In *Interrogations Psychosomatiques, coll. des débats de psychanalyse des monographies de la revue française de psychanalyse*, p.137-144.
- Dejours., C. (1995). *Doctrine et théorie en psychosomatique*. *Revue Française de Psychosomatique*, 7, p.59-80.
- Devereux., G. (1970). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Gallimard.
- Fédération française de neurologie. (2020). Épilepsies : Prise en charge des enfants et des adultes. Recommandations pour la pratique clinique (RPC) ; www.has-santé.fr.
- Fernandez., L et Pardinielli., J-L. (2006). La recherche en psychologie clinique. *Recherche en Soins Infirmiers* N° 84, DOI: 10.3917/pp.0041-084.
- Fischer., G-N et Tarquinio., C. (2014). *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*. Dunod.
- Fisher., R-S et al. (2014). Définition clinique pratique de l'épilepsie. *Epilepsia*, 55(4):475–82, doi : 10.1111/epi.12550.

- Fonagy., P. (1996). Le rôle de la mentalisation dans l'attachement, dans le développement affectif ,et dans le trouble de la personnalité état-limite, Communication au Colloque de Vaucresson.
- Fortin., M-F. et Gagnon.,J.(2022). Fondements et étapes du processus de recherche.4^e ed. Chenelière éducation.
- Freud., S. (1912). *Totem et Tabou*. Edition électronique réalisée par Jean-Marie Tremblay.
- Fritschy., J-M. (2003). Le rôle de la neurotransmission GABAergique dans l'épilepsie mésiale du lobe temporal. *Revue d'Epileptologie* ; 20: 2-7.
- Ionescu., S. (2006). *14 approches de la psychopathologie*. Armand Colin.
- Jacques., C et Thurin., J-M. (2002). Stress, immunité et physiologie du système nerveux. *Médecine sciences*, vol. 18, n° 11, pp.1160-1166.
- Hippocrate (2003). *Maladie sacrée*. Les belles lettres. Paris.
- Juignet., p. (2003). Lacan, le symbolique et le signifiant. *Dans la clinique méditerranée*, 2n°68, pp.131 -144.
- Kotwas., I et Micoulaud-Franchi., J-A. (2016). Épilepsies et anxiété. *La Lettre du Psychiatre* Vol. XII, pp.4-5.
- Lalaye., D. (2015). Croyances et perceptions sur l'épilepsie dans la population de N'Djamena [Thèse de doctorat en médecine non publiée]. Université de N'Djamena.
- Laplanche., J et Pontalis., J-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris. PUF.
- Lapointe., F et Wiethaeuper., D. (2021). Premiers indices de validité de la version québécoise du tas-20 avec des adolescents québécois. *Revue québécoise de psychologie*, 42(2), 219–237. <https://doi.org/10.7202/1081262ar>.
- Lazarus., R-S et Folkman., S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. Springer Publishing.
- Lebon., S et Roule., E (2009). Epilepsie généralisée idiopathique ou épilepsie symptomatique ? Similitudes et pièges. *Epileptologie*; 26, pp.121-30.
- Leventhal H., Meyer D., Nerenz D. (1980). *The common sense representation of illness danger*. In S. Rachman (ed.), *Contributions to Medical Psychology*. Oxford, Pergamon Press.

- Luquet., P. (1981). Le changement dans la mentalisation. *Revue Française de Psychanalyse*, 45, pp.1022-1028.
- Luquet., P. (1988). Langage, pensée et structure psychique. *Revue Française de Psychanalyse*, 52, p.267-302.
- Maguy., M-L (2010). Des représentations à la pratique réflexive : pour une co-construction de la professionnalisation. *Mémoire online* : biologie et médecine.
- Maiga., Y et al. (2012). Les connaissances, les attitudes et les pratiques face à l'épilepsie en Afrique subsaharienne. *North African and Middle East Epilepsy Journal*. Volume1. Number 4, pp.15-18.
- Marie., A. (2013). La rigueur scientifique du dispositif méthodologique d'une étude de cas multiple. *Recherches qualitatives*, Vol. 32(1), pp. 26-56.
- Marieb., E - N et Hoehn., K. (2010). *Anatomie et physiologie humaines*. Nouveaux horizons, 8^e édition.
- Marty., P. (1980). *L'ordre psychosomatique*. Edition Payot.
- Marty., P. (1990). Psychosomatique et psychanalyse. In *Revue française de psychanalyse*, LIV, n°3 (thème : la déliaison psychosomatique), pp.615-624.
- Marty., P. (1991). *Mentalisation et Psychosomatique*. Collection. « Les empêcheurs de penser en rond ».
- Mathon., B et Enzelhardt., J. (2001). *Neurologie et neurochirurgie*. Inferred.
- Mazzuca., M et al. (2004). Canaux ioniques et épilepsies. *Epileptic Disorders* ; 6: SI, pp.1-16.
- Mbangmou., R-S. (2019). Culture, rêve et travail de psychisation de la maladie au cours des soins chez la personne atteinte de cancer [Thèse de doctorat PhD en psychologie non publiée]. Université de Yaoundé I.
- Ministère de Santé Publique. (2017, 2021). Plan multisectoriel de lutte et de contrôle des maladies non transmissibles. Tchad.
- Montel., S. (2016). *11 grandes notions de neuropsychologie*. Dunod.
- Moro., M-R. (1998). *Psychopathologie transculturelle des enfants de migrants*. Dunod (2e édition 2000 sous le titre de : *Psychothérapie transculturelle des enfants et des adolescents*, Dunod).

- N'da., P. (2015). *Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines : Réussir sa thèse, son mémoire de master ou professionnel, et son article*. L'Harmattan.
- Navarro., V. (2015). Prise en charge thérapeutique des épilepsies. Unité d'épilepsie et l'ICM de l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris.
- Nguimfack., L. (2016). Psychothérapie des familles camerounaises confrontées à la sorcellerie. *Thérapie familiale, Genève*. 3vol.37/pp.293-305.
- Nguimfack., L. (2021). Les signifiants culturels dans l'adoption des comportements critiques face à la COVID-19 au Cameroun : Réflexion et esquisse de solution pour une intervention. *Conduite humaine et pratique psychologique*. N°2. pp.109-135.
- Nkwi., P-N et Ndonko., F-T. (1989). The epileptic among the bamilékés of Maham in the Nde division, West Province of Cameroon. *Cult Med Psychiatry*; 13 : 437-48
- OMS. (2019). Rapport du Directeur général. Cent quarante-sixième session, point 11 de l'ordre du jour provisoire. Conseil exécutif, EB146/12.
- OMS. (2020). Taux de mortalité de l'épilepsie au Tchad. www.worldlifeexpectancy.com
- Ortigues., M-C et Ortigues. (1966). *Œdipe africain*. L'Harmattan.
- Porte., J-M. (2005). Le stress : « angoisse du pauvre » ? ». Paris PUF ; *Revue française de psychosomatique*, 2n°28, pp.155-162.
- Prochaska., J.O et Norcross., J.C. (1999). *Systems of psychotherapy. A transtheoretical analysis* (4th ed.). Pacific Grove, Brooks/Cole Publishing Co.
- Radio France. (2008, Février). L'épilepsie. Vincent Olivier et la chronique de l'Express ; invités : Catherine Chiron neuropédiatre et Christophe Bernard Directeur de recherche à l'INSERM U751 au sein du laboratoire de neuropsychologie.
- Robeyrom., T. (2018). *Psychologie clinique et Psychopathologie*. Armand Colin.
- Sakadi., F et al. (2021). Epilepsie au Tchad : aspects sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques. *Neurologie*. Doi. 10.1016. V. O2.113.
- Scheffer., I-E et al. (2017). La classification des épilepsies de la Ligue Internationale contre l'Épilepsie (ILAE): Document établissant la position de la

Commission ILAE pour la classification et la terminologie.
Epilepsia : 1-10, 2017 doi : 10.1111/epi.13709.

Sillamy., R. (1967). *Dictionnaire de la psychologie*. Librairie Larousse, Paris.

Sow., I. (1977). *Psychiatrie dynamique africaine*. Payot.

Sow., I. (1978). *Les structures anthropologiques de la folie en Afrique Noire*. Payot.

Stora., J-B. (1999). *Quand le corps prend la relève. Stress, traumatisme et maladies somatiques*. Edition Odile Jacob.

Stora., J-B. (2010). *Le stress*. PUF, 10ème édition.

Stora., J-B. (2013). *La nouvelle approche psychosomatique : 9 cas cliniques*. MJW Fédérations.

Taylor., G - J. (1990). La pensée opératoire et le concept d'alexithymie. *In Revue française de psychanalyse*, LIV, n°3 (thème : la déliaison psychosomatique), pp.769-784.

Tobie., N. (1986). *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Dunod.

Tsala Tsala., J-P. (2006). *La psychologie telle quelle : perspective africaine*. Yaoundé presse de l'UCAC.

Verstraete., A et Bodart., O. (2023). Les crises non épileptiques psychogènes. *Rev Med Liege* ; 78 : 5-6 : 273-280.

Yrondi., A et al. (2015).Épilepsie : pour une sémiologie neuropsychiatrique de la dépression. *Annales Médico-Psychologiques*, 173; 738–742.

<https://www.hrw.org>> chad0107 (Human Rights Watch, 2007).

<https://www.inseed.td> (RGHP, 2018, 2023).

[Www.ligueepilepsie.be](http://www.ligueepilepsie.be).Ligue francophone belge contre l'épilepsie (ASBL) ; brochure-épilepsie.02/09/201.

[Www.rencontresdeneurologies.fr](http://www.rencontresdeneurologies.fr): Crises psychogènes non épileptiques.

ANNEXES

Annexe 1. Attestation de recherche _____	120
Annexe 2 : .Autorisation de recherche _____	121
Annexe 3 : Formulaire de consentement éclairé et cadre de recherche _____	122
Annexe 4. Guide d'entretien_____	123
Annexe 5 : Inventaire de Beck pour l'anxiété _____	124
Annexe 6 : Les corpus d'entretiens _____	125
Annexe 7. Tradithérapeute : Monsieur Christian Féminnazéa'a _____	132
Annexe 8. Les phases d'une crise d'épilepsie généralisée (Figure 3)_____	133

Annexe 1. Attestation de recherche

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN
 Paix – Travail – Patrie

 UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

 Faculté des Arts, Lettres et Sciences
 Humaines

 DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE
 B.P 7011 Yaoundé (Cameroun)



REPUBLIC OF CAMEROON
 Peace – Work – Fatherland

 UNIVERSITY OF YAOUNDE I

 Faculty of Arts, Letters and Social
 Sciences

 DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY
 P.O Box 7011 Yaoundé (Cameroun)

ATTESTATION DE RECHERCHE

Je soussigné, **Chandel EBALE MONEZE**, Professeur des Universités, Chef du Département de Psychologie, atteste que, Monsieur **LARBARIM Azaria**, Matricule 18L702 a libellé son sujet de Master II, option Psychopathologie et Clinique ainsi qu'il suit : « Les signifiants culturels dans le travail psychique de l'angoisse chez le patient épileptique pris en soins en tradithérapie au Tchad ».

Ses travaux qui s'effectuent sous la direction du Professeur **NGUIMFACK Léonard** de l'Université de Yaoundé I nécessitent une investigation sur le terrain.

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

Fait à Yaoundé le, **24 APR 2023**

Le Chef de Département

Chandel Moneze Chandel
 Professeur Titulaire



Annexe 2 : Autorisation de recherche

REPUBLIQUE DU TCHAD
 PRESIDENCE DE TRANSITION
 MINISTERE DE L'ADMINISTRATION
 DU TERRITOIRE DE LA DECENTRALISATION
 ET DE LA BONNE GOUVERNANCE
 PROVINCE DU LOGONE ORIENTAL
 DEPARTEMENT DES MONTS DE LAM
 SOUS - PREFECTURE DE LARAMANAYE
 N° 008 / PT / PMT / MATDBG / P LOR / DML / SPL / 2023



UNITE - TRAVAIL - PROGRES

AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigné, **Djimet BLAMA SOUK**, Sous-préfet de Laramanaye autorise Monsieur **LARBARIM Azaria**, étudiant en Psychopathologie et Clinique à l'Université de Yaoundé I/Cameroun à Laramanaye de faire sa recherche auprès des patients épileptiques pris en soins en tradithérapie.

En foi de quoi la présente autorisation de recherche lui est établie pour valoir et servir ce que de droit.

Fait à Laramanaye le 17 Mai 2023



Djimet BLAMA SOUK

Annexe 3 : Formulaire de consentement éclairé et cadre de recherche

Je soussigné, M. Mme. Mlle., _____, Tél: _____, avoir accepté de participer à la recherche le _____. Au _____ qui est élaborée et détaillée comme suit :

Dans le cadre de la formation, Monsieur AZARIA LARBARIM, étudiant en Psychopathologie et Clinique à l'Université de Yaoundé I au Cameroun, réalise un mémoire portant sur : "les signifiants culturels dans le travail psychique de l'angoisse chez le patient épileptique pris en soins en tradithérapie au Tchad". Dans l'objectif de comprendre le rôle des signifiants culturels dans le travail d'élaboration psychique de l'angoisse chez le patient épileptique pris en soins en tradithérapie au Tchad. Cependant, les outils utilisés dans cette recherche sont l'entretien clinique ou non directif à visée de recherche et l'inventaire de Beck pour anxiété (BIA). Cette recherche se déroule comme suit:

- Le premier jour consiste à entrer en contact avec le patient et son entourage, et passation de l'inventaire de Beck pour anxiété ;
- Le deuxième jour consiste à poursuivre l'entretien avec le patient seul.

Toutes les informations qui nous seront fournies, seront utilisées uniquement dans le cadre de cette recherche. Cependant, nous vous garantissons un total anonymat de vos identités.

NB : vous êtes libre d'interrompre les séances d'entretiens ou d'arrêter de poursuivre la recherche pour des raisons quelconques.

Laramanaye le ____ / ____ / 2023

Participant(e) :

Etudiant-chercheur

Annexe 4. Guide d'entretien semi-directif

Identification du patient

Pseudo _____, Sexe _____, Age _____,

Rang dans la fratrie _____, Ethnie _____,

Religion _____, Situation matrimoniale _____,

Niveau scolaire _____, Fonction actuelle _____,

Thèmes de référence

1- Croyances et mentalisation

Q 1. Comment appelle-t-on l'épilepsie dans votre langue maternelle ?

Q 2. Pensez-vous qu'il existe un lien maléfique ou mystique à l'origine de votre souffrance ?

Q 3. Qu'est-ce que cela représente pour vous ?

2- Les conduites socioculturelle et mentalisation

Q 4. Comment êtes-vous traité(e) dans la famille ?

Q 5. Que pense votre entourage de votre maladie ?

Q 6. Est-ce que votre entourage partage avec vous le même plat ?

Q 7. Avez-vous des amis ?

3- Pratiques culturelles et mentalisation

Q 8. Observez-vous des rites ?

Q 9. Est-ce que vous les respectez ?

Q 10. Avez-vous peur ?

Q 11. Estimez-vous que ces pratiques peuvent vous soulager de votre mal ?

Annexe 5 : Inventaire de Beck pour l'anxiété

Voici une liste de symptômes courants dus à l'anxiété. Veuillez lire chaque symptôme attentivement. Indiquez, en couchant le chiffre approprié, à quel degré vous avez été affecté par chacun de ces symptômes au cours de la dernière semaine, aujourd'hui inclus.

Au cours des 7 derniers jours, j'ai été affecté(e) par :	Pas du Tout	Un peu Cela ne m'a pas beaucoup dérangé(e)	Modérément C'était très déplaisant mais supportable	Beaucoup Je pouvais à peine-le supporter
1. Sensations d'engourdissement ou de de picotement	0	1	2	3
2. Bouffées de chaleur	0	1	2	3
3. « jambes molles », tremblements dans les jambes	0	1	2	3
4. Incapacité de se détendre	0	1	2	3
5. Crainte que le pire ne survienne	0	1	2	3
6. Etourdissement ou vertige, désorientation	0	1	2	3
7. Battements cardiaques marqués ou rapides	0	1	2	3
8. Mal rassuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements	0	1	2	3
9. Terrifié(e)	0	1	2	3
10. Nervosité	0	1	2	3
11. Sensation d'étouffement	0	1	2	3
12. Tremblements des mains	0	1	2	3
13. Tremblements , chancelant(e)	0	1	2	3
14. Crainte de perdre le contrôle de soi	0	1	2	3
15. Respiration difficile	0	1	2	3
16. Peur de mourir	0	1	2	3
17. Sensation de peur, « avoir la frousse »	0	1	2	3
18. Indigestion ou malaise abdominal	0	1	2	3
19. Sensation de défaillance ou d'évanouissement	0	1	2	3
20. Rougissement du visage	0	1	2	3
21. Transpiration (non associée à la chaleur)	0	1	2	3

Utilisé par le Laboratoire d'Etude du Trauma
Traduction française : Mark Freeston (1989)

Annexe 6 : Les corpus des entretiens

Corpus d'entretien avec Monsieur A (M.A)

Chercheur : Comment appelle-t-on l'épilepsie dans votre langue maternelle ?

M.A : Ah ! Ils appellent pipi.

Chercheur : Pipi veut dire quoi ?

M.A : c'est le nom qu'on donne à maladie, ça renvoie au battement des ailes d'un papillon qui raisonne pip-pip

Chercheur : Depuis quand souffrez-vous de cette maladie ?

M.A : Je suis né avec cette maladie ; ce pourquoi on ne m'a pas mis à l'école.

Chercheur : Comment êtes-vous traité dans la famille ?

M.A : On ne m'envoie pas faire des tâches comme mes frères, parfois tout le monde sort et je suis seul à la maison. Quand papa sort, on me traite comme un enfant qui vient d'ailleurs (...). Tous les jours, maman dit que je suis un mauvais garçon ; pleure (...). Parfois elle se ferme avec mes frères pour manger on me laisse dehors, c'est une mechante femme je vous dis...

Chercheur : Que pense votre entourage de votre maladie ?

M.A : Quand je passe seulement les gens parlent mal de moi ; même quand je suis assis seul, ils me voient et m'appellent « boîte à pharmacie » même si ta mamanne t'accouche pas tu vas venir (...) sorcier comme ça.

Chercheur : Comment saviez-vous tout ça ?

M.A : oui en les écoutant m'insulter et parler mal de moi

Chercheur : Avez-vous des amis ?

M.A : Oui mais plus maintenant.

Chercheur : Pourquoi ?

M.A : Les autres enfants ne jouent pas avec moi, ils ont peur de moi. Avant je joue avec Chancel depuis que sa maman lui a tapé, quand il me voit, il court seulement. Beaucoup de tantines ne veulent pas me voir avec leurs enfants ; même mes frères refusent de manger avec moi ; peu seulement manger avec moi (...).

Chercheur : Pensez-vous qu'il existe un lien maléfique ou mystique à l'origine de votre souffrance ?

M.A : Aïe! est-ce que je sais ! j'ai entendu dire que quand maman est enceinte de moi, elle sortait toujours très tôt pour vendre sa soupe aux gens qui font le goudron c'est comme ça l'esprit d'un arbre coupé est entré en elle et elle m'a accouché avec la maladie.

Chercheur : Pour vous qu'est-ce que cela représente ?

M.A : Ah je ne sais pas, haussant l'épaule.

Chercheur : Avez-vous peur ?

M.A : Oui.

Chercheur : Pourquoi ?

M.A : Parce que je suis seul ; pleure en parlant, personne ne me comprend ici (...).

Chercheur : Observez-vous des rites ?

M.A : Oui.

Chercheur : Est-ce que vous les respectez ?

M.A : Parce que Papa m'a dit si je respecte tout il me trouvera une place à l'école, sourire, maintenant, tous les jours, je bois les remèdes matin-soir et je fais tout ce qu'on me dit.

Chercheur : Estimez-vous que ces pratiques peuvent vous soulager de mal ?

M.A : Oui, depuis que je ne prends plus les médicaments de l'hôpital, je ne tombe plus. Mon papa ne vous a pas dit j'ai plus mal à la tête. Le grand-père m'aide bien avec ses remèdes, papa dit si je ne tombe plus la rentrée scolaire prochaine j'irai à l'école.

Corpus d'entretien avec Madame G (M.G)

Chercheur : Comment appelle-t-on l'épilepsie dans votre langue maternelle ?

M.G : Dans ma langue maternelle on appelle la maladie dont je souffre Djim-kil, parce que ça fait tomber.

Chercheur : Depuis quand souffrez-vous de cette maladie ?

M.G : Ça commence en 2017 comme de vertige, après je ne me souviens pas ce qui s'est passé.

Chercheur : Comment êtes-vous traitée dans la famille ?

M.G : Quand j'étais chez mes parents avant de me marier, mes frères et sœurs m'adoraient ; tout le monde m'aime beaucoup, (...) malgré que je suis malade. Aujourd'hui avec mon mari il n'y'a pas de problème mais ma belle-famille, hum ! ce vrai je lui ai fait comprendre que suis malade quand nous étions en relation mais il quittait toujours Abéché après ses résultats d'examen universitaire en juillet et lorsqu'il arrive les crises sont déjà arrêtés. A son absence je fais les crises et quand je le dis il me répond toujours ce rien cava aller il faut que je sois forte, c'est comme ça, on s'est marié. Au début, vous n'allez pas me croire, j'ai eu une belle-famille adorable et attentionnée, pleure, depuis ma 1^{ère} crise ici, tout le monde me rejette, elle interdit même les enfants de venir devant ma porte, pleure (...).

Chercheur : Que pense votre entourage de votre maladie ?

M.G : Les gens pensent et disent beaucoup de choses de moi mais je ne les gère pas (...). Les uns disent j'ai détruit la vie de leur fils et d'autres pensent que je ne ressemble pas à une femme qui va accoucher parce que ça fait 6 mois de mariage et même pas une fausse couche. J'ai peur qu'on monte mon mari contre moi.

Chercheur : Avez-vous des amis ?

M.G : Oui mes frères.

Chercheur : Comment vos frères ?

M.G : En dehors d'eux et mon mari je n'ai pas. Avant de me marier, il n'y'a pas grande chose à dire à part les gars que j'ai repoussé leur avance qui m'insulte à tout bout de chemin, « ndje

kouma, ndje Djim-kil » (sorcière et épileptique). Mais ici, je ne suis pas la bienvenue, je pars au forage on me fuit, c'est pareil au marché (...). J'ai peur des gens et d'y aller au marché, crise de larme ; j'ai peur d'ouvrir mon atelier et aucun client ne vienne.

Chercheur : Pensez-vous qu'il existe un lien maléfique ou mystique à l'origine de votre souffrance ?

M.G : Non je ne pense pas, en 2017 après les résultats du baccalauréat j'ai échoué, toutes mes copines ont réussi à l'examen. Silence ! cela j'ai eu l'idée de boire l'acide pour me suicider heureusement papa est arrivé à temps. Arrivée en 2018, j'ai encore échoué, et beaucoup de gens cherchent à trouver d'explication à ma maladie et mes échecs. Certains racontent comme je refuse de me marier c'est comme ça que j'ai repoussé les avances d'un papiwata (esprit de mer) et d'autres concluent que celui qui est à l'origine de mes échecs au baccalauréat. En plus, quand les marabouts ont dit la même chose à mes parents, dans la communauté je suis devenue un mystère ; jusqu'à ce que je me suis mariée, larme. Je n'imaginai pas que tout ceci va me poursuivre dans mon foyer. Mon époux et moi avons décidé d'aller voir le curé de la paroisse de Laramanaye comme nous sommes ses fidèles, il peut prier avec nous et vraiment nous aider. Mais après avoir échangé et prié avec nous, il a préféré nous renvoyer à l'hôpital (...) regret.

Chercheur : Pour vous qu'est-ce que cela représente ?

M.G : Ma souffrance c'est la volonté de Dieu, c'est une maladie qu'il m'a donnée et les traitements c'est lui aussi qui donne aux médecins et aux guérisseurs, serre forte son chapelet. Je pris tous les jours et sans cesse pour qu'il m'aide parfois ça énerve mon guérisseur quand il veut me donner le traitement.

Chercheur : Avez-vous peur ?

M.G : Non.

Chercheur : Pourquoi ?

M.G : Parce que mon Dieu veille sur moi, un jour, il va m'appeler auprès de lui et tout ceci va passer, pleure. Ce vrai ce que mon mari vous a dit, c'est ma deuxième fois que j'ai cette envie de me suicider. Si vous êtes à ma place que feriez-vous ? Quand il sort je suis seule et je ne vais pas l'enfermer avec moi, vous savez je l'aime beaucoup et je ne veux pas qu'il souffre à cause de moi. Depuis ma crise vous êtes la première personne qui nous rend visite, (...), souris en pleurant que Dieu vous bénisse.

Chercheur : Observez-vous des rites ?

M.G : Oui.

Chercheur: Est-ce que vous les respectez ?

M.G : Oui, parce que nous cherchons la guérison ; même je suis deux traitements, je ne les mélange pas vous savez, je fais 1 mois avec les médicaments de l'hôpital et 1 mois avec les remèdes du guérisseur. Actuellement, je prends les remèdes du guérisseur et je respecte même si chez lui, il y'a trop d'exigences pas comme à l'hôpital. Mon mari et moi faisons de notre mieux pour éviter les rapports sexuels comme il le dit pendant son traitement et je ne mange pas tout ce qu'il m'a interdit

Chercheur : Estimez-vous que ces pratiques peuvent vous soulager de votre mal ?

M.G : Oui, même si je ne fais pas de crise, il y'a de cela 1mois mais mon rétablissement total dépend de la volonté de Dieu, il nous faut un miracle de sa part.

Corpus d'entrevue avec Monsieur I (M.I)

Chercheur : Comment appelle-t-on l'épilepsie dans votre langue maternelle ?

M.I : Dans ma culture, on appelle Sèm-kùku, c'est une mauvaise maladie.

Chercheur : Pour quoi c'est une mauvaise maladie ?

M.I : C'est mieux d'avoir le sida qu'on peut facilement cacher mais pas ce que j'ai.

Chercheur : Depuis quand souffrez-vous de cette maladie ?

M.I : En 2020, après ma chute sur le manguier.

Chercheur : Comment êtes-vous traité dans la famille ?

M.I : C'est moi, l'aîné de la famille mais papa me met à l'écart depuis mon retour de l'armée ; oui, ah oui je ne sais pas pourquoi, (...). Ici tout le monde se préoccupe de sa santé, toute la famille ne me traite pas différemment comme dans d'autre famille où on ne mange pas avec les personnes ayant cette maladie. Chez nous vous pouvez passer des mois sans savoir que je suis un malade d'épilepsie, au moins on vous dit ou je fais une crise.

Chercheur : Que pensez-vous de votre maladie ?

M.I : Ah ! les gens disent, je ne suis pas comme l'enfant d'avant depuis mon retour de l'armée. Ça je suis trop bizarre, parce que je bois de l'alcool et je fume beaucoup ; mais je m'en fous (hausse le ton). Sourire, ils racontent tout ça parce que maintenant, peu de chose je les dis mes quatre vérités et ils ont peur de moi. Beaucoup pensent que l'armée et la maladie m'ont rendu violent et que je pourrais tuer quelqu'un un jour dans ce village, rire. Je sens là où ils veulent en venir ; ici c'est chez moi j'irai nul part. La dernière fois que j'ai giflé propre un vaut rien qui sortait avec ma cousine comme il s'est évanoui. Depuis qui même raconte ce qu'il veut ; c'est leur problème.

Chercheur : Avez-vous des amis ?

M.I : Oui, je suis ami à tout le monde.

Chercheur : Ah bon !

M.I : Oui, avant d'aller à l'armée, je fais partie des jeunes sportifs du village et je suis un excellent gaucher sur le terrain.

Chercheur : Pensez-vous qu'il existe un lien maléfique ou mystique à l'origine de votre souffrance ?

M.I : Avant si, parce que j'étais très fort à l'école et les gens ne m'aiment pas pour ça au village. Et pendant les congés de paque, suis rentré au village pour aider mes parents à préparer les champs et les sorciers du village m'ont lancé cette maladie et je suis tombé du manguier. Aujourd'hui, je n'ai pas peur d'eux quand ils me voient dans les cabarets, ils sortent un à un hum ; un jour je vais décider ils vont me sentir pour ce qu'ils m'ont fait (...).

Chercheur : Pour vous qu'est-ce que cela représente ?

M.I : C'est une maladie de la tête d'ailleurs même à l'armée, mes supérieurs m'ont renvoyé pour que je rencontre un médecin.

Chercheur : Avez-vous peur ?

M.I : Non de qui ou de quoi, je n'ai plus peur.

Chercheur : Pourquoi ?

M.I : J'ai appris à faire face au danger dont je n'ai pas peur de cette maladie ni des gens quand j'aurai l'argent j'irai me faire opérer la tête, il faut qu'on m'enlève cette chose.

Chercheur : En ce moment, qu'est-ce que vous ressentez ?

M.I : Ce que je ressens maintenant c'est la colère envers mes chefs sinon aujourd'hui je serais un béret rouge (militaire), quand j'entends que tel est un sorcier j'ai seulement un fort envie de l'abattre ; et surtout les peulhs avec leurs bœufs qui nous détruisent les champs, on verra cette année, (...).

Chercheur : Observez-vous des rites ?

M.I : Non pas du tout.

Chercheur : Pourquoi ?

M.I : Le vieux là se fâche trop, il me donne les remèdes que parfois je prends, quand je sors un peu fumer ou boire un calo, il dit je ne respecte pas ses ordonnances, koo il va arrêter de me traiter, moi ce que je veux même comme ça on va m'amener à l'hôpital.

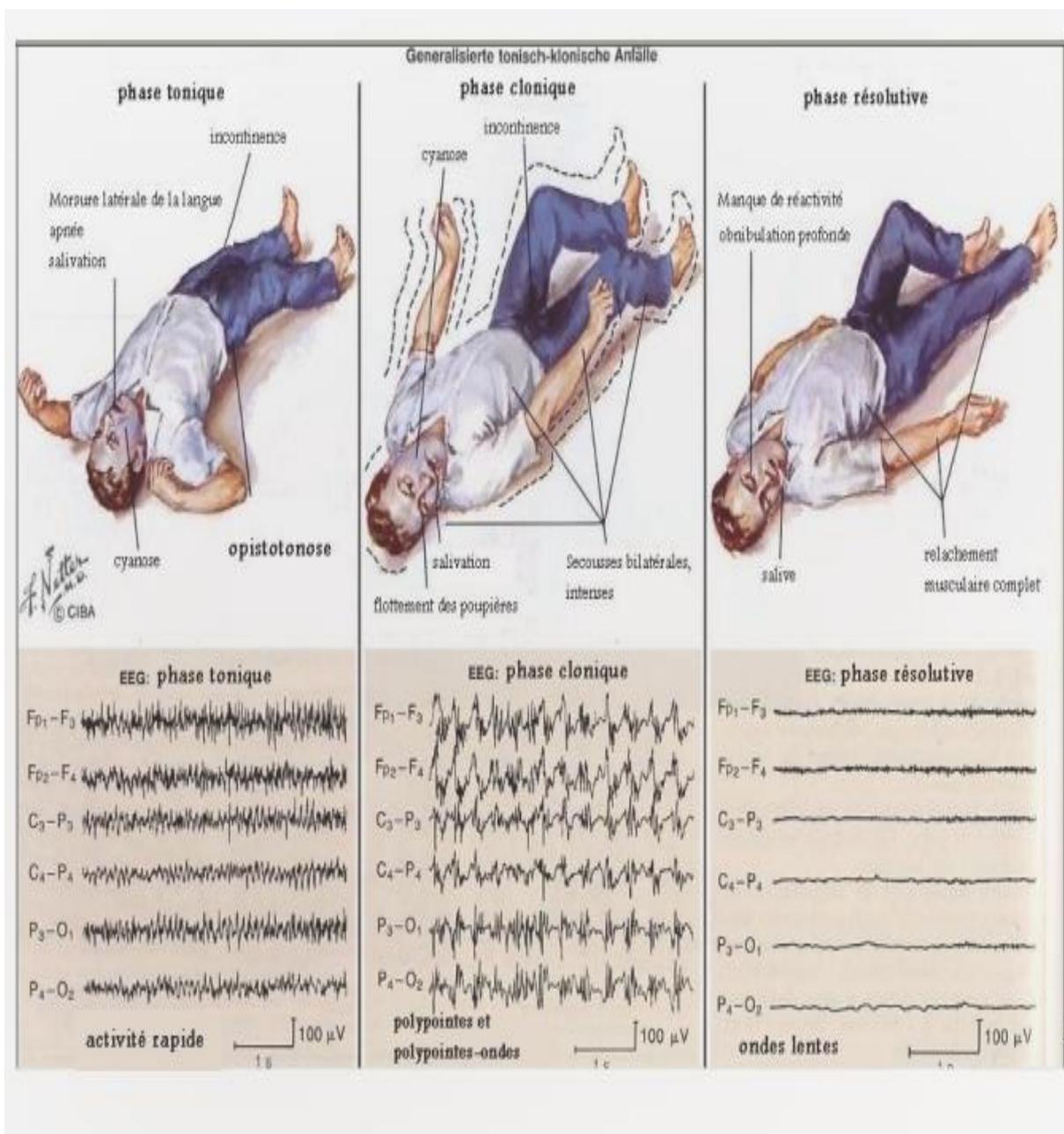
Chercheur : Estimez-vous que ces pratiques peuvent vous soulager de votre mal ?

M.I : Ah non je ne pense pas comme ça ; les produits du vieux sont bons, les gens viennent de loin pour le voir et il les aide mais mon cas c'est un truc de l'hôpital, imaginez, il me dit d'arrêter l'alcool et de fumer; rire, est ce que la guérison à ma maladie viendra de ses interdictions ? mais non ces choses m'aident à me contrôler mieux que les remèdes qu'il me donne. Qu'est ce que vous faites ici, dites lui que maladie c'est une maladie de l'hôpital pour qu'on me laisse partir d'ici. D'ailleurs, quand j'aurai l'argent je parterais moi-même voir un médecin.

Annexe 7.Tradithérapeute : Monsieur Christian Dingaokain



Annexe 8. Les phases d'une crise d'épilepsie généralisée (Figure 3)



Source : www.ligueepilepsie.be

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE _____	ii
REMERCIEMENTS _____	iv
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGNES & ACRONYMES _____	v
LISTE DES TABLEAUX _____	vi
LISTE DES FIGURES & GRAPHIQUES _____	vii
RÉSUMÉ _____	viii
ABSTRACT _____	ix
INTRODUCTION GÉNÉRALE _____	1
CHAPITRE 1. PROBLÉMATIQUE _____	5
1.1. Contexte de l'étude _____	5
1.2. Justification de l'étude _____	10
1.3. Formulation et position du problème _____	11
1.4. Question de recherche _____	15
1.5. Hypothèse de travail _____	15
1.6. Objectif de recherche _____	15
1.7. Intérêts de recherche _____	15
1.7.1. Intérêt personnel _____	15
1.7.2. Intérêt scientifique _____	15
1.7.3. Intérêt social _____	16
CHAPITRE 2. L'ÉPILEPSIE : UNE MALADIE BIOLOGIQUE ET CULTURELLE _____	17
2.1.1. Définitions _____	17
2.1.2. Physiopathologie _____	18
2.1.3. Classification de l'épilepsie _____	20
2.1.4. Foyers épileptogènes et symptomatologies _____	24

2.1.5. Étiologies d'épilepsie _____	25
2.1.5.1. Etiologie structurelle _____	25
2.1.5.2. Etiologie génétique _____	25
2.1.5.3. Etiologie infectieuse _____	26
2.1.5.4. Etiologie métabolique _____	26
2.1.5.5. Etiologie immune _____	27
2.1.5.6. Etiologie inconnue _____	27
2.1.6. Particularités de l'épilepsie _____	28
2.1.6.1. Epilepsie et l'enfance _____	28
2.1.6.2. Epilepsie chez l'adulte _____	30
2.1.6.3. Epilepsie et sujet âgé _____	31
2.1.6.4. Femmes en âge de procréer ayant une épilepsie _____	31
2.1.7. Les crises psychogènes non épileptiques _____	32
2.1.8. Diagnostics de l'épilepsie _____	34
2.1.9. Les traitements _____	36
2.1.9.1. Traitements médicamenteux _____	36
2.1.9.2. Traitements non médicamenteux _____	39
2.1.9.2.1. La chirurgie _____	39
2.1.9.2.2. La diète cétogène _____	40
2.6.2.3 Les psychothérapies _____	40
2.2.1. Epilepsie au Tchad _____	43
2.2.1.1. Epilepsie au Nord du Tchad _____	43
2.2.1.2. Epilepsie au Sud du Tchad _____	44
2.2.2. Tradithérapie et épilepsie _____	46
2.2.2.1. Les tradithérapeutes _____	46
2.2.2.2. Rites de l'épilepsie _____	47
CHAPITRE 3.INSERTION THÉORIQUE _____	50

3.1. Approche psychosomatique _____	50
3.1.1. Théorie de mentalisation de Pierre Marty (1964, 1991) _____	52
3.2. Le modèle intégratif en psychosomatique au XXI ^e Siècle _____	57
3.2.1. Théorie des cinq systèmes de Jean Benjamin Stora (1999) _____	57
3.3. Théorie du relativisme socioculturel d'Ibrahim Sow (1977, 1978) _____	60
DEUXIÈME PARTIE :CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET OPÉRATOIRE _____	65
CHAPITRE 4.MÉTHODOLOGIE _____	66
4.1. Bref rappel de la problématique _____	66
4.1.1. Rappel du problème _____	66
4.1.2. Rappel de la question de recherche _____	68
4.1.3. Rappel de l'hypothèse de travail _____	68
4.1.4. Rappel de l'objectif de recherche _____	68
4.2. Site de l'étude : Sous-préfecture de Laramanaye (Tchad) _____	69
4.2.1. Présentation du site _____	69
4.2.2. Justification du choix du site _____	70
4.3. Population, technique d'échantillonnage et critères de sélection des participants _____	70
4.3.1. Population _____	70
4.3.2. Technique d'échantillonnage _____	70
4.3.3. Critères de sélection des participants _____	70
4.3.3.1. Critères d'inclusion _____	71
4.3.3.2. Critères de non inclusion _____	71
4.4. Type de recherche _____	72
4.5. Approche de la recherche _____	72
4.6. Méthode de recherche _____	73
4.6.1. Etude de cas _____	74
4.7. Techniques et outils de collecte des données _____	74

4.8. Techniques d'analyse des données	75
4.8.1. Grille de cotation et d'interprétation du BIA	75
4.8.2. Analyse de contenu des entretiens cliniques de recherche	75
4.8.2.1. Analyse thématique	76
4.9. Déroulement de la recherche	78
4.10. Considération éthique	78
CHAPITRE 5. PRÉSENTATIONS DES RÉSULTATS	79
5.1. Présentation des cas et les résultats issus du BIA	79
5.1.1. Monsieur A (M.A)	79
5.1.1.1. Les données anamnestiques de M.A	79
5.1.1.2. Les résultats issus du BIA chez M.A	80
5.1.2. Madame G (M.G)	81
5.1.2.1. Les données anamnestiques de M.G	81
5.1.2.2. Les résultats issus du BIA chez M.G	82
5.1.3. Monsieur I (M.I)	83
5.1.3.1. Les données anamnestiques de M.I	83
5.1.3.2. Les résultats issus du BIA chez M.I	83
5.2. Présentation des résultats des entretiens	85
5.2.1. Monsieur A (M.A)	85
5.2.2. Madame G (M.G)	87
5.2.3. Monsieur I (M.I)	90
CHAPITRE 6. ANALYSE, INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS	93
6.1. Analyse des différents résultats	93
6.1.1. Analyse et interprétation des résultats de l'inventaire de Beck pour l'anxiété (BIA)	93
6.1.1.1. Cas M.A	93

6.1.1.2. Cas M.G	93
6.1.1.3. Cas M.I	94
6.1.2. Analyse des résultats issus des entretiens	94
6.1.2.1. Cas M.A	94
6.1.2.2. Cas M.G	95
6.1.2.3. Cas M.I	97
6.2. Interprétation des résultats issus des entretiens	98
6.2.1. Croyances et mentalisation	98
6.2.1.1. Cas M.A	98
6.2.1.2. Cas M.G	99
6.2.1.3. Cas M.I	100
6.2.2. Les conduites socioculturelles et mentalisation	100
6.2.2.1. Cas M.A	100
6.2.2.2. Cas M.G	101
6.2.2.3. Cas M.I	101
6.2.3. Pratiques culturelles et mentalisation	102
6.2.3.1. Cas M.A	102
6.2.3.2. Cas M.G	102
6.2.3.3. Cas M.I	103
6.2.4. Mentalisation de la souffrance suivant d'autres facteurs	103
6.2.4.1. Cas M.A	103
6.2.4.2. Cas M.G	104
6.2.4.3. Cas M.I	105
6.3. Discussion des résultats	106
6.4. Limites de l'étude	106

CONCLUSION GÉNÉRALE	110
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	113
ANNEXES	119