

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*



THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

\*\*\*\*\*

POST GRADUATE SCHOOL FOR  
HUMAN, SOCIAL AND  
EDUCATIONAL SCIENCES

\*\*\*\*\*

DOCTORAL RESEARCH UNIT  
FOR HUMAN SOCIAL SCIENCES

\*\*\*\*\*

**SIGNIFIANTS CULTURELS DANS LE TRAVAIL  
D'ELABORATION DE LA MALADIE CHEZ LES  
PATIENTS EN READAPTATION CARDIAQUE**

**Mémoire rédigé et soutenu en vue de l'obtention du diplôme de Master en  
Psychologie**

**Spécialité : Psychopathologie et Clinique**

Par

**FOSSO SONKEN Syriane**

*Licenciée en psychologie*

*JURY*

<b>PRESIDENT :</b>	<b>Pr MVESSOMBA EDOUARD ADRIEN</b>	<b>UYI</b>
<b>RAPPORTEUR :</b>	<b>Pr NGUIMFACK Léonard</b>	<b>UYI</b>
<b>MEMBRE :</b>	<b>Dr BITOGO</b>	<b>UYI</b>



*Juin 2023*

# SOMMAIRE

<b><u>DEDICACE</u></b> .....	i
<b><u>REMERCEMENTS</u></b> .....	ii
<b><u>LISTE DES TABLEAUX</u></b> .....	iii
<b><u>LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES</u></b> .....	iv
<b><u>RESUME</u></b> .....	v
<b><u>ABSTRACT</u></b> .....	vi
<b><u>INTRODUCTION GENERALE</u></b> .....	1
<b><u>PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE</u></b> .....	4
<b><u>CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE</u></b> .....	5
<b><u>CHAPITRE 2 : MALADIES CARDIOVASCULAIRES ET RETENTISSEMENTS PSYCHIQUES</u></b> .....	22
<b><u>DEUXIEME PARTIE : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE</u></b> .....	77
<b><u>CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE DE RECHERCHE</u></b> .....	78
<b><u>CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS</u></b> .....	98
<b><u>CHAPITRE 6 : INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS</u></b> .....	118
<b><u>CONCLUSION GENERALE</u></b> .....	129
<b><u>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u></b> .....	133
<b><u>ANNEXES</u></b> .....	viii
<b><u>TABLE DES MATIERES</u></b> .....	xxxix

**A**

Mes parents,

SONKEN Victor et DOUANLA Fride

## REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail, je tiens à témoigner ma profonde gratitude :

Au Pr NGUIMFACK Léonard qui l'a dirigé. Il a mis à ma disposition son savoir, son savoir-faire et son savoir-être en matière de recherche ;

Au Pr EBALE MONEZE Chandel, Chef de Département de Psychologie de l'Université de Yaoundé I, pour avoir autorisé cette recherche et pour ses enseignements dispensés ;

Aux enseignants du Département de Psychologie de l'Université de Yaoundé I, pour les différents enseignements qu'ils ont mis à notre disposition ;

A tout le personnel du service de cardiologie et de réadaptation cardiaque de la Polyclinique les Promoteurs de la Bonne Santé, qui a favorisé cette étude ;

A tous les participants à cette étude pour leur disponibilité, participants sans lesquels l'étude n'aurait été possible ;

Au Dr GOULA Boris, pour son soutien et conseils durant ce travail de recherche ;

Qu'il me soit aussi permis d'exprimer toute ma reconnaissance :

A mes aînés académiques, M. MENGUE ASSILA Serge et Mlle MAMAI ADARON, pour leur soutien durant ce travail ;

A tous mes camarades et amis, en particulier : TANEKEU Collins, MACHUENTUM Chancelle, KOUATE Cécile, DONFACK Ornella, SOMI Kevin, AWONO Fabrice, MOUTONI Junior, KOUYABE Sophie pour tout leur soutien tout au long de cette recherche ;

A mes Sœurs, ZANGUE Armande, TAMELI Chimène, SONKOUE Ranèse, DOUNGME NE Vanelle qui ont été là durant toute cette étude et qui m'ont apporté un soutien ;

A tous les membres de ma famille, pour leur soutien de toute nature ;

A tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué de quelque manière que ce soit à la réalisation du présent travail de recherche.

## LISTE DES TABLEAUX

<i>Tableau 1 : caractéristiques des participants</i> .....	80
<i>Tableau 2 : grille d'analyse des entretiens</i> .....	91

## **LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES**

AVC : Accident Vasculaire Cérébrale

MC : Maladie Cardiaque

IC : insuffisance Cardiaque

IM : Infarctus du Myocarde

MCV : Maladie Cardiovasculaire

MNT : Maladie Non Transmissible

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PVD : Pays en Voie de Développement

ETP : Education Thérapeutique du Patient

CUER : Comité Universitaire d’Ethique de le Recherche

## RESUME

Notre étude s'intitule « Signifiants culturels dans travail d'élaboration de la maladie chez les patients en réadaptation cardiaque ». La survenue de la maladie cardiaque entraîne une importante souffrance psychique chez le sujet malade. Cette survenue est un état de crise qui plonge le sujet dans un état de désarroi, où ce dernier, se trouvant impuissant face sa maladie, développe de la dépression, du stress post traumatique, de l'anxiété. L'observation auprès des patients en réadaptation cardiaque nous a permis de noter qu'il sont profondément enracinés dans leur culture : ils parlent de leur maladie comme étant le fait de la sorcellerie, du maraboutage, de la sorcellerie, du mauvais œil, de la malédiction, de la volonté de Dieu ; ils parlent également des blindages faits sur leur corps, des pratiques, de rites ancestraux comme le culte des cranes et le lavage, des séances de prières et d'exorcisme auxquelles ils se livraient désormais. Par rapport au travail d'élaboration de leur maladie, ces patients parlent de leur souffrance de manière banale « cette maladie est une maladie comme les autres », en la simplifiant « c'est une simple maladie, je la vis comme ça » ; ils développent un discours positif sur leur état de santé « malgré tout, je vous assure que je ne pense pas à la mort, je m'en sortirai ». Or les théoriciens de la mentalisation fondent leur travail d'élaboration psychique sur deux processus, à savoir, la représentation et la symbolisation qui sont des productions de préconscient. La culture considérée comme un contenant favorisant la mise en sens des situations et des phénomènes par les ethnopsychanalistes (Devereux, 1977 ; Róheim, 1943, Linton, 1977 ; Moro, 2004 ; Sow, 1977), n'a pas retenu l'attention des théoriciens de la mentalisation (Marty (1991), Fonagy (2001, 2004), Bergeret (1991), Debray (1983, 1996). Ainsi, nous nous sommes donnés pour objectif de comprendre le rôle des signifiants culturels dans le travail d'élaboration de la maladie chez les patients en réadaptation cardiaque. Pour ce faire, nous avons fait recours à la méthode clinique. Les données ont été collectées par le biais des entretiens semi-directifs auprès de trois personnes atteintes de maladie cardiovasculaire au sein de la Polyclinique les Promoteurs de la Bonne Santé. Lesdites données ont fait l'objet d'une analyse de contenu. Les résultats obtenus montrent que les signifiants culturels que sont ici la croyance en la protection culturelle, la consultation des guérisseurs, l'interprétation persécutive, le recours aux rites, sont des unités de sens que la culture offre au patient et qui l'aident à donner un sens à sa maladie. Ces résultats ont été interprétés à partir de la théorie de la mentalisation et discutés à la lumière des travaux antérieurs.

**Mots clés** : Signifiants culturels, Elaboration psychique, maladie cardiovasculaire, réadaptation cardiaque, Souffrance.

# ABSTRACT

Our study is intiltled : « Cultural signifiers and the work of illness elaboration in cardiac rehabilitation patients ». The onset of heart desease leads to psychological suffering in the patient. This onset is the state of crisis that leaves in the face of the patient in the state of disarray, where, powerless in front of their ilnes, the develop depression, past traumatic stress an axxiety. Oservation of patients endergoing cardiac rehabilitation has enable us to note that they are deeply rooted in their culture : they speak of their illness as being the result of withcraft, maraboutism, the evil eye, a curse, the will of God ; they also speack of the armoring done to their bodies, of ancestral ritual praticies such as cult of skulls and washing, and of the prayer and exorcism sessions they now engage in. In relation to the work of elaborating their illness, these patients talk about their suffering in a banal way « this illness is an illness like others », simplifying it « it is a simple illness) and developping a positive discourse on their state of healht ‘in spite of everything, i assure you that im not thinking about death, i’ll get thought it ». However, mentalization theories base their work psychic elaboration on two processes, namely, prepresentation and symbolization, which are the products unconscious. Ethnopsychologists see culture as a container for making sense of situations and phenomena, but mentalisation theorists have not paid much attention to it. We therefore set our objectveod understanding the role of cultural signifiers in the elaboration of illnesses in patients undergoing cardiac rehabilitation. To achieve this, we used the clinical method. Data were collected by means of semi-directive interview with three people suffering from cardiovascular desease at Polyclinic les Promoteurs de la bonne Santé. The data were analysed for content. The results show that cultural signifiers such as cultural protection, sonsultation of healers, persecutory interpretation and recouse to rituals are units of meaning that culture offers to the patient and that help him to make sens of their illness. The results were interpreted by the mentalization thory and discursed in the light of previous work.

Keywords : cultural signifiers, psychic/work elaboration, Cardiac desease, cardiac rehabilitation, suffering.

## INTRODUCTION GENERALE

Les maladies cardiaques sont l'une des principales causes de mortalité au sein de la population mondiale. Chaque année, 17 millions de personnes meurent d'une maladie non transmissible avant l'âge de 70 ans ; 86% de décès prématurés surviennent dans les pays à faible revenu ou revenu intermédiaire. Sur l'ensemble des décès imputables aux MNT, 77% se produisent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. Dans ce sens, les maladies cardiovasculaires sont à l'origine de la plupart des décès dus aux MNT, soit 17,9 millions de personnes par an, suivi des cancers (9,3 millions), des maladies respiratoires (4,1 millions) et du diabète (2,0 million y compris les décès dus à une maladie rénale causée par le diabète). Dans le cadre de cette étude, la maladie chronique qui nous intéresse est la maladie cardiovasculaire. Selon l'OMS (2017), elle renvoie à un ensemble de trouble affectant le cœur et les vaisseaux sanguins qui comprend : les cardiopathies coronaires, les maladies cérébrovasculaires, les artériopathies périphériques, les malformations cardiaques congénitales, les thromboses veineuses profondes et les embolies pulmonaires. D'après l'OMS (2022), ces maladies dont les facteurs les plus connus sont une mauvaise alimentation, l'inactivité physique, l'exposition à la fumée du tabac ou la consommation nocive d'alcool sont provoquées par des forces telles que l'urbanisation rapide, et non planifiée, la mondialisation des modes de vie malsains, et le vieillissement de la population.

Selon la société camerounaise de cardiologie, les maladies cardiovasculaires sont en hausse au Cameroun et touchent près de 35% de la population adulte, soit environ 17000 cas officiellement recensés chaque année (Abidellaoui, 2016). Ces maladies loin d'être responsables d'un grand nombre d'hospitalisation, présentent un impact sur le plan économique, familial, social, médical et professionnel.

Outre leur impact médical et économique, les maladies chroniques (MC) ont un impact important sur la qualité de vie et le bien-être. On le comprend aisément puisqu'elles ont des conséquences négatives en termes de santé physique (douleur, gêne...), mentale (anxiété, dépression...) et sociale (solitude, isolement sociale...), (Devleesschauwer & Wilder, 2021).

Sur le plan psychologique, plusieurs auteurs (Houppé, 2017 ; Pheulpin et al., 2017 ; Corazza & Yaman, 2016 ; Dominicé, 2010 ; Tran et al, 2019 ; Lehmann, 2014 ; Giraudet, 2006) rendent compte de la souffrance psychique du malade chronique, notamment celui atteint de la maladie cardiaque. Ainsi, le vécu d'une maladie chronique en général, et de la MCV en

particulier décrit une réelle souffrance psychique chez le patient. Il s'agit surtout d'une situation vécue par le patient comme un choc ; choc qui crée une rupture biographique et identitaire voire une altération de l'image du corps. Tous ces changements engendrent chez le patient un sentiment d'impuissance, de culpabilité qui rend le patient démuni, abandonné à son sort, d'où l'angoisse de mort. Le sujet se trouve plongée dans un état de crise où le passé et le présent sont étroitement intriqués. Dans ce sens, le sujet est appelé à effectuer un travail psychique (Lehmann, 2014) ou un travail de la maladie (Pardinielli, 1987) à chacune des étapes de l'évolution de la maladie. Dit autrement, le sujet malade face à la souffrance doit effectuer une opération essentielle, tenue par le Moi afin de la maîtriser. Il s'agit pour lui de réaliser une liaison psychique des affects et des représentations, permettant un travail d'élaboration mentale des tensions générées par cette souffrance.

Plusieurs travaux en psychologie ont déjà été menés sur les MCV. D'une part, la plupart s'intéresse aux affects liés à la maladie cardiaque (Savvopoulos, 2015), à ses répercussions psychologiques (Bartoli et al ; 2013 ; Brennan et al, 2009, cité par Tassé, 2019 ; Houppe, 2017). D'autre part, il existe certes des travaux qui rendent compte du travail d'élaboration de la maladie chez la personne cardiaque en réadaptation cardiaque. C'est notamment le cas des travaux qui rendent compte du travail d'élaboration de la maladie chez les patient cardiaque (Marchetti, 2007). Cependant, la dimension culturelle de ce travail d'élaboration chez ces personnes n'a pas été relevée.

C'est la raison pour laquelle, dans le cadre de cette étude, nous nous intéressons à cette dimension culturelle dans le travail d'élaboration de la maladie chez les patients en réadaptation cardiaque. L'étude s'intitule donc : **Signifiants culturels dans le travail d'élaboration de la maladie chez les patients en réadaptation cardiaque**. Par cette formulation, notre étude a pour objectif de saisir le rôle des signifiants culturels dans le travail d'élaboration ou de mentalisation chez cette population.

Pour atteindre l'objectif ainsi formulé, l'étude est divisée en deux grandes parties ayant chacune trois chapitres : La première partie intitulée cadre théorique comprend le premier chapitre intitulé « Problématique de l'étude », le deuxième chapitre intitulé « Maladie cardiovasculaire et retentissements psychologiques » et le troisième chapitre intitulé « Ancrage théoriques de l'étude » (insertion théorique). La deuxième partie quant à elle traite du cadre méthodologique et opératoire. Elle comprend le quatrième chapitre intitulé « Méthodologie de

l'étude », le cinquième chapitre intitulé « Présentation et analyse des résultats », et le sixième chapitre intitulé « Interprétation et discussion des résultats ».

**PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE**

# CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE

## 1.1 CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Les maladies telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires, les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux (AVC), les cancers sont de plus en plus courants dans les pays en voie de développement (PVD) (Cognet & Vézina, 2010 ; Elongé, 2005). Ces maladies encore appelées maladies non transmissibles (MNT) font une percée épidémiologique partout dans le monde (Ly, 2012). Si les pays développés ont été affectés depuis longtemps, les pays en développement (PED) ont désormais une incidence de ces maladies en progression constante. Pour Ly (2012), une définition officielle peut être adoptée pour les maladies non transmissibles. Les utilisations sont larges et les frontières souvent floues : les maladies cardiovasculaires, cancers, diabète, maladies auto-immunes, maladies neurodégénératives...

Pour Daigle (2006), « les maladies cardiovasculaires regroupent une catégorie d'accidents variés, qui repose sur une base commune : l'atteinte du cœur ou des vaisseaux sanguins ». Ces maladies sont aussi appelées maladies chroniques parce que leurs prises en charge se font à long terme ou durant toute la vie dès lors qu'elles sont installées (Ly, 2012). Dans cette perspective, elles constituent un défi mondial d'ampleur épidémique selon l'OMS (Cicoella, 2018).

Au niveau mondial, l'organisation mondiale de la santé (OMS, 2008) révèle que les maladies cardiovasculaires constituent la première cause de décès dans le monde, soit 17,3 millions par an, pouvant nécessiter un acte chirurgical, tel qu'un pontage coronarien ou une chirurgie valvulaire (Ramanoudjame et al., 2012). Il ajoute que ce chiffre devrait atteindre 23,6 millions en 2030. Selon Braunwald Heart Diseases les maladies cardiovasculaires sont devenues la plus grande cause de décès dans le monde dans la dernière décennie (Findibe et al., 2014). Par ailleurs, elles induisent des dépenses énormes comme toute autre maladie chronique.

Au Canada et plus précisément dans la société québécoise, l'institut national de la santé publique du Québec (2006) révèle que les maladies cardiovasculaires présentent un fardeau énorme sur le système de santé québécois. Au Québec, les maladies cardiovasculaires entraînent un très grand nombre de décès chaque année et sont aussi l'une des raisons principales d'engorgement des urgences. Elles demeurent la catégorie de maladie la plus coûteuse sur le système de santé. En termes de prévalence, une enquête menée par Statistique Canada (2003)

révèle que la prévalence des maladies cardiovasculaires atteint 6,4 % de la population québécoise âgée de plus de 25 ans et que cette prévalence rejoint même 19,4 % dès 65 ans et plus.

En termes de Mortalité, les maladies cardiovasculaires ont été la cause de 15 948 décès au Québec en 2003, soit 29,1 % de tous les décès. Le plus grand pourcentage de décès pour maladies cardiovasculaires est attribuable aux cardiopathies ischémiques avec 9 012 décès en 2003, soit 16,5 % de tous les décès. Par conséquent elles sont à l'origine d'un peu plus de 90 000 hospitalisations au Québec en 2003, soit 19,4 % de toutes les hospitalisations.

En 2003, quelques 8 012 femmes sont décédées à la suite d'une maladie cardiovasculaire contre 7 936 hommes. Ceci sous-entend que les hommes et les femmes ont des profils de risque différents. Le risque de développer une maladie cardiovasculaire est certes plus élevé chez la gente masculine, et de façon générale, les taux de mortalité pour maladies cardiovasculaires chez les hommes sont presque deux fois plus élevés que chez les femmes. Cependant, le risque de cette dernière rejoint très progressivement celui de l'homme, plusieurs années après la ménopause. Même si les taux de mortalité spécifiques pour l'âge sont plus élevés chez les hommes, le nombre de décès, tout âge confondu, est équivalent chez les deux sexes.

En France, les maladies cardiovasculaires sont la deuxième cause de mortalité après les cancers, avec plus de 140000 morts chaque année, mais elles sont la première cause de décès chez les femmes tout âge confondu et chez les personnes âgées. Selon la Fédération Française de Cardiologie (2019 ; 2021), elles provoquent 31% des décès prématurés et ces chiffres progressent chaque année. En 2018, 4,1 millions d'assurés du régime général étaient traités pour une maladie cardiovasculaire, dont 360000 pour la maladie aiguë. De plus, 7,2 millions d'assurés étaient sous traitement pour risque cardiovasculaire, anti-hypertenseur ou hypocholestérolémiant. Au total, plus de 15 millions de personnes sont prises en charge en France pour maladie cardiovasculaire, risque cardiovasculaire ou diabète (CNAM – Rapport, 2021).

Selon le Ministère des solidarités de la santé (2021), le nombre de personnes atteintes de maladie cardiovasculaire augmente avec le vieillissement de la population. La mortalité est plus élevée en Outre-mer ou dans les hauts de France, ainsi que dans les populations aux conditions socio-économiques défavorables. Pour ce qui est du genre, Le taux de mortalité cardiovasculaire avant 65 ans est trois fois plus élevé chez les hommes par rapport aux femmes (Gabet et al., 2014).

En Afrique, la charge représentée par les maladies cardiovasculaires augmente si rapidement qu'elles sont devenues un problème de santé publique dans toute la région africaine (OMS, 2004). Selon le rapport sur la santé dans le monde (2002), les maladies cardiovasculaires ont représenté 9,2% de l'ensemble des décès dans la région africaine en l'an 2000 contre 8,15% en 1990. Mieux, les maladies cardiovasculaires sont un grave problème de santé publique dans la région africaine. Elles sont également l'une des principales causes de mortalité chez l'adulte, et l'accident vasculaire cérébral est la principale cause des incapacités dans la plupart des pays africains.

En effet les pays en développement connaissent depuis quelques années une transition épidémiologique avec une augmentation rapide des maladies cardiovasculaires qui prennent progressivement le pas sur les maladies infectieuses. Un rapport de la Banque mondiale sur la période de 1990 à 2001 montre que, de tous les décès survenus dans les pays à revenus faible et intermédiaire, ceux liés aux MCV ont augmenté de 26% à 28%. Cette situation risque de submerger les systèmes de santé encore fragiles dans nos pays à bas niveau socio-économique. Dans ce sens, plus des trois quarts des décès liés aux maladies cardiovasculaires interviennent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire.

Au Cameroun, le taux de mortalité de maladie cardiaque est élevé. Pour ce qui est de l'AVC principalement, le risque de séquelle est plus important (Tegue et al., 2014). Ainsi L'OMS estime le taux de décès lié aux maladies cardiovasculaires au Cameroun à 11% en 2011. Selon la Société camerounaise de cardiologie, les maladies cardiovasculaires sont en hausse au Cameroun et touchent déjà près de « 35% de la population adulte, soit environ 17 000 cas officiellement recensés chaque année » (Abidellaoui, 2016).

D'après une étude rétrospective et descriptive à partir des dossiers cliniques de patients hospitalisés dans le service de cardiologie de l'hôpital Central et de l'hôpital Général de Yaoundé entre le 1<sup>er</sup> mai et le 1<sup>er</sup> mars 2015, Boombhi et al (2016) montrent que la morbidité et la mortalité liée aux maladies cardiaques sont élevées en milieu hospitalier camerounais. D'après les résultats de cette étude, 1821 dossiers de patients ont été retenus, dont 886 hommes et 935 femmes. La morbidité hospitalière évaluée par les hospitalisations et réhospitalisations pour maladies cardiovasculaires était de 77% dans les deux services étudiés. L'hypertension artérielle étant la pathologie la plus fréquente en hospitalisation avec 79,4% des patients et le facteur de risque cardiovasculaire le plus retrouvé. La mortalité hospitalière globale pour maladies cardiovasculaires était de 12% soit 328 décès sur les 1821 patients recensés. Cette

mortalité était plus élevée chez les hommes (53,8%) par rapport aux femmes (42,2%) avec une différence statistiquement significative ( $p = 0,042$ ).

En 2015, une autre étude menée par Bombhi et al en contexte camerounais et plus précisément dans le nord Cameroun montre que les maladies cardiovasculaires représentaient 9,9% de toutes les admissions et la part la plus importante des admissions parmi les maladies non transmissibles (64,3%). L'hypertension artérielle représentait 5,7% des admissions toutes pathologies confondues, et la part la plus importante des admissions s'agissant des maladies cardiovasculaires (58,1%). La part des maladies cardiovasculaires parmi les décès imputables aux maladies non transmissibles était de 56,7%, et de 13,7 % pour l'ensemble des décès enregistrés pendant la période d'étude.

A cet effet, nous pouvons comprendre que les maladies cardiovasculaires sont devenues un véritable problème de santé publique dans le monde en général et au Cameroun en particulier. Elles tuent plus que les maladies infectieuses. D'après l'étude menée par Bombhi et al (2012), les MCV représentaient 77% des hospitalisations. Dans ce sens, Pancha et al (2015) soulignent que « les maladies cardiovasculaires occupent une part plus importante des admissions parmi les maladies non transmissibles (64,3%) dans notre environnement ». c'est ainsi que pour des mesures préventives, le gouvernement camerounais et plus précisément le service du ministère des Finances, dans le souci de toujours voir son personnel donner le meilleur de soi pour une administration performante, a opté lors de la journée internationale du travail (2022), d'ouvrir trois jours de campagne gratuite de dépistage et de sensibilisation sur l'hypertension artérielle, le diabète et les maladies cardiovasculaires, ceci grâce à un dispositif sanitaire déporté par des médecins généralistes et cardiologues du Centre des Urgence de Yaoundé (CURY). Dans cette perspective, le présent sélectionneur des joueurs camerounais Rigobert Song Bahanag crée la fondation Rigobert Song et dont l'un des objectifs majeurs est de soutenir les personnes atteintes des maladies chroniques en situation complexes (Journal du Cameroun, 2022). Il organise à cet effet la première édition de la marche de sensibilisation baptisée « marche 4 U HEALTH ».

Au rang des premières causes de décès dans le monde, l'OMS (2008) déclare que les maladies chroniques sont responsables à 63%. Celles-ci font basculer les individus et les familles dans la pauvreté et créent une spirale, les entraînant toujours plus bas, mettant également en péril le développement macro-économique de nombreux pays (ONU, 2006). Ainsi, la survenue de ces dernières peut engendrer une perte de l'indépendance, des années

d'incapacité ou la mort et imposer un fardeau économique considérable aux services de santé. Dans cette perspective, on observe plusieurs handicaps engendrés par ces dernières et principalement les maladies cardiaques. En d'autres termes, ces maladies présentent des lourdes conséquences sur la qualité de vie et sur la santé, laissant des personnes dans des situations de handicap.

Toutefois, il faut noter que malgré les efforts consentis par le gouvernement pour prévenir la mort subite causée par les MCV, la situation reste préoccupante et les mesures prises plus ou moins insignifiantes. On constate à cet effet que l'évolution rapide de ces MCV dans les pays en voie de développement (PVD) en générale et au Cameroun en particulier est due au fait que les politiques de santé accordent peu d'importance à l'éducation thérapeutique du patient (ETP) qui elle-même joue un rôle très important lors de la prise en charge (Abomo et Essaga, 2020).

En dépit des progrès de la médecine, les problèmes cardiaques augmentent de façon significative au sein de la population. C'est probablement pour cette raison qu'un intérêt accru s'est manifesté pour travailler à l'identification et à la modification des facteurs de risque des MCV (Fontaine et al., 1996). En effet il y a de nombreux programmes de prévention et de réadaptation cardiaque qui ont été mis au point en vue de modifier les principaux facteurs de risque (Charrette, 2008). Ainsi, Les maladies cardiovasculaires nécessitent une réadaptation cardiovasculaire car celle-ci est une intervention multidimensionnelle validée représentant le meilleur moyen de mettre en place une stratégie de prévention secondaire efficace pour réduire l'impact de ces dernières (Tessitore et al., 2021). Bien que le programme de réadaptation soit mis au point pour réduire la récurrence proche, il n'en demeure moins vrai que les MCV présentent des conséquences sur le plan économique, familial, social et psychologique.

Sur le plan économique, le coût total de la prise en charge d'une maladie chronique et principalement de la maladie cardiaque est considérable, puisque par définition, ces maladies durent plusieurs années, voire des décennies (Belmin et al., 2019).

Sur le plan familial, on constate que les patients cardiaques ont très souvent des problématiques gériatriques comme la dépendance, les chutes ; la dénutrition, les troubles neurocognitifs et la dépression (Belmin et al., 2019). Dans les pays industrialisés, une part importante des coûts est assurée par l'assurance maladie. Pourtant au Cameroun, « il n'y a pas de contribution du gouvernement, et les assurances maladies sont limitées à un public très

restreint » (Ngassam & al., 2012). On constate que c'est chaque famille qui se charge de tous les frais d'hospitalisation du malade, ce qui devient très compliqué car la majorité des patients victimes des MCV sont issues des familles défavorisées. C'est ainsi que face à leur situation de vie précaire ou alors plus ou moins favorable, les patients et leurs familles sont abandonnés à leur sort, ce qui rend la situation plus complexe et entraîne chez ces derniers des complications d'ordre psychologiques.

Sur le plan psychologique, les conséquences sont tout aussi importantes. L'atteinte d'une maladie chronique (MCV) est contraignante pour le patient et est porteuse d'une très forte charge émotionnelle. En effet, au-delà des difficultés d'ordre somatique, sociaux et comportementaux, les MCV induisent une souffrance psychique et dont la barrière peut être levée à travers une élaboration psychique.

Suite à une maladie chronique telle que la MCV, l'individu est souvent confronté à de nouvelles limites physiques (Ervasti et al.,2017) et la maladie peut aussi altérer leur perception de leur santé, ce qui peut avoir des impacts sur leur fonctionnement physique et psychosocial (Ryan, Wan, & Smith, 2014). La présence d'une maladie cardiaque est associée, entre autres, à une haute prévalence des symptômes de dépression et d'anxiété (Broomfield et al.,2014). Ces symptômes peuvent à leur tour miner les efforts des personnes atteintes de maladies cardiaques à améliorer leur santé (Cruz, De Almeida Fleck, & Polanczyk, 2010 ; Gottlieb et al.,2009). Ces auteurs ont aussi démontré que les patients cardiaques qui ont des symptômes de dépression sont plus à même d'avoir des limites physiques et une pauvre qualité de vie, même après avoir contrôlé pour les mesures objectives mesurant les impacts de la maladie.

Selon Gonçalves et Coelho (2013) et Bettencourt & Coelho (2017), la maladie cardiaque peut entraîner des conséquences importantes qui peuvent avoir des répercussions autant sur le plan physique que psychologique et qui peuvent miner la qualité de vie. L'influence de ces variables les unes sur les autres n'est pas unidirectionnelle. Ainsi, une faible qualité de vie semble avoir un impact sur les symptômes de dépression (Lee et al., 2014) et sur les maladies cardiovasculaires (Lupón et al., 2013). De plus, la sévérité des symptômes d'anxiété et de dépression a été liée à une faible qualité de vie et aux maladies cardiaques (Alhurani et al., 2015 ; ).

La maladie cardiaque comme toute autre maladie chronique a des répercussions psychologiques qui bouleversent la représentation de soi et de l'estime de soi. Dans ce sens Lehmann (2014 : 31) affirme que « *Toute maladie qui menace l'intégrité corporelle et nécessite le recours à des traitements lourds entraîne des répercussions psychiques* ». Mieux, elle est une expérience nouvelle entraînant des modifications profondes lorsqu'elle atteint le corps.

Selon Giraudet (2006), l'annonce de la maladie crée un chamboulement psychique qui en son sens « est une minute éternelle qui laisse une empreinte indélébile dans la vie et la façon de vivre du patient ». Car chaque patient se souvient avec amertume et exactitude le jour, l'heure voire même les circonstances à partir desquelles il a appris de la chronicité de sa maladie. En réalité, les difficultés psychologiques auxquelles les personnes souffrant de MCV font face sont relatives non seulement à la chronicité, à la morbidité et la mortalité de cette affection mais aussi au fait qu'elle soit contraignante.

L'annonce de la maladie chronique telle que les MCV constitue un véritable choc psychologique, car selon Lehmann (2014), la soudaineté avec laquelle elle s'affirme souvent induit une « cassure ». A cet effet, le patient souffrant de MCV plonge et à l'impression de perdre les fonctions contenantes et protectrices des repères qui existaient jusqu'à lors (Lehmann, 2014). A ce propos, le sujet est ainsi mis face à sa propre mort, ce qui le contraint à vivre une vie limitée d'où l'angoisse de mort car « l'expérience de la maladie est l'expérience de la proximité de la mort ».

Après l'annonce de la découverte et du diagnostic, s'en suit celle du traitement et son déroulement lors de la réadaptation cardiaque. Cette phase est une nouvelle confirmation de la réalité de la maladie à laquelle est confrontée le sujet. Ce dernier se trouve donc face à la situation ou à la réalité de la pathologie, ne pouvant la nier, coopère d'envisager le traitement proposé ; traitement qui ne saurait être efficace qu'à travers un travail de deuil qui va du choc initial jusqu'à l'acceptation en passant par le déni, la révolte et la négociation (Giraudet, 2006).

Plus loin, on constate que lorsque le sujet est atteint d'une maladie chronique telle que la MC, le corps va être affecté dans ses trois dimensions : sa dimension anatomo-biologique, signifiante et ses imagos (Pheulpin et al., 2017). Autrement dit, et en se référant aux trois instances articulées par Lacan, « *le sujet de l'inconscient va être affecté dans le réel de son corps, dans le symbolique de son corps et dans l'imaginaire de son corps* » (Pheulpin et al.,

2017, p. 4). Le corps (biologique) étant atteint physiquement, le corps libidinal modifie ses représentations, d'où une image du corps.

L'image du corps des patients atteints de maladie cardiaque a de nombreuses conséquences puisque l'annonce de la maladie les confronte à la mort et la perte fréquente d'un organe ou d'une partie d'un organe. Ainsi, face à l'atteinte corporelle vécue et les traitements thérapeutiques lourds, le sujet doit penser différemment le rapport qu'il entretient avec son corps (Bacqué, 2008). Dans ce cas, le sujet est appelé à effectuer un travail psychique devant le conduire à une reconstruction partielle ou totale, ceci à travers la qualité de mentalisation mise en œuvre. Mieux, ce travail permet au sujet de donner sens à sa souffrance. Ce sens qui est structuré par des représentations culturelles car disait Róheim (1993) : « *Tout homme est un être de culture* ». En se basant sur ce qui précède, nous sommes appelés à questionner les processus psychologiques tout en faisant appel aux signifiants culturels.

## **1.2. FORMULATION DU PROBLÈME**

### **1.2.1. Etat de la question**

Les maladies chroniques et leurs traitements engendrent le plus souvent des contraintes, de la douleur physique, des souffrances psychologiques mais aussi des transformations physiques ; transformations qui apparaissent souvent insupportables pour le sujet. A cet effet, il s'avère que « l'annonce de la maladie, c'est-à-dire d'un dommage irréversible du corps propre, a presque toujours un effet traumatique entraînant la nécessité d'un travail psychique qui implique un renoncement par rapport à un état de santé antérieur et des projets de futurs (Peyrat-Apicella et al, 2018). Selon Pheulpin (2017), le traumatisme physique s'accompagne toujours d'un traumatisme psychique. En effet, quelque soit la maladie, l'annonce produit des effets traumatiques avec une sorte de sidération qui saisit le patient, l'inhibe et l'amène à faire des réaménagements psychiques. L'annonce de quelque manière qu'elle soit entraîne toujours un choc (Gavard et al., 2020).

Etre atteint d'une maladie chronique et notamment la maladie cardiaque engendre « une blessure de soi et une blessure en soi » : c'est « une expérience subjective de mal être », rattachée à la difficulté de maîtrise de soi, qui diminue les capacités d'agir et d'être de la personne (Triffaux-Bruyère, cité par Dong, 2016). Peyrat-Apicella & Pommier, 2018) affirment que « l'annonce d'une pathologie possiblement létale, dans un contexte de traumatismes antérieurs non élaborés ...viendrait entraver les capacités élaboratives du sujet ».

Apprendre qu'on est atteint d'une maladie grave plonge le sujet dans une profonde anxiété, un sentiment d'injustice et une rupture biographique et identitaire massive. Il devra alors tenter de s'approprier l'événement déclencheur pour pouvoir penser sa maladie, restructurer son image corporelle... se penser (Marchetti, 2007). De ce fait, le psychologue peut, en instaurant un cadre thérapeutique suffisamment contenant, aider le sujet souffrant de cardiopathie à laisser s'exprimer son anxiété, son mal-être, ses difficultés et lui permettre de se remettre à penser, penser sa maladie et se penser (Pucheu, 1997 ; cité par Marchetti, 2007), tout en respectant ses mécanismes défensifs.

Une des spécificités des maladies cardiaques, est le fait que celles-ci sont chroniques. Ainsi, lorsqu'une personne est victime d'une maladie cardiaque, notamment d'un infarctus du myocarde, cet événement signe l'entrée dans une maladie qui durera toute sa vie, occasionnant, de ce fait, une invalidité d'un degré variable (insuffisance cardiaque, dyspnée, fatigabilité à l'effort, etc.) due à des causes irréversibles (athérosclérose), nécessitant une rééducation (réadaptation), obligeant le patient à respecter les diverses prescriptions (médicamenteuses, mode de vie, etc.), exigeant un suivi et des contrôles médicaux. Dit autrement, la maladie cardiaque impose des exigences au sujet et modifie sa qualité de vie. Ainsi, l'entrée, souvent brutale, dans une maladie chronique grave à pronostic létal correspond à une rupture biographique (Marchetti, 2007). Cette notion permet une focalisation sur le passage de l'avant à l'après (annonce-début de maladie). La maladie chronique place désormais le patient dans une position temporelle différente, du fait de la présence permanente, incessante et perpétuelle de la maladie, du risque létal : « *la maladie chronique n'a d'autre durée que celle du sujet* », comme l'affirme J.-L. Pedinielli en 1994. Cependant, il précise que cette entrée dans la maladie chronique s'accompagne de « *procédures économiques et signifiantes spécifiques qui assurent la transformation de l'atteinte organique en atteinte narcissique et en douleur psychique, et qui permettent un réinvestissement libidinal* », que celui-ci appelle « *travail de la maladie* » (Pedinielli, 1987, 1990, 1994).

Ce processus de travail de la maladie permet aux patients, par leurs élaborations psychiques, de se « *réapproprier (leur) souffrance somatique, la subjectiver, en l'insérant dans la trame d'une histoire, dans un récit qui authentifie le sens imaginaire et symbolique de certains événements* » (Volgo et Gori, 1991, cité par Marchetti, 2007). Ainsi, elle il permet au patient de réécrire son histoire de vie à la lumière de ce qui lui est arrivé.

Un des autres aspects du travail d'élaboration autour de la maladie est l'inscription historique de celle-ci (Marchetti, 2007). Il peut s'agir soit, comme l'explicitent Glicenstein et Lehman (1987), de permettre au sujet de pouvoir localiser dans son histoire de vie l'événement « arrivée de la maladie », et ainsi de lui laisser une place dans son histoire, soit, comme le suggère Bertagne (1990), d'« historiser » la maladie qui se réfère à un processus de mise en signification, de prise de sens de la maladie par rapport à l'histoire propre du sujet. Ainsi, la maladie est précisément localisée dans l'histoire de vie du patient, elle en fait désormais partie et, de ce fait, prend une signification précise et particulière. En effet, le rôle de la mise en histoire de la maladie et de l'élaboration de *scenarii* peut être le corollaire d'une affirmation de soi, de ses croyances, par rapport à l'autorité et l'objectivité médicale (Pedinelli, 1994), mais aussi d'une revendication de son identité propre pour « *séparer de soi la maladie* » (Tap *et al.*, 2002) et exister comme sujet pensant plus que comme sujet malade.

La survenue d'une maladie chronique est un choc (Chicaud, 1998) qui marque souvent une rupture identitaire : la personne passe du statut d'individu bien portant à celui de malade cardiaque (Charmaz, 1991). Pour d'autres, l'événement signant l'entrée dans la maladie (annonce de diagnostic et traitement) opère une « *mise en morceau de [leur] propre image [...], un déchirement de l'identité* » (Fischer et Tarquinio, 2002). Cette rupture identitaire et de l'image de soi trouve parfois son corollaire dans des stigmates physiques : le pontage aorto-coronarien, la chirurgie valvulaire ou la transplantation cardiaque, par exemple, laissent une large cicatrice verticale sur le torse, qui rappelle sans cesse au patient ce qu'il a vécu, la visibilité et le caractère impressionnant de cette cicatrice faisant écho à la lourdeur de la maladie et de l'opération (Marchetti, 2007).

Face à cette rupture identitaire, un nouveau rôle est assigné au patient : le rôle de malade (Parsons, 1951), souvent exigé par l'institution hospitalière, les médecins et les soignants, et parfois aussi la famille des patients. Selon cette conception, la personne malade renonce à ses autres rôles sociaux (professionnels, familiaux, etc.) ; elle est motivée pour guérir et coopère avec l'institution médicale. Ainsi, en plus du choc infligé au sentiment de continuité identitaire, l'arrivée de la maladie entraîne des attentes sociales, en termes de rôle et d'attitudes (soumission à l'autorité médicale, compliance, etc.). Les sujets affirment souvent qu'ils ont changé, qu'ils ne sont plus les mêmes, qu'ils ne se reconnaissent plus. Il semble alors essentiel d'accompagner les patients dans une réflexion autour de leur sentiment identitaire, de continuité existentielle dans l'espace et dans le temps, et de mettre en exergue ce qui fonde réellement leur identité, et

les changements induits par la maladie. A ce propos, un travail de la maladie est nécessaire en vue de permettre aux sujets d'élaborer autour de leurs pertes narcissiques, afin de mettre en mots les remaniements identitaires inhérents à la survenue de la maladie.

La reconstruction identitaire inhérente au travail de la maladie peut aussi s'effectuer grâce au processus de changement de valeurs (Marchetti, 2007). En effet, l'entrée brutale dans la maladie cardiaque marque un changement dans la manière de percevoir les événements de la vie, mais aussi les raisons de vivre, les buts, objectifs, que le patient juge comme importants et désirables et auxquels il adhère, c'est-à-dire des valeurs qui constituent, justement, un des socles de l'identité et qui « organisent psychiquement les émotions, les perceptions, les croyances des individus et autour desquelles se construit leur image d'eux-mêmes » (Fischer et Tarquinio, 2002). Selon ces auteurs, lors de la survenue d'une maladie grave, un certain nombre de valeurs des patients sont bouleversées et d'autres sont adoptées. Ainsi, bon nombre de patients expriment ce phénomène de changement de valeurs, notamment en termes d'importance jusqu'alors accordée au travail, à l'argent, à la réussite sociale, ou à la manière de mener sa vie (être toujours pressé, vouloir faire les choses à temps sans prendre le temps de vivre, de ne pas prendre soin de soi ni de ses proches). Beaucoup de patients constatent ces changements, alors que d'autres expriment le désir de modifier leur manière de voir et de concevoir les choses, en accordant davantage d'attention à eux-mêmes, en donnant plus d'importance à la sphère sociale, familiale et affective, et moins aux aspects matériels, financiers et professionnels, en changeant leur perspective temporelle. Cela permet alors un début de travail de la maladie autour, notamment, de la reconstruction identitaire des patients. Le sujet aura à restructurer tant son image corporelle que celle de son cœur, mises à mal par l'annonce de la maladie et les traitements afférents.

Comme le concept d'identité, celui de l'image du corps va être bouleversé et mis à mal par l'arrivée brutale d'une maladie (Fischer et Tarquinio, 2002), et ce, d'autant plus quand cette maladie affecte un organe symboliquement investi comme le cœur. Qu'il s'agisse de l'angioplastie, du pontage aorto-coronarien, de chirurgie valvulaire ou d'implantation d'un défibrillateur cardiaque, la réification extrême de l'organe cardiaque semble effacer, bafouer, toutes les projections symboliques et affectives des patients (Marchetti, 2007). En effet, tous ces actes médicaux nient les représentations et les investissements que les sujets peuvent avoir vis-à-vis de leur cœur. Ainsi, selon Vaysse (1994), ces patients doivent réellement gérer l'ambivalence des deux acceptions cœur réel/cœur imaginaire et symbolique, et gérer l'atteinte

cardiaque organique qui implique forcément une atteinte affective et psychique. Il affirme également que les sujets devront restructurer leur image corporelle, ainsi que l'image de leur cœur.

Ainsi, pour tous ces patients dont les actes chirurgicaux ont entraîné une altération et/ou une déstructuration de leur schéma corporel, il s'agissait de proposer un travail d'élaboration autour de leur corps, de l'image et des représentations qu'ils en ont, afin de reconstruire leur schéma corporel, qui intégrera leurs transformations, les objets implantés (valve, défibrillateurs cardiaques, greffon) qui feront partie intégrante de leur nouvelle identité corporelle (Marchetti, 2007). Cet auteur souligne que les objectifs de ce travail d'élaboration de la maladie sont multiples. D'une part, il s'agit de favoriser un retour à un fonctionnement psychique adéquat (en pouvant se positionner dans le temps et dans l'espace par rapport à l'arrivée de la maladie), une restauration des sentiments identitaires et d'estime de soi, avec une objectalisation de la maladie, mais aussi une reconnaissance psychique de l'événement biologique qu'est la maladie (Pedieli, 1994). D'après cet auteur, le travail de la maladie permet également aux patients de s'approprier ce phénomène de maladie, mais aussi de se réapproprier leur corps.

Apprendre qu'une maladie grave atteint son corps, même si on ne le ressent pas physiquement, peut être vécu comme trahison : « celui qui se sait malade cesse immédiatement, même s'il en était autrement quelques instants auparavant, de se sentir 'bien dans sa peau' » Il ne reconnaît plus ce corps dont il ne sait plus que penser. Parfois il ne le reconnaît plus physiquement (Chicaud, 1998, p.14). Schilder (2004) souligne que l'atteinte du corps dans le cadre de la maladie cardiaque peut déformer la représentation psychique que le sujet a de son corps. Tout ceci entraîne de nombreux bouleversements dans le fonctionnement du sujet ; bouleversements qui s'expliquent par la soudaineté de l'événement ou de la pathologie induisant la cassure.

La maladie est une expérience. Elle ne révèle pas uniquement d'un dysfonctionnement somatique mais, elle comporte aussi une dimension vécue (Pedieli, 2000). Lors de cette expérience (maladie cardiaque), on observe une variété de troubles et principalement les troubles anxieux et dépressif. En effet, les patients atteints de maladie chronique notamment de la maladie cardiaque ont une qualité de vie réduite car cette maladie induit chez ces derniers une forte charge émotionnelle constituant une détresse émotionnelle sévère. Dans ce sens, Dong (2016) souligne que la souffrance induite par une maladie est une expérience émotionnelle

désagréable et étrange, accompagnée d'un sentiment de déplaisir qui se répète et s'amplifie de représentations liées à la maladie.

Alors, en s'intéressant au fonctionnement mental du sujet atteint de maladie chronique, on note que le sujet atteint de maladie cardiaque recourt à plusieurs stratégies de défense qu'il met en place pour donner sens à sa souffrance. Car à ce point, seul le travail psychique, dans la mesure où il est pourra être effectivement réalisé, l'aidera à sortir de cette situation (Lehmann, 2014). C'est ainsi que pour lever la souffrance, le sujet met en place différents mécanismes de défenses dans le sens d'un « processus de subjectivation », selon les termes de Roussillon (2008) ; ou de « travail du négatif selon green » ; ou encore de « travail de la maladie » selon Pedinielli (1986). Ce travail de maladie est un travail de mise en sens qui consiste à lier les quantités d'énergie pulsionnelle à des représentations des voies associatives. Ce travail de maladie de Pedinielli est désigné par Laplanche et Pontalis (1967) le travail d'élaboration ou élaboration psychique, renvoyant au travail accompli par l'appareil psychique en vue de maîtriser les excitations qui lui parviennent, et dont l'accumulation risque être pathogène.

. En effet, les patients atteints de maladie chronique notamment de la maladie cardiaque ont une qualité de vie réduite car cette maladie induit chez ces derniers une forte charge émotionnelle constituant une détresse émotionnelle sévère. Dans ce sens, Dong (2016) souligne que la souffrance induite par une maladie est une expérience émotionnelle désagréable et étrange, accompagnée d'un sentiment de déplaisir qui se répète et s'amplifie de représentations liées à la maladie. C'est ainsi que Roussillon (1995), en travaillant sur la symbolisation de la souffrance induite par la maladie définit deux types de symbolisation à savoir : la symbolisation primaire et la symbolisation secondaire. La première suppose un travail de subjectivation de l'expérience brute, à savoir, les traces mnésiques et perceptives ; trace à partir desquelles, le sujet aboutit à des représentations des choses. La seconde quant à elle se caractérise par un travail de liaison entre les différentes représentations. Ainsi, face la souffrance inhérente à la maladie cardiaque, le travail de subjectivation va s'enclencher pour maîtriser l'expérience brute pour que le psychisme ait des représentations de cette souffrance, ensuite l'appareil psychique va lier ces représentations avec celle qui sont déjà disponibles afin de maîtriser et maintenir les excitations relatives à cette souffrance au niveau le plus bas.

### **1.2.2. ENONCE DU PROBLEME**

L'observation auprès des patients en réadaptation cardiaque m'a permis de noter qu'il sont profondément enracinés dans leur culture : ils parlent de leur maladie comme étant le fait de la sorcellerie du maraboutage de la sorcellerie du mauvais œil de la malédiction de la volonté de

Dieu ; ils parlent également des blindages faits sur leur corps des pratique de rites ancestrales comme le culte des cranes et le lavage, du breuvage des décoction des plantes, de la consommation des poudre magique et des pates magiques issues de plusieurs mélanges, des séances de prières et d'exorcisme auxquelles ils se livraient désormais. Par rapport au travail d'élaboration de leur maladie, ces patients parlent de leur souffrance de manière banale « cette maladie est une maladie comme les autres », en la simplifiant « c'est une simple maladie, je la vis comme ça » ; ils développent un discours positif sur leur état de santé « malgré tout, je vous assure que je ne pense pas à la mort, je m'en sortirai ». Or les théoriciens de la mentalisation fondent leur travail d'élaboration psychique sur le processus deux processus, à savoir, la représentation et la symbolisation qui sont des productions de l'inconscient. La culture considérée comme un contenant favorisant la mise en sens des situations et des phénomènes par les ethnopsychanalistes (Devereux (1977), Róheim (1943), Linton (1977) ; Moro (2004), Sow (1977), n'a pas retenu l'attention des théoriciens de la mentalisation (Marty, Fonagy, Bergeret, Debray. Sow (1977,1978) définissait déjà les signifiants culturels comme des unités de sens qu'offre la culture à un individu pour lui permettre de donner sens aux phénomènes auxquels il est confronté dans sa vie. Dans cette perspective, Géza Róheim (1943) nous apprend que l'homme est un être de culture. « Il n'y a pas de société ni même d'individu « inculte », (incultured, sans culture) notait Linton (1977). La culture est universelle à tout homme issu d'une culture. Alors, Moro (2004) affirme que » la culture permet un codage de l'ensemble de l'expérience vécue par un individu, elle permet d'anticiper le sens de ce qui peut survenir et donc de maîtriser la violence de l'imprévu, et par conséquent du non-sens ». Il ajoute en disant que la culture a une place non négligeable dans l'élaboration psychique. En ceci, nous comprenons pourquoi la théorie du relativisme culturels de Sow (1977, 1978) postule qu'aucune maladie ne peut avoir de sens en dehors du contexte socioculturel où elle se développe (Sow, 1977-1978 cité par Nguimfack, 2021). D'où la question de recherche

### **1.3. QUESTION ET HYPOTHESE DE RECHERCHE**

Du problème posé ci-dessus, nous formulons la question de recherche suivante :

*Comment les signifiants culturels participent-ils au travail d'élaboration de la maladie chez les patients en réadaptation cardiaque ?*

En nous appuyant sur Kaes (1998) et Moro (2004), disent respectivement que :

La culture est à ce niveau interne, l'ensemble des dispositifs de représentation symboliques dispensateurs de sens et d'identité, et à ce titre organisateur de la permanence d'un

ensemble humain, (des) processus de transmissions et de transformation. Elle comporte nécessairement d'autoreprésentation, qui implique la représentation de ce n'est pas elle, de ce qui lui est étranger, ou de ce qui lui es attribué.

La culture permet un codage de l'ensemble de l'expérience vécue par un individu, elle permet d'anticiper le sens de ce qui peut survenir et donc la maîtrise de la violence de l'imprévu, et par conséquent du non-sens (Moro, 2004).

A la suite de ces auteurs, nous comprenons que les signifiants culturels constituent un dispositif de représentations symboliques dispensateur de sens qui code la souffrance chez les personnes souffrant de maladie cardiovasculaire. Dans ce sens, Nous formulons l'hypothèse que : *de par leur fonction symbolique, les signifiants culturels participent au travail d'élaboration de la maladie chez les patients en réadaptation cardiaque.*

#### **1.4. OBJECTIF DE L'ÉTUDE**

L'objectif poursuivi par notre étude est de comprendre le travail d'élaboration de la maladie chez les patients en réadaptation cardiaque à travers les signifiants culturels. Dit autrement, il s'agit pour nous de saisir non seulement les signifiants sur lesquels le patient s'appuie, mais aussi de comprendre les mécanismes par lesquels le conduit à l'élaboration de la souffrance induite par la maladie.

#### **1.5. INTERETS DE L'ETUDE**

Les intérêts de cette étude se déclinent sur le plan scientifique, clinique et social.

##### **1.5.1. Le plan scientifique**

En faisant un état des lieux sur la maladie cardiaque, nous constatons que des auteurs se sont intéressés aux facteurs contribuant au travail d'élaboration de la maladie chez la personne atteinte d'une maladie cardiaque se trouvant en réadaptation cardiaque. Certains ont évoqué comme facteurs contribuant au travail de la maladie la famille, l'observance thérapeutique. Certains autres relèvent que la qualité de la vie de celui-ci est essentiellement conditionnée par son entourage immédiat (Corraza et Yeman, 2016), ou par la manière avec laquelle il apprend sa pathologie (Girauchet, 2006).

Notre particularité est que nous tentons de comprendre ce phénomène de travail d'élaboration de la maladie en nous intéressant particulièrement au rôle de la culture, c'est-à-dire la

contribution des signifiants dans le travail d'élaboration de la maladie chez les patients en réadaptation cardiaque, c'est la nôtre originalité qui sous-tend l'intérêt scientifique de ce travail. Nos résultats pourront ainsi servir de base à la formation des psychologues en général, et des psychologues cliniciens en particulier.

### **1.5.2. Le plan clinique**

Sur le plan clinique, les résultats de cette étude pourront contribuer à la compréhension du vécu des patients atteints de maladies chroniques, et plus particulièrement de la maladie chronique, par le moyen de la culture. Ils pourront par ailleurs servir à la prise en charge de ces derniers.

### **1.5.3 Le plan social**

Ce travail pourrait servir d'outil d'information pour la société. Car, en mettant un accent particulier, ceci donne une nouvelle perspective d'appréhender la prise en charge du malade cardiaque en réadaptation cardiaque.

## **1.6. Clarification des concepts**

Il est question dans cette section de faire un état des lieux sur les points abordés dans notre sujet, pour en faciliter la compréhension. Ainsi, nous ferons le point sur les concepts de signifiants cultures, du travail d'élaboration de la maladie (cardiaque) et de la réadaptions cardiaque.

### **1.6.1. Signifiant culturel**

Afin de mieux saisir la notion de « signifiant culturel », il est important de clarifier préalablement celle de culture. Nous trouvons presque autant de définitions de la culture que d'auteurs (Moro, 1994). L'anthropologue américain Linton (1997, p.33) explique que cette diversité par du fait que chacune des définitions est fonction de l'angle adopté. Avant d'aborder ses différentes perspectives, nous allons d'abord présenter l'étymologie dudit concept.

Etymologiquement, le terme culture qui dérive du latin cultura est l'ensemble de connaissances, de savoir-faire, des traditions, des coutumes propres à un groupe humain, à une civilisation. La culture renvoie aux aptitudes qu'a l'homme de transformer son environnement. Dans ce sens, l'individu est dépendant d'elle, et pleinement influencé par cette dernière.

Bories (2011 : p.54) constate pour sa part que tout signifiant culturel « se présente comme apportant un message culturel dans le monde sensible des signes. Il est la manifestation et le véhicule d'une idée dans ce domaine. Il est un signifiant et ne se conçoit que par la valeur de son contenu. Traduisant l'intérêt fondamental qu'une communauté donnée porte au « contenu », comme essentiel à sa manifestation et à sa cohésion. Les signifiants culturels comprennent les pratiques, les croyances, les représentations, les légendes, les mythes, les rites, les interdits, bref, toutes les valeurs qui permettent de définir un individu en tant qu'il participe ou appartient à une communauté en dehors de laquelle il est considéré comme existant (Nguimfack, 2021).

Sow (1977), les considère comme les unités de sens que la culture fournit à l'individu et qui l'aident à donner sens aux phénomènes qui se présentent à lui. Dans cette optique, la culture fournit à l'individu un guide indispensable pour toutes les circonstances de vie et par conséquent, met à sa disposition des schèmes comportementaux d'adaptation en lien avec un environnement particulier (Di & Moro, 2008).

### **1.6.2. Elaboration psychique**

Dans le vocabulaire psychanalytique Laplanche et Pontalis (1967), expliquent comment Freud a employé plusieurs fois de façon originale le même terme *arbeit*, « travail », pour l'appliquer à différentes opérations intrapsychiques. Ainsi, décrira-t-il le travail de rêve (traumarbeit), et le travail de deuil (trauerarbeit), mais aussi la perlaboration ainsi que l'élaboration. Selon eux, l'élaboration psychique serait « la transformation de la quantité d'énergie permettant de maîtriser celle-ci en la décrivant ou en la liant » de sorte qu'elle « fournirait ainsi une charnière entre le registre économique et le registre symbolique du freudisme ». Dit autrement, l'élaboration psychique est selon Freud cité par Laplanche et Pontalis (1967), « le travail accompli par l'appareil psychique en vue de maîtriser les excitations dans le psychisme et établir les connexions entre elles ». Depuis cette définition de base, la notion de « travail psychique » s'est déployée avec certaine ampleur dans la clinique et la théorie psychanalytique, elle s'avère articulée avec toute la complexité du sort des « transformations » que l'appareil psychique va pouvoir ou non mettre en œuvre, au moyen d'un processus de lien ou de déliaison. L'élaboration consiste donc en une transformation de l'énergie libre en énergie liée, ce qui permet d'établir un processus secondaire et donc de différer la décharge sous forme de motrice hallucinatoire (Doron & Parot, 1991).

### **1.6.3. La réadaptation cardiaque**

La réadaptation cardiaque a été définie par l'OMS (1993) comme « l'ensemble des activités nécessaires pour influencer favorablement le processus évolutif et la maladie, ainsi que pour assurer aux patients, les meilleures conditions physiques, mentales, sociales possibles afin qu'ils puissent par leurs propres efforts préserver ou reprendre une place aussi normale que possible dans la vie de la communauté ». Allant dans le même sens, la réadaptation cardiaque est une forme de rééducation indiquée pour tout patient ayant eu un syndrome coronaire aigu, subi une opération cardiaque chronique. Dit autrement, c'est une stratégie secondaire et tertiaire dont l'objectif est la réduction des récurrences d'événements cardiovasculaires. Elle a pour but de réduire les facteurs de risques cardiovasculaires en promouvant et en maintenant des habitudes de vie saines et une vie active, ainsi que pour diminuer le handicap et les comorbidités associées à la maladie coronaire (Larsen & Lubkin, 2009).

## **CHAPITRE 2 : MALADIES CARDIOVASCULAIRES ET RETENTISSEMENTS PSYCHIQUES**

Il s'agit pour nous dans ce chapitre, de présenter la notion de la maladie cardiovasculaire et ses retentissements psychologiques.

Les maladies cardiovasculaires sont un ensemble de maladies qui concernent avant tout les artères et les organes qui sont irrigués par le cœur. Les pathologies cardiaques, qui excluent par définition les pathologies vasculaires périphériques, sont aussi fréquentes que nombreuses

et pèsent lourd en termes de morbi-mortalité (Lecarpentier & Hébert, 2008). Selon l’OMS (2015), les maladies cardiaques sont un ensemble de troubles affectant le cœur, les vaisseaux sanguins et le système circulatoire qui alimente les poumons, le cerveau et les reins ou d’autres parties du corps. Elles comptent parmi les maladies chroniques les plus fréquentes en nombre et les plus graves en termes de mortalité et de morbidité.

La maladie cardiaque quant à elle, est une pathologie fréquente et lourde qui touche bon nombre de personnes. Elle est associée à une morbidité et une mortalité importante. De plus, elle s’accompagne souvent de graves conséquences et lorsque celui qui en est atteint ne suit pas les traitements adéquats, cela engendre des lésions voire des paralysies chez ce dernier. Selon Baltus et al (2005), trois zones du corps humain sont touchées principalement par ces maladies. Il s’agit des artères coronaires dont l’occlusion est responsable d’infarctus du myocarde ; des artères à visée cérébrale dont l’occlusion est responsable d’accidents vasculaires cérébraux et les artères des membres inférieurs dont la sténose est responsable d’artérite. Ceci dit, pour mieux comprendre les maladies du cœur, il est important de spécifier la place que celui-ci occupe dans l’organisme humain.

## **2.1. Le cœur et ses fonctions**

Les maladies du cœur ont accompagné l’être humain depuis sa création, mais ce n’est qu’en 1978 qu’elles sont décrites et portent le nom d’angine de poitrine (Bonney et al., 2002).

Le cœur est constitué d’une double pompe : une ventriculaire gauche alimentant l’ensemble des organes excepté les poumons, et une pompe ventriculaire droite éjectant le sang vers les poumons afin que ceux-ci soient réoxygénés, toutes deux étant disposés en série, mais automatiquement accolées l’une à l’autre. Les deux pompes, chacune composée d’une oreillette et d’un ventricule ainsi que d’un appareil valvulaire antireflux complexe, sont enveloppées d’une séreuse péricardique. L’oxygénation du tissu cardiaque est réalisée grâce aux deux artères du cœur, les coronaires droite et gauche. Chaque partie anatomique du cœur peut être impliquée dans un ou plusieurs processus pathologiques, qu’ils soient congénitaux ou survenant à l’âge adulte. Alors l’atteinte cardiaque peut être primitive ou secondaire au dysfonctionnement d’un ou plusieurs organes.

## **2.2. Les types de maladies cardiovasculaires**

En fonction d'organes affectés, les maladies cardiovasculaires sont regroupées en six types (OMS, 2015).

### **- La cardiopathie ischémique**

C'est le type le plus répandu dans les pays riches. Elle se manifeste par une mauvaise irrigation sanguine du muscle cardiaque (Angehrn, 2001). Le blocage au niveau de l'artère coronaire diminue le taux d'oxygène qui arrive dans le sang provoquant ainsi l'angine de poitrine et la dyspnée (la nécrose ou myocarde dans le cas d'un blocage complet), (Poitrinau, 2012). Dit autrement, la cardiopathie ischémique est causée par le rétrécissement des artères coronaires qui alimentent le muscle cardiaque en sang. Lorsque ces artères sont rétrécies, le muscle cardiaque reçoit moins de sang et d'oxygène, ce qui peut provoquer une crise cardiaque. Dans de nombreux cas, ce sera la crise cardiaque qui permettra aux malades de se rendre compte qu'ils vivent avec une cardiopathie ischémique.

### **- Crise cardiaque**

Une crise cardiaque ou infarctus du myocarde est une urgence médicale qui se produit lorsque généralement un caillot sanguin, interrompt le flux sanguin en direction du cœur. Elle se définit comme la nécrose d'une partie plus ou moins grande du muscle cardiaque, lorsque cette zone n'est plus irriguée par les artères coronaires lui apportant normalement l'oxygène véhiculé par le sang. En 2003, l'OMS estimait le nombre de décès par IM à 7,3 millions (Baudin et al., 2009). 85% de ces décès se produisent chez des sujets âgés de plus de 65ans. Le risque de souffrir d'un IM augmente avec l'âge à partir de 45 ans chez l'homme et 55 ans chez la femme, les œstrogènes jouant un rôle protecteur chez ces dernières (Marchetti et al.,).

### **- La maladie cérébrovasculaire**

Elle se manifeste par une mauvaise circulation sanguine au niveau du cerveau. Lorsque le blocage dure moins de 24h, on parle d'accident ischémique transitoire. Lorsqu'il s'agit plutôt d'un blocage complet, on parle de thrombose cérébrovasculaire ou AVC. Cette dernière a des effets à long terme (Ousmane, 2016). Dans le monde, selon l'OMS (2019), 12, 22 millions de personnes ont eu un AVC. De cette incidence, on a relevé 6, 55 millions de personnes décédées, faisant de l'AVC la deuxième cause de mortalité.

### - **Artériopathie périphérique**

Elle touche 12% des patients dans le monde et est plus fréquent chez l'homme que chez la femme. Elle se manifeste par une mauvaise circulation sanguine au niveau des jambes et des bras (OMS, 2015). Une artériopathie périphérique modérée peut être asymptomatique ou provoquer une claudication intermittente alors que celle qui est sévère peut entraîner des douleurs de repos avec une atrophie cutanée, une dépilation, une cyanose, des ulcères ischémiques et une gangrène.

### - **L'insuffisance cardiaque**

L'insuffisance cardiaque touche plus de 23 millions de personnes à travers le monde et 80% des patient IC sont âgées de 65ans et plus (Barry, et al., 2013). Elle survient lorsque l'activité du pompage du cœur ne permet pas d'atteindre le niveau de circulation sanguine dont le corps a besoin (OMS, 2015). Elle correspond à un état dans lequel le cœur n'est plus en mesure d'assurer la pompe, et donc alimenter correctement l'organisme en sang. Le cœur ne peut alors plus répondre aux besoins énergétiques du corps, et lui amener oxygène et nutriments.

### - **Le rhumatisme cardiaque**

Une cardiopathie rhumatismale est une atteinte des valves et du muscle cardiaque résultant de l'inflammation et des lésions cicatricielles laissées par un rhumatisme articulaire aigu. Le rhumatisme articulaire aigu est provoqué par une réponse anormale de l'organisme à une infection causée par une bactérie streptocoque et commence habituellement par une angine de poitrine ou une amygdalite chez l'enfant (OMS, 2015).

### - **La cardiopathie congénitale**

Elle est due à une anomalie au niveau du cœur dès la naissance. Elle peut être simple comme une petite perforation de la paroi interne du cœur ou complexe qui attaque le poumon et la circulation sanguine. Cette anomalie peut être mortelle si elle n'est pas corrigée immédiatement, et d'autres plus tolérantes peuvent être traitées plus tard par des intervention chirurgicales (OMS, 2015).

## **2.3. LES SYMPTOMES DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES**

Les symptômes et signes des maladies cardiovasculaires sont très variés avec une large gamme de signaux à travers différentes formes de la maladie (OMS, 2015). Les signes les plus fréquents sont :

-Douleurs ou gênes à travers la partie centrale de la poitrine et au niveau du bras, de l'épaule gauche, des coudes, de la mâchoire ou du dos (plus forte chez la femme) ;

-Difficultés respiratoires ou essoufflement ;

-Avoir des sensations vertigineuses ou s'évanouir, être pris de sueurs et pâlir ;

-Difficultés visuelles touchant un œil ou les deux yeux ;

-malaises, fièvre, nausées et vomissement ;

-confusion, difficultés à parler ou à comprendre le discours ;

-Difficultés à marcher, étourdissement, perte d'équilibre ou de coordination ;

-Céphalées sévères sans cause connue et syncope ou perte de conscience.

Les maladies cardiovasculaires comptent parmi les maladies chroniques les plus fréquentes en nombre et les plus graves en termes de mortalité et de morbidité. De ce fait celles-ci entraînent des conséquences graves et dont la prise en charge est faite dans des services de réadaptation cardiaques adaptés.

## **2.4. La réadaptation cardiaque**

### **2.4.1. Définition**

La réadaptation cardiaque a été définie par l'OMS (1993) comme étant « l'ensemble des activités physiques requises pour influencer favorablement le processus évolutif de la maladie et pour assurer au patient les meilleures conditions physiques, mentales et sociales afin de préserver ou de retrouver une place aussi normale que possible dans la société ». Ainsi, la réadaptation a pour objectif de restaurer ou augmenter les capacités physiques par le réentraînement à l'effort, de redonner confiance et modifier le style de vie par soutien

psychologique, de favoriser la réinsertion socioprofessionnelle, de faire accepter les mesures hygiéno-diététiques visant à corriger les facteurs de risque cardiovasculaires (tabac, dyslipidémie, surpoids, diabète, HTA) dans le cadre de la prévention secondaire.

#### **2.4.2. Intérêts physiologiques de la réadaptation cardiaque à l'effort**

Selon Ghannem (2010), la réadaptation cardiaque ne se limite pas au reconditionnement à l'effort, c'est aussi l'éducation thérapeutique et diététique, le soutien psychologique, l'aide au sevrage, à la reprise du travail, à la réinsertion sociale. C'est bien sûr l'occasion d'identifier les patients à risque et d'optimiser les traitements médicaux.

Sur le plan général, la capacité physique de patient est augmentée grâce à la réadaptation cardiaque. En effet, la réadaptation à l'effort permet :

- une amélioration de la tolérance à l'effort pour les efforts sous maximaux et du seuil anaérobie avec diminution de la fatigabilité d'effort ;

- Une diminution de l'hyperventilation d'effort et de la dyspnée d'effort ;

- Une diminution de la consommation myocardique d'O<sub>2</sub> pour les efforts sous maximaux tout en augmentant la VO<sub>2</sub> maximale, soit une économie du travail myocardique

Parallèlement, l'exercice physique permet :

- Une diminution du HDL6cholestérol, il y a une baisse de 2 à 3% du risque de mortalité par maladie coronaire.

- Une diminution de l'obésité ;

- Une diminution de l'agrégation plaquettaire et du fibrinogène

- Une meilleure gestion du stress, car les études ont montré que l'exercice physique même à faible intensité, entraîne une baisse de la tension neuromusculaire réactionnelle au stress. En plus, des travaux ont démontré que l'exercice physique de type aérobie est associé à la diminution du tabagisme (Nieman, 1990). Par ailleurs, on remarque aussi un effet antidépresseur de l'exercice. Ceci dit, les mécanismes d'action seraient dus à un effet de l'exercice physique sur les neurotransmetteurs. En gros, l'entraînement physique engendre une diminution de stress, de l'anxiété et des épisodes dépressifs, ce qui concoure à augmenter la confiance en soi.

### **2.4.1.1. Indication et contre-indication pour le programme de réadaptation cardiaque**

Les indications sont nombreuses et concernent pratiquement toutes la pathologie cardiovasculaire. Pour ce qui est des contre-indications, elles sont généralement temporaires. Ainsi sont des indications :

-Maladie coronaire : après pontage aorto-coronarien ou angioplastie ; angor stable, surtout en cas de facteurs de risque associés ;

- Insuffisance cardiaque
- Transplantation cardiaque chronique
- Cardiopathies valvulaires
- Artériopathies des membres inférieurs

### **2.4.1.2. Contre-indications**

Elles ont évolué au cours des 10 dernières années. Certaines, telle l'insuffisance cardiaque sont devenues des indications reconnues. Ces contre-indications relèvent du bon sens et l'essentiel est d'évaluer complètement les patients sur le plan physique et cardiaque avant de démarrer un programme de réadaptation. Les déficiences locomotrices, en particulier chez les personnes âgées, contre indiquent l'entraînement physique s'ils sont permanents. Ainsi, le programme de réadaptation est contre indiqué pour l'angor instable, une insuffisance cardiaque pulmonaire (cette contre-indication est relative et à discuter), l'hypertension artérielle sévère non traitée (HTA), des affections inflammatoires ou infectieuses évolutives, un épanchement péricardique de moyenne à grande abondance, des antécédents récents de thrombophlébite avec ou sans embolie pulmonaire, des déficiences locomotrices interdisant réellement la pratique de l'exercice et des myocardiopathies obstructives sévères.

### **2.4.3. Les différentes phases de la réadaptation cardiaque**

On distingue principalement trois phases pour un programme de réadaptation complet.

La phase I de la réadaptation correspond à la prise en charge dans les services de cardiologie ou chirurgie cardiaque par l'équipe médicale et paramédicale (Kinésithérapeutes, aides-soignants, infirmiers...) avec, par exemple, l'aide aux premiers levers, le désencombrement broncho-pulmonaire. Cette période s'étend des premiers levers à la montée

d'escaliers. Le lever est contrôlé et surveillé par l'équipe (examen artérielle, prise de la tension artérielle, de la fréquence cardiaque, surveillance de la température et des douleurs).

La phase II dure trois à quatre semaines et correspond à la période de rééducation active sous surveillance médicale et d'éducation comportementale vis-à-vis du tabac, de l'alimentation, du stress et de la sédentarité. Il s'agit d'une phase de grande importance pour l'avenir fonctionnel du patient. Les patients ici sont suivis soit en hospitalisation dans des centres de soins de suite réadaptation, soit en ambulatoire (avec retour à domicile après chaque séance).

La phase III qui lui fait suite est une phase de transition avec poursuite de l'entraînement physique sans surveillance médicale. Elle peut s'effectuer dans les clubs Cœur ou dans les CEPA (Cœur et Entraînement Physique Adapté). Elle débute avec la reprise des activités habituelles du patient. Cette phase, dont le suivi est effectué par les médecins habituels du patient, est déterminante pour l'évolution ultérieure de la maladie car largement conditionnée des conseils hygiéno-diététiques.

## **2.5. Facteurs de risque et facteur de protection**

Selon la fondation des maladies du cœur (2015), le terme « maladie cardiaque » regroupe plusieurs affections (par exemple, l'infarctus du myocarde, angine de poitrine, arythmie cardiaque) en lien avec le système cardiovasculaire qui entravent le bon fonctionnement du cœur. La majorité d'entre elles sont causées par l'athérosclérose ; soit des dépôts de cholestérol ou d'autres substances sur les parois intérieures des vaisseaux sanguins qui créent des plaques et obstruent la circulation sanguine (Mendis et al., 2011). L'apport d'oxygène et des nutriments au cœur est alors compromis et cela peut causer des dommages significatifs à l'organisme, voire entraîner la mort (Taylor & Sirois, 2014).

### **2.5.1. Facteurs de risque**

L'interaction de plusieurs facteurs est habituellement à l'origine du développement des maladies cardiaques. Dans la population générale, 80% des risques de développer une maladie cardiaque sont attribuables à des facteurs liés aux habitudes de vie (Oldenburg et al., 2015). Parmi ceux-ci, on recense l'embonpoint, le tabagisme, le stress, les problèmes de santé mentale comme la dépression et l'état de stress post traumatique (ESTP), l'hérédité, l'âge, l'isolement social ainsi que la détresse conjugale (Fondation des maladies du cœur, 2015 ; Taylor & Sirois, 2014).

D'une façon générale, le risque de développer une maladie cardiovasculaire donnée peut varier en fonction de la présence ou de l'absence de caractéristiques individuelles dites facteurs non modifiables et socio-économiques ou environnementales dites facteurs modifiables (Baudin et al.,2009). Autrement dit, plusieurs facteurs ont été mis en évidence dans l'étiologie de maladies cardiovasculaires. Ces dernières résulteraient de l'interaction complexe d'un ensemble de facteurs de risque plutôt que de l'action individuelle d'un de ces facteurs, elles seraient donc d'origine multifactorielle.

Au rang des facteurs non modifiables, nous avons l'âge, le sexe, les antécédents familiaux :

- **L'âge**

Les risques de maladies cardiovasculaires augmentent avec l'âge chez les hommes et les femmes. Ceci est causée par la progression de l'athérosclérose qui est elle-même due à une exposition cumulée aux facteurs de risques cardiovasculaires.

- **Le sexe**

Le sexe masculin est le plus prédisposé aux MCV, alors que les femmes seraient protégées jusqu'à la ménopause grâce aux œstrogènes qui ont un effet direct sur l'intima des artères, ce qui empêche la progression d'athérosclérose. En combinant âge et sexe, le risque de faire un AVC augmente à partir de 55 ans (Baudin et al., 2009).

- **Les antécédents familiaux**

Dans le cas où les MCV se sont développées chez au moins un parent du premier degré ; ces relations parentales mettent en évidence des caractères génétiques de prédisposition.

Pour ce qui est des facteurs modifiables, nous avons le tabagisme, l'hypertension, le cholestérol, le diabète, l'obésité, la sédentarité, le stress et la personnalité de type A, l'alcool, la caféine puis les contraceptifs oraux.

- **L'alcool**

Selon Di Castelnuovo et al (2002), et Corrao et al (2000), l'alcool multiplie le risque de fibrillation auriculaire par 2, le risque de crise cardiaque par 1,4 et le risque d'insuffisance

cardiaque par 2,3. L'alcool augmente également la fréquence des AV en particulier hémorragiques, ainsi que celle des symptômes d'insuffisance cardiaque congestive.

#### - **Le tabagisme**

Les effets délétères du tabac sont liés à la quantité quotidienne de tabac consommé par jour, à l'âge de début et à la durée d'exposition. Le tabagisme est responsable d'environ 10% des affections cardiovasculaires. Son effet s'exprime en particulier au niveau des membres inférieurs et au niveau coronaire (Mahi, 2013).

#### - **L'obésité**

Elle résulte d'un déséquilibre entre le rapport entre calories/dépenses caloriques (Marquand, 2009). Lorsque l'apport est supérieur aux dépenses, le surplus s'accumule sous forme de graisses dans le foie, le cœur, le muscle squelettique et le tissu adipeux viscéral (Kim et al, 2016). L'obésité peut intervenir dans de nombreuses maladies telles que le diabète, l'HTA et les maladies cardiovasculaires (Poirier, 2008).

#### - **Le diabète**

Selon Paquot (2003), le risque d'être atteint par les MCV est multiplié par deux à six, suivant le cas, ce qui fait que près de 80% des diabétiques meurent à cause d'une maladie cardiovasculaire.

#### - **La sédentarité**

Le risque d'être atteint d'une maladie coronarienne est deux fois plus élevé chez les gens sédentaires que chez les gens actifs. La sédentarité est responsable d'un décès sur dix dans le monde. On ira même plus loin en disant que les personnes sédentaires sont plus à risques de développer une maladie coronaire que les personnes qui fument. En fait, l'effet de la sédentarité sur la santé équivaut à fumer un paquet de cigarette par jour (Institut de cardiologie de Montréal, 2023).

- **Le stress** : de nos jours, on accorde de plus en plus d'importance au rôle possible du stress dans la genèse de certaines maladies, particulièrement les maladies cardiovasculaires.

- **Les contraceptifs oraux** : le risque de maladies cardiovasculaires est plus élevé chez les femmes âgées de plus de 35 ans qui utilisent des contraceptifs oraux (Theoret et al., 1987).

- **La guerre** : la guerre est devenue une réalité quotidienne pour la population. Celle-ci est un danger pour leur vie à court terme et elle pourrait le rester lorsque le conflit sera terminé (Bell., 2022). Elle entraîne des comportements nocifs qui s'ajoutent un à stress conséquent et le système de santé est souvent fortement perturbé par un conflit armé et ne peut pas offrir un suivi acceptable des personnes sujettes aux maladies cardiovasculaires. Dans une étude, Bell (2022) affirme que des chercheurs ont montré que la guerre engendrait une augmentation des maladies cardiaques. Dans cette perspective, une étude de chercheurs de l'université impériale de Londres (Royaume Uni) publié dans la revue *Heart* en 2019 montrent que ce sont les maladies cardiovasculaires qui auraient un taux de mortalité bien plus important dans un pays de guerre ou ayant vécu un conflit militaire. On note par ailleurs que l'origine de cette hausse des maladies cardiaques est multifactorielle comme nous l'avons annoncé ci-haut.

### **2.5.2. Effets des facteurs psychosociaux sur les maladies cardiovasculaires**

Parmi les facteurs de risque des MCV, les chercheurs ont identifiés le tabagisme, L'obésité, l'inactivité physique, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le diabète et l'histoire familiale concernant les MCV. Cependant, selon Jenkins (1976), ces facteurs ne sont pas suffisants pour expliquer l'occurrence des maladies coronariennes puisque les facteurs de risque psychosociaux ont montré une contribution indépendante, au risque coronarien, après que l'influence des facteurs de risque standards était statistiquement contrôlée. Cette constatation a orienté les chercheurs vers les facteurs psychosociaux pour trouver une meilleure explication des MCV. En fait, le statut et la mobilité sociale, les insatisfactions à l'égard de la vie, le niveau d'anxiété et les traits névrotiques, ont tous fait preuve de corrélation avec les maladies coronariennes (Kaplan & Kimball, 1982).

Selon Jenkins (1976), les facteurs psychosociaux semblent agir à travers le système nerveux central pour générer les changements dans le fonctionnement du système nerveux autonome et l'activité endocrinienne qui ont un impact sur le système cardiovasculaire. Durand et Barlow (2000) affirment que les facteurs psychosociaux tels que les stratégies d'adaptation, le soutien social et le niveau de stress ont été utilisés pour expliquer les différences individuelles dans la tension artérielle. Par exemple, dans une révision de 28 études, Uchino, Cacioppo et

Kiecolt-Glaser, 1997; cité dans Durand & Barlow, 2000) ont trouvé une forte relation entre le soutien social et la tension artérielle.

### **2.5.2.1. Stress et maladies cardiovasculaires**

La relation entre le stress et les MCV s'explique aussi bien par les réactions psychologiques que physiologiques de l'individu confronté à un stress donné. Certaines études démontrent que les réactions cardiaques et neuroendocriniennes, manifestées par les individus sous un état de stress, augmentent le risque de développer des MCV, surtout des maladies coronariennes (Stephens, Feildman, Evans, & Peny, 1996; Taylor, 1995).

D'une façon générale, la perception d'un événement comme menaçant conduit à une accélération des battements cardiaques et à une fortification des contractions des muscles du cœur. En plus, l'augmentation des catécholamines, diminue le temps nécessaire pour le sang de coaguler et augmente la tension artérielle, en partie par le fait de créer la contraction des vaisseaux sanguins. Dans la plupart des cas d'un stress transitoire, ces réponses ne posent pas de difficultés particulières. Cependant, quand le stress est chronique, son effet cumulatif peut être néfaste pour le cœur et conduire à des MCV (Bishop, 1994). D'après Hagiwara (1992), la détresse prolongée cause la tension, les sentiments d'insécurité qui peuvent entraîner, entre autres, les infarctus du myocarde et l'hypertension. Ces symptômes et ces troubles peuvent être à l'origine de certaines morts prématurées (Selye, 1974).

### **2.5.2.2. Dépression et maladie cardiaque**

Selon Bartoli et al, (2013), Carney et al., (2004), et Freedland et al., (2011), la dépression en plus d'augmenter le risque de mortalité chez les patients cardiaques, a été associée au développement des maladies cardiaques (Barth et al., 2004, et Gan et al., 2014). Ainsi, la dépression liée à la dérégulation de ces mécanismes a des effets délétères sur la santé telle que l'hypertension, l'hypertrophie du ventricule gauche, la vasoconstriction des artères coronariennes, la dysfonction endothéliale, l'activation des plaquettes sanguines et la libération de cytokines pro-inflammatoires. Cette cascade de mécanismes biologiques augmente les chances qu'un individu vive un infarctus du myocarde (Dhar & Barton, 2016).

De plus, la dépression contribue à une santé amoindrie (Sullivan et al, 2004), à une piètre qualité de vie (Gravily-Witte et al., 2007) et à un style de vie appauvri comportant moins d'activités et de comportements sains pour la santé (Kronish et al., 2006). De plus, la dépression

prédit un taux faible d'adhérence à la médication (Gehi et al., 2005 ; Nieuwenhuis et al., 2012) et une moins adhérence aux recommandations du médecin (Joynt et al., 2003). Ainsi, il a été démontré que la dépression peut intensifier les comportements à risque (par exemple l'inactivité physique, le tabagisme et la consommation d'alcool ; Joynt et al., 2003) et que la comorbidité dépression et maladies cardiaques aggrave le pronostic de la maladie cardiaque (Lange-Asschenfeldt & Lederbogen, 2011). On note par ailleurs que la prévalence de la dépression majeure au cours de la vie s'élève à 17% dans la population en générale alors que sa présence chez les patients souffrant de maladies cardiaques s'élève à 40% (Celano & Huffman, 2011). La présence de symptômes de dépression sans diagnostic peut s'élever jusqu'à 74% chez les patients cardiaques (Carney et al., 2004) et la dépression va souvent main dans la main avec l'anxiété.

### **2.5.2.3. Anxiété et maladies cardiaques**

Une association entre l'anxiété et le développement des maladies cardiaques (Roy-Burne et al, 2008), la récurrence des maladies cardiaques (Lambiase et al., 2014 ; Roest et al., 2010) et un plus haut risque de mortalité.

L'anxiété est liée à l'inflammation (O'Donovan et al., 2010), à l'hypertension (Markovitz et al., 1993) et à une augmentation de la sécrétion du cortisol (Merswolken et al., 2013 ; von Kanel et al., 2008), une hormone importante impliquée dans l'hypertension. Aussi, l'anxiété est liée à l'hyperlipidémie, l'obésité et à la résistance à l'insuline (Kanel et al., 2008).

De plus l'anxiété prédit une plus grande consommation d'alcool (Chawastiak et al, 2011), la non-adhérence au traitement (Dempe et al., 2013), le tabagisme et la malnutrition (Antonogeorgos et al., 2012), qui sont tous les facteurs de risque importants impliqués dans la récurrence des maladies cardiaques. L'anxiété est aussi liée aux stratégies d'adaptation inefficaces telle que l'isolement social (Denollet et al., 2006) et l'évitement (Benninghoven et al., 2006). Ainsi l'anxiété et la dépression peuvent avoir des effets délétères sur le rétablissement tant sur le plan psychologique que physiologique et pourraient affecter la qualité de vie des patients souffrant de maladies cardiaques.

### **2.5.2.4. Qualité de vie et maladie cardiaque**

Bien que la qualité de vie soit un phénomène qui comprend plusieurs facettes, deux composantes semble faire l'unanimité chez la majorité des théoriciens qui ont étudié la qualité

de vie dans le domaine de la santé : la composante physique et la composante psychologique (Shepherd & While, 2012). Lorsqu'on discute de la « composante physique » de la qualité de vie, il s'agit du sentiment du fonctionnement physique et de la douleur physique qu'une personne peut avoir, ainsi que de la perception qu'elle a de sa santé et de ses limitations (Ware & Sherborne, 1992). Selon ces derniers, lorsqu'on discute du « bien-être psychologique » ou de la « composante psychique » de la qualité de vie, il s'agit de la perception de la personne de sa santé mentale, ce qui comprend son sentiment subjectif de vitalité, de nervosité, de douleur, et du nombre et de la qualité de ses interactions sociales.

En résumé, même si d'autres facteurs de risques psychologiques comme le type de personnalité (Denollet et al., 2010), le stress au travail (Backé et al., 2012) et le manque de soutien (Valtorta et al., 2016) sont reconnus comme ayant une influence dans le pronostic des patients souffrant de maladies cardiaques depuis longtemps (Hemingway & Marmot, 1999), l'anxiété, la dépression et la qualité de vie semblent apparaître suivant un événement cardiaque nonobstant les facteurs présents dans la vie des patients avant l'évènement. De plus, le lien bidirectionnel établi entre les maladies cardiaques, l'anxiété et la dépression (Hert et al., 2018) souligne l'importance d'y porter attention. Finalement, la qualité de vie est souvent associée à l'intensité des symptômes de dépression et d'anxiété suivant un événement cardiaque (Ekici et al., 2014 et Palacios et al., 2016).

### **2.5.3. Facteur de protection**

Avoir un partenaire amoureux réduit le risque d'une récurrence, d'où la relation conjugale en lien avec la maladie cardiaque comme facteurs de protection.

Au cours des dernières années, un lien a été établi entre les relations sociales et la santé physique. A cet effet, il est démontré que les gens qui ont un réseau social limité et peu de soutien ont 29% plus de risque d'être atteints d'une maladie cardiaque (Valtorta et al., 2016). Plus précisément, les relations intimes seraient la source principale de soutien par le même agent déterminant dans le bien-être des adultes (Barger & Cribbet, 2016). Certaines études ont mis l'accent sur le statut conjugal. Par exemple, être engagé dans une relation conjugale a été démontré comme facteur de protection en plus d'augmenter la longévité des gens qui présentent des problèmes cardiaques (Manfredini et al., 2017).

D'après Johnson (2014), les connexions amoureuses agissent comme un antidote naturel contre la peur et la douleur ; peur et douleur pouvant être expérimentées par les personnes

atteintes d'une maladie cardiaque (Coan et al., 2006 ; Coan et al., 2015 ; Eisenberger et al., 2011). De plus, le partage d'une vie commune peut renforcer les comportements de santé et décourager les conduites pathogènes (tabagisme), ce qui diminue la vulnérabilité des individus face aux maladies cardiaques (Thoits, 2011). Dans le même sillage, Gottman souligne que l'accessibilité et la réactivité du partenaire ont un impact sur la diminution de la pression sanguine en plus d'atténuer la réactivité cardiaque. Ainsi, un bon soutien social, notamment celui offert par le partenaire amoureux, agit en tant que protecteur, entre autres parce qu'il procure un sentiment d'identité, de contrôle et une impression de sécurité (Thoits, 2011). Bref, le soutien social, souvent offert par le partenaire amoureux permet une meilleure adaptation à la maladie et un meilleur rétablissement (Randall et al., 2009).

## **2.6. Prisse en charge et moyens de prévention des maladies cardiovasculaires**

### **2.6.1. Prisse en charge des MCV**

Les traitements les plus courants des MCV comprennent les médicaments, la chirurgie et d'autres procédures. En ce concerne les médicaments, les plus utilisés dans les différents cas sont les suivants :

- Les fluidifiants du sang tels que les antiagrégants (Aspirine, Clopidogrel) et les anticoagulants ;
- Analgésie : Morphine ;
- Nitrés vasoactifs (si l'ischémie est récurrente, insuffisance cardiaque ou hypertension artérielle) : ce sont des produits qui contiennent des nitrates ou substance analogues aux nitrates (nitroglycérine) qui dilatent les vaisseaux, diminuent le travail cardiaque, libèrent les spasmes vasculaires et favorisent les apports d'oxygène et influence favorablement la consommation par le cœur ;
- Oxygénothérapie : le patient est réévalué pour voir s'il faut poursuivre le traitement ou non ;
- Béta-bloquants : ils sont aussi utiles pour contrôler le traitement quand ils sont administrés par voie intraveineuse. Ils réduisent aussi la mortalité hospitalière surtout chez les patients présentant un haut risque. Ils diminuent les effets du système nerveux sympathique (SNS) sur le système cardiovasculaire ce qui a pour conséquence de réduire la tension artérielle et de ralentir le pouls. La nitroglycérine est un nitrate organique qui peut être prescrite lors d'une crise ou en prévention d'une crise car elle

diminue le retour veineux au cœur. Cela diminue donc le travail cardiaque, augmente la perfusion des artères coronaires et diminue aussi la pression artérielle.

- Diurétiques : ils stimulent la production d'urine et renforcent surtout l'élimination d'eau et du sel qui a pour effet de diminuer le volume du sang, la résistance dans les artérioles et la pression artérielle et en plus ils soulagent le travail du cœur ;
- Les inhibiteurs de l'enzyme ACE : ils inhibent la formation d'angiotensine II et donc ses effets néfastes (vasoconstriction, rétention de sodium, stimulation sympathique centrale et périphérique. Les antagonistes de l'angiotensine II sont aussi efficaces que les inhibiteurs de l'ACE ;
- Les antiarythmiques : ils bloquent différents canaux ioniques dans les cellules cardiaques. Ils préviennent et traitent les anomalies liées au battement du cœur ;
- Les bloqueurs des canaux calciques : diminuent la probabilité d'ouverture des canaux calciques voltage-dépendant lors de la dépolarisation ;
- Les hypolipémiants : ce sont principalement des statines qui inhibent, dans le foie, une enzyme vitale pour la production de cholestérol qui en produira ainsi moins et éliminera plus le cholestérol LDL ;
- La digoxine (digitaline) améliore la contractilité du cœur.

### **2.6.2. Prévention des maladies cardiovasculaires**

La prévention est une approche indispensable dans le traitement des MCV parce qu'elles ont tendance à agir de manière « silencieuse » (de Lorenzi et al., 2015). Ces derniers considèrent les MCV comme des maladies inflammatoires chroniques. Le qualificatif « silencieux » relève du fait que, pendant de longues années, la maladie peut rester inaperçue et le patient peut ne pas être conscient jusqu'à ce qu'un événement comme un infarctus du myocarde ou un accident vasculaire cérébrale (AVC) survienne. On distingue à cet effet trois niveaux de prévention :

- Prévention primaire : qui vise à éviter l'apparition de la maladie. Par exemple en poussant à avoir une activité physique régulière ou à avoir un régime alimentaire varié ;
- La prévention secondaire : elle consiste en la détection d'une maladie qui est déjà présente mais pas encore complètement développée afin de stopper son développement ;
- La prévention tertiaire : son but est de minimiser l'impact délétère d'une maladie déjà présente et qui s'est déclarée cliniquement mais aussi prévenir les complications et de restaurer la fonction normale de la personne malade. Par exemple le traitement de statines après un épisode d'infarctus du myocarde (IM) traité chirurgicalement.

Il existe par ailleurs plusieurs axes dans la prévention des maladies cardiovasculaires. Il s'agit principalement de la nutrition, de l'activité physique, l'arrêt d'alcool, la relaxation et la lutte contre le stress.

## **2.7. Répercussions psychologiques des maladies cardiovasculaires**

La maladie cardiovasculaire est un événement brutal. Il confronte directement l'individu à sa propre mort et provoque un véritable choc. De plus il atteint le cœur, un organe chargé de symbole, siège des sentiments et de la pensée, centre vital de l'être humain. Ainsi, l'atteinte à cet organe central remet en cause inconsciemment l'invincibilité imaginaire de la personne (Rezette, 2008 ; cité par Bouille, 2012). Selon ce dernier, La maladie entraîne de nombreuses répercussions dans la le quotidien de l'individu : modification des habitudes alimentaires et des activités physiques, la prise de médication régulière, le temps de travail devant être modifié, difficulté financière. Des répercussions physiques sont également à relever : la fatigue, l'épuisement, les troubles de la fonction sexuelle, les douleurs de la poitrine.

### **2.7.1. Maladies cardiaque et syndrome de stress post traumatique**

Ces trente dernières années, les résultats de nombreuses recherches tendent à démontrer que la survenue d'un événement cardiovasculaire aigu, tel que l'infarctus du myocarde, peut être à l'origine du développement de symptômes de stress post traumatique (SSPT) ou d'un trouble de stress post traumatique (TSPT) qui, à leur tour, participent à une altération de la qualité de vie, de la santé psychique et contribuent à accroître le risque d'événements cardiovasculaires et de mortalité (Jacquet-Smailovic & Tarquinio, 2020).. Ce dernier est à la fois un facteur de risque et un facteur pronostique des cardiopathies. Dans ce sens, Houpe (2017) ajoute en disant que la situation se complique du fait que la survenue même d'une maladie coronaire, d'un infarctus ou de tout autre situation cardiaque ayant entraîné un risque mortel (réel ou imaginaire) peut être le déclencheur d'un tableau de stress post traumatique comme peut l'être un attentat, une agression ou un viol.

### **2.7.2. Dépression et anxiété liées aux MCV**

La survenue subite de la MCV (infarctus du myocarde), les traitements, l'hospitalisation, les possibles complications, les répercussions sur la vie quotidienne influencent l'état psychologique de l'individu et entraînent parfois des manifestations émotionnelles et comportementales, comme l'anxiété, la dépression, comparable à celle que l'on peut observer après un événement traumatique (Debray & Granger, 2010 ; cité par Bouille

(2012). Par ailleurs, d'autres répercussions psychosociales peuvent survenir sous diverses formes, irritabilité, désespoir, tristesse déni, évitement, difficultés de concentration, dysphorie, pessimisme, sentiment de culpabilité, agoraphobie, retrait social, reprise tardive du travail (Roberge, 2007 ; Bouille, 2012).

En dehors de la dépression, l'anxiété est perçue comme une autre conséquence liée à la MCV. Cette dernière est une source importante d'anxiété, non seulement pour la personne atteinte, mais également pour tout son entourage (Lukkarinen & Kyngas, 2003, cité par Erikson 2010). Les répercussions de la maladie touchent directement l'individu et indirectement les autres membres de la famille. Pour ces auteurs, après un tel événement, le fonctionnement et le dynamisme familial peut subir des perturbations. C'est ainsi qu'un changement de rôle est souvent perceptible au sein du couple, de la famille ou de la société. Or, la famille est un vecteur important dans le processus de rétablissement après la survenue d'une MCV.

En plus de la dépression et de l'anxiété, le malade ne reste pas inerte devant sa maladie. Il adopte des réactions allant du moins perceptible aux réactions visibles pour l'entourage (Sedo, 2022). On peut citer des réactions comme :

- **Attitude de dépendance et de régression**

Devant la maladie, le sujet développe une attitude appelée régression. Elle se traduit par l'adoption d'un comportement dans lequel le sujet ramène tout à lui. Il souhaite parfois inconsciemment être au centre d'intérêt de son entourage. Il dépend de son entourage pour tous les besoins. Lorsqu'il s'agit d'une maladie chronique comme la MCV, cette attitude peut devenir importante en intensité et en durée. Dans ce cas, elle peut empêcher la compliance du sujet et favoriser ainsi des complications. L'attitude de régression et de dépendance peut aussi favoriser la compliance du malade. En effet, le sujet malade, dans son attitude égocentrique et dépendante s'abandonne et accepte aux mesures thérapeutiques proposées par son entourage (soignant). Il se situera alors dans une relation paternaliste et obéit aux propositions. On pourra le comparer à un enfant qui accepte la prise des produits donnés par ses parents.

- **Attitudes de négation, refus et de minimisation de la maladie**

Pour se soulager du danger perçu ou se dédouaner de la douleur physique et morale que peut engendrer la maladie, certains malades minimisent les enjeux de leur maladie. D'autres vont jusqu'à dénier l'existence de celle-ci. L'attitude de minimisation, négation et refus de la maladie entraîne souvent des consultations abusives.

## - Réactions d'ordre narcissique et atteinte de l'image du corps

La maladie est une épreuve difficile qui menace l'intégrité du sujet. Elle secoue plus souvent la toute-puissance du sujet. Le sujet comprend qu'il n'est pas aussi fort et important qu'il croit. Il reçoit un coup dans son égo. Certains patients vivent une fracture narcissique tandis que d'autres voient leur narcissisme se renforcer. Ces derniers, en fonction de l'attention qu'on leur témoigne se voient de plus en plus important.

Dans le cadre de la maladie cardiovasculaire, ou de manière générale l'expression des dysfonctionnements somatiques, l'analyse sous une perspective médicale pousse à entendre le corps dans sa réalité biologique. Dans sa perspective psychologique, et plus particulièrement en clinique, le corps peut avoir une résonance qui s'écarte des substrats biologiques où son écoute peut amener à entendre le corps comme un lieu, théâtre de pulsions, affects et de représentations. L'image du corps des personnes atteintes de MCV les confronte à une perte fréquente d'un organe et par séquent les met face à la mort.

### **Attitudes d'agressivité et de persécution**

Devant la menace de maladie chronique, le sujet peut perdre le contrôle de ses émotions. De façon instinctuelle, lorsqu'on se sent menacé ou persécuté, on développe une réaction pour contrer la menace. Cette réaction peut varier allant de l'agressivité passive, verbale à une agressivité physique ; ce qui peut alors compliquer la relation thérapeutique et influencer sur le traitement.

## - Attitudes de projection

L'une des réactions inévitables est la recherche de la cause de sa maladie. Le sujet cherche à mettre du sens dans ce qui lui arrive. Ce qui l'amène à attribuer l'origine de son mal à des causes extérieures. Cette attitude est appelée la projection. Elle est très caractéristique de notre population d'étude qui pense que la MCV est due à un malfaiteur.

### **2.8. La maladie cardiovasculaire : maladie psychosomatique ?**

Depuis la nuit des temps, la sagesse populaire prône que le cœur pourrait être « brisé » par une intense charge affective, douloureuse en principe. On dit que l'on peut mourir de chagrin, de colère, de terreur, de passion, de honte, même de joie (Savvopolous, 2015).

Désignant l'organe propulsant le sang dans le corps, le « cœur » est utilisé comme métaphore de la source de vie affective qui nourrit le sujet en émotions et sentiments.

La recherche scientifique a mis en lumière les relations complexes qui existent entre les faits d'ordre cardiologique (physiopathologique) et les faits d'ordre psychique. Toutefois, la nature des processus et des mécanismes tant biologiques que psychiques, qui forment ces relations complexes et le passage entre une conception médicale et une conception psychanalytique-psychosomatique des troubles somatiques, n'a pas pu être déterminée. L'absence d'une théorie unifiant des concepts hétérogènes (médicaux et psychosomatiques) proviendrait des obstacles épistémologiques et « narcissiques » des chercheurs (médecins, biologistes, psychanalystes, etc.) devant le fait psychosomatique.

L'ischémie du myocarde, notamment l'infarctus, constitue un terrain de prédilection pour étudier les liens entre les processus psychiques et les processus de somatisation conduisant à l'infarctus. Au niveau physiopathologique, l'obstruction des coronaires, procédant de l'athéromatose ou du spasme des artères, a comme résultat l'arrêt de l'hématose d'une partie du myocarde et sa nécrose. Mais la question du fonctionnement psychique impliqué dans la manifestation de l'infarctus, et notamment l'incidence des troubles affectifs, a été étudiée par plusieurs auteurs.

Engel (1971) rapporte la survenue de morts subites cardiaques à la suite de la rupture d'une relation affective importante. L'épisode ischémique surviendrait au cours d'un trouble affectif induit par le vécu d'une perte d'objet objectale. Parfois, la manifestation de la maladie précède même de la date anniversaire du décès d'un être cher qui réactive des thématiques traumatiques.

Dans une étude concernant les veufs en Grande-Bretagne, Young et al. (1963) relèvent que dans la période des six mois suivant le décès de l'épouse, le taux de mortalité est de 40 % plus élevé que chez les hommes mariés du même âge. On fait l'hypothèse que les personnes incapables d'effectuer un travail de deuil sont exposées aux maladies somatiques. Pour Lown (1982), les trois éléments clés pour comprendre l'infarctus du myocarde et la mort subite cardiaque sont : la condition du myocarde, la situation psychique générale et la situation psychologique déclenchant la crise cardiaque. La dépression est essentiellement incriminée comme état psychologique général aggravant, tandis que le stress ou l'interaction traumatique du sujet avec son environnement sont évoqués comme facteurs déclenchant l'infarctus. Il est

généralement accepté que l'apparition de cette pathologie, dans plusieurs sinon dans la majorité des cas, soit due au stress psychologique chronique.

Des études récentes (Stern, et al., 2009 ; Fustered et al., 2011) soulignent que le spasme des coronaires est dû soit au stress émotionnel excessif, soit au tabac, à l'exposition au froid et aux drogues. Dans les accidents ischémiques transitoires, le mécanisme responsable de la durée variable des spasmes est inconnu, mais la cause de l'infarctus semble être la formation d'un caillot sur le spasme (Maseri, 1978) ; les plaquettes s'accumulant dans la région du spasme libèrent une substance qui intensifie et étend le spasme (Ellis et al., 1976).

Plusieurs travaux postulent que la présence de facteurs de risque de maladie coronarienne favorise les spasmes. En dehors des états de stress, de tels facteurs sont l'hypertension artérielle (HTA), les troubles métaboliques (lipides, glucides), qui constituent déjà des somatisations, et l'obésité, le tabagisme, la vie sédentaire et ce que l'on appelle la personnalité de type A, qui entrent dans le cadre du comportement.

La personnalité de type A, décrite par Friedman et Rosenman (1959), se caractérise par une tension physique et psychique permanente, débouchant sur la compétitivité et l'effort incessant pour obtenir une reconnaissance professionnelle et sociale. L'activité fantasmatique restreinte et l'attitude agressive sont associées à une vigilance permanente et une impatience face à de multiples buts fixés par le sujet. Certains pensent que ce comportement contribue à l'apparition des lésions coronariennes à travers des mécanismes neurohormonaux dus au stress. Selon d'autres, le comportement de type A et la maladie coronarienne sont des manifestations parallèles procédant d'une « agressivité constitutionnelle » (Cooper, 1981). Il est probable que le flux énergétique, qualité d'« agressivité constitutionnelle », est en fait un courant énergétique peu qualifié en raison des difficultés de mentalisation du sujet.

Le fonctionnement des individus présentant une personnalité de type A est caractérisé essentiellement par le comportement, puisque la voie mentale de régulation du facteur énergétique est plus ou moins barrée, ce qui témoigne d'une névrose mal mentalisée.

Cependant, le comportement de la personnalité de type A présente une large palette d'expressions dépendant du niveau de mentalisation du sujet. Parmi ces personnes, les mieux mentalisées (névrosés de caractère ?) pourraient présenter une certaine fluidité énergétique entre l'inconscient et le comportement manifeste, permettant une élaboration fantasmatique qui

exprimerait des mouvements pulsionnels et affectifs visant l'objet. Mais ce processus tient plutôt de décharge énergétique que de fonction d'intégration des conflits intrapsychiques.

Selon Savvopolous (2015), l'infarctus du myocarde (type de maladie cardiaque) dû au spasme coronaire peut résulter du stress chronique ou aigu, sans la présence des facteurs de risque. La somatisation est l'aboutissement d'une régression psychosomatique initiée par un traumatisme intense, ou accumulatifs, qui n'ont pas pu être gérés par des moyens mentaux, du fonctionnement du caractère ou du comportement, ou même par des maladies à crise chez les jeunes souffrant de migraine avec aura, l'incidence d'un spasme des coronaires est augmentée.

Ce faisant, un cas clinique nous permettent de mieux comprendre la maladie cardiaque en tant que maladie psychosomatique. Il s'agit ici du cas de L présenté par Savvopolous (2015).

### **Infarctus dû à l'athéromatose**

L., âgé de 39 ans, quelques jours après un angor inaugural, est hospitalisé pour un infarctus diaphragmatique, à la suite d'une sténose de la circonflexe et de la coronaire droite, attribuée à une artériosclérose prononcée. Facteurs de risque : tabagisme, obésité, hyperlipidémie et stress. La négligence de consulter pendant quelques jours après la manifestation de l'ischémie cardiaque dénote l'activité d'un processus de désaveu massif concernant la perception endosomatique (hallucination négative) et l'image corporelle.

Enfant naturel et pupille de l'État, confié à un tuteur, L. n'a jamais connu son père. Sa mère, très jeune et immature, a des difficultés à s'occuper de L. qui est souvent malade. À 18 mois, se déclare une méningite « avec des crises convulsives sans séquelles apparentes ». Cette phrase du rapport médical écrit à l'époque et l'utilisation du signifiant « apparentes » (a-parents) signifierait-elle que le médecin qui a rédigé le rapport a eu l'impression contre-transférentielle que L. était un enfant « sans parents » ? À l'âge de trois ans, la mère le place dans une pension. L. manifeste d'emblée des troubles du caractère et du comportement, ainsi qu'un retard langagier. Il est énurétique jusqu'à l'âge de 7 ans, auquel il est placé chez une tante ayant plusieurs enfants, où il se sent heureux. Cependant, une année plus tard, à la suite de ses troubles de caractère et à un comportement sexuel agressif, il est renvoyé par sa tante et placé dans une famille de paysans, où il s'adapte mal et se sent rejeté. Il commet des délits qui nécessitent l'intervention de son tuteur. Sur ce terrain psychoaffectif brûlant, la ligne de défense

comportementale ne suffit plus. À 14 ans, L. commence à avoir des crises épileptiques qui ont un impact catastrophique sur le plan cognitif. Il abandonne ses études : l'épisode inaugural se déclare le jour même du mariage de sa mère, événement vécu comme un nouvel abandon. Les relations catastrophiques avec l'objet, vécues tout au long de sa vie, se répètent avec les soignants des services sociaux et dans divers postes de travail qu'il a occupés. Il n'arrive pas à assumer les tâches désignées et il quitte les lieux dans un climat conflictuel.

Des épisodes dépressifs fréquents s'accompagnent d'abus d'alcool et le conduisent, à partir de 25 ans, à des tentatives de suicide qui, selon moi, constituaient un appel à l'aide qu'il ne pouvait pas formuler. L'alcoolisme aggrave sa pathologie et sa position socioprofessionnelle. Un accident de travail, dû à un comportement autodestructif, entraîne l'invalidité complète de sa main droite, lui permettant de bénéficier de l'assurance invalidité.

Les traumatismes précoces dus aux carences affectives ont eu des conséquences graves sur la structuration de l'autoérotisme, du pare-excitation et des identifications. La mentalisation rudimentaire a conduit à la constitution d'une névrose de comportement caractérisée (Marty, 1976, 1985) par la vie opératoire, la dépression essentielle et la reduplication projective. Le fonctionnement psychique de L. ne lui permet pas même la constitution d'un comportement-rempart de la personnalité de type A, pour faire obstacle aux mouvements contre-évolutifs. La manipulation et les « bénéfices secondaires », qu'il tire de ses troubles psychiques et somatiques dans ses relations d'objet, ont peu de valeur économique. Le facteur énergétique se décharge dans des comportements bruts (tentatives de suicide, accidents, alcoolisme) mais aussi par des somatisations à crise (eczéma, épilepsie). Sur ce terrain symbolique brûlé où l'affectivité est désertée – où projection, masochisme érogène primaire et stratégies anti-traumatiques sont incapables de s'opposer aux mouvements contre-évolutifs durables – l'apparition de la désorganisation progressive et de la maladie évolutive (artériosclérose grave), qui conduira à l'infarctus, est inévitable.

L. rend responsable de l'infarctus sa mère et son tuteur qui le frustrent par rapport à ses revendications financières. Pour L., la cause de tous ses problèmes somatiques est à retrouver dans les conflits intolérables avec les autres, l'angoisse, la frustration, les excitations. Il affirme sans équivoque : « je tombe malade quand on m'emmerde... ». Le moindre ennui constitue pour lui une frustration, vécu comme traumatisme, qui déclenche un processus de négativisation aboutissant à la somatisation.

## 2.9. Approche des modes de représentation de la maladie selon Laplantine (1986)

L'approche anthropologique de la santé et de la maladie ne sont pas définies de la même façon à travers les époques et les localités. Selon Levesque, (2015), les populations adhèrent une variété de croyances inhérentes à la santé et aux maladies. Ces croyances sont qualifiées de représentation de santé et des maladies. Elles font référence à la façon dont les populations conçoivent et définissent leur malaise. Dans son ouvrage « Anthropologie de la maladie », Laplantine (1986) présente une classification selon quatre modèles d'interprétation de la maladie : le modèle ontologique / relationnelle le modèle exogène / endogène ; le modèle additif / soustractif et le modèle maléfique / bénéfique. (Fonga, 2014)

### - Ontologique et relationnelle

Le modèle ontologique encore appelé descriptif contemple, classifie et liste des entités, les causes et les conséquences. Ce modèle est le plus utilisé dans le monde hospitalier et s'oppose au modèle fonctionnel ou relationnel qui interprète les maladies comme un déséquilibre d'une personne avec son environnement. Dit autrement, ce modèle oppose « *les médecines centrées sur la maladie et dont les systèmes de représentations sont commandés par un modèle ontologique de nature le plus souvent physique [et] les médecines centrées sur l'homme malade et dont les systèmes de représentations sont commandés par un modèle relationnel qui peut être pensé en terme physiologique, psychologique, cosmologique ou social.* » (Laplantine, 1986)

Le modèle ontologique est centré sur une approche qualitative, et s'attache à la localisation de la cause chez l'individu malade, localisation qui peut être d'ordre anatomique ou qui cherche à déterminer la nature de la maladie par rapport aux entités nosographique existantes. (Fonga, 2014)

Le modèle relationnel correspond quant à lui à une atteinte fonctionnelle ou quantitative. Il se traduit en terme "d'harmonie et de dysharmonie, d'équilibre et de déséquilibre". La maladie est considérée comme un dérèglement par excès ou par défaut. Ce déséquilibre peut être entre l'homme et lui-même. Cela rappelle la "médecine humorale" avec la recherche de l'équilibre entre les quatre humeurs : le sang, le phlegme, la bile jaune et la bile noire. Ici, on retrouve la volonté de prendre en charge ce déséquilibre à l'intérieur de l'individu. La rupture peut être entre l'équilibre de l'homme et celui du "cosmos". Cette représentation est présente dans l'ensemble des "médecines populaires des traditions orales". Enfin, la rupture peut être celle de l'équilibre

entre l'homme et son milieu social, ce que l'on retrouve dans différentes actions religieuses et/ou magiques. (Fonga, 2014)

- Exogène et endogène

Le terme exogène désigne une origine extérieure de la maladie. Dans ce cas, celle-ci est causée par un élément étranger au malade. L'individu n'est pas responsable de son état. Il est considéré comme sain. On peut appliquer ce modèle pour expliquer les maladies causées par des éléments naturels (par exemple, un agent infectieux ou chimique, un mauvais équilibre alimentaire, la pollution, un traumatisme physique), des difficultés socioprofessionnelles et des événements traumatiques. On peut aussi introduire des notions surnaturelles (sort, génie, mauvais esprit...). (Fonga, 2014). Le but du traitement est de chasser l'intrus. La guérison vient donc de l'extérieur. Dans le corps, il y a quelque chose en trop qui rend malade et qu'il faut enlever. Ce concept est à la base de nombreux traitements présents aussi bien dans la médecine occidentale que dans les médecines dites traditionnelles avec, par exemple, des ablations chirurgicales, des lavements, des saignées et différents rituels magiques. Dans le cas endogène, la maladie vient ou se développe de l'intérieur de l'organisme. Il ne s'agit plus alors de chasser un élément externe, puisque la maladie se développe à partir de l'individu lui-même. On retrouve dans ce cas la notion de transmission familiale héréditaire où le sujet est victime de son hérédité. On peut également différencier la part psychologique où le sujet va inconsciemment provoquer sa maladie en raison de troubles émotionnels. Ce modèle prend donc en compte le terrain, l'hérédité, les tempéraments et les prédispositions. Par ailleurs, on retrouve dans un certain nombre de cas des facteurs à la fois exogènes et endogènes.

- Additif et soustractif

Suivant le modèle additif, la maladie est vécue comme l'intrusion de quelque chose dans le corps (objet, microbe, démon), de quelque chose de trop qui pénètre dans le corps de la personne innocente. Avec cette conception, on refuse que la maladie vienne de l'intérieur et implique la personnalité du malade. Dans le modèle soustractif, le malade a perdu quelque chose qu'il faudra lui restituer. La guérison passe donc par l'ajout de quelque chose. Ainsi pour les personnes dont les représentations suivent le modèle additif, une intervention chirurgicale, une prise de sang et d'autres traitements ne poseront pas de problème. À l'inverse, les individus suivant le modèle soustractif chercheront à recevoir (injections, médicaments...).

- Maléfique et bénéfique

Le dernier modèle décrit par Laplantine (1986) est le modèle maléfique / bénéfique. La maladie est considérée comme maléfique lorsqu'elle est perçue comme "nuisible, nocive, indésirable et privative". Ses conséquences ne sont pas uniquement au niveau de l'individu mais elle entraîne une dévalorisation sociale qui peut être la cause d'une exclusion de la société. La maladie suit, au contraire, le modèle bénéfique lorsque ces "symptômes sont considérés comme un message à écouter". La maladie est alors pleine de sens. Elle peut enrichir. La maladie peut également procurer des bénéfices secondaires. Le malade a un statut privilégié unique qui lui permet de se soustraire à différentes contraintes de la société et d'attirer l'attention sur soi. On parle de "médecine gratification". Dans certains cas, le malade se dépasse grâce à sa maladie. Il convertit sa maladie en une force. Cette force lui permet de réaliser ce qu'il n'aurait pas pu faire sans cette maladie.

En gros, ces différents modèles décrits par Laplantine ne s'opposent pas les uns des autres, mais sont complémentaires pour rendre compte des représentations autour de la maladie.

### **2.10. Système de soins et modèles explicatifs**

Les systèmes de soins sont composés de trois secteurs vers lesquels les patients peuvent se tourner : le "secteur populaire", le "secteur professionnel" et le "secteur traditionnel". Différents facteurs pousseront chaque individu à faire confiance à tel ou tel système de soins : ses croyances par rapport à la cause d'une maladie, le ou les traitements qu'il voudra utiliser, sa perception de la place du malade et la notion de pouvoir dans la société, l'accessibilité des soins.

- Le "secteur populaire"

Ce secteur englobe l'entourage du patient : famille, amis, voisinage, environnement professionnel. C'est le secteur le moins étudié, mais le plus important car c'est à partir de ce secteur que commence la prise en charge. L'automédication y est importante, tout comme la prévention. La préoccupation pour le maintien de la santé a une importance plus grande que la lutte contre la maladie. Ce secteur influence beaucoup le patient par rapport à son adhésion aux autres secteurs. Ainsi, la vision de la collectivité est primordiale dans la prise en charge d'une maladie.

- Le "secteur professionnel"

Le secteur professionnel fait référence au monde hospitalier, aux professionnels de la santé. Il désigne la médecine moderne sur laquelle se fonde l'approche biomédicale encore très dominante dans ce secteur. Dans ce secteur la santé est définie généralement par une absence

de maladie physique. Celle-ci est une altération des fonctions du corps. Cette conception de la maladie dans ce secteur détermine les conduites que tiennent les membres de ce secteur.

- Le "secteur traditionnel"

Le secteur traditionnel est composé des soignants qui peuvent se rapprocher du secteur populaire. Ils sont des spécialistes non professionnels. Dans leur pratique de soins, l'usage de la religion est fréquent. Dans la culture africaine, ils sont les spécialistes de la médecine traditionnelle. Plus souvent, à des degrés divers, le sujet malade utilise donc ces trois secteurs pour se soigner. Il est plus ou moins influencé par sa culture et son environnement social. Les pratiques de soins sont fonction des interprétations qu'il se fait de sa maladie. Joly (2005) définit dans chacun de ces secteurs comme « des "modèles explicatifs" de la maladie ». Les modèles tentent d'expliquer la maladie selon son étiologie, le moment et le mode d'apparition des symptômes, la physiopathologie, l'évolution du trouble et le traitement" (Joly, 2005). Les modèles explicatifs sont, en partie, conscients et liés à l'expérience du patient, à ses croyances ainsi qu'à celles des équipes de soins et de sa famille.

### **2.10.1. Recherche de sens et le recours à la médecine traditionnelle africaine**

Pour comprendre sa maladie, le malade va se poser plusieurs questions pour déterminer les causes et même le sens qu'elle cache. "Pourquoi moi ?", " Pourquoi maintenant ?", "Pourquoi lui ?" "Pourquoi ici ?" Les représentations qu'il va construire vont l'aider à y répondre (Taïeb, 2005). L'objectif de cette quête revêt plusieurs aspects : pouvoir déterminer de quelle maladie il s'agit ; trouver son mode de survenue ; comprendre qui en est à l'origine ; déterminer pourquoi la maladie s'est développée à ce moment, sous cette forme et chez cette personne. Pour interpréter sa maladie, l'individu cherche des réponses qui vont au-delà de celles données par le corps médical (Heurtin, 1992). Encore une fois, l'individu cherche à retrouver sa place dans la société. Comme l'a fait remarquer Herzlich (1984), les représentations qu'aura un individu de la maladie ne sont pas liées à une mauvaise information du patient ou à un manque de connaissances de celui-ci. Elles sont liées à son vécu et à son expérience. Dans les cultures africaines, la société à laquelle appartient le malade joue un rôle très important. Ainsi, la maladie ne retentit pas uniquement sur l'individu mais également sur la société dans sa globalité. Quand un individu est malade, plus que le corps physique, c'est tout l'équilibre social qui est modifié (Alhassane & Creusat, 2000) ; la société se composant d'une partie "visible (individus, animaux, minéraux, plantes) et non visible (dieux, esprits, génies, ancêtres)".

Dans les cultures africaines, l'Homme n'est pas une unité individuelle mais un être composé de différentes entités, très liées et contributives les unes aux autres. L'Homme n'est en quelque sorte pas maître de lui-même mais occupé, voire possédé. Il n'est pas propriétaire de son passé, ni de son présent, ni de son avenir. Il a, en quelque sorte, le même statut de la naissance à la mort (Fourasté, 1985). Pour le malade et son entourage, la maladie a une "double causalité". Elle provient à la fois de causes naturelles et de causes surnaturelles. Ces deux dimensions doivent donc être prises en compte dans la gestion de la maladie pour un rétablissement complet. Des thérapeutiques agissantes spécifiquement sur l'une ou l'autre des causes évoquées sont utilisées simultanément ou successivement. Du reste, certaines maladies sont considérées comme "africaines" non pas uniquement en raison de l'explication qui est en donnée et qui renvoie au monde invisible, mais également par les rapports qui sont établis entre les symptômes et la représentation du corps. La notion de maladie chronique a une représentation différente en Afrique. On conçoit tout à fait être atteint d'une maladie aiguë par une cause naturelle. En revanche, si celle-ci persiste ou devient chronique, le patient y voit une dimension surnaturelle et pour lui, un traitement dit "naturel" ne suffira plus. Il risque alors de se tourner vers d'autres médecines.

Dans la médecine traditionnelle africaine, la recherche du sens est fondamentale dans la prise en charge de la maladie. C'est elle qui détermine le diagnostic, la prise en charge et le pronostic de chaque patient. Il s'agit donc d'une étape primordiale et précise qui va guider tout le parcours thérapeutique (Alhassane, 2012). Le praticien s'attache par conséquent à déterminer l'origine de la maladie par la recherche du comment et du pourquoi. L'interrogatoire est primordial puisque la recherche de sens est centrée sur la personnalité de l'individu, mais aussi sur son histoire et celle de sa famille. L'élément perturbateur est extérieur à l'individu, il ne fait pas partie de lui. Cette recherche va le conduire vers des causes non naturelles, d'autant plus si la maladie est inhabituelle, persiste, n'a pas l'amélioration attendue suite au traitement ou s'aggrave plus que prévue. En effet, la médecine traditionnelle guérit ou soulage car apporte une réponse attendue du patient. Cette réponse peut être assimilée à l'effet placebo dans le contexte occidental. Le tradipraticien ne se contente pas de soigner ; son but est d'apporter une guérison au malade. Il va par conséquent faire le lien avec la communauté dans son ensemble, qu'il s'agisse de la partie visible ou de la partie invisible, pour déterminer l'origine du mal. Il peut dans certains cas s'agir d'une punition, d'un avertissement, d'une attaque ou d'une vengeance (Alhassane, 2012).

La communauté est composée à la fois des univers visibles et invisibles (ancêtres, génies, ...). Ceci est expliqué par les différentes croyances culturelles et religieuses par rapport à la nature de l'individu. Même si en fonction des cultures, les croyances diffèrent, on retrouve des éléments communs. La croyance répandue en Afrique subsaharienne est que l'être humain est composé "d'éléments distincts mais étroitement reliés et tributaires les uns des autres" (N'Gono, 2011). On peut le diviser en plusieurs entités, dont le nombre varie selon les cultures, mais on retrouve au moins en commun : - le "corps physique" ou "enveloppe corporelle" que N'Gono a décrit comme "la manifestation de la personne durant sa vie terrestre et dans l'au-delà." - "l'esprit" qui donne la vie. C'est cette partie qui peut être l'attaque d'ennemis appartenant au monde visible ou au monde invisible (Laffon et al., 2003). Le guérisseur va devoir en tenir compte pour soigner le patient lors du processus de guérison, la guérison devant être globale et concerner le patient dans son ensemble. Par ailleurs, il est considéré que cet esprit continue à exister et à se manifester après la mort et peut donc avoir une influence sur les humains.

### **2.10.2. La conception magico-religieuse**

Les Africains, comme les autres peuples, possèdent un corpus de connaissances bien élaboré concernant les maladies et les moyens d'y remédier. Une maladie à soigner n'est pas toujours le signe d'une affection sociale à guérir, elle ne le devient que lorsque sa durée inaccoutumée, sa brusque apparition ou son aggravation, son évolution atypique et surtout sa répétition chez le même individu ou dans le même groupe domestique mobilisent l'angoisse des autres et fait surgir la question : d'où vient-elle ? Ce seuil de l'angoisse au-delà duquel se profilent les interprétations magico-religieuses est aussi le seuil de l'usage social de la maladie. (Ezembe, 2009)

Dans cette perspective, plusieurs causes peuvent être avancées pour justifier le trouble : en règle générale, il peut s'agir des morts du lignage qui affligent le malade, offensés par une transgression des limites de leur domaine. Il peut aussi s'agir des génies témoins, qui tourmentent le malade, mobilisés par la transgression de l'interdit ou alors qui punissent le malade contraint d'acquitter sa dette nocturne de chair humaine.

Horton (1957) définit l'interprétation magico-religieuse de la maladie comme « une opération cognitive similaire à la démarche scientifique, en ce qu'elle consiste à mettre en rapport un fait empirique (transgression ou négligence d'un culte) et une entité théorique, qui, elle, ne relève pas du monde de l'expérience ». Trois termes correspondent aux questions : quoi ? pourquoi ? qui ? Auquel il convient d'ajouter la cause : comment ?

Pour Zempleni (1982), les agents magico-religieux mis en jeu par ce mode d'interprétation ne sont pas seulement des entités théoriques dotées comme telles d'efficacité cognitive, ils ont en outre la propriété commune d'être soit des sujets humains, soit d'en posséder les attributs spécifiques, l'intentionnalité, le désir, l'esprit de rationalité et parfois le langage. Dans cette perspective, l'interprétation magico-religieuse de la maladie se définirait alors comme « *l'attribution de la maladie, non pas tant par le malade lui-même mais par les autres, à une intention socialement située* ». La maladie devient effet de l'action intentionnelle d'un autre ou l'effet du désir d'un autre. La conception magico-religieuse de la maladie est la manière dont les Africains répondent à l'inconnu, à l'angoisse face à une situation nouvelle, d'autant plus inquiétante qu'elle est sous-tendue par une souffrance humaine. (Ezembe, 2009)

## CHAPITRE 3 : INSERTION THEORIQUE

Le chapitre précédent de cette étude a été consacré à la revue de la littérature. Dans celui-ci, nous avons fait l'état de la question sur les répercussions psychologiques des maladies chroniques, plus précisément celles des maladies cardiaques. Dans le présent chapitre, nous aborderons l'étude théorique de notre sujet d'étude dont l'objet d'étude porte sur le travail d'élaboration de la maladie ou encore le travail de mentalisation de la maladie chez les patients ayant survécu à une maladie cardiovasculaire et qui suivent un programme de réadaptation cardiaque. Pour une bonne élucidation, nous aborderons les modèles théoriques de la mentalisation et l'approche ethnopsychanalytique de la maladie chronique.

### 3.1 Approche théorique de la mentalisation

Le sujet atteint d'une maladie grave, et plus précisément celle de la maladie cardiaque, vit une expérience douloureuse. Cette douleur entraîne une grande souffrance, souffrance qui est envisagée sur le plan psychologique comme étant une expression de la vie émotionnelle de l'individu (Lecours, 2016). Ce dernier considère la souffrance comme le sentiment d'une émotion d'un excès d'émotion désagréable excessivement intense ou prolongée. La maladie grave vécue comme un choc entraîne très souvent chez les victimes une perte d'autonomie, une perte d'intégrité et les émotions négatives associées sont généralement la peur, l'anxiété, la honte, la culpabilité. L'expérience émotionnelle y relative est souvent la tristesse et ses variantes (Lecours, 2016).

Face à la souffrance induite par la maladie, l'individu met habituellement en place des mécanismes de défense lui permettant dans un premier temps d'encaisser et d'atténuer cette souffrance (de Tychev, Lighezzolo, 2005). Par la suite, une opération tenue par le moi du sujet doit être réalisée ; opération qui consiste en la liaison psychique des affects et des représentations, permettant un travail d'élaboration mentale des tensions générées. L'ensemble de ces opérations conduisant à cette élaboration est connu sous le terme de mentalisation. Ce dernier qui est le processus de mise en sens passe par la représentation et la symbolisation.

#### 3.1.1 la représentation

Le terme représentation sur le plan étymologique désigne « *l'action de replacer devant les yeux de quelqu'un* ». La représentation apparaît d'abord comme le processus permettant de rendre sensible un concept ou un objet absent « *au moyen d'une image, d'une figure, d'un*

*signe* » (Rey-Debove & Rey, 2010). Elle est employée en psychologie et en philosophie pour désigner « *ce que l'on se représente, ce qui forme le contenu concret d'un acte de pensée* » et « *en particulier la reproduction d'une perception antérieure* » (Lalande, 1951).

En introduisant le terme représentation (« *Vorstellung* ») en psychologie, Freud n'en a pas modifié le sens de départ, mais l'usage qu'il en a fait est original (Laplanche et Pontalis, 1984). Dès 1900, Freud propose le modèle princeps suivant lequel la représentation naît de l'échec de la satisfaction hallucinatoire. Ainsi, on entend par représentation, ce que l'on se représente, le contenu d'une pensée, mais aussi l'élément qui représente un phénomène psychique, qui est à la place. Dans la théorie du fonctionnement mental, la représentation se distingue de l'affect. Elle est le processus de création et d'utilisation d'une image stable d'une chose à la place de la chose elle-même. Dit autrement, elle est une trace mnésique plus ou moins investie affectivement. Ce faisant, on distingue les représentations de mots qui sont verbales et dont la qualité serait plutôt, selon Freud, acoustique et les représentations de choses qui seraient plutôt d'ordre visuel, comme dans le rêve.

#### **3.1.1.1. Les représentations de choses**

Chez Freud, l'idée de représentation de chose est voisine du terme de « traces mnésiques » : celles-ci « *se déposent dans les différents systèmes mnésiques* » (Laplanche & Pontalis, 1984 : p. 417). L'une des définitions les plus précises de la représentation de chose pour Freud (1915) : « *La représentation de chose consiste en un investissement, sinon d'images mnésiques directes de la chose, du moins en celui de traces mnésiques plus éloignées, dérivées de celles-ci* ». Cette définition est l'une des plus précises de la représentation de chose (Laplanche & Pontalis, 1984). Ces deux auteurs relèvent ainsi que « *la représentation est [...] nettement à distinguer de la trace mnésique* » (p. 418). Car la représentation de chose « *n'est pas à comprendre comme un analogue mental de l'ensemble de la chose* » (p. 417), déclarent-ils. D'après Gibeault (2005), Freud se réfère dans cette définition de 1915 de la représentation de chose à « *ce qu'il a élaboré quant à l'opposition entre perception et mémoire* » ainsi qu'à « *la succession des systèmes mnésiques* » (p. 1530).

Ainsi, les représentations de choses ne peuvent parvenir à la conscience (vigile) qu'associées à une trace verbale. Elles sont l'image plus ou moins subjective des choses telles que :

- Le système Préconscient et Conscient peut les accepter, les tolérer ;

- Elle rappelle la réalité du signifié, vécu comme extérieur à la conscience du sujet qui peut alors leurs reconnaître une valeur manipulateur.

### **3.1.1.2. Les représentations de mot**

Selon Laplanche et Pontalis (1984), les « représentations de mot » sont introduites, « dans une conception qui lie la verbalisation et la prise de conscience » (p. 418). Les représentations de choses ne peuvent donc parvenir à la conscience (vigile) qu'associées à une trace verbale. En effet, c'est « *en s'associant à une image verbale que l'image mnésique peut acquérir « l'indice de qualité » spécifique de la conscience* » (Laplanche & Pontalis, 1984 : p. 418). Ainsi, « *la représentation consciente englobe la représentation de chose plus la représentation de mot correspondante, tandis que la représentation inconsciente est la représentation de chose seule* » (p. 418).

Cependant, Laplanche et Pontalis (1984) précisent qu'une telle théorisation de ces deux types de représentation ne doit pas être comprise dans le sens d'une simple hégémonie de l'ouïe sur la vue, c'est-à-dire que la représentation de mot « *n'est pas réductible à une suprématie de l'auditif sur le visuel* » (Laplanche & Pontalis, 1984 : p. 418). La représentation de mots est liée au nom/non de la chose qui est jugée intolérable, parce que porteuse d'angoisse et susceptible de créer de l'anxiété chez le sujet. Le mécanisme dans le refoulement travaille donc doublement sur :

- L'intériorité des excitations psycho-pulsionnelles liés aux représentations ;
- La réduction des liens entre le représentant jugé intolérable et les autres représentations du psychisme, afin qu'elle puisse les rappeler.

### **3.1.1.3 Représentations et rapport entre signifiant/signifié**

D'après Gibeault (2005), l'appareil psychique ayant une structure spatiale, les représentations « *se lient entre elles [...] selon des types d'associations distincts* » (p. 1530). Cet auteur considère dès lors que, « *les représentations de chose sont moins significatives individuellement que par le réseau où elles sont codées et s'enchaînent* » (p. 1530). Ce qui compte, c'est « *l'inscription dans les systèmes psychiques de certains aspects de l'objet relativement à un investissement pulsionnel* » (p. 1531).

En revenant sur l'étude neurologique de 1891 sur l'aphasie, Gibeault précise que Freud, à l'opposé de ses prédécesseurs, abordait « *les différentes formes d'aphasie à partir d'une psychologie des représentations indépendante du système nerveux* » (p. 1533). Dans ce sens, Freud (1891) relève que « *le mot acquiert sa signification par la liaison avec la* »

*représentation d'objet » et non dans la référence à la chose même » (Freud, 1891, cité par Gibeault, 2005, p.1533). Ainsi pour Gibeault (2005), le lien établi entre une représentation de chose et une représentation de mot serait « le résultat d'une association que l'on pourrait dire arbitraire » : il se réfère là à « la théorie du signe, entre l'« image sonore », qui représente de façon spécifique le mot, et l'« image visuelle » de la chose » ; il en vient ainsi à se référer « au rapport signifiant / signifié, introduit ultérieurement par Ferdinand de Saussure ».*

### **3.1.2. La symbolisation**

Originaire du grec antique, le terme symbolisation à la base signifie « signe de reconnaissance ». Ce concept est rattaché à la notion de symbole, signifiant. Et bien que le terme « symbolisation » n'apparaisse guère sous la plume de Sigmund Freud, le processus de symbolisation est toutefois « au cœur de la vie psychique » (Gibeault, 2005). En effet, les premiers travaux sur la symbolisation remontent à Freud (1891). Dans ses travaux sur l'aphasie, Freud (1891) met en relation la représentation de mot et la représentation d'objet. En parlant d'aphasie, il distingue deux formes : verbale et asymbolique. La première est liée à la perturbation des associations entre différents éléments de la représentation du mot. Alors que la seconde repose sur la perturbation entre la représentation de mot et la représentation d'objet. Pour Freud (1891), la relation entre la représentation de mot et la représentation d'objet est dite symbolique et repose sur un travail de symbolisation. Celle-ci se caractérise par l'organisation d'une liaison s'effectuant entre la représentation de l'objet et la représentation de mot. Ce n'est que plus tard que Freud (1915) voit le passage d'une représentation à une autre (chose et mot) comme étant le travail de liaison entre deux traces : trace perceptive et trace inconsciente. Dans ce sens, la symbolisation ne relie pas l'objet (Roussillon, 1995). Pelsser (1989) considère la symbolisation comme cette capacité qu'a l'être humain de représenter et de se représenter. Dans cette optique, l'auteur définit trois caractéristiques principales de la symbolisation.

Dans un premier sens, la symbolisation désigne la capacité qu'a le sujet à utiliser les symboles. Dans ce sens, il s'agit de mettre en relation un symbolisant et un symbolisé. Cette relation s'établit sur la base d'un lien associatif. De ce fait, la symbolisation possède deux caractéristiques, à savoir le lien et la séparation. En effet, les éléments sont à la fois reliés et séparés comme l'indique le terme symbole dans son étymologie. En prenant le cas du jeu de la bobine, Freud (1920) montre comment l'enfant associe le symbole bobine à la représentation de la mère. Pour cela, en lançant la bobine et la ramenant vers lui, l'enfant symbolise le départ et retour de la mère. Ainsi, pour Pelsser (1989), la formation des symboles

dépend de la capacité d'unir deux objets de manière telle que leur ressemblance soit rendue manifeste tout en respectant leur différence. En s'intéressant à la formation du symbole, Segal (1970) note que l'abandon de l'objet du désir par l'enfant entraîne la formation du symbole. Il s'agit d'un objet de substitution dont le but est de nier l'absence. Dans ce sens, le symbole est vécu comme une symbolisation de l'absence.

Deuxièmement, la symbolisation désigne la capacité qu'a le sujet de transformer ses expériences vécues en contenus psychiques. Cette transformation se fait par le canal de l'appareil psychique, lieu d'inscription des événements vécus par le sujet. Ces événements viennent soit du « dedans », soit du « dehors ». De ce fait, l'appareil psychique est au centre d'un double mouvement : l'un provenant de l'intérieur, issu de la pulsion représentée par l'affect et la représentation ; l'autre venant de l'extérieur, par le truchement de l'objet. Celui-ci s'inscrit dans le psychisme par le canal de la représentation de chose associée à la représentation de mot. Dans le cadre de la symbolisation, il s'agit de mettre en relation la pulsion et l'objet. Ainsi, pour Pelsser (1989), la symbolisation est cette « *capacité de transposer dans l'appareil psychique, sur la scène psychique, ce qui relie le sujet à la fois à l'objet et à la pulsion, si ce n'est ce qui relie l'un à l'autre la pulsion et l'objet* ». Ainsi, la mise en relation se fait par le canal de la représentation. Dans ce sens, Laplanche (1983) considère la symbolisation comme un processus de mise en relation qui comporte deux modalités. D'une part, il y a mise en relation de deux représentations se substituant l'une à l'autre. D'autre part, il y a une mise en relation d'un affect à une représentation. Dans ce sens, le symbole n'est plus relié à une représentation mais à un affect sans quoi, il resterait flottant ou libre, à l'origine de l'angoisse que la représentation viendrait canaliser en se liant à elle.

La symbolisation se conçoit enfin comme une capacité d'avoir accès à un registre symbolique, à l'autre, et notamment par le langage, et permettant ainsi au sujet d'avoir une distance par rapport à la réalité. À travers cette approche de la symbolisation, se pose la question de la présence et de l'absence de l'objet que le langage permet de présentifier. Dans ce sens, Pelsser (1989) note que « *le langage, en tant que processus de symbolisation permet de surmonter la perte, l'absence de l'objet, de conjurer l'angoisse de séparation* » (p. 53). S'intéressant au jeu de l'enfant, Pelsser (1986) observait déjà que le jeu est une forme de symbolisation. Il permet à l'enfant de représenter les événements et les situations pénibles. Ce qui lui permet de verbaliser tout en évitant de confondre la réalité et la fantaisie ou d'éviter de somatiser ou de passer à l'acte. Ainsi, l'enfant accède au symbolique, notamment au jeu par la représentation de ses expériences personnelles. Ce qui lui permet d'éviter la pathologie. Ces trois caractéristiques montrent que la symbolisation est du ressort de tout être humain.

### 3.1.2 La mentalisation

Marty (1976) nomme le travail d'élaboration psychique la « mentalisation ». Cette dernière désigne l'activité représentative et fantasmatique du sujet. Mieux, Il s'agit pour lui de la capacité à traduire en mots, en représentations verbales partageables les images, les mesures, les émois pour leur donner un sens communicable, compréhensible pour l'autre et pour soi. Car, Marty (1990) souligne l'importance de ce travail dans les situations de crise. Il considère en effet que « *la transgression des excitations engendrées par une situation délétère vécue par le sujet risquent, à défaut de traitement mental ou en d'autres termes, à défaut de mentalisation, de bouleverser l'équilibre homéostatique* ».

De manière plus pratique, Lecours et Bouchard (1997) conçoivent la mentalisation comme « *une classe générale d'opérations mentales incluant la représentation et la symbolisation et conduisant à une transformation et à une élaboration des expériences pulsionnelles chargées d'affect en structures mentales de mieux en mieux organisées* » (Bacqué, 2014). Ils présentent ainsi la mentalisation comme intégrant d'autres opérations à la base, notamment la représentation et la symbolisation.

Cependant, le concept de *mentalisation* est de nos jours un concept large qui englobe une multitude de modèles théoriques (Choi-Kain & Gunderson, 2008, cité par Conklin & al., 2012). Il convient ici d'en présenter quelques un, avant de se positionner.

#### 3.1.1 La mentalisation selon Pierre Marty

Pierre Marty est l'un des co-fondateurs de l'École de psychosomatique de Paris créée en 1962. Lors de l'élaboration de sa théorie psychosomatique (1918-1993), il introduit notamment la notion de mentalisation (années 1970-75). « *Le terme de mentalisation utilisé en psychosomatique désigne l'ensemble des opérations symboliques par lesquelles l'appareil psychique assure la régulation des énergies instinctuelles et pulsionnelles, libidinales ou agressives.* » (Kamieniecki, 1994, p. 65). Pour Marty (1991, cité par Theis, 2006), la mentalisation traite de la quantité et de la qualité des représentations psychiques des individus, représentations qui se manifestent dans le système préconscient. Les caractéristiques de ce système peuvent être considérées sous trois aspects distincts :

- L'épaisseur, « *l'accumulation des couches de représentations pendant les différents temps du développement individuel [...]* » (Marty, 1991, cité par Theis, 2006) ;
- La fluidité et la souplesse des représentations, la circulation des représentations au sein d'une même couche et d'une couche à l'autre, c'est-à-dire « *lors de leur évocation, de leur*

*liaison à d'autres de la même époque [...] ou d'époques différentes [...] » (Marty, 1991, cité par Theis, 2006) ;*

- La permanence, la régularité du fonctionnement du système préconscient dans le temps (Marty, 1991, cité par Theis, 2006).

Chez les sujets bien mentalisés, nous dit Marty (1991, cité par Theis, 2006), lorsque le recours par la voie mentale n'est pas immédiatement possible, on voit apparaître une dépression, une augmentation des symptômes mentaux et des manifestations d'angoisse, mais surtout 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. »* (Marty, 1991, p. 66, cité par Theis, 2006), ce qui a donc fait trauma peut se voir élaboré psychiquement. Il en est tout autrement pour les sujets mal mentalisés, pour lesquels en l'absence de fonctionnement du système préconscient, les excitations non exprimées et non déchargées persistent et s'accumulent favorisant l'apparition d'une dépression essentielle et la désorganisation progressive du corps (affections somatiques évolutives et graves). Entre ces deux organisations psychiques, Marty (1991, cité par Theis, 2006) identifie d'autres structures psychiques plus ou moins bien mentalisées, avec des caractéristiques propres. Cet auteur note que les insuffisances foncières des représentations dans le système préconscient ne sont pas réversibles, que ce soit spontanément ou à l'aide de psychothérapie. Par contre, dans le cas d'indisponibilité des représentations acquises, une réanimation psychique est possible.

### **3.1.3.2 La mentalisation selon Rosine Debray**

Appartenant à l'école de l'IPSO (Institut de psychosomatique), Rosine Debray reste proche du positionnement théorique de Pierre Marty et apporte de nouvelles contributions au développement de la clinique psychosomatique (1983, 1991, 1996, 2001). Elle s'écarte quelque peu de la définition de la mentalisation proposée par Marty (1991, cité par Theis, 2006), souhaitant une définition qui fasse sens. Elle suggère alors que la mentalisation soit rapportée à

*La capacité qu'a le sujet de tolérer, voire de traiter ou même de négocier l'angoisse intrapsychique et les conflits interpersonnels ou intrapsychiques. Il s'agit en définitive d'apprécier quel type de travail psychique est réalisable face aux angoisses, à la dépression et aux conflits inhérents à la vie (Debray, 2001, p. 97, cité par Theis, 2006).*

De Tychey et *al.* (2000, cité par Theis, 2006) remarquent que cette définition a l'intérêt de mettre l'accent sur la nécessité du travail d'élaboration des affects, en particulier des affects de déplaisir (angoisse, dépression), et sur la nature des conflits d'ordre intrapsychique ou interpersonnel. Debray (2001, cité par Theis, 2006) donne ici une place importante à la réalité externe, aux facteurs environnementaux, qu'il s'agira de relever lors de désorganisations somatiques. Mais elle précise que ces « *données externes conjecturelles de type traumatisme externe repérable : accident, deuil, etc., ne suffisent pas à elles seules à rendre compte du mouvement de désorganisation somatique car il faut dans le même temps que ces éléments entrent en résonance avec des fragilités internes [...]* » (Debray, 1996, p. 87, cité par Theis, 2006). Elle pointe en effet l'existence de moments de plus grandes vulnérabilités dans le développement de tout un chacun, notamment les périodes sensibles telles que l'âge du conflit œdipien, l'adolescence, la crise du milieu de vie, etc., périodes communes sources de déstabilisation psychique (surcharge et débordement de l'appareil psychique) pouvant conduire à une désorganisation de la sphère corporelle.

### **3.1.3.3 La mentalisation selon Peter Fonagy**

Psychologue clinicien et psychanalyste britannique, Peter Fonagy (2001/2004, cité par Theis, 2006) défend la complémentarité de la théorie développementaliste de l'attachement et de la psychanalyse, la première ayant été vivement critiquée par un certain nombre de psychanalystes reconnus.

C'est un débat toujours d'actualité qu'il reprend rapidement dans son récent ouvrage, *Théorie de l'attachement et psychanalyse* (2001/2004), celui-ci étant principalement consacré à l'étude des points de ressemblance et de divergence entre plusieurs modèles théoriques psychanalytiques (Freud, Klein, Bion, Winnicott, etc.) et la théorie de l'attachement.

Pour Fonagy (2004, cité par Theis, 2006), c'est à partir de l'expérience de l'affect que peut croître la mentalisation – le contrôle des affects se construisant grâce à l'acquisition des représentations symboliques des états internes de l'enfant et ceci est difficilement réalisable si la relation d'attachement avec la mère est de type insécure, c'est-à-dire si le parent est dans l'incapacité à penser l'état mental de son enfant. Fonagy (2004, cité par Theis, 2006) remarque que les situations de maltraitance durant l'enfance, lorsque le traumatisme est perpétré par les figures d'attachement, peuvent entraver le développement de la capacité de mentalisation. Cela est également le cas lorsque le parent a été émotionnellement inaccessible pour son enfant, ou encore lorsqu'il révèle inconsciemment des états d'esprit agressifs et envahissants (maltraitance psychologique).

*Le traumatisme peut miner chez l'enfant l'envie de jouer avec les émotions et les idées (ressenties comme trop réelles) qui sont reliées aux événements externes. En même temps l'absence, dans l'organisation interne, d'une capacité complète de mentalisation, crée une tendance à la répétition continue du traumatisme, sans la modulation qu'apporterait une vision représentationnelle de la réalité psychique* (Fonagy, 2004, p. 59, cité par Theis, 2006).

Loin de dire que tous les adultes anciennement maltraités ont une mentalisation de pauvre qualité, il postule plutôt que ces parents, lorsqu'ils ont un haut niveau de fonction réflexive, ont plus de chance de ne pas répéter la maltraitance sur leurs propres enfants (Fonagy et al., 1994, Theis, 2006). Ainsi donc, la mentalisation serait un processus protecteur, pouvant être utile à la compréhension de la résilience. Il propose que cette fonction réflexive soit une cible privilégiée en psychothérapie, comme le suggère Guedeney (1998, cité par Theis, 2006) « *la résilience a bien sûr à voir avec le lien, et donc avec l'action thérapeutique* » (p. 66).

#### **3.1.3.4 La mentalisation selon Jean Bergeret**

La conception de Jean Bergeret (1990-1991) diffère des précédentes puisqu'il fait la distinction entre imaginaire et mentalisation. Dans une communication personnelle à de Tychey (1991) Bergeret et al. (1992, cité par Theis, 2006) pose que la mentalisation est l'utilisation mentale de l'espace imaginaire. Bergeret (1991, cité par Theis, 2006) commence par définir l'imaginaire comme « *l'activité de rêves et de fantasmes dont on a conscience ou pas, composée de fantasmes préconscients, conscients, inconscients ou primitifs.* » (Bergeret, 1991 cité par Theis, 2006) considère l'imaginaire comme un véritable réservoir fantasmatique. L'imaginaire permet de ne pas se sentir écrasé par une action trop intrusive en s'évadant, en fuyant une réalité intolérable. Pour Bergeret (1991, cité par Theis, 2006), imaginer « *c'est être capable d'engendrer des fantasmes, des rêveries, des rêves qui, pour un individu, mettent en images de façon très vivante sa place et sa manière d'être en relation dans le monde de même que le modèle de ses échanges avec les autres.* » (p. 88). Ainsi, une plus grande richesse de l'espace imaginaire constituerait un facteur de protection, à condition seulement que les capacités d'élaboration mentale de cet imaginaire soient suffisantes, au risque toutefois d'être débordées par cet imaginaire. En effet, selon Bergeret (1991), la mentalisation est :

*Un des modes de fonctionnement de l'imaginaire qui s'oppose à la somatisation et au comportement : la mentalisation est une attitude où l'imaginaire est traité,*

*élaboré, utilisé en tant qu'imaginaire, c'est-à-dire sur le plan de représentations qui restent dans le domaine mental. C'est l'activité la plus noble de toutes les formes de fonctionnement imaginaire* (Bergeret, 1991 cité par Rebourg, 1992, p. 73).

Le travail de mentalisation passe par une activité de représentation, à savoir un travail de symbolisation des pulsions sexuelles et agressives (opération de sens) et un travail d'élaboration mentale des affects (liaison affect-représentation) (Lustin, 2004).

La première opération de symbolisation consiste à transformer les excitations intolérables en images puis en représentations partageables, communicables. La deuxième opération est la traduction en mots des affects, qui nécessite de pouvoir lier la représentation à l'affect correspondant (De Tychev, 2001). Beaucoup de spécialistes de la résilience ont souligné la nécessité de la mise en sens de l'événement traumatique. Cyrulnik (2003) parle du travail de résilience qui consiste « *à se souvenir des chocs pour en faire une représentation d'images, d'actions et de mots, afin d'interpréter la souffrance.* » (p.123). Cette mise en sens du trauma peut se réaliser par le travail de l'écriture comme le note Anaut (2002), récit qui est alors adressé à l'autre : « *La blessure psychique liée au contexte traumatogène, qui se travaille à travers l'écriture, rencontre ainsi la possibilité d'une représentation et d'une élaboration de la souffrance enfin partageable.* » (p.76). Elle précise que le livre devient « *en quelque sorte l'objet transitionnel du processus de représentation et du travail de symbolisation qui l'accompagne.* » (Anaut, 2002, p. 68).

Ce travail de mentalisation nous paraît nécessaire pour pouvoir dépasser le trauma, même si nous considérons qu'un traumatisme ne peut pas être complètement élaboré, qu'il laissera des marques de vulnérabilité. À la différence des sujets non résilients, ceux pour lesquels une résilience durable s'est installée ont pu mentaliser l'événement traumatique, ce qui leur a permis d'éviter une décompensation durable que ce soit sur les plans somatique, comportemental ou psychique (Anaut, 2002).

Bergeret (1991) précise en effet que lorsqu'il y a faillite du traitement mental de l'excitation, deux voies de décharge sont possibles : la décharge dans l'agir comportemental ou celle encore plus archaïque par la voie somatique :

*Le comportement est là pour utiliser l'imaginaire dans un modèle relationnel qui n'est pas mentalisé, qui passe par des actes au lieu d'être mentalisé alors qu'une partie du somatique, le psychosomatique, constitue une façon d'utiliser le corps dans une traduction relationnelle de l'imaginaire qui ne passe ni par le comportement (du moins directement), ni par la mentalisation* (p. 53).

Cet auteur se rapproche ici de la théorie psychosomatique de Marty (1991), avec cette notion de hiérarchie dans les modes de désorganisation. Nous avons choisi de nous appuyer plus particulièrement sur cette conception théorique de la mentalisation élaborée par Bergeret (1990-1991), car sa formalisation est plus fine (distinction entre imaginaire et mentalisation).

Les précédents développements présentent la notion de mentalisation sous plusieurs approches. Cependant, notre étude s'inspire sur ceux de Fonagy. Ces travaux mettent l'accent sur les processus mentaux menant à la transformation des expériences émotionnelles et pulsionnelles profondément arrimées au corps somatique (Marty, 1990 : 1991 ; Lecours & Bouchard, 1997).

### **3.1.3.5 La Mentalisation et le corps propre selon Mayi**

Pour Mayi (2017), la mentalisation n'existe pas sans le corps et le corporel. Il conçoit le corps non seulement comme l'enveloppe corporelle, charnelle mais aussi l'arsenal physiologique. Pour lui, le corps implique aussi le vêtement (ce qui va avec le corps), d'une part ; et, d'autre part les aspects dimensionnés du corps et dimensionnant le corps dans la relation entre celui-ci et l'altérité.

D'un point de vue métapsychologique, Mayi (2017) pense que le corps propre doit être compris ici comme un événement psychologique et narcissique majeur. Car il implique les réponses attitudinales et comportementales en accord avec la conduite chez le sujet. Le corps propre implique et exprime ainsi toutes ces réponses et comportements à forme corporelle et qui montrent la tendance plus ou moins forte et présente chez un sujet à fonctionner selon des registres qui n'engagent pas beaucoup de médiations intellectuelles sur les plans affectifs, cognitifs et conatifs. Selon lui, le sujet a tendance à avoir des réponses basiques qu'on peut qualifier de non réfléchies, d'irréfléchies, de primaires et de primitives. Celles-ci revêtent leur sens à partir de l'ontologie, de l'histoire et de la géographie corporelles du sujet, telles qu'elles apparaissent et transparaissent dans ses comportements, attitudes et postures, dans les formes et contenus de son imaginaire recueillis ou non par des techniques projectives, en fonction de ses aptitudes plus ou moins avérées à atteindre des niveaux de symbolisation élevés.

Les précédents développements présentent la notion de mentalisation sous plusieurs approches. Cependant, notre étude s'inspire des travaux antérieurs à ceux de Fonagy. Leur particularité, et d'ailleurs la raison de leur choix, est qu'ils mettent l'accent sur les processus mentaux menant à la transformation des expériences émotionnelles et pulsionnelles profondément arrimées au corps somatique (Marty, 1990 : 1991 ; Lecours & Bouchard, 1997).

### 3.2. Approche ethnopsychanalytique de la maladie

Dans l'Afrique traditionnelle, la maladie chronique est comprise et élaborée à partir d'un matériau culturel permettant sa saisie. Les travaux Sow (1977, cité par Nguimfack et Ovambe, 2020) permettent effectivement de cerner l'élaboration de la personne-personnalité du sujet à partir de son champ relationnel. Ces travaux eux-mêmes s'inscrivent dans le champ de l'ethnopsychanalyse.

#### 3.2.1 L'ethnopsychanalyse

L'ethnopsychanalyse se situe au croisement de plusieurs disciplines, notamment l'ethnopsychiatrie, la psychanalyse, l'anthropologie culturelle, le culturalisme, la psychologie des peuples, la psychiatrie transculturelle, l'anthropologie psychanalytique, voire l'ethnomédecine (Ellenberger, 2017). Cette discipline tire en fait ses racines des travaux de Freud. En effet, elle se développe à partir des années 1910 lorsque Freud (1913, cité par Nguimfack et Ovambe, 2020) applique la psychanalyse à des matériaux ethnologiques, ensuite avec Roheim (1970, cité par Nguimfack et Ovambe, 2020) qui remet fortement en cause l'anthropologie culturelle menée par les culturalistes américains. En utilisant l'approche psychanalytique au sein de recherches ethnologiques (interprétation du discours, associations libres, étude des réactions transférentielles, analyse des jeux et des contes...), il remet en cause les travaux de Malinowski (1926) aux Trobriand et y voit lui, l'existence de motions œdipiennes refoulées au sein de ses membres :

*Malinowski lui-même établit les faits clairement et de façon telle qu'il invalide complètement sa propre théorie. L'enfant commence sa vie dans la situation œdipienne avec un complexe d'Œdipe. Au stade de la prépuberté, la société dresse devant lui un autre père, plus sévère, qu'il doit affronter : c'est l'oncle maternel. Il est donc possible de déplacer vers l'oncle une partie de l'hostilité envers le père (p. 55).*

L'ethnopsychanalyse va profondément mettre en cause l'approche qui voyait un déterminisme du psychisme par la culture. À travers ce nouveau courant ouvrant de nouvelles perspectives de recherche, de nombreux chercheurs vont s'intéresser aux particularités culturelles à partir desquelles peuvent s'élaborer différents processus psychopathologiques d'un groupe social donné. Également une branche transculturelle va naître cherchant à comparer des cultures entre-elles pour étudier les différences dans la nature et dans la fréquence des troubles mentaux entre les groupes. Un grand nombre d'études quantitatives sont alors menées qui apportent de nombreuses informations sur les troubles mentaux en fonction de différentes régions de la Terre. Citons alors les travaux de l'Université Mac Gill

au Canada qui grâce à une équipe d'ethnologues et de psychiatres-chercheurs comme Wittkover, Fried, Murphy,

Ellenberger, Corin et Kirmayer (2001) vont contribuer au développement de cette discipline. Ces séries d'études ont fait naître des orientations ethnopsychanalytiques et ethnopsychiatriques plus actuelles. En Afrique, ce mouvement va connaître un grand tournant avec les travaux de l'Anthropologue et Psychiatre Ibrahim Sow.

### **3.2.2 Théorie de la relation conflictuelle**

Ibrahim Sow (1934-2005), Anthropologue et Psychiatre Guinéen, a travaillé au Laboratoire de Psychopathologie à l'Université René Descartes de Paris ; s'inscrit dans la perspective ethnopsychanalytique dont les précurseurs sont Freud, 1919 ; Roheim (1950), Devereux (1970, 1972) ; qui disaient déjà que le psychisme de l'Homme se fonde et s'organise à partir de la culture à laquelle il appartient : d'où l'idée d'une méta-culture. Chaque patient doit être pris en charge en tenant compte de sa culture. Mais dans le cas de l'Afrique Noire, Sow (1977, cité par Nguimfack et Ovambe, 2020) remet en question la notion d'une structure universelle du psychisme tel que le pensaient ses prédécesseurs, analyse les conceptions traditionnelles africaines de la maladie en général « *Il reconnaît comme les partisans de l'école de Dakar les spécificités d'une psychopathologie africaine caractérisée par la fréquence d'une thématique persécutive, contrastant avec la rareté des thèmes d'indignité, de culpabilité et de dévalorisation* ». (Ezembe, 2009).

Ainsi, Sow estime qu'il n'existe pas de culture universelle qui pourrait rendre compte de tous les fantasmes et croyances qui sous-tendent et organisent l'appareil psychique au plan culturel ou groupal. Ces idées s'inscrivent également dans la perspective du relativisme culturel défendu par certains auteurs à l'instar de Jung, Strauss, qui soutiennent l'idée de l'existence d'un « polythéisme des valeurs » lorsqu'ils disent : « les valeurs n'auraient d'autre source que « l'arbitraire culturel » : à chaque communauté sa « culture », à chaque culture ses valeurs. » (Boudon, 2000).

Dans cette perspective, en tenant compte du cadre anthropologique, et des implications symbolique et traditionnelle majeures, Sow (1977, cité par Nguimfack et Ovambe, 2020) situe ses contenus, ses modalités, ses termes et ses pratiques dans un cadre bien défini, celui de l'Afrique. En effet le concept de maladie est intimement lié à l'organisation et à la dynamique de la personnalité (organisation et dynamique variables d'une culture à l'autre). Ainsi dans la conception traditionnelle, l'Homme « en tant que personne individuelle concrète, est situé et solidement amarré dans un univers panstructuré (microcosmos, mésocosmos, macrocosmos) »,

(Sow, 1977, cité par Nguimfack et Ovambe, 2020). L'univers Panstructuré suppose qu'il y a trois niveaux distincts mais étroitement liés c'est le cas avec : le macrocosmos (renvoie à la transcendance invisible et l'immanence visible c'est-à-dire Dieu et les Ancêtres) enveloppant le tout et communiquant avec le microcosmos (renvoie au monde directement apparent) directement ou indirectement par l'intermédiaire des médiateurs (génies, esprits) du mésocosmos puissant invisible mais partout présent parmi les humains. Ainsi, il affirme : « toute formalisation si habile soit-elle, de pensées, et des pratiques africaines ne partant pas préalablement de l'intérieur-même des structures africaines ne peut en dernière analyse, être qu'arbitraire », (Sow, 1977, cité par Nguimfack et Ovambe, 2020) ; il ne s'agit pas de nier les valeurs intrinsèques des systèmes venant de l'extérieur mais plutôt de les « suspendre » dans la façon de penser et de pratiquer la psychiatrie dans l'univers africain.

Dans ce contexte anthropologique, les actants du mal sont localisés dans le mésocosmos d'où ils opèrent et le trouble mental se définit comme un conflit exprimant les péripéties et les contradictions vécues, vécues par la personne concrète, dans ses relations avec le mésocosmos. Ceci met en évidence la relation existante entre l'individualité appartenant au microcosmos (affecté) et les actants (affectants) appartenant au mésocosmos. Ainsi, la conception africaine de la relation est totalisante et dynamique et le mésocosmos est le lieu où se déroulent les choses et la solution traditionnelle pour localiser l'efficacité des troubles de la personnalité et c'est également dans son cadre que la remise en ordre des dysfonctionnements des éléments de la personne se fait. Le mésocosmos est ainsi l'équivalent fonctionnel de l'imaginaire tel que décrit par la psychanalyse.

Le mésocosmos structure les croyances, les mentalités et les démarches. Dans le contexte culturel africain, toute psychopathologie compréhensive ne saurait faire l'économie des fondements anthropologiques authentiques des objets de sa pratique et réciproquement que la connaissance des expériences psychopathologiques concrètes est celles privilégiées entre toutes, qui permettent de saisir à l'état brut la vie des structures anthropologiques qui soutiennent la personnalité.

La compréhension des croyances et mentalités collectives ainsi que celle de l'imaginaire collectif est d'une importance capitale pour envisager les problèmes de la personne-personnalité. Sow (1977, cité par Nguimfack et Ovambe, 2020) esquisse les fondements théoriques d'un savoir psychiatrique africain original, recherche quels sont les éléments, les ressorts intimes et les mécanismes propres de la psychologie et de la psychopathologie africaines quotidiennes, et ce en fonction du projet anthropologique précis et spécifique qui les sous-tend.

Pour lui la conception africaine de la folie et par extension à tout ce qui arrive de malheureux est basée sur la notion fondamentale de conflit dans les réseaux de relations qui structurent en profondeur l'existence totale actuelle du patient.

Pour comprendre comment s'élaborent les troubles de la personnalité, il faut donc connaître les dimensions constituantes de la personne africaine, pour cela, l'auteur nous dresse un vaste schéma des principaux éléments constitutifs de la personne personnalité. D'autre part, il rappelle la fréquence, en Afrique, du thème de persécution, contrastant avec la rareté des thèmes d'indignité, de culpabilité et de dévalorisation. Cette notion va lui permettre de formuler son hypothèse de travail : « la violence subie par Ego va engendrer un désordre qui est constitué par une triple relation polaire » :

- Verticalement : dimension phylogénétique en rapport avec l'être ancestral ;
- Horizontalement : dimension socioculturelle c'est-à-dire l'alliance à la communauté élargie ;
- Ontogénétiquement : dimension de l'existant, c'est-à-dire l'Être biologique ou la famille restreinte.

Schématiquement, le trouble mental en particulier, la maladie en général apparaît dans la pensée traditionnelle comme une violence exercée sur « Ego » par la rupture provoquée par une altérité agressive de l'un ou l'autre de ces liens issus des pôles fondamentaux constituants. Il existe la violence ritualisée qui serait analogue à la déstructuration psychotique. En effet, toujours selon la pensée traditionnelle, la violence diffuse, non reprise collectivement aboutirait à l'incohérence et au désordre mental. Il y a possibilité d'élaboration de modèles psychologiques de la personnalité africaine qui doivent s'appuyer sur les lois, les interdits, les règles et attitudes propres à la culture africaine.

La notion de conflit dynamique de relation avec un tiers persécuteur est le thème central de l'étiologie des troubles mentaux et/ou somatiques en Afrique. Puisque le trouble ou la maladie est synonyme de conflit en milieu traditionnel et le patient apparaît comme victime mais en même temps comme révélateur d'un désordre dans la bonne marche du groupe. C'est en ce sens qu'il est vecteur d'une signification importante pour tous. Selon lui : articuler le statut théorique du trouble mental revient essentiellement à situer ses contenus, modalités, thèmes et pratiques dans leurs propres cadres anthropologiques. C'est ainsi qu'à notre sens, il devient possible de leur conférer une signification et une cohérence structurale adéquates. Mais ce cadre, permettant l'intelligibilité optimale du trouble mental, se fonde lui-même sur les catégories traditionnelles majeures. On en arrive ainsi à toute une perspective culturelle spécifique, incluant elle-même les données fondamentales concernant l'Être et les données

humaines de l'existence, tant il est vrai que le trouble mental renvoie, en dernière analyse, à ces deux niveaux.

### **3.2.2.2. La structuration de la personne : les Constituantes de la personne-personnalité**

Le problème que Sow (1977, cité par Nguimfack et Ovambe, 2020) tente de résoudre est celui des dimensions constituantes de la personne selon la tradition africaine. Il n'est pas question de voir les différentes ou diverses appréhensions culturelles de l'homme, mais plutôt de voir l'essentiel de toutes ces appréhensions. Il en ressort que le psychisme renvoie à une structure personne-personnalité dont les dimensions sont :

- Le corps ou enveloppe culturelle ;
- Les principes vitaux (variant selon les cultures) qui sont constitués du physiologique et du biopsychosocial ;
- Le principe spirituel (non périssable) (Sow, 1977).

Le principe spirituel se déplace pendant le sommeil ou alors après la mort pour aller au lieu des ancêtres. Son départ est la conséquence de l'altération des principes vitaux et non la cause. Il est la ressemblance de l'ancêtre en nous, une sorte d'intelligence qui peut nous mettre en contact avec lui. Le deuxième principe vital peut être détruit ou du moins atteint par la sorcellerie ; mais la dégradation du premier entraîne la mort. L'Ego ou personne-personnalité, est constitué de :

- L'esprit proprement dit ;
- Le Principe vital ;
- Le Principe biophysique ;
- Le Corps ou enveloppe corporelle.

Sow (1977) schématise les dimensions constituantes de la personnalité toujours selon la conception traditionnelle de la manière suivante :

- Corps ou enveloppe : en relation avec le pôle communautaire et qui serait le terrain du maraboutage ;
- Principes vitaux en relation avec le pôle familial, l'être biologique. C'est le pôle de la sorcellerie ;
- Principe spirituel en relation avec le pôle ancestral et qui serait la source du type de troubles les plus graves parce que procédant du désordre le plus important et le plus fondamental avec l'Être, le Verbe, la Loi de l'Ancêtre ;

Nous avons vu que selon la conception traditionnelle, l'homme en tant que personne individuelle concrète, est situé et solidement amarré dans un univers panstructuré (microcosmos, mésocosmos, macrocosmos). En un tel contexte anthropologique, la cause et l'effet du trouble mental et/ou somatique se rejoignent dans ce qui :

- Affecte la dimension verticale de l'être « la relation à l'ancêtre et à Dieu » et rompt ainsi l'identité profonde du sujet (remaniement de type psychotique pouvant tout aussi bien en fin de compte, aboutir à l'édification d'une personnalité nouvelle) ;
- Affecte la dimension horizontale de l'expérience existentielle et provoque le malheur (existence d'échec de type névrotique ou dévitalisation progressive des principes fondamentaux de la personne).

Il va donc de soi que « La conception africaine de la relation est une conception totalisante et dynamique ». Autrement dit, on ne saurait s'intéresser au problème de personne-personnalité, si l'on ne mène une « étude approfondie de la formation des croyances et mentalités collectives ainsi que, de manière plus générale, de celle de l'imaginaire collectif ». Ceci dit, au regard du vécu de la maladie en Afrique, il est important de noter que la compréhension et l'appréhension doivent dépasser les simples tableaux cliniques et ou nosographiques, et doivent s'ouvrir à l'anthropologie du sujet, c'est-à-dire qu'elles doivent intégrer la valeur du mythe et des symboles par exemple ; et aussi celle du génie, de l'ancêtre, du lignage, de la communauté ; ainsi que le sens du mal.

Par ailleurs dans la thérapie africaine, il faut toujours prendre en compte les paramètres sexe et âge. Car la sexualité et ou la virilité du garçon, est d'abord celle du groupe avant d'être celle de l'individu. C'est dire une fois de plus toute l'importance de la communauté dans la compréhension et la thérapie de la pathologie, et ceci laisse voir que « *le problème qui demeure toujours est celui de l'altérité* ».

Selon Sow (1977), cette fondamentale notion de conflit ou de violence est très fortement intégrée à la conception traditionnelle africaine de la maladie ou de la folie. La maladie et la folie sont conçues comme conflits radicaux pouvant aboutir à la désintégration de la personnalité de l'individu. (...) Comme nous l'avons vu le mésocosmos africain traditionnel constitue ce foyer parallèle du monde des humains. C'est le lieu essentiel dans lequel et à partir duquel s'articule tout discours sur ou à propos de la conscience de malheur des hommes : langage de désirs, des craintes et de tout ce qui peut être qualifié de fantaisies humaines, etc. Bref de tout ce qui est de l'ordre de la violence et du désordre.

### **3.2.2.2. Les repères socioculturels de l'expérience de soi en milieu traditionnel Africain (Sow 1978)**

De prime abord, l'Afrique noire est dotée d'une très grande diversité socioculturelle et occupe sur les plans géographique et humain pratiquement toute la partie sub-saharienne du continent africain. Cette diversité de culture négro africaine amène à dire qu'il existe une pensée africaine originale tirant ses principes des mythes et des symboles ; De plus on ne peut donc concevoir une psychologie et à plus forte raison, une psychopathologie en Afrique sans se référer aux structures anthropologiques de l'expérience de soi dans les étapes de la vie traditionnelle.

Ainsi, d'une part, la personne africaine est un système clos s'opposant au monde extérieur, l'individu ne pouvant se concevoir qu'en étroits rapports avec tout ce qui l'entoure ; Et d'autre part, la personne-personnalité africaine n'est pas un système « achevé » ; car l'être humain en tant que tel est en perpétuelle structuration ou développement constructif.

Au niveau psychologique et psychopathologique, les difficultés et contradictions sont toujours actuelles, conçues dans le cadre d'un développement incessant, car l'individualité est en devenir dans une existence vécue comme un déploiement ordonné. C'est ce qui explique que le statut de personne pleine n'est réellement acquis qu'avec la vieillesse qui se rapproche de l'ancestralité. Par ailleurs, seule une anthropologie envisageant la personnalité comme un système vivant des rapports sociaux comme système d'interaction avec l'ordre du symbolique permet d'appréhender l'expérience africaine de soi.

Au-delà des grands repères entrant dans l'expérience de soi et dans la construction de la personne-personnalité africaine, l'homme est imprégné par un monde plein, jalonné de signifiants multiples, visibles et invisibles pénétrant la vie de toute part. Mais aussi, les croyances, traditions et valeurs ancestrales communes apparaissent comme les éléments fondamentaux permettant de délimiter les étapes par lesquelles l'individu accède à l'être plein. C'est ainsi que la mort d'un parent par exemple, la fin d'une génération, peut être vécue comme des occasions de renouvellement pour les vivants.

Au demeurant, l'expérience se construit à travers une initiation, des rites initiatiques, une vivification sur les plans collectif et individuel en : des intérêts sociologiques, existentiels, intellectuels et métaphysiques. Ainsi, l'homme africain n'a de valeur que lorsqu'il est intégré dans son environnement culturel, qui régit et définit son fonctionnement psychique ses rapports avec l'extérieur. Voilà pourquoi l'individu et la société forment une chaîne interrompue

d'agencements ; Et la personne est définie par rapport à sa communauté d'appartenance dans laquelle il y a déjà un certain ordre établi par les autres qu'il doit respecter. Pour ainsi dire, la folie ou le trouble psychique ne survient que lorsqu'il y a violation de cet ordre dans la communauté. Alors la maladie avait un sens qui ne pouvait être intelligible en dehors du contact culturel et religieux propre à l'ethnie considérée ; qu'il s'agisse de diagnostic ou de guérison, seul le déploiement d'une chaîne de signifiés à laquelle le malade et son groupe adhèrent sans réserve contribue à le rendre opérationnel.

### **3.2.2.3. Symboles originels et dynamiques de la personne-personnalité en Afrique**

Les thèmes manifestes et constants de la vie quotidienne africaine comme la persécution, l'agressivité d'un tiers extérieur se retrouve dans l'imaginaire collectif ou mythe. Pour que nos sociétés se mettent en place et se hiérarchisent, pour que la culture naisse, il a fallu au départ une situation de violence. Si les actes et séquences rituelles sont ordonnés c'est pour commémorer les actes de l'ancêtre racontés dans les mythes.

Nous comprenons donc ainsi l'importance du sacré dans la culture et la pensée des Africains car elle permet de saisir les rapports intimes entre certains thèmes traditionnels et la représentation de la folie rappelant les temps primordiaux, chaotiques, préculturels. Pour les Africains il existe des choses et des êtres qui ont une place réelle et importante, un nom dans la hiérarchie des représentations culturelles et donc dans un univers ordonné.

Pour l'Africain, l'ordre, la paix sociale et individuelle signifient que l'on est en paix et en ordre avec les ancêtres. La folie est comprise comme la rupture et le désordre ou plus exactement la désacralisation du sacré. Soulignons que ce qui s'apparente à la confusion et au désordre relève de la dimension du tragique (malheurs, maladies...) qui conduit au trouble de la personnalité. Il existe un lien entre la rupture et le désordre tout entier de l'univers au moment de sa création.

De ceci découle que nous ne comprendrons jamais la folie si nous ne rentrons pas dans les symboles originels c'est-à-dire à tout ce qui est sacré dans les représentations culturelles originelles de l'individu parce que selon les gardiens de la tradition, le symbole contenu dans le mythe est la vitrine du savoir sacré qui transparaît lorsque se déroule des rites spéciaux. Ainsi le mythe est un patrimoine culturel qui regorge de multiples significations symboliques originelles. C'est là qu'interviennent les séances mythico-rituelles pratiquées lors des séances thérapeutiques collectives pour rétablir l'ordre dans la personne touchée. Ainsi nous

comprenons combien la culture unit les hommes, tout en les protégeant de la désintégration du soi et donc de la folie.

Lorsque dans un contexte anthropologique africain survient la mort, la maladie, c'est dire qu'à un moment donné dans les relations avec l'autre il y a eu conflit, une communication manquée ou une agression nous rappelant le symbole de la rupture.

Nous comprenons que le mythe est un ensemble cohérent de signifiants qui est une matérialisation de la réalité totale appelée Signifié. De là se dégagent trois thèmes symboliques qui sont l'éloignement (celui de Dieu et de l'ancêtre) ; la médiation qui est la communication médiante avec l'être et le thème du message manqué ; et l'extériorité qui exprime un rapport de distance avec l'être. Nous comprenons ainsi que la hiérarchisation, la différenciation et la médiation sont les garants de l'ordre culturel communautaire.

#### **3.2.2.4. Angoisse de persécution et interprétation persécutive**

La persécution colore toute la psychiatrie africaine ; et est l'explication de tout ce qui trouble l'ordre, désorganise les relations, atteint l'individu dans son être physique mental ou spirituel. Toujours explicité dans les névroses, souvent même dans les maladies psychosomatiques et dans les situations vécues de façon douloureuse ou désagréables elle est éprouvée par l'individu malade et proposée par sa famille ou son entourage voire par des guérisseurs.

Trois modèles d'interprétations persécutives sont offerts par les sociétés Wolofs, Lébois et Sérère au Sénégal :

- La possession par les rabs (catégorie religieuse : culte des esprits ancestraux) ;
- Maraboutage (magie) ;
- Sorcellerie (anthropophagie imaginaire)

Le sorcier agit la nuit en rêve. Son âme de rêve ou son double s'envole dans les aires, peut se transformer en forme humaine ou animale et part en chasse cherche qui dévorer. Le fantasme de dévoration comporte deux thèmes :

- Le double du sorcier de manière invisible dévore le double de sa victime.

Le sorcier invisible vide de l'intérieur la personne dont il dévore le double. Il mange son fit (foi et composante de la personne : force vitale énergie organisée et courage). Le sorcier peut

aussi atteindre l'individu à travers l'ombre de celui-ci projeté sur le sol ou par la trace de ses pas ou simplement par un regard, par un geste qui l'effleure. La victime dévitalisée meurt au bout de quelque temps.

– Le repas anthropophagique

Il consiste en la réunion, après la mort de la victime du sorcier et de s'associer dans la nuit, sur des arbres ou à un carrefour pour manger ensemble la chaire des victimes. Par ce repas humain partagé, les associés contractent une dette qui les introduit dans un cycle sans fin qu'ils payeront de leurs vies s'ils ne peuvent à leur tour offrir une ou des victimes. Il semble donc que la sorcellerie constitue un doublet fantasmatique de la société régie comme elle par réciprocité des échanges mais avec une fonction inversée. La menace d'attaque par les sorciers est permanente, imprévisible et peut atteindre n'importe qui et n'importe qui peut également être soupçonné d'être sorcier.

En milieu traditionnel africain toute maladie suppose l'intervention de puissance persécutives et donc exige le recours aux rites traditionnels de guérisons ou de propitiation. Dans les sociétés traditionnelles africaines, l'accent est mis sur l'importance de la religion des ancêtres qui propose une solution rituelle aux problèmes. Elle fait voir dans l'occurrence du mal un signe divinatoire ; elle relève également dans les origines de la vie la source d'une autorité qui unit les vivants et les morts dans une même communauté transmise de génération en génération.

### **3.2.2.5. La relation africaine de la sorcellerie**

Selon Sow (1977), en Afrique, le sorcier est représenté comme une personne qui possède la capacité d'absorption progressive à distance du principe vital de sa victime. Il diffère du vampire qui bien que tirant comme lui, la substance vitale de sa victime procède à une action réelle, contraire et matérielle : il absorbe le sang de ses victimes alors que l'action du sorcier n'est pas une action physique ; au lieu du sang il agit de manière psychique sur le principe vital de sa victime : âme-ombre-interne qu'il tient ainsi sur sa domination. C'est l'âme du sorcier et non sa totalité organo-psychique qui s'empare d'une partie de la substance psychique de l'ensorceler.

La sorcellerie doit être exorcisée, expulsée radicalement de la société comme quelque chose d'extérieure à elle. Autrement dit, la sorcellerie du sorcier n'est ni problème de morale théorique ni un problème de morale religieuse, mais bien de morale sociale pratique, c'est-à-

dire de relation de coexistence conflictuelle intracommunautaire. Si, d'une part, l'effort prophylactique déployé contre les effets maléfiques de la sorcière européenne était d'ordre technique.

Le fondement de la possibilité de sorcellerie en Afrique est donc bien la notion de conflit, la relation personnalisée, l'agressivité dans la pratique sociale réelle, on parle donc en Afrique de relation de sorcellerie pour dire que ce n'est pas un évènement objectif. Le sorcier africain peut être une femme, un homme ou un enfant qui a hérité de l'organe de sorcellerie par filiation utérine pour les femmes et en filiation en ligne paternelle pour les hommes. Le sorcier africain attaque son alter ego à cause de la jalousie, de la rancune, du ressentiment bref d'un ensemble d'affect négatif qui contribue à réveiller l'organe de la sorcellerie. Cet organe reste froid dans deux cas si le sorcier n'est pas en conflit avec un partenaire de son groupe social et le sorcier n'a pas été initié à la pratique de la sorcellerie, la prophylaxie se fait chez le tradipraticien ou en famille au sein du groupe social du sorcier.

Dans les sociétés matrilineaires la sorcellerie a une conception plus large. Elle est liée au problème de la circulation, de la distribution de l'échange du bien communautaire le plus précieux à savoir la substance humaine. De ce fait, la sorcellerie apparaît inséparable de la structure matrilineaire, c'est ainsi que la sorcellerie au sens large des structures inclut de manière précise le champ de la maladie mentale, ce qui n'est pas le cas dans les sociétés de structure patrilinéaire.

### **3.2.2.6. Vers la notion de champ conflictuel dynamique en milieu traditionnel**

Les problèmes psychologiques et psychopathologiques africains ne peuvent être objectivement posés à partir de l'œdipe psychologique freudien pour Sow (1978) :

*Il ne saurait, Jamais y avoir une interprétation cohérente et fondée de faits humains psychologique ou psychopathologique concret en dehors des cadres même qui les produisent (l'Afrique noire traditionnelle constituant son champ de recherche il s'intéresse particulièrement aux modalités d'organisations de la personne, de la personnalité de ses rapports dynamique avec l'univers africain « qui seul permet d'éclairer les différentes conditions et en particulier les conditions psychopathologiques.*

Il pose l'individualiste comme constitué par 3 éléments en relations étroites avec trois pôles culturels fondamentaux (famille, ancêtre, communauté ) qui définissent les éléments

stables de la culture traditionnelle par conséquent, pour lui, « *le diagnostic de trouble mental en contexte traditionnel africain est toujours un diagnostic de structure relationnel dynamique, c'est-à-dire qu'il cherche à mettre en évidence et à préciser la nature, le niveau et le sens du conflit entre le dehors (pôle relationnel) et le dedans (principe interne vital, vie végétative corps).*

Le trouble mental est ainsi nécessaire par le doublet antithétique des constituants du Moi. Autrement dit il y a autant de types de troubles mentaux qu'il y a théoriquement de configurations relationnelles conflictuelles possibles et la notion de trouble mental est dominée par la notion de conflit relationnelle, être fou c'est « *être victime d'une subversion dans l'ordonnement des éléments ou axes de son identité en ce sens, la folie est rupture d'ordre et désordre aussi bien et en même temps que dans la structure de l'individualité dans l'ordre traditionnel lui-même représenté comme univers pan structuraliste a trois niveaux distincts mais étroitement solidaires ; le macrocosmos (Dieu-Ancêtres) enveloppant le tout et communiquant avec le microcosmos (les hommes) directement ou indirectement par l'intermédiaire des médiateurs (génies, esprits) du mésocosmos puissant invisible mais partout présent parmi les humains* ».

Pour lui dans une telle structure anthropologique, en tant que violence vécue la folie apparaît comme une menace permanente, celle de faire revenir la communauté tout entière « en arrière » précisément à la période de la violence originelle, celle de l'indifférenciation de la confession généralisée.

Selon la pensée traditionnelle africaine, l'existence de l'homme cohabitant avec l'existence socio culturel le trouble mental ne saurait qu'affectation mutuelle et, qualifie très exactement la répétition du lien originaire existant entre les troubles de l'identité de la société ; du rapport à l'alter alité qui manifeste la folie et un monde sans ordre ou dominerait la seule loi naturelle. En bref, pour Sow, les problèmes d'une maladie doivent être abordés en fonction de la culture ce qui signifie que pour notre cas les problèmes africains doivent être ramenés dans un contexte africain. On ne peut pas aborder fondamentalement et objectivement des problèmes de psychologie et de psychopathologie en dehors des cadres même qui les produisent c'est-à-dire les coutumes les pratiques et les croyances. Nous comprenons par là que l'on ne saurait bien aborder une maladie psychique en mettant de côté la culture du sujet qui en est affecté il pose donc l'individualité comme constitué de trois éléments en relations étroites avec trois pôles culturels fondamentaux

### 3.2.2.7. La notion de conflit dynamique en milieu traditionnel

Une problématique de la « *notion centrale de conflit de relation, mais aussi de continuité maintenue entre : débat de jour et débat de nuit, conflit diurne et apparition des figures nocturnes symboliques, contenus manifestes et contenus latents, discours individuels et discours communautaire.* ».

Il est loisible à tout chercheur sur le terrain pratique de la recherche, de constater que l'homme des sociétés traditionnelles, peut-être plus nettement qu'ailleurs, se caractérise, essentiellement et à l'évidence par une « acculturation » maximale de ses conduites, attitudes, représentations et corrélativement, par une « hypo-psychologisation » de celui-ci. ». C'est dire qu'en Afrique tout a un sens ; on cherche de réponse au pourquoi de tout phénomène.

La sorcellerie africaine est une modalité conflictuelle de relations humaines. La société traditionnelle a besoin au niveau même du fonctionnement de ses institutions, du schéma de la sorcellerie comme modèle explicatif d'une catégorie déterminée de malheurs, mais aussi, comme l'un des mécanismes régulateurs des statuts intracommunautaires ; enfin comme nous l'avons vu, elle fonctionne aussi comme schème de valeur thérapeutique faisant de l'ineffable angoisse vécue, une persécution nommée, et ainsi donc moins massivement inquiétante. En Afrique, le trouble n'a de sens que par rapport à un agresseur, et « (...) *selon l'interprétation traditionnelle peut être considéré comme agresseur (nécessairement extérieur) : Toute réalité, tout acte, toute « personne » visant à détruire, à disjoindre les relations d'ego avec l'une et ou l'autre dimension constituante essentielle* » (Seau, 1977).

En milieu traditionnel, le trouble est toujours synonyme de conflit. Conflit entre le sujet et un des pôles relationnels. Il se caractérise comme suite : d'une part, c'est un conflit basal de relation. C'est-à-dire le problème est situé entre le sujet conçu globalement et un de ses pôles relationnels constituant. D'autre part, c'est un conflit actuel selon les pensées traditionnelles. Il s'agit d'un conflit dynamique. Le conflit exprime une péripétie actuelle. La psychopathologie africaine est dominée par la notion de relation d'altérité dans sa conception de la genèse et de la signification du trouble mental.

La structure de l'individualité est, traditionnellement, conçue comme un ensemble composé d'élément en relation étroite avec les trois pôles constitués par l'ancestralité, la famille, la communauté et tout un réseau de convergences qui lui donnent sa consistance. Dans le monde traditionnel, les questions que l'on se pose sont toujours, des questions portant sur le

« pourquoi » que sur le « comment » des phénomènes. Parce que, finalement, ce qui est en question essentiellement, dans une société humaine, c'est la cohérence du lien culturel qui conditionne tout le reste beaucoup plus que la loi naturelle, en tant que tel, et pour elle-même. Le « souci » centrale concerne l'homme et non pas les objets naturels extérieurs à lui.

**DEUXIEME PARTIE : CADRE METHODOLOGIQUE ET  
OPERATOIRE**

## CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE DE RECHERCHE

La méthodologie d'après Mucchielli (cité par Fernandez et Catteeuw, 2001) est la réflexion préalable sur la méthode qu'il convient de mettre sur pied pour conduire une recherche. En nous appuyant donc sur ce qui précède, nous aborderons la question de la présentation et de la justification du choix de notre étude, de la population, de la méthode, de la technique de collecte de données, de l'instrument de collecte de données et de la technique d'analyse des résultats. Toutefois, avant d'aborder cette présentation justificative de la démarche méthodologique, il nous revient au préalable de rappeler les principaux éléments de la problématique de cette étude.

### 4.1. Rappel de la problématique

La présente étude porte sur le travail d'élaboration de la maladie chez les patients en réadaptation cardiaque. Dans ce cadre nous nous intéressons aux signifiants culturels, et plus particulièrement des éléments culturels qui permettent au sujet de faire face et de pouvoir s'adapter à la maladie.

Etre atteint par une maladie chronique est une des situations qui rendent difficile la vie d'une personne. Pour le patient, tomber malade est un événement qui, de façon spontanée et involontaire, transforme sa situation d'existence. La maladie qui se chronicise, en particulier, constitue un événement indispensable. Elle met le patient en demeure de se transformer en sorte de s'adapter à une donnée désormais incontournable de son histoire de vie (Célis-Gennart & Vannoti, 2000). Cette transformation que la maladie chronique motive au niveau de la personne est multiforme. Ce faisant, Célis-Gennart & Vannoti (2000) distinguent trois dimensions de cette transformation qui, dans l'expérience concrète de la maladie, sont étroitement entrelacées.

La première est due au fait qu'elle altère une (ou plusieurs) fonctions(s) biologique(s). De par cette altération, elle affecte de façon plus ou moins directe le spectre des aptitudes du sujet et elle le modifie, en règle générale, en un sens limitatif. Le patient atteint de maladie chronique ne peut plus faire tout ce qu'il faisait au paravent. Il lui faut réaménager pratiquement ses conditions de vie, activités professionnelles, responsabilités familiales, tâches domestiques, loisirs ...en sorte de s'adapter aux limitations fonctionnelles et aux éventuels handicaps que la maladie introduit ou induit progressivement au cours de son évolution.

La deuxième dimension touche le vécu corporel et le sens de soi. La maladie chronique modifie, le vécu corporel et le sens de soi qui, de façon préréfléchie, s'élabore au départ de l'expérience cénesthésique. Dans la maladie cardiaque par exemple, la modification majeure réside dans l'expérience récurrente et toujours menaçante de la perte du souffle. En proie aux crises d'essoufflement, le patient fait l'expérience d'une profonde perte de contrôle et d'une sorte d'autonomisation d'un processus corporel qui, en sortant du mode de fonctionnement silencieux et inaperçu qui le caractérise d'ordinaire, devient d'une façon extérieure ou étranger au sujet. Ce dernier doit à ce stade gérer le sentiment considérablement accru de la vulnérabilité qui motive son atteinte respiratoire et la manifestation aiguë et répétée de celle-ci dans les crises d'essoufflement.

La troisième et la dernière dimension est la soumission aux contraintes d'un traitement. Le patient atteint d'une maladie chronique et principalement d'une maladie cardiaque est généralement soumis à la contrainte d'un traitement. Le sujet atteint doit non seulement se soigner lui-même quotidiennement, aussi recourir pour cela à des auxiliaires (médication, ventilation mécanique) et se faire suivre médicalement. C'est ainsi que ces différentes formes de soins témoignent de façon répétée et non refoulable de la présence de la maladie et de la dépendance que le sujet contracte du fait de cette dernière. Cette contrainte et cette dépendance peuvent constituer chez certains malades, l'aspect le plus pénible de la maladie.

Par ailleurs, la survenue et l'évolution de la maladie chronique (maladie cardiaque) contraignent le sujet à métaboliser dans l'espace de son expérience vécu les modifications et les éventuels traumatismes qui l'atteignent. De même, les blessures et les altérations qui modifient factuellement son organisme n'ont jamais un sens qui serait prédonné. Il revient donc au sujet, selon les termes de Célis-Gennart & Vannotti (2000), « de sentir et de donner sens aux perturbations qui atteignent son corps et de les intégrer ou incorporer dans le mouvement en cours de son existence ». Cette capacité de donner sens ou alors ce travail d'intégration émotionnelle, pratique et symbolique désigné par Lehman (2014) comme travail psychique ; par Pédinielli (1987), et par Marty (1976) comme mentalisation est nécessaire dans chacune des étapes de la maladie.

La maladie cardiaque, maladie invalidante, nécessite une bonne capacité de mentalisation car, cette dernière donne au sujet de résister mieux aux différentes situations de malaise, de traiter et élaborer les excitations au niveau mental et par conséquent, protège le corps. Par contre, une mauvaise capacité de mentalisation conduirait à d'autres maladies

accompagnées de complications. D'une part, les travaux des auteurs tels que Célis-Gennart & Vannotti (2000) présentent la famille, le personnel soignant et l'expérience du sujet comme élément modulateur de l'évolution de la maladie. D'autre part, Nouguès (2017), présente l'observance thérapeutique et l'éducation thérapeutique comme point essentiel dans la prise en charge des MCV. A côté de ces auteurs nous avons Randall et al., cité par Beaudoin (2020), soulignent que le partenaire amoureux et la satisfaction conjugale au sein du couple sont grandement impliqués dans le rétablissement d'une maladie cardiaque. Or à la suite de ces auteurs, nous avons observé lors de notre stage, au travers des entretiens semi-directifs, que les patients, face à la situation chronique de leur maladie chargée d'affect, s'appuient sur leur culture pour mentaliser la souffrance induite par cette dernière.

#### **4.1.2 Question de recherche**

La question recherche qui découle du problème posé ci-dessus est la suivante : *comment les signifiants culturels participent-ils au travail d'élaboration de la maladie chez les patients en réadaptation cardiaque ?*

#### **4.1.3 Hypothèse de l'étude**

Face à la maladie chronique (maladie cardiaque) vécue comme un choc, le sujet atteint déploie des mécanismes et se fait des représentations en vue de donner sens à sa maladie. Cette capacité de donner sens connue sous le nom de mentalisation (Marty, 1976) est définie par la capacité représentative et fantasmatique du sujet. Or, ces représentations sont structurées par la culture qui a une fonction contenant pour le psychisme selon Moro (2004) et une fonction régulatrice et protectrice pour Freud (1929). Dans la même optique, Bennani (2002) affirme que l'inconscient est universel...mais ses manifestations peuvent se décliner de façons différentes selon les cultures ; chaque langue a son registre de représentations métaphoriques, il y a des modes symboliques et différentes façons d'approcher l'humain. A cet effet, Moro et Tarazi affirment également que, même si le fonctionnement psychique est universel, il existe néanmoins un codage culturel des manières de penser, de se présenter le monde, d'interpréter la maladie et de concevoir les modalités de soins. À la suite de ces auteurs, en nous inscrivant dans l'approche ethnopsychanalytique, nous comprenons que les signifiants culturels constituent un dispositif de représentations symboliques dispensateur de sens qui code la souffrance chez le sujet atteint de maladie cardiaque. Dans cette optique, nous formulons l'hypothèse que : *de par leur fonction symbolique et de codage, les signifiants culturels participent au travail d'élaboration de la maladie chez les patients en réadaptation cardiaque.*

### **4.1.3 Objectif de l'étude**

L'objectif poursuivi par notre étude est de comprendre le rôle des signifiants culturels dans le processus de travail d'élaboration de la maladie chez les patients en réadaptation cardiaque.

## **4.2 Site de l'étude et justification**

Le site de l'étude est le contexte spatial dans lequel se déroule la recherche (Amin, 2005). Dit autrement, il s'agit de l'espace qui environne la recherche et le lieu précis où se fait la collecte de données. La présente étude s'est déroulée au sein de la Polyclinique les Promoteurs de la Bonne Santé et plus précisément dans le service de cardiologie.

La Polyclinique les Promoteurs de la Bonne Santé a été choisie comme site de l'étude pour des raisons ci-après. La première raison relève du fait que cette clinique soit une institution médico sanitaire à caractère privé, ayant la particularité d'être spécialisé dans la prise en charge des maladies et autres troubles de comportement. La deuxième raison est que cette clinique est dotée d'un service de cardiologie où nos données ont été collectées. La troisième raison est que les patients en soins dans cette structure, ainsi que les aidants, s'y sentent en sécurité et en confiance. La quatrième et dernière raison est que cette structure de par ses différents aménagements, est une structure privée de référence dans la ville de Yaoundé, spécialisé dans la prise en charge médicale des maladies chroniques telle que la maladie cardiaque. Elle nous offre à cet effet la possibilité d'entrer en contact avec cette population qui nous intéresse dans le cadre de la présente étude.

### **4.2.1. Présentation de la Polyclinique les Promoteurs de la Bonne Santé**

La structure qui a bien voulu nous accueillir pour que nous y effectuions notre collecte des données est « La Polyclinique les Promoteurs de la Bonne Santé ».

Elle naît suite à la volonté d'un jeune camerounais soucieux de contribuer au bien-être de son prochain. En une quinzaine d'année, elle est passée d'une structure de promotion de la santé à une structure de prise en charge de qualité associée à la promotion de la santé. La prise en charge concerne diverses pathologies courantes et la médecine préventive. Ne pouvant pas s'arrêter à ce niveau, le directeur et son personnel ont décidé de définir, des missions et objectifs

permettant de mieux avancer dans le futur, avec une qualité de soins toujours grandissante, grâce à un plateau technique diversifié et moderne et à une équipe en recyclage permanent.

Mise sur pied dans les années 1998, la Polyclinique les Promoteurs de la Bonne Santé a connu diverses mutations. A sa naissance, elle est considérée comme un cabinet de santé. A cette époque, elle n'était qu'un bâtiment composé d'une salle d'accueil et trois salles réservées pour les activités. Quelques années plus tard, elle est transportée pas très loin de l'ancienne résidence mais cette fois occupe un immeuble de deux niveaux. Avec les compétences des membres et l'appui de plusieurs ordres de la population, de l'Etat camerounais et de plusieurs partenaires, une structure moderne et hautement équipée de prise en charge a été mise sur pied. C'est cette structure qui date jusqu'à nos jours même si elle a subi de petits remaniements.

Les unités opérationnelles de la Polyclinique les Promoteurs de la Bonne Santé sont réparties comme suite :

- **Unités opérationnelles service** (unité d'accueil des urgences et de réanimation, centre de coordination de l'accueil et des urgences, Bloc opératoire René, Bloc des urgences chirurgicales, Stérilisation Buanderie, Réanimation, soins intensifs, Anesthésiologie) ;
- **Unités de médecine** (Consultation Externe, cardiologie, gastro-entérologie, neurologie, gériatrie, rhumatologie et haut-standing, physio-kinésithérapie) ;
- **Unités de gynécologie-obstétrique** (maternité bloc, bloc opératoire et stérilisation, consultations externes, salle d'accouchement) ;
- **Unités de chirurgie** (chirurgie viscérale, chirurgie pédiatrique, ophtalmologie, ORL, stomatologie, traumatologie, neurochirurgie, urologie, cancérologie,) ;
- **Unités médico-techniques** (laboratoire centrale, laboratoire chargé uniquement des prélèvements, banque de sang, pharmacie, radiologie et imagerie médicale, maintenance et assainissement).

#### **4.2.2. Localisation géographique**

La Polyclinique « les Promoteurs de la Bonne Santé » est une clinique constituée de quatre niveaux et rayonnée par le vert citron située à Yaoundé, au lieu-dit Ecole de postes et Télécommunications, près de la station Neptune, pas très loin de CRADAT. Elle est située pas très loin de l'une des universités de référence de la ville à savoir l'université de Yaoundé I.

### **4.2.3 Présentation du service de cardiologie de la Polyclinique les Promoteurs de la Bonne Santé de Yaoundé**

L'étude a été faite dans l'unité externe de suivi des patients cardiaques du service de cardiologie et le service de réadaptation cardiaque. Les activités de ce service comprennent les hospitalisations, les consultations externes d'endocrinologie-diabétologie et diététiques et un laboratoire. Les consultations externes des patients cardiaques se font tous les mardis et jeudis dès 08h. Sur ce point, nous avons travaillé avec les patients cardiaques consultant en externe et suivant un programme de réadaptation cardiaque.

### **4.3. Procédure et critère de sélection des participants**

Notre étude porte sur le travail d'élaboration de la maladie chez les patients en réadaptation cardiaque. Le choix des participants dans l'utilisation de la méthode clinique étant une des étapes fondamentales, le défi est de trouver des personnes qui possèdent exactement les caractéristiques de base que l'on recherche. Il faut trouver des personnes qui sont des « *gisements d'information* ». C'est pourquoi la sélection des participants doit obéir à un certain nombre de critères.

Concrètement, pour être sélectionnés, les participants de l'étude ont été soumis aux critères d'inclusion et aux critères d'exclusion.

#### **4.3.1. Critères d'inclusion**

La population qui cadre avec notre étude est celle présentant certaines spécificités :

- Personne de tout sexe étant atteinte de maladie cardiaque, se faisant traiter à la Polyclinique les Promoteurs de la Bonne Santé ;
- Personne ayant connaissance du diagnostic de maladie cardiaque ;
- Personne ayant accepté librement de participer à l'étude ;
- Personne suivant un programme de réadaptation cardiaque ;

#### **4.3.2. Critères de non exclusion**

Dans cette étude, nous ne travaillons pas avec des personnes présentant certaines spécificités.

- Personne ayant une autre complication que la maladie cardiaque ;
- Personne n'ayant pas signé le consentement éclairé ;
- Personne ne suivant pas un programme de réadaptation cardiaque ;
- Personne non-disponible à participer à la recherche ;

#### 4.4 Caractéristiques des participants

Les participants à cette étude sont des personnes atteintes de MCV, se faisant traiter à la Polyclinique les Promoteurs de la Bonne Santé, précisément dans le service de cardiologie et de réadaptation cardiaque. Nous avons pu retenir sur l'ensemble des patients cardiaques rencontrés au sein de la clinique, 03 patients cardiaques dont deux sont atteints d'une insuffisance cardiaque, et un d'une cardiopathie, et dont les caractéristiques sont regroupées et présentées dans le tableau ci-après.

Tableau 3 : caractéristiques des participants

Participants	<b>Azou</b>	<b>Zen</b>	<b>Kami</b>
Age	67 ans	43 ans	57 ans
Sexe	Homme	Femme	Homme
Situation matrimoniale	Marié	Mère célibataire	Marié
Type de maladie cardiaque	Insuffisance cardiaque	Insuffisance cardiaque	Cardiopathie
Ethnie	Ewondo	Eton	Baham
Religion	Catholique	Catholique	Catholique

#### 4.5. Type de recherche

Notre étude s'inscrit dans une recherche qualitative. Ce choix se justifie par le fait que la recherche qualitative a pour objet d'étudier les phénomènes humains en vue de plus de compréhension et d'explication (Quivy, 2000). C'est une recherche qui produit et analyse les données qualitatives telles que les paroles écrites ou dites et les comportements observables des personnes. La recherche qualitative met l'accent sur l'expérience de la personne, telle qu'elle l'a vécue : « l'accent est placé sur les perceptions et les expériences des personnes, leurs croyances, leurs émotions et leurs explications des événements sont considérées comme autant de réalités significatives » (Mayer et al., 2000, p.217). Elle est donc pertinente dans le cadre de notre étude, car, elle cherche à comprendre des faits humains et sociaux en les considérant comme étant porteur de significations véhiculées par des acteurs (sujets, groupes, institutions, ...) parties prenantes de relations interhumaines (Mucchielli, 1996 cité par Antoine Bioy et al., 2021).

De même, la recherche qualitative comme le souligne Fernandez (2007), est une recherche intensive en ce sens qu'elle s'intéresse surtout à des cas et à des échantillons plus restreints qui sont étudiés en profondeur. Ceci dit, dans le cadre de notre étude, nous envisageons d'étudier de façon approfondie le travail d'élaboration de la maladie chez les patients en réadaptation cardiaque. Dit autrement, il est question de rendre compte de la contribution ou du rôle des signifiants culturels dans le travail d'élaboration de la maladie chez les patients en réadaptation cardiaque. Pour ce faire, nous avons fait recours à la méthode clinique, car l'objectif de notre recherche s'inscrit dans le paradigme compréhensif.

#### **4.6 Méthode de recherche : Méthode clinique**

Méthode vient du grec « *methodos* » qui signifie « *route, voie, direction qui mène à un but* » (Nkoum, 2015, P. 59). C'est donc le chemin tracé en avance pour se diriger vers un but, pour atteindre un objectif (Ardoino & Berger, 2010).

Ainsi, Yelnik (2005) stipule que : *L'approche clinique vise une compréhension en profondeur du sens que prennent, pour des sujets singuliers, les situations, les événements. Le caractère clinique d'une recherche indique que celle-ci ne porte pas sur des faits en extériorité mais sur un vécu-, des points de vue subjectifs, des ressentis, un rapport à quelque chose* (p.134).

La méthode clinique vise donc à établir une situation de faible contrainte, pour recueillir des informations de la manière la plus large et la moins artificielle en laissant à la personne des possibilités d'expression. Elle refuse d'isoler ces informations et tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle.

Dans cette recherche, nous avons opté pour la méthode clinique parce qu'elle prend en compte de la singularité et de la totalité du sujet en situation. Elle traite des données issues de différentes sources : entretiens, examens psychologiques, tests, observations... Dans le cadre de cette étude, c'est la singularité des personnes atteintes de maladie cardiaque que nous envisageons élucider, et plus particulièrement au niveau de leur travail d'élaboration. Ceci dit, nous voulons appréhender le travail d'élaboration de la maladie dans sa globalité en lien avec les signifiants culturels, et cela est plus possible avec la méthode clinique qui « *insiste sur la diversité et non sur la régularité* » (Hatchuel, 2005, p.71, cité par Ovambe, 2019).

Selon Pedinielli & Fernandez (2015) cité Antoine Bioy (2021, P.97-98), « *la méthode clinique est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes de sujets souffrants, et*

*elle doit se contrer sur le cas, c'est-à-dire l'individualité, mais sans pour autant s'y résumer* ». Toutefois, nous avons choisi parmi d'autres méthodes, celle de l'étude de cas, car c'est la modalité fondamentale de la méthode clinique.

L'étude de cas en psychologie clinique se situe dans une démarche d'investigation et d'exploration « des modalités de fonctionnement, dans la recherche des moyens les plus pertinents pour accompagner le sujet dans un processus de changement dans le dégagement d'un certain nombre d'entrave dont les symptômes font partie, mais aussi dans l'accès à une meilleure connaissance de lui-même » (De Luca, 2020). Le cas unique a donc une valeur scientifique en permettant une étude approfondie de situations cliniques isolées et rares qu'une méthode statistique ne permettra pas de percevoir. Dans cette étude approfondie, le chercheur ne se limite pas à l'exposition du cas, mais propose une analyse et une synthèse des éléments qui le composent.

De même, l'étude de cas comme méthode de recherche est appropriée pour la description, l'explication, la prédiction et le contrôle de processus inhérents à divers phénomènes, individuels ou collectifs (Thomas, 2011 ; Woodside & Wilson, 2003). L'explication vise à éclairer le pourquoi des choses ; la prédiction cherche à établir, à court et à long terme, quels seront les états psychologiques, les comportements ou les événements. Enfin, le contrôle comprend les tentatives pour influencer les cognitions, les attitudes et les comportements des individus (Barlow et al., 2008 ; Woodside & Wilson, 2003).

Nous avons fait recours à la méthode d'étude de cas parce qu'elle nous offre la possibilité de faire une étude approfondie d'un ou de peu d'objet de recherche, ce qui permet d'obtenir une connaissance vaste et détaillée de ces derniers. Mieux, elle permet une compréhension profonde des phénomènes, des processus, les composantes et les personnes qui y prennent part (Gagnon, 2012).

En tant que méthode de recherche, l'étude de cas possède plusieurs forces. Selon Gagnon (2012), la première permet de fournir une analyse en profondeur des phénomènes dans leur contexte ; la deuxième, elle offre la possibilité de développer des paramètres historiques ; la troisième quant à elle est d'assurer une forte validité interne. Les phénomènes relevés étant des représentations authentiques de la réalité étudiée. Ces forces font de l'étude de cas une méthode qui peut être adaptée dans tous les contextes et aux caractéristiques du chercheur.

Pour Yin (1994) cité par Collerette (1997), la méthode d'étude de cas est envisagée comme « *une enquête empirique qui étudie un phénomène contemporain dans son contexte de vie réelle, où les limites entre le phénomène et le contexte ne sont pas nettement évidentes, et dans laquelle les sources d'informations multiples sont utilisées* ». De cette définition, nous comprenons que la méthode d'étude de cas consiste à rapporter une situation réelle, prise dans son contexte, et à l'analyser pour découvrir comment se manifestent et évoluent les phénomènes auxquels le chercheur s'intéresse (Collerette, 1997). L'étude de cas est également considérée comme une observation approfondie et prolongée d'un sujet dans le but d'une étude aussi exhaustive que possible des caractéristiques associées à sa condition et de leur relation.

L'étude de cas est plus proche de la réalité clinique. Sa part descriptive répond au comment et au pourquoi des phénomènes, dans les situations où les chercheurs ont peu de contrôle sur les événements étudiés, et dans les situations où l'attention est dirigée vers les phénomènes contemporains dans un contexte de vie réelle (Yin, 1984 ; Eisenhardt, 1989 et Zener, 1992, cité par collerette, 1997). Dans cette perspective, notre étude répond au « comment » et dans une moindre mesure au « pourquoi » car elle cherche à comprendre comment les signifiants culturels participent au travail d'élaboration de la maladie chez les patients bénéficiant d'une réadaptation cardiaque.

La méthode d'étude de cas présente certains intérêts :

- elle permet de faire des observations dans un contexte naturel ; de faire des descriptions détaillées en tenant compte de l'individualité ;
- elle permet au chercheur d'être plus proche de la réalité clinique, laissant place aux composantes affectives, donnant accès à la mise au jour de relation les faits et favorisant ainsi la mise en lien de l'histoire du sujet (Bioy et al, 2021) ;
- elle permet d'étudier les phénomènes rares ;
- elle offre une grande validité interne et produit des informations riches et authentiques.

Bien que la méthode d'étude de cas soit considérée comme la méthode par excellence de la psychologie clinique, et modalité fondamentale de la méthode clinique, celle-ci présente quelques limites.

- Les plus grandes critiques concernant cette méthode, restent celles de son impossible reproductibilité et de son manque de maîtrise des paramètres internes (Bioy et al, 2021) ;

-la faiblesse à confirmer les liens de causalités due à la difficulté qu'il y a dans l'étude de cas à isoler les causes, à contrôler et à éliminer les hypothèses alternatives.

L'étude de cas fait appel à diverses méthodes, que ce soit l'observation, l'entretien semi-directif ou des techniques d'analyse de contenu (Hamel, 1997).

## **4.7 Technique et outil de collecte de données : Entretien semi-directif et guide d'entretien**

### **4.7.1 Technique de collecte de données : Entretien clinique**

L'entretien est le meilleur outil ou encore l'outil privilégié du psychologue tant dans la pratique que dans la recherche car, il produit des données dotées d'une grande richesse et fait surgir la complexité du phénomène étudié (Nkoum, 2015). Il existe trois types d'entretiens : l'entretien directif, l'entretien non directif et l'entretien semi-directif (Fernandez et Catteeuw, 2001). Dans le cadre de notre étude, nous avons fait usage de l'entretien semi-directif.

L'entretien semi-directif encore appelé entretien qualitatif est une méthode d'étude qualitative ayant pour but de récolter des informations qui apportent des explications ou des éléments de preuves à n travail de recherche (Gaspard, 2018). Selon Lincoln, 1995, cité par Gaspard, 2019), il est une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives relevant en particulier des paradigmes constructivistes. C'est aussi une technique de choix pour accéder à des informations subjectives (histoire de vie, représentations, sentiments, émotions, expériences) témoignant de la singularité et de la complexité du sujet (Fernandez & Catteeuw, 2001). Dit autrement, l'entretien semi-directif permet de mieux appréhender le sujet d'un point de vu psychique. C'est par ce type d'entretien que l'on peut avoir une meilleure connaissance du sujet, que l'on peut avoir des informations sur le vécu, ses histoires de vie, sa famille, tout ce qui pourrait être pathogène chez le sujet ; bref, c'est le meilleur moyen d'avoir accès aux représentations subjectives, à ses relations, à sa souffrance, à ses relations intra et inter subjectives, à ses rêves, ses fantasmes, ses envies, ses projets ; c'est le meilleur moyen d'avoir accès au sujet dans sa globalité et dans ses spécificités.

Selon Quivy et Campenhoudt (2011), c'est la forme qui est certainement la plus utilisée en recherche car, il fournit au répondant l'occasion d'exprimer ses sentiments et ses opinions sur le sujet traité. Le but est de comprendre le point de vue du répondant (Fortin, 2006). Dans

ce sens, ce type d'entretien nous permettra de comprendre comment les signifiants culturels participent au travail d'élaboration de la maladie chez les patients cardiaques.

Outre, nous avons fait recours à l'entretien semi-directif car nous étudions le travail d'élaboration de la maladie chez les patients cardiaques en investiguant les éléments culturels.

Fortin (2005, p. 305), justifie le recours à l'entretien semi directif par le fait que :

*Le chercheur fait appel à l'entrevue semi-dirigée dans le cas où il désire obtenir plus d'informations particulières sur le sujet. L'entrevue semi dirigée est principalement utilisée dans les études qualitatives, quand le chercheur veut comprendre la signification d'un événement ou d'un phénomène vécu par les participants.*

Ce faisant, nous avons tenté de saisir le vécu des personnes atteintes de maladie cardiaque, tout en ressortant l'apport des signifiants culturels intervenant dans le travail d'élaboration chez ces derniers.

Il existe un schéma d'entretien définissant une grille de thèmes. Cet entretien est donc « orienté en faits, même si cela ne devrait pas se sentir, par une liste de thèmes et de sous-thèmes : le guide d'entretien » (Delhez, 1985, p.48).

#### **4.7.2. Outil de collecte de données : guide d'entretien**

Le choix de la technique d'entretien semi-directif conduit à l'utilisation de l'outil appelé guide d'entretien. Romelaer (2005) définit ce dernier comme étant la liste de thèmes auxquels l'interviewer s'intéresse, thèmes sur lesquels il est susceptible d'effectuer des relances.

Le guide d'entretien est selon Blanchet & Gotman (1992) cités par Fernandez & Catteeuw (2001) un ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer. C'est la liste de thèmes et sous thèmes que le chercheur doit aborder avec le participant au cours d'un entretien de recherche. L'entretien semi-directif permet donc l'élaboration d'un guide d'entretien recensant les thèmes à aborder lors de cet échange clinique particulier où c'est l'enquêteur ou le chercheur qui est demandeur. Il permet au chercheur de suivre la méthodologie définie. La consigne est d'une importance capitale, d'où la nécessité de l'élaborer avec des mots simples, qui ont un sens clair et univoque pour chacun des participants ou sujets ; elle doit contenir les mots-clefs du sujet.

Selon Campenhoudt & Quivy (2011), les questions constituant le corps de l'entretien sont formulées de manière ouverte, appelant parfois une brève narration, laissant toujours une large marge de liberté au répondant.

Soulignons que, dans le guide d'entretien il faudrait que tous les thèmes repris soient abordés dans chaque entretien, qu'importe leur ordre de passage ou d'évocation au cours de l'interview.

Pour mener nos entretiens, nous ferons usage d'un guide d'entretien. Ledit guide d'entretien est construit autour de quatre (05) thèmes principaux. Ces axes permettent de faire une exploration de la dynamique psychique des participants. Après les caractéristiques sociodémographiques, les différents thèmes mentionnés ci-dessus sont les suivants :

Thème 1 : histoire du malade et de la maladie

Thème 2 : représentations culturelles de la maladie

Thème 3 : vécu de la maladie cardiaque et contraintes y afférentes

Thème 4 : Intérêt accordé aux signifiants culturels

Thème 5 : Elaboration psychique de la maladie

#### **4.8 Déroulement de l'entretien**

Nous avons fait usage de nombreuses stratégies pour rencontrer les différents participants concernant la présente étude. Avant toute chose, nous avons déposé une demande d'autorisation de collecte de données auprès du Directeur général de la Polyclinique les Promoteurs de la Bonne Santé, soutenue par l'attestation de recherche signée par le Chef du département de psychologie de l'UY1. Nous avons alors commencé notre investigation au sein de cette institution après obtention de l'accord du Directeur général de la clinique les Promoteurs de la Bonne Santé, bien entendu. Sous le regard de notre superviseur octroyé par l'institution, nous avons intégré l'équipe de prise en charge de l'Unité externe de suivi des patients atteints de maladie cardiaque, où nous avons aidé avec certaines tâches. Lors des séances de ronde qui se faisait tous les matins avec le directeur de la clinique, chef de service de cardiologie, nous procédions à des sensibilisations sur les différentes problématiques de la santé mentale que les patients rencontrent surtout lorsqu'ils font face à une maladie chronique. Lors de ces activités de sensibilisation, nous privilégions l'interactivité, ce qui permettait aux

patients d'avoir d'amples informations sur des préoccupations plus personnalisées. Pendant ces moments, nous profitons également pour présenter à ces derniers notre travail de recherche tout en sollicitant la participation des uns et des autres.

Nous avons effectué nos entretiens en deux phases, à savoir le pré-entretien et l'entretien proprement dit. La première phase est la phase du premier contact et de la mise en confiance du participant de l'étude. La mise en confiance étant une étape essentielle qui facilite l'acceptation et l'adhésion à la recherche. Cette étape permet d'obtenir une richesse et une sincérité optimale des informations transmises par la personne interrogée. C'est le lieu d'établir un contrat de validation / confidentialité avec l'interviewé et de valider le temps disponible. Dès lors, avant même de commencer l'entretien, nous commençons par nous présenter. Ensuite, nous présentons l'objectif de notre recherche.

Après un premier entretien sur le consentement verbal au cours duquel nous sollicitons un second, le patient nous indiquait le moment et parfois le lieu pour ce dernier. C'est au cours de celui-ci que nous collectons l'essentiel des données. Nous reprenons alors l'objectif visé par notre recherche, les bénéfices possibles du participant, puis nous donnons la consigne. Ainsi, nous déroulions alors notre entretien, thème par thème, sans toujours suivre leur ordre présenté dans le guide. Cet entretien était par ailleurs enregistré grâce à un magnétophone, enregistrement que nous avons négocié au préalable avec le participant car certains refusaient d'être enregistrés. Lorsque nous constatons quelques zones d'ombres ou alors des informations plus ou moins claires, nous nous servions par ailleurs des contacts enregistrés de chaque participant pour reprendre contact pour complément d'informations. Cela a été le cas des participants Zen et Abou que nous avons rencontrés quelques temps après pour compléter certaines informations. En vue d'obtenir d'amples informations, nous avons prévu quelques questions de relance (pouvez-vous expliciter ? vous voulez dire ? Que voulez-vous dire exactement par cela) favorisant leur verbalisation. Nous avons donné la possibilité au participant d'évoquer un autre point qu'il jugeait pertinent. Une fois que nous nous rendions compte que tous les thèmes ont été explorés, nous les remercions d'avoir participé à l'étude.

Les entretiens se sont déroulés au sein de la Polyclinique les Promoteurs de la Bonne Santé et plus précisément au service de cardiologie. Au cours des entretiens, nous avons débuté par des consignes qui selon Gighlione & Blanchet (1991), sont des actes directeurs qui initient le discours sur un thème donné. Par la suite, nous avons fait usage des relances telles que la

reformulation en vue de recentrer le discours des participants pour obtenir le maximum d'informations possibles sur les thèmes indiqués.

#### **4.9. Technique d'analyse : analyse de contenu**

Nous avons opté pour l'analyse de contenu. Ceci dans le souci d'analyser et d'interpréter les résultats avec objectivité. Considérant donc le caractère qualitatif de la technique utilisée (entretien semi-directif), l'analyse de contenu est un mode de traitement de l'information qui s'applique à toute forme de discours ; d'image et de communication. Elle vise une lecture seconde d'un message, pour substituer à l'interprétation intuitive ou instinctive une interprétation constructive (Bardin, 1989). L'opération tient à sélectionner, condenser, catégoriser, regrouper et organiser l'information. Cette technique est destinée à établir la signification et à permettre une compréhension éclairée des documents analysés. Cette méthode d'analyse vise la recherche du sens que les individus attribuent à leur vécu subjectif et ce, en lien avec une situation ou un fait bien précis. Il est donc question de « *donner une explication psychologique (un sens), significative et scientifique à chaque contenu des données recueillies par les entretiens* » (Baliaba, 2014). Selon Charaoui et Bénony (2003), cité par Nguimfact (2008), cette technique d'analyse de contenu est un procédé qui a pour but la mise en lumière de façon subjective, du sens implicite que regorge un texte, un discours, les résultats des tests psychologiques, le contenu des entretiens qui ont été transcrits et ce, grâce à une formulation ou à l'utilisation d'un métalangage et à un classement de tout ce qu'ils contiennent.

L'analyse de contenu est une technique d'étude détaillée des contenus de documents défini par Robert et Bouillaguet (1997) comme « *l'action d'inférer, d'accomplir une opération logique par laquelle on tire d'une ou plusieurs propositions (en l'occurrence les données établies au terme de l'application des grilles d'analyse) une ou plusieurs conséquences qui en résultent nécessairement* ». C'est en réalité une technique de traitement des données qui consiste à lire le corpus fragment par fragment pour en définir le contenu et le coder selon des catégories fixées à priori ou établies au cours de la lecture. Selon Giust Desprairies et Lévy, (2003, p.290), il s'agit d'une analyse qui porte sur « *les contenus, unités de signification supposées véhiculées par un contenant (le langage), traversant donc ou ignorant sa réalité matérielle* ». Ainsi, il s'agira concrètement de sélectionner, condenser, catégoriser, regrouper et organiser les informations.

Pour Bardin (1998 : 105) « *faire une analyse de contenu consiste à repérer les noyaux de sens qui compose la communication et dont la présence et la fréquence d'apparition pourront*

*signifier quelque chose pour l'objectif analytique choisi* ». Il consiste à sélectionner, condenser, catégoriser, regrouper et organiser l'information : c'est donc une mise en ordre systématique du contenu manifeste d'un discours pour ensuite en ressortir son contenu latent et justifier la validité de ce qu'on avance à propos de l'objet étudié en exposant les raisons de la preuve.

Elle a pour rôle de dégager les significations, associations, intentions etc. non directement perceptibles à la simple lecture des documents. C'est ainsi que tout chercheur en sciences sociales aura recours à un moment ou à un autre de son travail (Aktouf, 1988). Les données à traiter sont toujours presque des données verbales qu'on transforme en écrit. Selon Mucchielli (2006), l'analyse de contenu est un ensemble de méthodes diverses, objectives, méthodiques, quantitatives et exhaustives dont le but commun est de dégager, à partir de documents, un maximum d'informations concernant des personnes, des faits relatés, des sujets explorés, mais aussi et surtout de découvrir le sens de ces informations.

Selon Campenhoudt & Quivy (2011), l'analyse de contenu porte sur des messages aussi variés que des œuvres littéraires, des articles de journaux, des documents officiels, des programmes audiovisuels, des déclarations politiques, des rapports de réunion ou des comptes rendus d'entretiens semi-directifs. Dans l'analyse de contenu, le chercheur tente de construire une connaissance à partir du choix des termes utilisés par les participants, la fréquence et le mode d'agencement, la construction du discours et son développement.

L'analyse de contenu occupe une place importante dans la recherche en sciences sociales car elle offre la possibilité de traiter de manière méthodique des informations et des témoignages qui présentent un certain degré de profondeur et de complexité. Mieux que toute autre méthode de travail, l'analyse de contenu permet, lorsqu'elle porte sur un matériau riche et pénétrant, de satisfaire harmonieusement aux exigences et de la rigueur méthodologique et de la profondeur inventive qui ne sont pas toujours facilement conciliables.

D'après Campenhoudt & Quivy (2011), l'analyse de contenu présente les avantages suivants :

- Toutes les méthodes d'analyse de contenu conviennent à l'étude de l'implicite ;
- Elles obligent le chercheur à prendre beaucoup de recul à l'égard des interprétations spontanées et, en particulier, des siennes propres ;
- Portant sur une communication reproduite sur un support matériel, elles permettent un contrôle ultérieur du travail de recherche ;
- Plusieurs d'entre elles sont construites de manière très méthodique et systématique sans que cela ne nuise à la profondeur du travail et à la créativité du chercheur, bien au contraire.

Dans l'analyse de contenu, ce n'est ni la représentativité, ni la généralisation des données qui intéresse le chercheur, mais plutôt la singularité et la fertilité des données non numériques (Paillé, 1996). Cette préoccupation rencontre le postulat de l'analyse qualitative à l'effet que « *l'essence de la signification du phénomène étudié réside dans la nature, la spécificité même des contenus du matériel étudié plutôt que dans sa seule répartition quantitative* » (L'Écuyer, 1990, p.31). Ainsi, nous avons fait usage de l'analyse de contenu thématique pour analyser les données qui ont été recueillies.

#### **4.10 Analyse thématique**

Pour procéder à cette analyse, nous avons mis sur pied une grille d'analyse dans laquelle nous précisons les variables et leurs dimensions. Pour Pedinielli (1994), l'analyse thématique est avant tout descriptive et correspond à une complexification de la question simple, de quoi le sujet parle-t-il ? Elle procède par le découpage du discours et recensement des thèmes principaux qui peuvent faire l'objet d'analyse différente selon les questions et les objectifs de recherche. Elle permet à cet effet d'examiner la signification des mots et de reconstruire le sens de la phrase.

L'analyse thématique ou transversale découpe ce qui d'un entretien à un autre se réfère au même thème. Autrement dit, elle nous permet d'obtenir des indicateurs qui puissent résumer les multiples sens des messages dans un discours. Elle se veut objective et peut s'intéresser aussi bien au message produit qu'à ses conditions d'émission ou de réception. En effet, il s'agit de ce que les auteurs nomment souvent d'examen de type classificatoire. Des auteurs tels que Poirier, Clapier et Raybaut (1996), pensent que :

*Les grilles d'analyses sont élaborées en fonction de la visée théorique qui a déterminé les consignes de recueil des données. En effet, le canevas établi pour l'enquête nous fournit à priori les thèmes principaux d'une part et d'autre part, le travail d'inventaire nous donne des catégories à postériori. Le choix de ces catégories qui obéit à certaines règles techniques d'exclusion mutuelle, de pertinence, d'homogénéité et d'efficacité est le fait du chercheur (...). Il faut donc établir des catégories descriptives renvoyant à des variables du texte exclusif les unes des autres, qui découpent et organisent les discours.*

L'analyse thématique dans cette étude nous permet donc de mieux appréhender le sens culturel que la personne atteinte de pied diabétique se fait de sa situation.

Tableau 4 : grille d'analyse des entretiens

Concepts	Indicateurs (descripteurs)	Indices
Vécu de la maladie cardiaque	Les éprouvés depuis l'annonce de la maladie cardiaque	Honte, rejet, impuissance, peur,
	Les ressentis durant le traitement de la maladie cardiaque	Douleur, sentiment d'incorporation, altération de l'image de du corps, estime de soi ; angoisse de mort, culpabilité, sentiment d'impuissance
Signifiants culturels et travail de mise en sens de la maladie	Étayage culturel (rites, croyance culturelle de protection) de la maladie cardiaque	Pratique des rites : blindage, lavage, prise des écorces, prière, paroles bibliques
Enjeux des signifiants culturels dans le travail d'élaboration de la maladie	Représentation et mise en sens, interprétation persécutive	Maladie mystique, maladie dangereuse, malédiction, mauvais œil, pratique de sorcellerie

#### 4.11 Difficultés rencontrées

La présente étude a été ponctuée de plusieurs difficultés. Même si elles ne nous ont pas empêchés d'atteindre nos objectifs de recherche, elles méritent d'être précisées.

La première difficulté était celle relative à l'autorisation du responsable du service de cardiologie pour avoir accès aux patients. Obtenir n'a pas été aisée. Malgré notre attestation de recherche, nous avons été confrontés à une lenteur administrative et à beaucoup d'autres questionnements pour justifier notre recherche. Il a fallu plusieurs semaines avant d'avoir accès aux participants.

La difficulté d'accès aux participants a été notre deuxième difficulté. Ceux-ci sont difficiles à rencontrer compte tenu du fait que les maladies cardiovasculaires entraînent plus à la mort. Nombreux sont ces personnes qui ont survécu à la maladie cardiaque mais qui n'étaient plus

dans la ville, ce qui rendait l'entretien difficile et nous limitait la recherche. Nous avons dû user de beaucoup de patience à cette étape de collecte parce que cela nous coûtait non seulement en temps mais aussi en énergie et sur le plan financier. Mais face à cela, nous cherchions à nouveau des personnes résidents dans la ville pour poursuivre cette collecte.

Par ailleurs, nous avons rencontré la difficulté liée à l'accord des participants d'utiliser un outil d'enregistrement lors des entretiens. Nous avons fait face au refus d'enregistrement audio par certains participants. Nous avons voulu laisser tomber ces cas mais avec la rareté des patients, nous avons dû souffrir pour noter tout ce qu'ils disaient. Une autre difficulté était liée à l'entrée en contact avec les patients cardiaques pour l'entretien. Il faut relever qu'il n'existe pas de service de réadaptation cardiaque à proprement parler. Ce qui fait que les patients cardiaques que nous avons rencontrés participaient plus à une réadaptation ambulatoire et par conséquent, il fallait prendre rendez-vous avec ces derniers.

#### **4.12. Considérations éthiques**

Selon le Conseil national du développement des Sciences Humaines et Sociales (2001), les dangers qu'accourent une science sans conscience ont été dénoncés à l'aube même de la science moderne et le besoin d'une « éthique de recherche » n'a donc rien de radicalement nouveau. Selon le Comité Universitaire d'Éthique de la recherche (CUER) de l'Université de Montréal (2012), l'éthique de la recherche vise la protection des êtres humains qui prennent part à la recherche scientifique. « Elle est fondée sur le respect des personnes, le souci de leur bien-être et de la justice », précise Bowen (2012), président du CUER. En psychologie comme dans différentes autres disciplines scientifiques, la recherche porte sur des aspects de l'activité humaine. Elle doit être conduite dans le respect strict des droits de la personne quels qu'en soient les aspects étudiés. Les décisions conformes à l'éthique sont celles qui se fondent sur les principes du respect de la personne et de bienfaisance (Fortin, 2006).

Dans la présente étude, nous avons veillé au respect des principes éthiques de la recherche en respectant suffisamment les participants de l'étude. Ce respect s'est observé à plusieurs niveaux : c'est le cas avec la présentation du consentement éclairé qui donne le choix au participant de poursuivre ou non l'entretien. Le deuxième élément qui justifie ce respect des règles éthiques est l'entrée en jeu du guide d'entretien qui tenait compte de la dignité des participants et ne les mettait à aucun moment en danger. Nous avons aussi respecté la dignité des participants en respectant leur choix de ne point répondre à telle ou telle question. Il nous a été également important de garder l'anonymat par l'utilisation des noms d'emprunt et la confidentialité des données recueillies. Nous avons minimisé les risques associés à une détresse

que notre recherche pouvait engendrer. Dans un premier temps, nous nous sommes rassurés que les sujets qui participent à notre étude, sont bien informés de l'objet de notre étude et sont consentants. Par ailleurs, nous sommes préoccupés du bien-être des participants. En effet, nous leur avons accordé plus de temps d'écoute et d'empathie lorsqu'ils souhaitaient ou lorsque notre question rappelait des souvenirs douloureux. Nous nous sommes efforcés, malgré les choix qu'il faille faire dans le traitement des données, d'être aussi fidèles aux propos des participants.

## **CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS**

Dans cette section, nous allons faire la présentation et l'analyse des résultats que nous avons obtenus à l'aide des entretiens semi-directifs auprès de trois participants. L'analyse des résultats est faite suivant la technique d'analyse thématique, qui consiste à découper le discours et à recenser des thèmes principaux pouvant faire l'objet d'analyses différentes selon les questions et les objectifs de recherche. Dit autrement, il sera donc question dans ce chapitre de faire une brève présentation de chaque participant, puis de procéder à l'analyse thématique des entretiens.

### **5.1. Présentation des participants**

Comme nous l'avons mentionné plus haut, nous avons mené nos entretiens auprès de trois participants, notamment Azou, Zen et Kami.

#### **5.1.1. Azou**

Azou, âgé de 67 ans est un homme issu d'une fratrie de 4 enfants. D'origine Beti (Ewondo), dans la région du centre, il est d'obédience catholique et est titulaire d'une licence en psychologie de l'enfant. Azou est marié et père de 10 enfants dont quatre sont décédés.

Son enfance n'a pas été facile. Il l'a vécu avec beaucoup de difficultés. Le caractère instable de sa famille est tel, qu'il est appelé à vivre avec son oncle. Après l'obtention de son baccalauréat, il est admis au concours de l'Ecole Normale des Instituteurs de l'Enseignement Générale. Quelques années plus tard, il entre à l'Ecole Normale Supérieure de Yaoundé I. Il a donc exercé comme enseignant jusqu'à sa prise de retraite. Quelques temps après, sa santé a commencé à se détériorer, il avait de la peine à exercer ses fonctions et quelques tâches ménagères à cause de l'essoufflement. Après plusieurs examens, on lui a diagnostiqué une insuffisance cardiaque. A première abord, c'est sa retraite brusque (selon ses propos) qui engendré les problèmes cardiaques chez lui. Par la suite, il pense lui, que ce problème cardiaque (insuffisance cardiaque) proviendrait d'une manipulation mystique. Suite à l'annonce du diagnostic, il a commencé le traitement qui d'ailleurs incluait les activités de réadaptation cardiaque.

### **5.1.2. Zen**

Zen, 43 ans, d'ethnie paternelle Eton et maternelle Bassa est issue d'une famille monogamique dont les parents se sont séparés quelques temps avant le décès de son père. Deuxième d'une fratrie de neuf enfants, elle est d'obédience catholique. Elle a eu une enfance paisible avec un papa très compréhensible qui a donné la chance à ses enfants de faire de grandes écoles. Mère célibataire de deux enfants, la relation entre Zen et son père était très fusionnelle. Avocate de profession, elle commence à présenter après le décès de son père et un coup dure venant de son frère, des symptômes tels que les difficultés respiratoires, douleur au niveau de la poitrine et sensation vertigineuses. En 2019, les symptômes persistent et le mal être s'accroît au point où elle s'évanouit. C'est là qu'elle est emmenée à l'hôpital. Après plusieurs examens, elle est diagnostiquée d'une insuffisance cardiaque. Depuis ce diagnostic, elle suit son traitement à la Polyclinique les Promoteurs de la Bonne Santé en concomitance avec des prières et certaines pratiques traditionnelles.

### **5.1.3. Kami**

Kami est un homme âgé de 57 ans, d'ethnie bamiléké, dans la région de l'Ouest Cameroun. Il est troisième d'une fratrie de 8 enfants. Il est d'obédience catholique bien que traditionaliste. Il a eu une enfance pas très joyeuse parce que son papa l'a quitté très tôt. Mais pour le peu de temps qu'il a passé avec son père, il le qualifie de formidable. Il dit que son papa de son vivant le mettait à l'aise et il ne manquait de rien ; c'est d'ailleurs l'une des raisons pour lesquelles, il regrette énormément le départ de ce dernier. Quelques temps après le décès de sa mère, kami commence à présenter les symptômes d'ordre cardiaques, mais il ne les prend pas en considération parce qu'il prenait la situation à la légère. Il néglige les symptômes jusqu'à ce qu'ils se complexifient, le conduisant à l'évanouissement. A ce niveau, il est conduit à l'hôpital puis le diagnostic est posé qu'il souffre d'une cardiopathie. Depuis lors, il est soumis à un traitement médicamenteux combiné à un rite de blindage.

## **5.2. Analyse thématique des données de l'entretien**

Il s'agit pour nous ici de faire une analyse de contenus thématique des données que nous avons collectées auprès des participants sélectionnés. Le choix de cette analyse s'explique par le fait qu'elle nous permette non seulement de saisir le discours des participants dans leur globalité mais aussi d'obtenir les indicateurs qui résument plusieurs sens dans les contenus d'entretiens de ces derniers.

### 5.2.1. Représentations culturelles de la maladie

L'analyse du discours des participants montre que la maladie cardiaque représente un phénomène subjectif dont l'expérience varie d'un participant à un autre, en fonction des données de sa culture. Il en résulte que chacun en vient à percevoir, à définir et à comprendre cette maladie, au travers des éléments de sa culture, d'une façon qui lui est particulière.

Nous avons eu à relever du discours de nos participants, diverses croyances relatives aux maladies cardiovasculaires. En effet, les Participants Azou et kami ont une double perception de leur maladie. Ils la considèrent d'abord comme la maladie des blancs. Par la suite ils donnent une origine culturelle, c'est-à-dire qu'ils ne considèrent pas cette maladie comme étant une maladie uniquement naturelle mais, plutôt comme une maladie envoyée ou alors un mauvais œil. C'est ce qui ressort de leur propos lorsqu'Azou avoue :

*Avant que le médecin ne me dise que je suis atteint d'une insuffisance cardiaque je n'avais aucune idée de comment elle pouvait se manifester. Tu vois ma fille, ces maladies que vous appelez maladie du cœur là, ce n'est pas pour nous, ce sont les choses des blancs. Tu vois quel Camerounais entrain de considérer ce genre de maladie comme venant de chez nous. Nous connaissons ici que les maladies comme ça ce sont des maladies graves qui ne peuvent qu'atteindre les blancs parce qu'ils sont développés et s'il arrive même que certaines personnes soient touchées ici chez nous, elles ne vont pas croire que ce soit ça mais plutôt, pensez que cela vient de l'ennemi, des gens qui l'en veulent. Moi par exemple j'ai considéré ces maladies au départ de mon diagnostic comme une maladie qui pouvait passer comme toutes les autres maladies mais avec la prise de médicaments prescrits, mon état ne s'améliorait pas et c'est là que ma famille consulte un guérisseur puis on leur a dit là-bas que je me suis disputé avec mes oncles paternels à propos du terrain. Le terrain, lui il m'appartenait et mes oncles ont dit que c'est pour eux, moi j'ai dit non, jamais ! c'est pour moi. On leur a dit que c'est à partir de cet instant que les problèmes ont commencé, on a dit que c'est eux qui se sont concertés pour me lancer cette maladie.*

De même, Kami de son côté présente une conception similaire à celle d'Azou. Kami n'a pas une connaissance médicale sur sa maladie, mais plutôt assimile celle-ci à une sorte de jalousie de la part des gens de son village, un mauvais œil tout comme Azou l'a signalé dans

son discours... Il est au courant de cette situation après que son médecin traitant lui ait expliqué.

Il relate :

*Ma fille, moi je connais moi seulement les maladies simples dont tout le monde souffre comme le palu et autres. Il est bien vrai que j'étais tombé malade dans le passé mais je prenais tout le temps mes médicaments parce que le médecin m'avait fait comprendre qu'il ne faut pas négliger les traitements de peur que cela n'occasionne autre chose dans l'organisme. Avant que le docteur ne m'apprenne réellement ce que c'est, j'entendais parfois les gens parler de maladies cardiaques en faisant référence à l'AVC, mais vraiment je ne connaissais pas de quoi il s'agissait dans les détails surtout que je n'avais jamais vu quelqu'un qui en était atteint. C'est quand moi-même je chute et on me conduit à l'hôpital et on me pose le diagnostic de cette maladie (cardiopathie) que je comprends mieux de quoi il s'agissait. Mais je n'en reviens pas parce que nous connaissons comment les choses fonctionnent chez nous ici, la jalousie et l'envie sont pleines dans les cœurs des gens et dès qu'on voit que tu veux devenir quelqu'un dans la vie on te balance ce genre de maladie. J'ai eu à rêver une fois puis j'ai vu mon père décédé qui m'avertissait toujours des gens de mon village c'est-à-dire la grande famille. Tu sais quand une pareille maladie arrive on a souvent espoir qu'elle va passer. Mais au fil du temps on constate que rien ne marche. Cela a été mon cas ma fille et c'est en ce moment que j'ai senti que mon entrée à l'ENSET a entraîné la jalousie et c'est alors que ces mauvaises personnes, pleines de méchanceté m'ont jeté ce sort.*

Nous comprenons alors du discours de nos deux participant que la maladie ne relève pas que du naturelle, c'est une maladie mystique, surnaturelle qui est le fruit combiné de la méchanceté des hommes, de la jalousie, de leur incapacité. En fait il s'agit là d'un mauvais œil bref, ce sont des maladies envoyées par l'ennemie

La deuxième croyance autour de la maladie est celle des pratiques de sorcellerie. Les pratiques de sorcelleries désignent généralement des pratiques d'une certaine forme de magie, dans laquelle le sorcier travaille avec les forces surnaturelles, des entités maléfiques ou non, et parfois aussi des plantes, des ondes, des suggestions. En outre, la sorcellerie peut être assimilée à une forme de culte du diable. Zen, en dehors de ces connaissances à propos de la médecine conventionnelle détient une part importante aussi dans la conception culturelle. Elle a une

connaissance un peu plus développée qu'Azou et Kami. Ceci est visible dans son discours lorsqu'elle précise :

*Avant que le médecin ne pose le diagnostic d'insuffisance cardiaque, je connaissais que les maladies cardiaques existaient bien que la plus connue soit l'AVC. Je connaissais que lorsqu'on parle de maladie cardiaque, il s'agit des maladies graves et dangereuse. C'est d'ailleurs leur caractère grave et dangereux que beaucoup craignent surtout que cet AVC paralyse la plupart de temps. Je connaissais l'insuffisance cardiaque aussi. Mais c'est le médecin qui m'a plus expliqué à quoi cela renvoyait. Ma maladie débute à partir d'un rêve que j'ai eu à faire. Je dormais tranquillement dans mon lit jusqu'à ce que je ressente une douleur intense au niveau de ma poitrine, comme si quelqu'un m'avait frappé. Quand je me lève au petit matin, je constate effectivement que quelque chose s'est passée, puis je décide d'en parler avec une amie. Quand je l'ai fait, elle m'a fait comprendre que ce que j'ai ressenti n'est pas normal, que je dois faire attention. Quelques jours passent, je commence vraiment à ressentir la douleur au niveau du cœur. Je consulte et le résultat sort que j'ai les problèmes au niveau du cœur. Je rentre voir mon ami puis elle m'amène chez une femme voyante. C'est chez elle que j'apprends que le coup que j'ai reçu dans mon sommeil était une pratique de sorcellerie de la part de ma propre famille (mère et frère) pour me tuer mais que cela n'a pas marché c'est la raison pour laquelle le résultat a été cet IC qu'on a diagnostiqué.*

Azou de son côté considère cette maladie comme le produit des pratiques de sorcellerie. Pour lui, il y a beaucoup de pratiques de sorcellerie et des choses mystiques dans sa famille. Il relate :

*Je suis malade comme ça, mais seul ma famille proche en est informée. Je parle de ma femme et de mes enfants. Quand j'ai eu ce problème, je n'ai pas voulu informer la famille parce que dans ma famille, il y a beaucoup de pratiques de sorcellerie et des choses mystiques. Tu vois mon enfant...silence... j'ai eu dix enfants avec mon épouse et quatre sont décédés. Toutes ces morts ont été de façon mystérieuse. Chaque fois que je partais au village avec mes enfants je ne rentrais jamais avec eux tous parce j'enterrais une personne avant mon retour. C'est ainsi que j'ai fait quatre vacances au village et j'ai enterré quatre de mes enfants. C'est là que j'ai su que ces gens étaient des sorciers, j'ai compris pourquoi ils m'ont toujours envié. Bien que ma retraite brusque m'a fait stressé,*

*j'ai su que cette maladie venait de leurs pratiques de sorcellerie parce qu'on s'était discuté à la réunion et tous étaient contre moi. Il conclut en disant que j'allais voir ce qui va se passer. C'est comme ça qu'après un bout de temps, le mal et la souffrance ont commencé... Cette famille est mauvaise...*

Les pratiques de sorcellerie ressortent également dans le discours de Kami lorsqu'il dit :

*Au début je ressentais un essoufflement, j'avais les difficultés à respirer qui ont persisté d'ailleurs. J'avais des difficultés à me déplacer surtout lorsqu'il s'agit de monter une colline. Chaque fois que je me couchais, je suffoquais ... quand les symptômes persistent je sens que ces gens ont encore fait de la magie noire qui est une sorte de pratique de sorcellerie, c'est alors que j'ai compris pourquoi mon père nous disait toujours de se protéger contre l'ennemi parce qu'il est violent et toujours prêt à agir. C'est lorsque ces symptômes persistent que je me rends à l'hôpital et on m'apprend qu'il s'agit d'une insuffisance cardiaque.*

Nous retenons des propos de nos trois participants que la maladie qui engendre la souffrance chez eux est une conséquence des pratiques de sorcellerie venant respectivement de la famille (Zen ; mère et frère) à travers le coup reçu dans son rêve, des oncles paternels (Azou), à travers une dispute et avec les gens du village (Kami), à travers la magie noire.

Quelle qu'en soit l'origine de la maladie, on remarque que les liens avec le passé sont très importants pour certains patients. Ils cherchent à relier leur maladie à une expérience, un évènement ou à un ancêtre. Ceci s'observe dans le cas de Zen qui face à sa maladie, essaye de faire le lien avec le passé familial. En faisant ce lien elle finit par voir sa maladie comme une punition voire une malédiction venant de son père car, elle se dit que son feu père est fâché à cause de du non accomplissement de son vœu. Elle explique à ce sujet :

*Je crois que ce que je vis maintenant, c'est une punition de mon père. Je sais qu'il a mal où il est parce que je n'ai pas fait sa volonté. Mon père avant de mourir m'a confié sa famille. Il m'a demandé de me mettre à genoux pour qu'il puisse me bénir. Après la bénédiction, il m'a imposé à nouveau les mains en disant qu'il me confie*

*sa famille et que je prenne bien soin d'elle pour qu'il n'y ait jamais de désordres. Là je vois que j'ai échoué sur ce point, d'où sa colère qui vient se manifester ainsi.*

Kami lui aussi, pense que sa maladie est due à la malédiction parce que sa maman avant de mourir n'était pas contente, elle était extrêmement en colère. Couchée sur son lit d'hôpital Kami n'était jamais passée. Elle a prononcé des paroles négatives sur lui en disant qu'il ne connaîtra pas la valeur de la santé. Il explique :

*J'ai été surpris par cette maladie parce que je me portais bien. Je me portais bien comme ça pourtant je n'avais pas la paix au fond de moi. Avant que ma mère ne parte, je n'étais pas en bons termes avec elle et pourtant elle a toujours été avec nous. Mais lorsqu'elle est tombée malade, je ne sais pas ce qui m'a pris, mais je l'ai abandonné. Sous la colère ma mère a dit à ceux qui étaient autour de me dire que je ne connaîtrai pas la valeur de la santé. C'est comme ça que toute ma vie, je demande à Dieu de me pardonner pour ma mauvaise attitude d'autrefois.*

De ces propos, nous comprenons que la maladie chez ces deux patients est vécue également comme une malédiction de la part des parents. Alors tout a un sens pour le patient, toutes ces représentations chez nos patients sont importantes pour comprendre leur attitude face à la maladie.

En dehors des croyances d'ordre mystique, nous avons constaté que nos participants considèrent leur maladie comme étant un moyen utilisé par Dieu pour manifester sa gloire, d'où les considérations religieuses. C'est ce qui ressort dans le discours de Zen lorsqu'elle relate :

*J'ai compris beaucoup de chose à travers cette maladie. J'ai compris que Dieu voulait me rapprocher davantage de lui. Avant je priais mais pas beaucoup mais avec cette maladie, j'ai appris à prier constamment sans problème. La maladie a ramifié ma foi, tellement j'étais traumatisé par elle et tout ce que je traversais en ce moment. Je crois qu'après tout reste Dieu reste et demeure Dieu parce qu'il transforme toute situation en ma faveur et ne permet pas qu'on demeure dans les inquiétudes.*

Nous observons la même considération chez Kami :

*J'étais vraiment troublé par ce que j'avais fait dans le passé. Quand la maladie est arrivée, j'ai pensé que c'était le lieu de vraiment demander pardon à Dieu. Le prêtre m'a dit*

*que les situations comme ça, Dieu les utilise pour rapprocher ses brebis vers lui. Il a dit que ça pouvait être un moyen pour Dieu de me montrer son amour.*

En résumé, nous pouvons dire que les patients, face à leur maladie, ont des représentations différentes. La maladie ne s'expliquant pas de la même façon chez tout le monde, alors chacun construit une représentation qui lui est personnelle. En d'autres termes, le patient se représente la maladie en fonction de ce qui fait écho de l'intérieur. Ainsi les différentes représentations qu'ont nos participants sont caractérisées comme, le mauvais œil, les pratiques de sorcellerie, la malédiction, et les considérations religieuses. Alors, nous avons cherché à comprendre les enjeux de ces représentations dans le travail de mise en sens de la maladie chez nos patients.

### **5.2.2. Signifiants culturels et travail de mise en sens de la maladie**

L'étiologie culturelle de la maladie auquel les patients adhèrent dès l'annonce, s'accompagne d'un type particulier de comportement. Ceci dit, la représentation ou la perception que le patient a de sa maladie oriente son choix de traitement. Quand nous prenons le cas d'Azou, nous voyons que le fait qu'il ait perçu sa maladie comme la résultante d'un mauvais œil, l'a conduit à poursuivre son traitement dans ce sens. Pour lui, le guérisseur lui a proposé une thérapie traditionnelle basée sur le rite. Ce rite était basé premièrement sur la prises des écorces préparées par le guérisseur et par la suite un lavage a été fait. A cet effet, Zen nous fait comprendre que cette thérapie lui a permis de sortir de la maladie. Il relate :

*Etant donné que je savais déjà que cette maladie n'est pas naturelle, je pouvais qu'opter pour un traitement traditionnel. Au début même j'ai pensé que c'était une maladie qui allait passer comme les autres maladies. Mais la durée et la douleur que je ressentais m'ont fait croire vraiment que l'affaire ci n'est pas naturelle. Après donc ma consultation chez le guérisseur, il m'a proposé de boire une boisson chaude à base des écorces pendant deux semaines et après quoi il me fera le bain. J'ai bu ce qu'il m'a demandé de boire pendant les deux semaines là puis je suis rentré le voir pour le bain. Mais avant d'y retourner, je sentais un léger soulagement et c'est comme ça qu'après son bain la douleur est complètement partie puis je me sentais mieux. Je pouvais à présent continuer à aider mon épouse à fendre du bois comme j'aimais le faire. En plus, j'ai commencé à ne plus dramatiser ma maladie.*

De son côté, Kami tout comme Azou a donné une origine mystique de sa maladie et pour ce faire, il a procédé par un rite de blindage pour se sentir mieux. Il relate :

*Bien que mon état soit avancé, il m'a fait comprendre que si je respecte à la lettre la prise de mes médicaments, mon état s'améliorera progressivement. Mais je sais que ce sont les gens de mon village qui m'ont attaqué comme ça (...) même en prenant mes médicaments je me suis rappelé du vieux temps où papa nous amenait voir une femme voyante qui nous blindait en guise de protection. J'ai pris le risque d'aller au village un jour pour rencontrer cette femme. Arrivé chez elle, elle me fait comprendre que les gens qui ont mangé mon père veulent également que je le rejoigne. Elle a ajouté en disant qu'ils m'ont lancé cette maladie parce qu'ils savent que le cœur est le noyau de ton corps, s'ils parviennent à le toucher je mourrai silencieusement. Et c'est là que je lui confirme que j'avais pensé exactement comme elle. Elle a à cet effet programmé la séance de blindage dans deux semaines après m'avoir donné quelques médications. Après deux semaines, je m'y suis rendu à nouveaux pour la séance de blindage. Ce sont des choses qu'on n'explique pas au gens comme ça mais je ne sais pas pourquoi tu es chanceuse pour que je te raconte tout ceci et en plus dans les détails qu'il ne faut même pas. Mais bon allons-y...Il y avait unealebasse Blanche et unealebasse noire. Un mélange de je ne sais quoi était sous une feuille de macabo et autre truc que moi-même je ne maîtrise pas bien. Il m'a demandé de retirer ma chemise et de m'allonger. Après avoir fait cela, il a pris une huile de couleur noire et a oint toute ma poitrine tout en insistant sur le côté gauche. Ensuite il a pris un demi-métal pointu et limé pour me déchirer avec. Quand je parle de déchirer il ne s'agit pas d'une grosse blessure mais juste trois longs traits du côté droit et six longs traits du côté gauche. Après avoir dessiné ces traits-là, il a pris le mélange noir qui se trouvait dans la feuille pour mettre sur la blessure des traits en disant que la maladie libère mon corps. Je t'assure que lorsque je suis sorti de là je me sentais parfaitement bien et depuis ce temps jusqu'à présent où je te parle je n'ai plus jamais eu de crise. Ma fille, après ça, j'ai dit, cette maladie va s'en aller, elle n'a pas le droit de rester sur moi.*

En résumé, la mise en sens de la maladie chez nos participants Azou et Kami, s'est effectuée à la suite des rites de lavage et de blindage. Alors l'interprétation de la maladie et son traitement sont en lien avec la culture et par là, nous concluons que la culture permet à l'individu de donner sens à sa maladie et afin de mieux l'interpréter, ce qui favorise une bonne élaboration psychique.

Chez Kami, son rêve l'a également aidé dans ce processus d'élaboration de sa maladie. Il nous a fait comprendre qu'il voyait son père le protéger dans ses rêves. Il raconte avoir été protégé plusieurs fois par Dieu et ses ancêtres dans ses rêves et cela l'a amené à ne plus se sentir menacé. On constate que bien avant l'annonce de la maladie il faisait des rêves où les gens

voulaient le tuer mais chaque fois qu'ils le combattaient, il voyait son père, ses ancêtres et une lumière venir le secourir des mains de ces mauvaises personnes. Il relate :

*Ma vie n'est pas facile. J'ai été tout le temps combattu par des gens que je ne connais même pas. Chaque fois je rêvais et je voyais les gens venir me combattre avec des lances. Mais je remercie dieu parce malgré tous leurs efforts j'étais protégé. Chaque fois qu'ils venaient, ils essayaient d'enfoncer la lance sur moi mais par la grâce de Dieu ils ne réussissaient pas parce que Dieu et mes ancêtres ne leur permettaient pas (...) la nuit après que j'ai fait le blindage, j'ai fait un autre rêve où papa est venu me toucher au niveau de la poitrine du côté du cœur puis m'a dit, vas sur la tombe de ta mère lui demander pardon. Quand je me suis réveillé alors, c'était comme si je n'étais jamais tombée malade. Je suis allé sur la tombe de mère et je lui ai demandé les excuses. Depuis ce jour, je me porte bien, j'ai l'impression que la maladie m'a quitté et que je parviens la dominer.*

Zen à son tour raconte une histoire de rêve où elle a senti une douleur comme si elle provenait d'une personne. Elle a reçu ce coup de sa famille (frère, mère) parce qu'ils estiment que le papa l'aimait beaucoup. Sa famille a essayé de l'atteindre physiquement sans succès, et c'est alors qu'elle poursuivra l'attaque mystiquement. Elle relate :

*Je dormais tranquillement dans mon lit jusqu'à ce que je ressentie une douleur intense au niveau de ma poitrine, comme si quelqu'un m'avait frappé. Quand j'ai appris que c'est ma famille qui me veut du mal, j'ai eu mal mais je ne pouvais rien faire. J'ai continué à prendre mes médicaments tout en remettant mon sort entre les mains de Dieu. Je sais que Dieu ne dort pas. Quand je pense à lui par rapport à ma maladie, je deviens de plus en plus confiante et rassurée.*

Zen contrairement aux autres s'est appuyée sur la prière, la lecture de la parole de Dieu et ses programmes de jeûne. Elle nous dit qu'elle a opté pour la prière parce que les guérisseurs sont pour la plupart des menteurs et pourtant le Dieu créateur sait tout et voit tout. Elle explique :

*Tu ne sais pas ce que ça fait d'être trahit par les siens. Je pouvais tout imaginer sauf ça. J'ai eu mal au plus profond de mon âme mais J'ai dû faire avec. Je prenais mes médicaments tels que le médecin les avait prescrits mais il n'y avait pas d'évolution. J'avais même décidé d'appeler le médecin pour lui dire que je suis fatiguée de prendre ces médicaments qui ne changent rien sur mon état. Net au moment où je me disais cela,*

*il y a une parole de connaissance qui passait à la radio. Cette parole de connaissance disait « l'Éternel dans son amour et sa tendresse visite une personne qui est gravement malade et qui est découragé. Elle est découragée parce qu'elle prend les médicaments et elle ne voit pas l'effet de ces médicaments, alors le seigneur lui demande de continuer à prendre son traitement et de continuer à être fidèle à lui, à sa parole et elle guérira ». Quand j'ai entendu cette parole, je l'ai saisie et j'ai dit Dieu, il s'agit de moi, qu'il me guérit de cette maladie. A partir de ce jour j'ai véritablement accepté ma maladie et c'est comme ça que je me suis senti mieux. Cette maladie a été en quelque sorte un moyen pour Dieu de me rapprocher de lui parce que même quand je rêve et que je sens le danger, je crie « Jésus » et je me sens mieux. Même quand les idées de mort me venaient à l'esprit je me souvenais de la parole de connaissance qui dit « quand je suis faible, c'est alors que je suis fort ». C'est-à-dire que tout ce que je faisais maintenant je pensais à Dieu devant. C'est comme ça que j'ai prié et jeuné jusqu'à ce que je me sente soulagée aujourd'hui, la maladie ne m'occupe plus l'esprit. Maintenant, je continue de prendre mes médicaments sans crainte parce que je sais que Dieu veille sur moi.*

Au sorti du discours, nous voyons que le recours à la prière et aux paroles bibliques a participé à son bien-être. Avec ses programmes de jeune, elle est parvenue à banaliser cette maladie puis affronter la vie.

Au terme de cette analyse, il ressort que bien qu'étant exposé à une même situation (MCV), l'explication que les participants donnent à celle-ci est fonction de ce à quoi ils ont été exposés depuis leur naissance. C'est alors que Azou considère sa maladie comme étant une maladie mystique envoyé par ses oncles paternels qui portant de mauvais regard sur lui à cause de son terrain, ont décidé de pratiquer de la sorcellerie pour le tuer comme ils avaient tué ses quatre enfants. A travers son rite de lavage il s'est senti bien et a oublié le poids de sa maladie.

En ce qui concerne zen, elle soupçonne au départ une origine organique, mais après son rêve où elle a reçu un coup au niveau de la poitrine, elle a conclu après avoir rendu visite à une voyante qu'il s'agissait d'une pratique de sorcellerie parce que sa mère aimait beaucoup rendre visite aux marabouts. Elle fait recours à Dieu à travers les paroles bibliques, la prière et les jeunes et aux traitements médicamenteux, ce qui lui permet de rester confiante et rassurée

Enfin en ce qui concerne Kami, sa maladie a également une origine mystique et c'est après avoir fait son rite de blindage qu'il s'est senti bien et soulagé, car jusque-là son corps ne répondait pas aux médicaments. Ainsi nous retenons de nos trois participants que la maladie est un phénomène mystique, extérieure au sujet. En effet ils donnent tous une interprétation persécutive à leur situation de malade. S'ils sont malades c'est à cause du mauvais œil, des pratiques de sorcelleries, des personnes méchantes et malveillantes et parfois des malédictions. Aussi, pour maîtriser leur maladie et la dépasser, ils ont fait recours à des pratiques de rituels, aux prières etc.

Toutefois, nous n'avons pas seulement noté les éléments de la culture comme participant au travail d'élaboration de la maladie chez les patients souffrant de MCV, mais avons relevé quelques mécanismes ou processus psychiques qui y jouaient un rôle important. Avant la présentation de ces mécanismes, nous nous sommes d'abord attelés à montrer comment l'annonce du diagnostic a été vécue par nos participants.

### **5.3. Le diagnostic de la maladie et son retentissement**

La maladie, vécue par le patient comme un véritable choc entraîne des émotions désagréables et dont la soudaineté induit une « cassure » selon les mots de Lehman (2014). La maladie cardiaque donne l'impression au sujet de perdre les fonctions contenantes et protectrice des repères existant jusqu'à lors. Vécu comme une expérience nouvelle entraînant des modifications profondes lorsqu'elle atteint le corps, la maladie met le sujet face à sa propre mort, ce qui le contraint à vivre une vie limitée, d'où l'angoisse de mort car « l'expérience de la maladie est l'expérience de la proximité de la mort ». C'est ce que nous relevons dans le discours de nos participants. Pour Azou, la maladie est vécue comme un choc car il affirme :

*Quand on m'a annoncé qu'il s'agissait d'une maladie cardiaque, j'étais un peu préparé mais, cela a créé quand même un choc (...) mais je me demande si elle est irréversible ou si maintenant je dois vivre avec. C'est un peu ça que je crains parce que j'aimerais me faire soigner et redevenir comme avant parce que si je dois la trainer jusqu'à la fin de mes jours, ça me désaxerait.*

La situation est semblable chez Zen qui a également vécu l'annonce de la maladie comme étant un choc. Elle déclare à ce sujet :

*L'annonce de cette maladie m'a assommé (silence), j'ai été choquée d'apprendre que je souffre de cette maladie parce que je me disais que je suis une très grande sportive et par*

*conséquent une pareille maladie ne devrait pas m'atteindre. Malgré les signes annonciateurs, je ne pouvais pas imaginer que ce soit cette maladie parce que je n'ai jamais blagué avec mon sport.*

La maladie suscite un malaise, parfois ce malaise semble sans rapport, disproportionné par rapport à la réalité des lésions somatiques. Cette atteinte somatique éveille de l'angoisse et réveille des angoisses archaïques réactivant des vécus persécutoires d'intrusion, de morcellement et de perte de contrôle. Dans les cas de nos participants, on observe que l'annonce de la maladie vécue comme un choc a été suivie de l'angoisse de mort. Nous observons ceci dans les propos d'Azou lorsqu'il dit :

*Quand je me couchais, je suffoquais tout le temps, ce qui fait que j'essayais de garder la position assise car avec la position assise, la respiration redevient normale. Je passais beaucoup de temps à visionner dans la chambre parce que j'avais peur de me coucher et suffoquer. Je n'arrivais plus à bien dormir parce je me disais que si je me couche, je peux ne plus me réveiller. C'était alors ce sentiment qui m'habitait tous les jours. C'est pareil pour zen qui face à l'annonce du diagnostic, s'est sentie proche de la mort. Elle déclare :*

*J'avais peur de tout en ce moment. Je ne pouvais même plus conduire ma propre voiture parce que j'avais peur de m'étouffer où il n'y a personne. Comme je m'évanouissais beaucoup, j'avais peur de tomber un jour comme ça et de ne plus me relever. Je me voyais déjà morte jusqu'à je disais à mon fils aîné de prendre soin de son petit frère et c'est alors qu'il me disait « maman prends courage parce que rien ne t'arrivera, tu es une femme forte, aie la foi maman et tu iras mieux »*

Kami de son côté, présente une situation similaire à celle des deux autres. Il affirme à ce sujet : *Je ne comprenais plus ce par quoi je passais. La peur était énorme, je voyais ma vie défiler devant-moi. J'avais peur de partir et laisser mes enfants si tôt comme mon père l'avait fait. Chaque fois que je m'étouffais je voyais la mort devant moi, je pleurais comme un enfant parce que je me demandais qui allait prendre soin des miens après mon départ.*

La maladie cardiaque et son traitement regroupent un certain nombre d'effractions corporelles qui attaquent l'image du corps de la personne qui en est atteinte. Depuis l'annonce du diagnostic, on note chez nos participants un sentiment d'impuissance, de l'angoisse de mort, de la peur. A ces éprouvés s'ajoutent les difficultés relatives au traitement.

## 5.4. Contraintes liées à la maladie cardiovasculaire et son traitement

Au fur et à mesure que les jours passaient, nos participants ont affirmé avoir rencontré certaines difficultés, notamment celles liées aux contraintes de la maladie.

### - Le poids socio-économique

Qu'il y ait une source de revenu stable ou non, les facteurs socio-économiques causent d'énormes problèmes aux patients. C'est le cas avec les participants Azou et Kami qui expriment de grandes souffrances en ce qui concerne le coût élevé des médicaments et des examens. Le caractère systématique et rigoureux de la prise en charge de la maladie cardiaque (rendez-vous toutes les semaines, les médicaments à prendre ainsi que les examens de contrôle tous les mois sont extrêmement coûteux) vient affaiblir tout élan de bonne volonté à suivre comme l'exige le médecin. À ce sujet Azou affirme :

*Moi je suis déjà en retraite et je n'ai plus assez de moyens pour faire des choses coûteuses comme ça. Je ne travaille plus ma fille, cela ne dépend pas de moi. Avec le maigre salaire qu'on nous donne après avoir pris la retraite, nous rencontrons vraiment beaucoup de difficultés. Tu imagines comment c'est pénible pour celui qui ne travaille pas et qui n'a recourt à aucun soutien venant de la part de ses proches ou famille. C'est d'ailleurs cette absence de soutien qui précipite la mort des uns et des autres.*

Ce poids économique s'observe également dans le discours de kami lorsqu'il dit :

*Hmmm la prise en charge a été bien faite, je l'ai beaucoup apprécié sauf que les médicaments du cœur sont très coûteux. Tu vois je prends un seul médicament à 32000f juste pour deux à trois semaine puis-je dois me rendre encore à l'hôpital.*

### ➤ Contraintes liées à l'alimentation

L'atteinte d'une maladie cardiaque exige chez le sujet une alimentation saine et à la limite contraignante. La prise en charge cardiaque recommande une nouvelle organisation chez les participants en termes de régime alimentaire. Ceci dans le but de réduire une éventuelle récurrence. L'alimentation faisant partie des plaisirs immédiats (Lefebvre, 2005) nos participants ont été contraints de ne plus consommer du sel, de l'alcool puis de moins pratiquer le sport. C'est ce que Azou affirme en ces termes :

*Après le diagnostic, le médecin m'a interdit le sel, de prendre de l'alcool et de pratiquer du sport. Il ne sait même pas ce qu'il vient de me faire. Certes, je ne consomme pas beaucoup d'alcool parce que d'ailleurs je sais que sa consommation en grande quantité nuit à la santé. Mais alors...En tout cas, qui suis-je pour aller contre la volonté du médecin ? S'il m'a interdit ces choses c'est sûrement parce qu'il veut mon bien*

En ce qui concerne Zen, elle dit :

*Me refuser du sel a été une grave erreur de sa part. En fait je n'en revenais même pas. Je n'arrivais pas à croire que c'est moi qui vais faire ce qu'il dit là. C'est comme ça qu'au début du traitement, j'ai continué à consommer du sel jusqu'à ce que le médecin constate et me réprimande mais je lui ai dit que je ne peux pas manger sans sel. Puis il m'a dit bon vas-y...si tu veux guérir cesse de consommer le sel mais si tu veux continuer dans la maladie, alors vas-y, la balle est dans ton camp. Tu vois même le sport que j'aime tant, il me l'a interdit, mais l'autre là, je n'ai pas hésité de respecter à la lettre parce que dès que je me suis entêtée une fois mon cœur a failli tomber dans mon ventre (elle sourit).*

#### **- Contraintes liées aux activités professionnelles**

Sur le plan professionnel, la maladie ralentie et affaiblie l'individu. Les patients ont des difficultés à mener ou à continuer à mener leurs activités avec la même ardeur. Certains ont dû abandonner leur activité professionnelle à cause de leur incapacité à se déplacer sans toutefois s'étouffer. C'est le cas de Zen, qui a cessé complètement d'aller au travail parce qu'elle ne pouvait plus monter les escaliers. Nous observons ceci lorsqu'elle affirme :

*J'avais tellement peur de me déplacer, parce que je me disais que je pouvais tomber en route. J'ai dû arrêter le travail parce que les escaliers que je grimpais accéléraient mon battement de cœur et puis je me fatiguais et s'en suivait les vertiges qui me faisaient penser à la mort (silence). On note également chez Zen un sentiment d'impuissance lorsqu'elle dit ceci :*

*Chaque fois que je regardais mes enfants, surtout l'ainé, j'avais mal (silence marquant une sorte de tristesse). C'est-à-dire que je ne pouvais pas cesser de pleurer et me sentir comme une charge pour lui. C'est lui qui prenait plus soin de moi... Weeeer mon fils là a souffert sur moi parce que j'étais devenue comme un bébé à ce moment-là. J'avais vraiment de la peine pour lui mais bon ça va déjà (avec un petit sourire).*

Azou de son côté bien qu'ayant pris sa retraite, est habité d'un sentiment d'impuissance malgré le fait que son épouse soit toujours à ses côtés pour le soutenir sur tous les plans. L'homme plein de force qui était là à aider sa femme d'une manière ou d'une autre se retrouve incapable de le faire. C'est alors qu'il affirme :

*Avant que je ne tombe malade, j'étais un homme fort e très actif. Je n'aimais pas rester sans rien faire. En fait j'aimais bien assister ma femme à faire certains petits travaux comme fendre du bois et... j'aimais bien lui donner un coup de main mais depuis l'arrivée de la maladie je me sens moins fort et lorsque je soulève la hache pour frapper sur le bois ça me donne l'impression que le cœur tombera dans le ventre et ce sera la fin de mon histoire...*

En dehors des éléments culturels qui interviennent pour permettre au sujet de mieux mentaliser la souffrance induite par la maladie, nous retenons ici que nos participants, face à la maladie, font aussi recours à des mécanismes de défenses ou stratégies adaptatives qui leur permettent de mieux élaborer.

## 5.5. Processus / Mécanismes psychiques en jeux dans le vécu de la maladie

L'identification des processus en jeux dans le travail de la maladie s'inscrit pleinement dans l'étude des déterminants de la résilience, définie comme processus adaptative, issu de l'interaction des ressources de l'individu avec son environnement.

Face à la maladie qui fait souvent effraction, l'individu malade adopte habituellement des stratégies adaptatives lui servant d'historiser sa maladie et aussi de mieux la maîtriser afin de vivre avec cette dernière.

### - Le déni

La négation de la réalité devient souvent un moyen de protection. Il est fréquent que les sujets malades et surtout dans le cadre des maladies chroniques (les MCV) nient la problématique. Notre participant Zen laisse entrevoir dans son récit, le déni d'être atteinte d'une maladie cardiaque. Elle explique :

*Le comble chez moi est que je n'arrive pas à croire que ce soit moi que cette maladie ait choisi d'atteindre. Même avec tous les examens et tests que ces gens (médecins)là m'ont fait je ne suis pas convaincu, je refuse parce que j'ai toujours été une très grande sportive, d'où vient-il que ce genre de maladie atteigne ma personne ? après tout le docteur lui seul connaît la réalité.*

Le déni est souvent présent pour camoufler la peur, l'isolement voire même la honte. Il permet également de cacher la réalité : *je ne peux pas accepter cette mauvaise maladie, parce que si je le fais, c'est là qu'elle finira avec ma personne, et les pensées bizarres que certaines personnes avaient à mon égard seront justifiées... Non, je refuse de l'admettre.* Toutefois, ce refus d'admettre la réalité ne fonctionne que pour un laps de temps, car plus l'on s'entête, plus les répercussions deviennent visibles et pourraient occasionner d'autres complications qui dans certains cas relèvent du somatique. C'est le cas par exemple chez Kami qui affirme :

*J'ai eu à remarquer que mon corps se détériorait. J'étais devenue moche, tellement je maigrissais que je n'arrivais pas à comprendre ce qui n'allait pas et c'est comme ça que j'avais aussi noircit, même m'alimenter je le faisais à peine, tout était sombre. Quand je retourne alors à l'hôpital, on m'examine à nouveau et on m'explique qu'effectivement, c'est cette maladie qui crée toutes ces complications et qu'il serait important pour moi de prendre soins de moi... (il*

*secoue la tête) j'ai fini par accepter parce que je voyais moi-même ce à quoi ce refus pouvait me conduire, c'est ma vie.*

#### **- L'isolement**

Le facteur « isolement », caractérisé par le retrait social, est principalement dû aux différentes connotations et croyances relatives à la maladie cardiaque. Nos participants présentent un repli sur soi et évitent de rencontrer des amis, des membres de la famille qu'ils taxent de méchants et diaboliques. Ils évitent également d'entrer en contact avec des personnes de leur entourage, de peur d'être jugés. Zen dans son propos explique :

*Depuis le diagnostic de cette maladie, j'évite de rencontrer ces soient disant amis parce que à vrai dire je n'ai véritablement pas d'amis à proprement parler. Je reste chez moi, même au travail je ne pars plus pour éviter des consolations et conseils pleins d'hypocrisie. Même ma grande famille n'est pas au courant de ma maladie. Si ces gens méchants et diaboliques sont au courant de moi, ils profiteront pour mettre un terme à ma vie. Je vis ma vie cachée maintenant pour éviter de m'attirer plus d'ennuis.*

La situation semble pareil chez Azou lorsqu'il dit :

*Lorsque ma femme et moi nous nous rendus au village pour le mariage d'une de nos filles, je n'ai même pas fait jusqu'à ce que les membres de ma famille soient au courant que j'ai un problème cardiaque. Je l'ai fait parce que ce sont des personnes pleines de jalousies, ils m'ont toujours envié, et ils se sont toujours demandés comment un orphelin comme moi peut construire en ville et puis ses enfants réussissent plutôt bien à l'école ? Ils se sont toujours fâchés contre moi parce qu'ils se disent que j'ai pris ce qui leur était dû, or moi j'ai travaillé dure pour être où je suis actuellement (long silence) ... Imaginez si ce genre de personnes apprend la situation ils vont se concerter comme ils l'ont fait au paravent pour manger mon cœur. Juste ma femme et mes enfants savent que je suis malade. J'évite de rester au milieu des gens parce ces gens font semblant d'être avec toi. Et pourtant c'est même eux les premiers tueurs.*

#### **- La sublimation**

Celle permet la canalisation des sentiments potentiellement déplacés en comportements socialement acceptables. Dans le cas de notre étude, nos participants en ont fait usage pour une tentative d'élaboration. Pour Zen, au lieu de se laisser emporter par la maladie qui la mettait face à la mort, optait pour les louanges et se referait à la parole de Dieu. Elle explique :

*Quand je suis accablée et que ces idées de mort me viennent à l'esprit, je me mets à chanter, à louer et à célébrer Dieu. Je lui dis comment il est grand et au-dessus de tout, je lui rends grâce et je le bénis continuellement. Pour éviter le stress qui m'envahissait tout le temps, je me m'étais en prière et elle me soulageait, et me faisait me sentir mieux. Elle ajoute en disant : Même quand je sursautais de mes rêves et que j'étais envahie par la peur, je criais Jésus et je me m'étais directement à prier puis à rappeler la parole de connaissance que j'avais reçue lors de l'émission ... après quoi, je me sentais bien puis je me couchais jusqu'au matin.*

Azou dans le même sens explique : *cette maladie a semé beaucoup de peur chez moi, je pensais à la mort à chaque instant et comme j'avais tellement peur de me coucher et de ne plus me relever, je préférais passer plus de temps assis en train de regarder la télévision.*

#### - **L'introspection**

Nos participants s'interrogent sur leurs propres pensées, sentiments, motivations ou comportement. Ils recherchent une auto-description exacte et significative de leur conduite, l'adaptation aux exigences de la réalité extérieure en se fondant sur une vue plus précise de leurs propres affects, désirs et comportements ; cette stratégie ne change pas intrinsèquement les participants, mais les prépare à des adaptations futures. Deux de nos participants ont chacun fait une introspection de leur vie, afin de déceler en quoi et où ils ont failli pour être puni de cette maladie. Zen dans son propos relate :

*Je me suis posée la question plusieurs fois. J'ai demandé à Dieu ce que j'ai fait de mal pour qu'il permette que je sois attaquée par cette maladie. J'ai toujours pratiqué le bien envers mon prochain, je n'ai jamais désiré la chute de mon prochain, pourquoi moi Seigneur ? Au contraire je me suis sacrifiée pour beaucoup de personnes dans cette vie.*

Kami dans le même sens déclare :

*Je reconnais que je suis pécheur, mais ce n'est pas pour autant dire qu'une maladie pareille doit me frapper. Je ne suis pas parfait, j'ai mes défauts en tant que tout être humain mais je n'ai jamais, je dis jamais pensé un seul instant faire du mal à qui que ce soit... plusieurs m'ont*

*attaqué d'une manière ou d'une autre mes ils ont échoué dans le passé et là je vois qu'ils ont réussi, mais je suis innocent dans tout ceci et je sais que le bon Dieu que je sers me guérira.*

## CHAPITRE 6 : INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS

L'enjeu de cet ultime chapitre est triple : interpréter les résultats présentés et analysés au chapitre précédent, discuter ces derniers, et enfin clôturer par les perspectives. C'est la substance même de la pensée de Fortin (2005). Pour lui, il est question dans ce chapitre, de ressortir la signification des résultats, d'en tirer les conclusions et d'évaluer les implications par la suite et enfin de formuler les recommandations pour les recherches ultérieures. Pour y parvenir, le présent chapitre sera divisé en quatre sections. La première est consacrée à la synthèse des résultats ; la deuxième à la lecture de ces résultats à partir de la théorie retenue ; la troisième à la discussion desdits résultats et la quatrième aux implications et perspectives de l'étude.

### 6.1. Synthèse des résultats

L'analyse thématique des données collectés a mis en exergue trois principaux thèmes : les représentations culturelles de la MCV, les enjeux des signifiants culturels dans le travail d'élaboration de la maladie, le vécu de la maladie cardiovasculaire (diagnostic et son retentissement).

En ce qui concerne le vécu de la maladie cardiaque, il ressort de l'analyse des discours que nos participants ont connu un réel choc à l'annonce du diagnostic. Ce choc s'explique par les facteurs caractéristiques de l'annonce de ce diagnostic. En effet, l'annonce du diagnostic a été soudaine. Les participants ne s'attendaient pas à recevoir un tel diagnostic. Ils présentaient tous des symptômes de la maladie cardiaque bien que ignorants d'où la méconnaissance de la maladie par ces derniers avant le diagnostic. Dans cette optique, l'annonce du diagnostic a été spontanée et inopinée, ce qui a conduit les différents participants dans un état de panique, de peur et de traumatisme. Autrement dit, l'annonce du diagnostic a constitué pour chacun d'eux un moment d'intenses bouleversements.

Ce traumatisme qui découle du vécu de nos participants est lié à la gravité, la chronicité, la dangerosité et le caractère mauvais de la maladie comme l'a souligné certains de nos participants. Il est surtout marqué d'une douleur atroce accompagnée de l'angoisse de mort car, nos participants face à cette maladie ont été confrontés à l'angoisse de mort. En effet, il ressort de ce discours que la maladie cardiaque est une maladie intensément douloureuse car disait kami : « *il touche l'organe vital de l'organisme* », un organe particulièrement sensible et

suffisamment investi. Ainsi, comme relèvent les participants, la maladie infantilise et nous met face à la mort.

De même, dans ce vécu, on note également d'autres ressentis, tels que le sentiment d'impuissance, le désarroi et le sentiment de culpabilité. En fait, les patients se définissent comme une charge. Ils se trouvent comme condamnés à une situation à laquelle ils ne peuvent rien faire par eux-mêmes. Les rôles se trouvent modifiés, eux qui étaient en charge de la famille avant la crise, ou du moins participaient à pourvoir aux besoins des siens, se retrouvent improductifs, nécessaires, ceux à qui on doit tout faire. Face aux difficultés financières que la famille traverse du fait de l'arrêt de des activités professionnelles, ces derniers plongent dans un sentiment d'impuissance et de culpabilité.

En clair, la maladie cardiovasculaire, empreinte de contraintes (socio-économiques, alimentaires, professionnelles), et de ressentiment, plonge le sujet dans une souffrance psychique certaine, occasionnant une fragilisation de soi, une modification de l'image du corps et une blessure en soi. La fragilisation de soi diminue les capacités d'agir et d'être du sujet. Dans ces conditions il se retrouve à la recherche d'appuis.

En ce qui concerne le deuxième thème (signifiant culturels et maladies cardiaque), il ressort du discours de nos participants que les signifiants culturels constituent des éléments à partir desquels le patient parvient à l'élaboration de la souffrance induite par la maladie cardiaque. Cette action des éléments de la culture se fait ressentir dans leur discours sur l'étiologie culturelle de la pathologie de maladie cardiaque. Pour eux, la maladie cardiovasculaire est considérée comme une maladie mystique, une maladie grave qui ne relève pas du naturel et dont la cause serait extérieure à la personne atteinte comme le décrit l'un des pôles explicatifs de la maladie selon Laplantine.

On observe également l'action des éléments de la culture au niveau de l'itinéraire thérapeutique de nos participants. Cet itinéraire oscille entre la médecine conventionnelle et la consultation traditionnelle. A cet effet, certains éléments de la culture présents dans le discours de nos participants leur ont servi d'appui, notamment la croyance en la protection culturelle, l'interprétation persécutive, la consultation des guérisseurs et la pratique des rites. Nous observons donc que la culture qui a une fonction protectrice et régulatrice, offre à la personne atteinte de maladie cardiaque, des symboles à partir desquels il parvient à effectuer un travail d'élaboration de ladite maladie. Ceci lui permet surtout de resserrer les liens dans ses trois pôles relationnels (sa famille, sa communauté, ses ancêtres).

Pour ce qui est du troisième thème (enjeux des signifiants culturels dans le travail d'élaboration de la maladie), il ressort que, nos participants ont une connaissance peu développée de l'approche biomédicale de la maladie cardiaque. En revanche, leur représentation culturelle de cette maladie est bien plus riche. C'est d'ailleurs elle qui prime dans leur conception de la maladie. Elle est certes différente de l'un à l'autre, mais garde des caractéristiques communes, notamment le caractère « mauvais » et mystique de la maladie cardiaque. Bien que cette maladie soit considérée par nos participants comme maladie surnaturelle et mystique, la quête du sens et de la guérison les ont conduit à la consultation des guérisseurs, des voyants, de Dieu et à la pratique des rites. L'activité représentative de la maladie de nos participants leur a ainsi permis de trouver un sens à cette situation.

En résumé, nous comprenons, que le vécu de la maladie cardiaque chez nos participants est marqué d'une souffrance psychique certaine, occasionnant une fragilisation de soi, et une blessure en soi voire même l'atteinte narcissique. Cette souffrance crée le désarroi, le sentiment d'impuissance et de culpabilité, qui diminue les capacités d'agir et d'être de la personne. On note également à partir du discours de nos participants que les signifiants culturels sont des unités de sens que la culture leur offre au et qui les aident à donner un sens à leur maladie. Toutefois, le sens donné diffère d'un individu à l'autre, car il est fonction des différentes représentations qui sont inscrites dans son appareil psychique.

## **6.2. Application de la théorie de la mentalisation à la compréhension des résultats**

Cette section nous permettra de lire les résultats de la présente étude à partir de la théorie de la mentalisation. Marty (1976) nomme le travail d'élaboration psychique la « mentalisation ». Cette dernière désigne l'activité représentative et fantasmatique du sujet. Mieux, il s'agit pour lui de la capacité à traduire en mots, en représentations verbales partageables les images, les mesures, les émois pour leur donner un sens communicable, compréhensible pour l'autre et pour soi.

L'élaboration psychique est considérée comme l'activité fondamentale du psychisme ; c'est un travail psychique consistant à faire face aux tensions surgissant d'exigences pulsionnelles ou des modifications du monde externe du sujet tel que les situations de maladies chroniques. L'élaboration psychique désigne ainsi l'ensemble des opérations de l'appareil psychique dont le but est la transformation de la quantité d'énergie permettant de maîtriser celle-ci en la dérivant ou en la liant (Laplanche & Pontalis, 1981). De là, il apparaît clairement

que c'est un travail de transformation de l'énergie permettant de maîtriser celle-ci en la liant ou en la dérivant.

Ainsi, les patients lorsqu'ils sont confrontés à la MCV, ce travail de transformation est enclenché pour maîtriser la souffrance associée aux angoisses et au déplaisir induit par celle-ci et ses contraintes. En effet, la maladie et ses contraintes constituent un ensemble d'affects qui génèrent du déplaisir, or le travail de l'appareil psychique consiste à la production du plaisir et à la réduction du déplaisir afin de se maintenir et de ne pas s'effondrer (effondrement psychique). Pour faire face à ce déplaisir, un travail de transformation et de liaison de l'énergie libre est mis sur pied par cet appareil. Ce travail ne se fait pas « ex nihilo », il s'appuie sur le système de représentations, représentations qui sont structurées par la culture d'appartenance du sujet.

Ainsi, le sens donné à la souffrance est fonction des signifiants ou symboles dont disposent nos participants. Autrement dit, les participants expliquent la souffrance par des signifiants ou symboles relatifs à leur culture. Ils donnent le sens à la maladie et par la suite à la souffrance y afférente à partir de l'interprétation persécutive, ce qui rend compte de la relation conflictuelle entre les forces du pôle bio-lignager et son Ego. Ces forces au travers de la sorcellerie auraient attaqué le principe vital et le principe biophysique, mais du fait d'une bonne relation avec les ancêtres, ces derniers seraient venus combattre ces actants du pôle bio-lignager afin qu'il ait la vie sauve. (Sow, 1978)

Alors, nous constatons que la représentation, première étape de la mentalisation est structurée par la culture du sujet ce qui lui permet de donner sens à la situation de maladie. Dans ce sens, nous observons chez nos patients diverses représentations d'ordres culturels qui interviennent dans l'élaboration psychique. Ainsi, nous avons observé que les patients représentent leur maladie comme un mauvais œil, un mauvais sort comme l'affirme kami « *mon entrée à l'ENSET a entraîné la jalousie et c'est alors que ces mauvaises personnes pleines de méchanceté m'ont jeté ce sort* ». De cette étude, nous avons également noté que nos participants ont donné une étiologie culturelle (malédiction, pratiques de sorcellerie, soins traditionnels et considérations religieuses) ce qui leur a permis de mieux comprendre la maladie car Sow (1977, 1978) dans sa théorie du relativisme culturel, appuie cette idée en disant qu'aucune maladie ne peut avoir de sens que dans le contexte le quel il s'est émergé.

Avant l'annonce de la maladie, il ressort du discours de kami et de Zen que ces deux ont eu à faire des rêves. Alors la maladie a suscité en eux des représentations, des images des

affects, des désirs inhabituels ; ceux-ci constituent les représentations de chose tel que présenté par Bergeret (1974). Ces rêves signent la tentative de l'appareil psychique de donner un sens à cette nouvelle situation. Par la suite la symbolisation secondaire prend le relais : c'est celle qui se produit spontanément à travers l'acte de parole ; pendant cette période il se produit des associations libres entre les différents symboles existants.

De l'interprétation qui précède il en ressort que : la symbolisation primaire est première, elle se caractérise par la mise en sens partielle des éléments perçus et celle-ci devient totale grâce au langage qui induit des successions libres, les liaisons entre les différentes représentations notamment, les représentations de choses aux représentations des mots.

Sow (1977) se propose d'élaborer une théorie du relativisme culturel propre aux peuples d'Afrique noire ; qui stipule que l'Africain appartient à un univers pan structuré où chacun à un rôle bien précis à jouer dans la société. Où tout est lié. De ce fait le trouble qu'il soit psychologie au non rend compte de la rupture relationnelle à un niveau du système. Ceci étant, le regard au travers de cette théorie nous révèle que le symbole tel que se représentent nos participants est propre à leur culture. Le symbole issu de la perception direct avec l'objet, acquière un sens une fois inscrit dans le psychisme. Le phénomène n'a de sens que par rapport à la culture.

C'est ainsi que le sens que kami donne à ses rêves : les divinités de sa tribu telles que Dieu, ses parents décédés (ancêtres)... Venant à son secours lui procure un grand réconfort. Pour les participants, la maladie trouve son origine dans la rupture de la relation avec le pôle horizontal ou bio lignager. Pour eux, la maladie bien qu'ayant une part liée au dysfonctionnement biologique, ne survient pas naturellement, elle est le résultat de l'attaque d'un tiers persécuteur.

Dans ce sens, l'élaboration psychique se structure à travers des signifiants culturels inscrits dans le psychisme de la personne. Le sujet entretient une relation avec chacun des pôles constitutifs de la personne-personnalité et le trouble (psychique/somatique) est interprété comme la rupture du lien avec un de ces pôles suite à une relation conflictuelle. En effet, pour Sow (1977), la conception africaine de ce qui trouble est basée sur la notion fondamentale de conflit dans les réseaux de relations qui structurent en profondeur l'existence totale actuelle du patient.

En milieu traditionnel africain toute maladie suppose l'intervention de puissance persécutive et donc exige le recours aux rites traditionnels de guérisons ou de propitiation. Dans

les sociétés traditionnelles africaines l'accent est mis sur l'importance de la religion des ancêtres qui propose une solution rituelle aux problèmes. Elle fait voir dans l'occurrence du mal un signe divinatoire ; elle relève également dans les origines de la vie la source d'une autorité qui unit les vivants et les morts dans une même communauté transmise de génération en génération. En s'appuyant sur le fait qu'en Afrique, le trouble n'a de sens que par rapport à un agresseur, les participants interprètent la MCV comme étant le résultat des actions malveillantes des membres de leur communauté (pôle bio-lignager) d'un côté. De l'autre côté Zen considère que la maladie a été un moyen pour Dieu de la rapprocher de lui.

En clair, Nous comprenons dès lors que pour donner un sens à la maladie et à la souffrance inhérente, les participants font recours aux signifiants ou symboles culturels qui sont en fait les organisateurs socioculturels du psychisme pour donner un sens à cette situation. Dans ce sens, les processus d'élaboration psychique vont s'enclencher.

### **6.3. Discussion des résultats**

L'objectif de cette étude était de comprendre comment les signifiants culturels participent au travail d'élaboration de la maladie chez les patients en réadaptation cardiaque. Les résultats obtenus et analysés laissent entrevoir que les signifiants culturels sont des unités de sens que la culture offre au patient et qui l'aident à donner un sens à sa maladie. Cependant, le sens donné à la maladie n'est pas universel mais, diffère d'un individu à l'autre. Il trouve écho en chaque patient en fonction des représentations des choses inscrites dans son appareil psychique et/ou à travers le langage. Il est alors trouvé par association/liaison des différentes représentations : des représentations des choses aux représentations des mots. Il s'observe alors que ce sens donné, quelle que soit sa nature (positive ou négative), participe à diminuer l'angoisse chez l'individu. Il s'avère donc que, de par leur action dans le processus de symbolisation, les signifiants culturels participent au travail de mentalisation chez la personne atteinte du pied diabétique.

A partir de ces résultats obtenus, nous ferons une confrontation avec ceux issus des études antérieures. Cette confrontation se fera sur la base 'une comparaison qui permettra de ressortir les convergences et divergences, tout en justifiant à chaque fois, à la lumière des approches théoriques, méthodologiques et contextuelles les aspects divergents.

#### **6.3.1. La souffrance psychique chez les patients en réadaptation cardiaque**

La survenue de la MCV vécue comme un choc, engendre une certaine souffrance psychique chez le sujet qui en est atteint. Cette souffrance psychique se trouve à tous les niveaux de la maladie ; depuis l'annonce de la maladie jusqu'au vécu quotidien de celle-ci (Carroza & Yaman, 2016). Ainsi, tous nos participants ont révélé la soudaineté de l'annonce du diagnostic, parallèlement à l'effondrement qui lui est inséparable. En effet, dans chaque cas, le participant lui-même a découvert les premiers signes de la pathologie plus tôt, mais personne ne savait de quoi il s'agissait. L'annonce du diagnostic a donc constitué pour chacun d'eux un moment d'intenses bouleversements qui les a plongés chacun dans une profonde anxiété, un sentiment d'injustice et une rupture biographique voire identitaire. Nous observons ceci dans les propos de zen lorsqu'elle explique :

*Le diagnostic m'a assommé. je ne m'attendais pas à cette maladie et ça m'a traumatisé... et je ne voulais même plus m'alimenter. La peur m'avait envahi et J'étais tout le temps anxieux aussi. Je me demandais pourquoi moi ? je cherchais à savoir ce que j'ai fait pour mériter une telle maladie ?*

Dans ce sens, nous remarquons que nos résultats justifient ceux de Champenier et al. (2004) lorsqu'ils affirment que la maladie chronique entraîne une rupture biographique après le diagnostic et le malade commence à chercher du sens à sa maladie en se posant des questions comme : pourquoi suis-je malade ? pourquoi moi ? Qu'ai-je fait pour mériter cette punition ? Marchetti (2007) affirme également que la maladie plonge le sujet dans une profonde anxiété, un sentiment d'injustice et une rupture biographique et identitaire massive ;

En outre, la dépression qui est l'une des pathologies les plus fréquentes pour ces patients (Bouille, 2012) ; L'état dépressif est quasi incontournable et doit être l'objet d'une attention particulière (Roche, 1999, cité par Falet, 2002). En effet, les personnes souffrant d'une maladie vivent leur traitement comme une situation de dépendance et, source de dépression, et de stress qui se manifestent à travers, une humeur triste, une irritabilité, des sentiments pessimistes, un sentiment d'impuissance, de honte, de culpabilité. Ceci est visible dans les propos de zen et Azou, lorsqu'ils disent que la maladie les infantilise, qu'ils sont devenus une charge pour leurs enfants. De ce fait Bartoli et al (2013), et Gathright et al. (2017) affirment que les patients atteints de maladie cardiaque sont d'abord des patients dépressifs. Dans cette perspective, Celano et Huffman (2011) relèvent que la prévalence de la dépression majeure au cours de la vie s'élève à 17% dans la population générale alors que sa présence chez les patients souffrant

de maladies cardiaques s'élève à 40%. Alors, l'angoisse, le trouble du stress post traumatique et la dépression font partie du vécu du malade cardiaque. À cela s'ajoute l'angoisse liée à la mort, la mort, qui était jadis fantasmée, à présent, elle a un nom, une forme et une cause. Aux souffrances engendrées par la maladie se surajoutent les souffrances enfouies liées à son inexorable mort et à l'angoisse qu'elle engendre » (Barthélemy, 2008, p.13 cité par Chaabna & Meddour, 2018).

Il y a une souffrance psychique suscitée par l'annonce de la maladie à travers un traumatisme (Lefebvre, 2005). Ce dernier vient rompre avec les événements qui de ce fait, impliquent des changements entre un « avant » et « après ». La souffrance est telle que chaque élément qui entoure la maladie est enregistré par le patient. Dans ce cas, la thèse de Giraudet (2006) est vérifiée, car pour chacun de nos participants, l'histoire de la maladie, notamment, l'anamnèse est très précise que ce soit pour Azou, Zen et Kami. (Giraudet, 2006). Car cette dernière constitue un choc psychologique qui conduit à une charge émotionnelle violente qui induit trois types d'effets à savoir : un acte de baptême de la maladie ; changement d'identité ; un travail de deuil de l'état de santé antérieure. (Giraudet, 2006)

La souffrance psychique induite par la maladie cardiaque ne se passe pas en dehors du corps. Au quotidien, les personnes en situation sont soumises à des activités de réadaptation cardiaque et une prise de médicaments continue qui leur rappellent leur statut de malade. De ce fait, les patients en situation cardiaque présentent une image du corps défaillante due aux conséquences physiques de la maladie. C'est le cas de Zen lorsqu'elle affirme :

*Mon aspect physique a beaucoup joué sur mon mental dans ce sens que j'étais belle (avec un ton haut). Et pour moi, être belle c'était bien s'habiller, être bien coiffé, bien se chausser, oui c'est avoir un beau corps. Avec la maladie, la seule chose qui m'est restée c'est ma voix... J'ai perdu en termes de beauté. J'ai maigri, j'ai maigri au point où on voyait les os et je demandais au Seigneur pourquoi ceci m'arrive. J'avais de longs cheveux, tu es une femme comme moi tu peux savoir l'importance des cheveux pour une femme (silence) la maladie m'a fait perdre presque tous mes cheveux et c'est ainsi que je me voyais l'aide, je ne voulais même plus sortir à cause des regards. Ceci corrobore avec la pensée de Pheulpin et al (2017) qui stipule que, lorsque le sujet est atteint d'une maladie chronique (MCV), le corps va être affecté dans ses trois dimensions : sa dimension anatomo-biologique, signifiante et ses imagos.*

En effet, la maladie chronique laisse parfois entrevoir une pléthore de problématiques d'ordre psychologiques en plus de l'image du corps dégradé, qui a un effet, sur l'estime de soi

(Amghar et Amokrane, 2017). Cette observation va en étroite ligne avec les résultats observés chez nos participants ; dans la mesure où le regard sur eux n'est plus le même car, leur performance dans bien des domaines a chuté sans qu'il ne puisse rien faire pour remédier à cette situation et ce, au quotidien.

### **6.3.2 Vécu de la maladie chez les patients cardiaques**

Dans leur discours, nos participants (Azou, Zen et Kami) abordent le vécu de la maladie qui va en étroite ligne avec certains auteurs. C'est le cas lorsqu'il évoque les contraintes liées à la maladie notamment des contraintes socio-économiques, alimentaire, liées la maladie cardiaque, au temps, à la prise des médicaments ainsi qu'à leurs activités professionnelles. Respectivement, les financements autour de la maladie cardiaque sont lourds chez nos participants en général qu'exerçant un métier ou non c'est le cas chez kami. IL relate : « *la prise en charge a été bien faite, je l'ai apprécié sauf que les médicaments du cœur coutent très chers. Tu imagines qu'un médicament coute 32000f il doit faire trois semaines seulement* ». Pour ce faire, certains de nos participants ont parfois opté à l'utilisation des plantes. C'est nombreuses adaptations ont lieu à plusieurs niveaux, notamment au niveau de l'alimentation, la prise des médicaments, qui ne sont limités qu'au strict nécessaire.

### **6.3.3. Enjeux des signifiants culturels dans le travail d'élaboration la maladie cardiovasculaire**

Dans leur discours, les participants donnent un sens particulier à leur trouble. Laplantine (1986), propose un modèle conceptuel dans représentations de la maladie, pour le compte de l'anthropologie. Il dresse une liste de quatre modèles explicatifs de la maladie de façon générale. À savoir : le modèle ontologique/ relationnel, le modèle exogène/ endogène, le modèle additif/ soustractif et le modèle maléfique/ bénéfique. Dans le cadre de notre étude, on observe des correspondances entre le modèle exogène/ endogène par rapport à la façon de penser, chez nos participants. En effet, ils estiment qu'ils ne sont pas responsables de leur trouble ; la source de la maladie est extérieure à eux. Aussi, ils se considèrent comme des personnes saines, de ce fait, des personnes malveillantes qui, du fait de leur incapacité, pouvoir magique, se seraient senties jaloux d'eux et ainsi, ce serait associés pour porter atteinte à leur vie, en provoquant cette maladie : MCV. Pour venir à bout du trouble, suivant cet axe, la prise en charge, le traitement privilégié doit impérativement constituer à enlever ces choses de la personne. Concrètement, ils ont commencé par un traitement dans la médecine conventionnelle.

Après que la situation n'ait pas trouvé de solution dans les institutions hospitalières, deux de nos participants (Azou et Kami) ont suivi la voie de la médecine traditionnelle tandis que le troisième Zen, a opté pour la prière car pour elle Dieu a permis que cette maladie l'atteigne pour la rapprocher de lui. Zen ne s'arrête pas à la prière mais aussi pratique une forme de rites qu'elle pense être utile pour l'unité de la famille. Celui-ci a constitué d'aller sur la tombe de son père lui parler. C'est après le traitement traditionnel, avec l'action thérapeutique des rites et le recours à la prière, que ceux-ci ont retournés à la médecine moderne qu'ils continuent d'ailleurs de suivre jusqu'à nos jours.

Laplantine (1986) parle de rites de lavage, rituels magiques qui travaillent à cet effet. Ainsi, tel que mentionné par Laplantine (1986), Azou et Kami ont respectivement effectué des rites de lavages, de blindage, puis consulter des voyant (guérisseurs), afin de se sentir mieux.

Par ailleurs, Ezembe (2009) considère qu'il y a deux classifications de la maladie en Afrique. D'abord celle naturelle, ou la maladie des blancs, où les médicaments conventionnels, peuvent guérir ; mais dès lors que la guérison tarde à venir, des mesures supplémentaires sont mises sur pied. C'est alors que vient l'autre forme de maladie : la maladie indigène ; et c'est à ce niveau qu'intervient le thérapeute traditionnel. Dans ce cas particulier, dire qu'il s'agit d'une maladie indigène suppose qu'elle concerne une culture particulière et même un site géographique bien déterminé. C'est le cas par exemple de Kami lorsqu'il dit : « *Les gens dans mon village veulent que je rejoigne mon père* ». Par cette assertion, il rend compte de ce que, le trouble qu'il présente ne peut trouver sens que dans le contexte Bamiléké, ethnie située à l'Ouest Cameroun. (Taïeb et Al, 2005 ; cité par Fonga, 2014). En outre, Guimerra (1977) pense que : « *ces maladies se caractérisent par des fonctions signifiantes, chacune d'elles est en effet un signe, elles apportent à la société un message. Pour le décoder, le groupe des aînés et/ou les médecins spécialistes doivent se reporter à la logique de leur système social* ». Ainsi, les MCV contrairement aux conventions occidentales, en médecine, le trouble est porteur de sens nouveau comme la résultante d'acte de personne malveillants proches d'eux. (Herzlich, 1984 ; cité par Fonga, 2014). Dans ce cas, il ne s'agit pas d'un mauvais traitement de la part de nos participants mais plutôt, d'une compréhension qui trouve des explications dans le vécu et l'expérience du sujet (Fonga, 2014). Mieux la conception magico-religieuse du trouble par l'Africain rend compte aussi d'une forme d'élaboration psychique de la souffrance à parti des signifiants culturels c'est-à-dire le sens qu'ils ont qu'il se donne du trouble ; et ou, les signifiants culturels sont tels que c'est l'autre qui est à l'origine du trouble.

## **6.5. Implications et perspectives**

Dans cette dernière section, il est question, d'une part, de présenter les éventuelles retombées de cette étude ; et, d'autre part, d'en évoquer les perspectives.

### **6.5.1. Implications**

Les maladies chroniques ne cessent de s'accroître dans l'Afrique en générale et le contexte camerounais en particulier. Face à l'augmentation de la prévalence des maladies cardiaques, le gouvernement camerounais organise les campagnes de sensibilisation et de lutte contre cette pathologie qui devient petit à petit un véritable fléau social dans la mesure où il laisse de nombreuses personnes en larme et crée de nombreux handicaps chez ces derniers et dont la conséquence psychique est la fragilisation du psychisme. De plus, ces maladies et les contraintes y afférentes compromettent considérablement la qualité de vie des patients et accroissent le risque de décès prématuré. Par ailleurs, cette pathologie touche un organe particulièrement essentiel dans l'existence et dans l'essence même d'un homme, le cœur qui est pour l'homme, le moteur de son organisme, ce sans quoi l'homme n'existerait pas. Un autre aspect important de cette pathologie est qu'elle touche au corps de l'individu, pouvant ainsi conduire à la modification de l'image que ce dernier avait de son corps. Ceci montre qu'il s'agit là d'une pathologie susceptible de générer une grande souffrance psychique. Dans cette perspective, les études s'intéressant à cette pathologie permettent de contribuer à sa compréhension, notamment au travail d'élaboration de la maladie nécessaire chez les personnes atteintes. Ceci pourrait être bénéfique pour le suivi et l'accompagnement psychologique de ces personnes.

De manière concrète, cette étude révèle la nécessité de la prise en compte des signifiants culturels dans la prise en charge des maladies cardiaques. En effet, le fait de prendre en compte le système de représentations du patient cardiaque, favorise son observance thérapeutique et rend plus efficace le traitement. Car, la maladie cardiaque génère une souffrance qui à son tour engendre le stress. Pour ce faire, un traitement mis sur pied qui tient en compte de cet état de la chose, vise à baisser ce stress puis conduit à des résultats plutôt encourageants. La prise en compte du système de représentations du malade, dans le contexte africain, à travers l'intervention des signifiants culturels, comme nous le montrent les résultats de la présente étude, présente un avantage dans l'efficacité du traitement.

### **6.5.2. Perspectives**

Cette recherche a étudié comment les signifiants culturels contribuent au travail d'élaboration de la maladie chez les patients en réadaptation cardiaque, à travers leur action dans le processus de symbolisation. Elle a révélé qu'effectivement, les signifiants culturels sont des supports sur lesquels les événements prennent sens.

Ainsi pour continuer à questionner l'implication des signifiants culturels dans le travail d'élaboration de la maladie, une étude clinique plus objectivante est envisageable. Ce faisant, nous pourrions mener sur le long terme, une étude clinique éclectique, c'est-à-dire une étude qui se situe à l'intersection de la recherche en clinique (qui est objectivante) et de la recherche clinique (qui est non objectivante). Dans cette recherche, nous ferons usage de l'observation participante dans différentes aires culturelles, pour mieux apprécier l'intrication des mécanismes culturels favorisés par la pratique des signifiants culturels, et les mécanismes individuels, d'une part ; et, d'autre part, des tests projectifs (Rorschach et le TAT) qui nous permettront d'évaluer les processus psychiques (mécanismes de défense, type de relation à l'objet, types d'angoisse, ...), de même que les signifiants culturels chez nos participants. Ainsi, l'évaluation de la teneur de la symbolique, des signifiants culturels autour de la maladie cardiaque ne se limitera plus à une exploration à partir des entretiens, mais en plus de l'observation participative et de l'usage des tests projectifs.

Il sera nécessaire de reproduire des études semblables à la nôtre sur des échantillons plus larges et différents afin de produire des données comparatives nécessaires à la généralisation.

## **CONCLUSION GENERALE**

Cette étude, intitulée : « signifiants culturels dans le travail d'élaboration de la maladie chez les patients en réadaptation cardiaque » a été abordé sous l'angle de la psychologie clinique. Le problème posé a été celui du rôle des signifiants culturels dans le travail d'élaboration de la maladie chez les patients en réadaptation cardiaque. Suivant cette logique, nous nous sommes posé la question de savoir : *comment les signifiants culturels participent-ils au travail d'élaboration de la maladie chez les patients en réadaptation cardiaque ?* En nous appuyant sur l'approche ethnopsychanalytique, nous formulons l'hypothèse suivante : *de par leur fonction symbolique et de codage, les signifiants culturels participent au travail d'élaboration de la maladie chez les patients en réadaptation cardiaque.* L'objectif étant de comprendre le processus de travail d'élaboration de la maladie en investiguant les signifiants culturels. Ce faisant, nous avons exploré les travaux scientifiques y afférents dans le but de parcourir ce qui a déjà été fait sur la cette thématique.

Notre revue de littérature a tournée principalement autour de la notion de maladie cardiaque et des problématiques qui en découlent. Concernant l'état des lieux sur la maladie cardiaque nous nous sommes appuyés sur les généralités. La maladie cardiaque touchant essentiellement l'organe vital de l'organisme, nous avons passé en revue sa définition y compris celle du cœur et ses fonctions, les différents types de maladies cardiovasculaires, ses symptômes, les facteurs de risque de de protections y afférents. Nous avons également présenté le concept de réadaptation cardiaque et ses différentes phases en passant par ses intérêts physiologiques, ses indications et ses contre-indications. Par la suite, nous avons parcouru quelques stratégies préventives de la maladie cardiaque. Sur la question des retentissements psychologiques de la maladie cardiaque, nous avons relevé principalement les problématiques auxquelles sont confrontées les personnes atteintes de maladie cardiaque, notamment e, la dépression et l'anxiété, le stress post traumatique, l'altération de l'image du corps et des traitements et leur mise en œuvre. Enfin, la dernière section nous a permis de présenter l'approche anthropologique de la maladie, avec notamment les modèles explicatifs de la maladie selon Laplantine (1986) ; et l'anthropologie de la maladie en Afrique. Cette recension des écrits nous a ainsi orienté vers les théories qui pouvaient mieux guider notre étude.

Dans l'explication théorique, nous nous sommes servis dans cette étude de l'approche théorique de la mentalisation et de l'approche ethnopsychanalytique de la maladie chronique. Concernant l'approche théorique de la mentalisation, nous nous sommes appuyés sur les processus de représentation, de symbolisation et de mentalisation, en insistant sur les principales théorisations de cette dernière notion, au travers des auteurs tels que Marty (1991),

Debray (2001) ; Fonagy (2001/2004), Bergeret (1990-1991), ainsi que Mayi (2017). Quant à la section consacrée à l'approche ethnopsychanalytique de la maladie chronique, nous y avons présenté la notion d'ethnopsychanalyse, qui tire ses racines des travaux de Freud (1913) qui met le premier en relation les champs anthropologiques et psychanalytiques ; ceux de Roheim (1970) qui postulent l'universalité du complexe d'Œdipe ; et ceux de Devereux (1955) qui montreront que l'inconscient bien qu'universel, est différemment structuré culturellement en fonction des tabous et des valeurs de chaque société. Ce dernier va ensuite établir un lien entre mythe, croyances, inconscient collectif et individuel. Par la suite, nous nous sommes appesantis sur la théorie de la relation conflictuelle de Sow (1977), qui nous donne la conception de la maladie dans l'Afrique traditionnelle.

Pour atteindre notre objectif, nous avons fait usage de la méthode clinique, en nous basant principalement sur l'étude de cas. Le choix de cette méthode s'est justifié par sa capacité à fournir une analyse en profondeur des phénomènes dans leur contexte d'émergence. Suivant nos critères d'inclusion et de non inclusion, nous avons fait usage d'un guide d'entretien qui nous a permis de récolter nos données à l'aide de l'entretien semi-directif, réalisé auprès de trois participants : Azou, âgé de 57ans ; Zen, âgée de 43 ans et Kami, âgée de 47 ans. Avec chacun des participants, nous avons eu deux rencontres. La première dédiée au pré-entretien et la seconde à l'entretien proprement dit. La technique d'analyse nécessaire à l'analyse des résultats a été celle de contenu et spécifiquement l'analyse de contenu thématique.

Il ressort des résultats de cette étude que la maladie cardiaque et les contraintes y afférentes plongent le patient dans une rupture biographique voire identitaire, qui engendre une souffrance psychique certaine chez ce dernier. Dans cet état, le patient, envahi par l'angoisse de mort, se met à la recherche du sens. Dans cette optique, les signifiants culturels sont des unités de sens que la culture offre au patient et qui l'aident à donner un sens à sa maladie. Toutefois, il faut relever que le sens donné n'est pas universel, mais diffère d'un individu à l'autre. Il trouve donc écho en chaque patient en fonction des représentations des choses inscrites dans son appareil psychique et/ou à travers le langage. Il est alors trouvé par association/liaison des différentes représentations : des représentations des choses aux représentations des mots. Il s'observe alors que ce sens donné, quelle que soit sa nature (positive ou négative), contribue à diminuer l'angoisse chez l'individu. Ainsi, par leur action dans le processus de symbolisation, les signifiants culturels ont une fonction protectrice et régulatrice pour le patient.

De nos résultats, il en est ressorti que la maladie cardiaque engendre la souffrance psychique ; souffrance psychique qui met le patient face à la mort, suscitant chez lui l'angoisse de mort, qui à son tour crée un sentiment d'impuissance, de la honte, du désarroi, le sentiment de culpabilité. Il en ressent également que les mécanismes de défenses tels que le déni, l'isolement, la rationalisation, l'annulation, l'introspection sont combinés aux représentations que le sujet se fait de sa maladie pour une bonne élaboration psychique.

Par ailleurs, les résultats de cette étude accordent une pertinence clinique à notre hypothèse de départ. De ce fait, cette étude relève la nécessité de la prise en compte du système de représentations du patient atteint d'une maladie chronique, et plus particulièrement de la maladie cardiaque, dans sa prise en charge. Car, cela contribuerait à réduire le stress inhérent à l'atteinte du corps, et ainsi à favoriser l'observance chez ce dernier. En perspective, pour continuer à questionner l'implication des signifiants culturels dans le travail d'élaboration de la maladie, nous pourrions mener sur le long terme, en combinant les entretiens et les tests projectifs pour une meilleure compréhension du phénomène.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Arpin, S. (2006). Les organisateurs psychiques et socioculturels dans l'instauration du groupe thérapeutique en ethnopsychanalyse. In *Le divan familial 2006/2* (17), 11 - 27.
- Abidellaoui, M. H (2016). Cameroun/maladies cardiovasculaires : ces médecins philanthropes qui impressionnent. [www.aa.com.tr](http://www.aa.com.tr)
- Barth, J., Schumacher, M., & Hermann-lingen, C. (2004). Depression and risk factors for mortality in patients with coronary heart disease. A meta-analysis. *Psychosomatic medicine*, 66 (6), 802-813.
- Bartol, F., Lillia, N., Lax, A., Carra, G., Agostoni, E., & Cleerici, M. (2013). Depression after stroke and risk mortality : A systematic review and meta-analysis. *Phytotherapy Research*, 262, 862-978.
- Bertagne, P. (1990). Historisation du somatique. *Psychologie clinique*, 4, 117-129.
- Blanchet, A. & Gotman, A. (2001). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Nathan Université.
- Blanchet, A. & Gotman, A. (2014). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Armand Colin.
- Blanchet, A. (1985). *Dire et faire dire : l'entretien*. Armand Colin.
- Bombhi, J., Menanga, A., Douala ? J-P., Kuate, L., & Kingue. (2013). Prévalence et mortalité des maladies cardiovasculaires en milieu hospitalier camerounais : cas de deux hopitaux de référence de la ville de Yaoundé. *Cardiologie tropicale*
- Cano de la Cuerda, R., et al. (2011). Cardiac rehabilitation programs and health related quality of life. *Ste of the art*. 1(65), 72-79
- Carney, R. M., Blumenthal, J.A., Freedland, K. E., Youngblood, M., Veith, R. C., burg, M.? Jaffe,A. S. (2004). Depression and late mortality after myocardial infarction in the *medicine*, 66 (4), 466-474.
- Celano, C., & Huffman, J. C. (2011). Depression and cardiac disease : A review. *Cardiology in review*, 19 (3), 130-142.
- Chicaud, K. (1991). La crise de la maladie grave

- Corazza, J., & Yaman, D. (2016). Insuffisance rénale chronique et qualité de vie : quel type d'accompagnement infirmier pour un patient adulte.
- Daigle, J-M. (2006). Les maladies du cœur et les maladies vasculaires cérébrales : prévalence, morbidité au Québec. Institut national de santé publique du Québec.
- Damourou, F., et al. (2014). Morbidité et mortalité hospitalière des maladies cardiovasculaires en milieu tropical : exemple d'un centre hospitalier à Lomé (Togo). *Pan African Medical Journal*, 17(62).
- Debray, R. (1996). *Clinique de l'expression somatique*. Delachaux et Niestlé
- Debray, R. (2001). *Epître à ceux qui somatisent*. PUF.
- Denollet, J., Schiffer, A. A., & Spek, V. (2006). A general propensity to psychological distress affects cardiovascular outcomes. *Circulation: cardiovascular quality and outcomes*, 3, 546-533.
- Devereux, G. (1970). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Gallimard.
- Devereux, G. (1972). *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Flammarion.
- Devlesschauwer, B., & Wilder., L. (2021). Le fardeau des maladies chroniques. *Santé conjuguee*, 97-décembre.
- Dhar, A.K., & Barton, D. A. (2016). Depression and link with cardiovascular disease. *Frontiers in psychiatry*, 7 (33), 1-9.
- Diwo, R. (2000). Événement de vie, mentalisation, somatisation et tentative de suicide. Approche comparée à l'adolescence. . [Thèse de doctorat en psychologie]. Villeneud'Ascq : Presses Universitaires du septentrion.
- Dong, T. (2016). *Drépanocytose et dépersonnalisation : clinique de la souffrance du jeune Sadulte homozygote : une étude de cas au Cameroun*. [Thèse de doctorat, Université de Yaoundé 1].
- Doron, R., & Parot, F. (1991). *Dictionnaire de psychologie*. PUF.
- Durand, V. M., & Barlow, H. (2000). *Anormal psychopathology*. Canada, Wadsworth.
- Ellenberger, H. (2017). *Ethno-psychiatrie*. (E. Delille éd.) ENS Éditions.
- Ezembe, F. (2009). *L'enfant africain et ses univers*. [Karthala](#)
- Fernandez, L., & Catteeuw, M. (2001). *La recherche en psychologie clinique*. Nathan.
- Ferragut, E. (2007). *Souffrance, maladie et soins*, Elsevier Masson.

- Fonagy P., Steele M., Steele H., Higgitt A., Target M. (1994). « The Emanuel Miller Memorial Lecture 1992. The Theory and Practice of Resilience », *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 35(2). 231-257.
- Fonagy, P. (2004). *Théorie de l'attachement et psychanalyse*. Erès.
- Fonga, S. (2014). *Représentations de la maladie chez des patients hypertendus originaires d'Afrique noire ayant migré en France*. [Thèse de doctorat, Université Pierre et Marie Curie].
- Fortin, M.-F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Chenelière Education.
- Freud, S. (1912). *Totem et Tabou*. Payot.
- Freud, S. (1915). *Pulsions et destins des pulsions*. Payot.
- Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*. Payot.
- Freud, S. (1923). *Le moi et le ça*. Payot.
- Freud, S. (1929). *Malaise dans la civilisation*. Internationaler Psychoanalytiker Verlag
- Freud, S. (1939). *L'homme Moïse et la religion monothéiste*. Gallimard.
- Gabet, A., Chin, F., Lamarche-Vadel, A., Olié, V. (2014). *Revue épidémiologique et de santé publique*, 62, 186.
- Gagnon, Y.C. (2012). *L'étude de cas comme méthode de recherche*. Presses de l'université du Québec.
- Gehi, A., Haas, D., Pipkin, S., & Whooley. (2005). Depression and medication adherence in outpatients with coronary disease. *Archives of internal Medicine*, 165 (21), 2508.
- Géza Róheim. (1972). *Origine et fonction de la culture*. Gallimard.
- Giraudet, J, S. (2010). L'annonce diagnostique dans la maladie chronique, éducation thérapeutique du patient. (2) 2, 223-227. <https://doi.org/10.1051/tpe/2010016>.
- Giraudet, J. S. (2006). *Annonce du diagnostic de maladie chronique à un patient*. Synoviale.
- Green, A. (1993). *Le travail du négatif*. Edition de Minuit.
- Grennman, P, S., Morin-Turmel, A., & Grenier, J. (2009). L'intégration d'un traitement psychologique en réadaptation cardiaque à l'hôpital de Montfort : une diminution des risques associés aux maladies cardiaques. *Francophonie d'Amérique* (28), 97-113.

- Guimerra, M. (1977). *Médecine et pharmacopée Evuzok*. Laboratoire d'ethnologie et sociologie comparée.
- Haddadi, D, S. (2020). Le malade face à sa maladie. *Psychologie médicale*, 77-106
- Hebga, P. M. (1998). *Rationalité d'un discours africain sur les phénomènes paranormaux*. L'Harmattan.
- Houpe, JP. (2017). La psychocardiologie : une nouvelle spécialité. *Hegel*, (1), 36-46.
- Jenkins, C. D. (1970). Recent evidence supporting psychological and social factors for coronary disease. *New England, journal of medicine*, 294, 1033-1038.
- Kaës, R. (1998). *Une différence de troisième type, Différence culturelle et souffrances de l'identité*. Dunod.
- Kamdem, F., et al. (2018). Connaissances des facteurs de risques cardiovasculaires et attitude de prévention par population du district de santé de Deido-Cameroun. *Health Sci. Dis* 19 (1).
- Kaplan, W. H., & Kimball, C. P. (1982). The risks and course of coronary artery disease. *Hand Book of clinical health psychology*, 69-90.
- Kirmayer, L. J. (1989). Psychotherapy and the cultural concept of the person. *Santé, Culture*, 6 (3).
- Lafontaine, M. F., & Lucier, Y. (2003). Structure bidirectionnelle de l'attachement amoureux : anxiété face à l'abandon et évitement de l'intimité. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 35 (1), 5660.
- Lalleman, L. (2014). Les représentations culturelles de la douleur au Bénin ont-elles un rôle dans son ressenti, dans son expression, dans son soulagement ? Quelques outils pour une meilleure compréhension des représentations de la maladie dans un pays d'Afrique de l'Ouest. *Médecine humaine pathologie*. Dumas-01130085.
- Lamia, G. (2018). *L'accompagnement psychologique visant la modélisation de l'anxiété chez les patients avant l'intervention chirurgicale cardiaque : étude de cas*. 10- 27.
- Lange-Asschenfeldt, C., & Lederbogen, H. (2011). Antidepressant therapy in coronary artery disease. *Nervenarzt*, 82(5), 657-664.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. PUF.
- Laplantine, F. (1986). *Anthropologie de la maladie*. Payot.

- Lasern, B., & Lubtin, I. (2009). *Cronic illness, impact and intervention*. Etats-Unis : Jones and Barlette.
- Lecours, S., & Bouchard M-A (1997). Dimensions of mentalisation : outlining level of psychic transformation, *International Journal of Psychoanalysis*, (78), 855-875.
- Lecours, S. (2016). Niveaux de mentalisation de la souffrance en clinique : agonie, détresse et tristesse adaptative. *Revue québécoise de psychologie*, 37 (3), 235-257.
- L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu*. Presses de l'Université Laval du Québec.
- Lehmann, A. (2014). *L'atteinte du corps : Une psychanalyste en cancérologie*. Éditions érès.
- Linton, R. (1945). *Le fondement culturel de la personnalité*. Les classiques des sciences sociales.
- Lustin, J.-J. (2004). Clinique Infantile. In J. Bergeret (Ed.), *Psychologie pathologique théorique et clinique* (pp. 244-286). Masson
- Ly, A. (2012). Cancers et autres maladies non transmissibles. *Editoriale*, 4, 137-139.
- Marchetti, E. (2007). Etre psychologue dans un service de cardiologie. *Journal des psychologues*, 252, 35-38.
- Marty P. (1976). *Les mouvements individuels de vie et de mort. Essai d'économie psychosomatique*. Payot.
- Marty, P. (1991). *Mentalisation et psychosomatique. Les empêcheurs de tourner en rond*. Masson.
- Mbassi, Y. (2019). Maladie du cœur : ces tueuses qu'il faut bien connaitre. *Cameroun tribune*.
- Mbouemboue, O. P. (2015). Place et profil évolutif des maladies cardiovasculaires en milieu hospitalier Nord camerounais : le cas de l'hôpital de Ngaoundéré. [www.hsd.fmsb.org](http://www.hsd.fmsb.org)
- Moro, M. R. (2004). *Enfants d'ici venus d'ailleurs*. Hachette.
- Nguimfack, L. & Ovambe Mbarga, G-B. (2020). La résilience basée sur les signifiants culturels chez les soldats psychotraumatisés de guerre en Afrique : vers une modélisation en psychologie clinique. In *Enjeux d'inclusion à l'école : regards psychanalytiques*, 2(50), 177 – 189.
- O'Donovan, A.B., Hughes, B. M., Slavich, G.M., Linch, L., Cronin, M.T., & Malone, K. M. (2010). Clinical anxiety, cortisol and interlink : evidence for specificity emotion-biology relationship. *Brain, behaviour and immunity*, 24 (7), 1074-1077.

- Organisation mondiale de la santé. (2022). *Les maladies non transmissibles*. [www.who.int](http://www.who.int)
- Parant, C. (2013). Présentation des éléments de controverse concernant la prise en compte du stress psychosocial comme facteur de risque cardiovasculaire : revue de littérature. *Sciences du vivant*, hal-01733371.
- Parson, T. (1951). *Le pouvoir des malades et leurs proches*. Introduction à la sociologie de la santé.
- Pedinielli, J. L. (1994). *Introduction à la psychologie clinique*. PUF
- Pedinielli, J.-L. (1995). Recherche clinique et méthodes quantitatives. O. Bourguignon & M. Bydlowski (dir.), *La recherche clinique en psychopathologie* (p. 123-134). PUF.
- Pelsser, R. (1989). Qu'appelle-t-on symboliser ? Une mise au point. *Bulletin de Psychologie*, XLII, 392, 714-726.
- Peyrat-Apicella, D., & Pommier, F. (2018). *Quand l « événement maladie » fait trauma : à propos d'u cas clinique*. *Psychothérapie*, 38, 47-53.
- Pheulpin, C., Baudin, M., & Bruguière, P. (2017). *Clinique des états du corps : Approche psychanalytique et projective*. Dunod,
- Roheim, G. (1943). *Origine et fonction de la culture*. Gallimard.
- Roheim, G. (1950). *Psychanalyse et Anthropologie*. Gallimard.
- Roussillon, R. (1995). La métapsychologie des processus et la traditionalité. *Revue française de Psychanalyse*, 1351- 1519.
- Roussillon, R. (2008). *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*. Dunod.
- Ruiz-Correa, O. (1998). La clinique groupale dans la pluri-subjectivité culturelle.
- Samoud, M. (2001). Relation du bien-etre psychique avec l'état de stress, les strat&gies d'adaptation et le soutien social des patients atteints des maladies cardiovasculaires.
- Shepherd, C.W., & While, A. W. (2012). Cardiac rehabilitation and quality of life : A systematic review. *International Journal of Nursing studies*, 49 (6), 755-771.
- Sedo, Y. N. W. (2022). Facteurs associés à la survenue/ Complication de l'hypertension artérielle chez les jeunes adultes au Togo. Thèse de doctorat, l'université de Péricardi Jules Verne.
- Sow, I. (1977). *Psychiatrie Dynamique Africaine*. Payot.
- Sow, I. (1978). *Structures anthropologiques de la folie en Afrique noir*. Payot.

- Statistique Canada, maladies du cœur au Canada (2019). Les 10 principales causes de décès. Année 2012. Repéré dans <http://www.canada.ca/fr/santépublique/services/publications/maladies-etaffections:maladie-coeur-canada-fiche-technique-html>
- Tap, P., Tarquino, C., & Sorde-Ader, F. (2002). Santé, maladie et identité. *Traité de psychologie de santé*, 135-162.
- Tegueu, C., Kenmohne-Kontchou, M-A., Doumbé, J., Mapoure-Njankouo, Y., Tchaleu, B-C., Noubissi, G., Djentcheu, V. (2014). Variation et déterminant du coût de la prise en charge hospitalière des accidents cérébraux à Douala-Cameroun. *Health sciences and disease*.
- Theis, A. (2006). Approche psychodynamique de la résilience. [Thèse de doctorat, Université de Nancy 2]. These.fr.
- Tychev, (de) C., Diwo, R., & Dollander, M. (2000). La mentalisation : approche théorique et clinique projective à travers le test de Rorschach. *Bulletin de psychologie*, 53 (4), 469-480.
- Valtorta, N. K., Kanaan, M., Gilbody, S., & Habratty, B. (2016). Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke : systematic review and metaanalysis of longitudinal observational studies. *Heart*, 102, 1009-1916.
- Yahyaoui, A., & Lakhdar. (2014). Croyances culturelles : facteurs de protection et d'affiliation. *Le Divan familial*, 1(32). 103-104.
- Yin, R.K. (1994). *Case study research. Design and methods*. Sage



# ANNEXES

REPUBLIQUE DU CAMEROUN  
Pais – Travail – Patrie  
\*\*\*\*\*  
UNIVERSITE DE YAOUNDE I  
\*\*\*\*\*  
FACULTE DES ARTS, LETTRES ET  
SCIENCES HUMAINES  
\*\*\*\*\*  
DEPARTEMENT PSYCHOLOGIE  
\*\*\*\*\*



REPUBLIQUE DU CAMEROUN  
Pais – Travail – Patrie  
\*\*\*\*\*  
UNIVERSITE DE YAOUNDE I  
\*\*\*\*\*  
FACULTY OF ARTS, LETTERS AND  
SOCIAL SCIENCES  
\*\*\*\*\*  
DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY  
\*\*\*\*\*

## ATTESTATION DE RECHERCHE

Je soussigné, **Chandel EBALE MONEZE**, Professeur des universités, Chef du Département de Psychologie, atteste que **Mlle. Syriane FOSSO SONKEN**, matricule 17L588 a libellé son mémoire de Psychopathologie et clinique comme suit :

« Signifiants culturels dans le travail d'élaboration de la maladie chez les patients en réadaptation cardiaque ».

Ses travaux effectués sous la direction du Professeur **Leonard NGUIMFACK**, 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

Le Chef de Département  




### Formulaire de consentement

Je soussigné ZEN  
déclare accepter librement et de façon éclairée de participer à l'étude intitulée « *signifiants culturel dans le travail d'élaboration de la maladie chez les patient en réadaptation cardiaque* » sous la direction du Pr. NGUIMFACK Leonard.

**Investigateur principal :** FOSSO SONKEN Syriane étudiante en Master II.

**Engagement du participant :** l'étude va consister à participer librement et de façon éclairée à une investigation psychologique à l'aide des entretiens.

**Engagement de l'investigatrice principale :** en tant qu'investigatrice principale, je m'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques. A protéger l'intégrité psychologique et sociale des participants tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies.

**Liberté des participants :** Le consentement pour pur poursuivre l'évolution peut être retiré à tout moment sans donner les raisons et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le participant.

**Information ses participants :** Les participants ont la possibilité d'obtenir les informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal. Et ce dans les limites de contraintes du plan de recherche.

**Bénéfice de l'étude pour les participants :** cette étude est faite sans aucun bénéfice direct.

**Garantie de confidentialité des informations :** toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle. La transmission des informations concernant les participants pour l'expertise ou pour la publication scientifique sera anonyme.

**Ethique :** L'Université de Yaoundé I (promotrice de la recherche) et FOSSO SONKEN SYRIANE (investigatrice principale) s'engagent à préserver absolument la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations concernant les participants.

	Contact du chercheur : Courriel : <a href="mailto:fossosonkensyriane@gmail.com">fossosonkensyriane@gmail.com</a> Téléphone : 672 02 21 92
Date et Signature du participants : 14/04/2023 	Date et Signature du chercheur :

*Formulaire de consentement*

REPUBLIQUE DU CAMEROUN  
Paix- Travail – Patrie  
UNIVERSITE DE YAOUNDE I



REPUBLIC OF CAMEROON  
Peace- Work – Fatherland  
UNIVERSITY OF YAOUNDE I

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

Je soussigné \_\_\_\_\_ **KAMI** \_\_\_\_\_, déclare accepter librement et de façon éclairée de participer à l'étude intitulée « *Signifiants culturels et travail d'élaboration de la maladie chez les patients en réadaptation cardiaque* ».

Sous la direction du Pr NGUIMFACK Léonard

**Promoteur** : Université de Yaoundé I ;

**Investigatrice principale** : FOSSO SONKEN Syriane

**Engagement du participant** : l'étude va consister à participer librement et de façon éclairée à une investigation psychologique à l'aide des entretiens.

**Engagement de l'investigatrice principale** : en tant qu'investigatrice principale, je m'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques. À protéger l'intégrité psychologique et sociale des participants tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies.

**Liberté des participants** : Le consentement pour poursuivre l'évaluation peut être retiré à tout moment sans donner des raisons et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour la participante.

**Information du participant** : le participant a la possibilité d'obtenir les informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigatrice principale. Et ce dans les limites de contraintes du plan de recherche.

**Bénéfice de l'étude pour le participant** : cette étude est faite sans aucun bénéfice direct.

**Garantie de confidentialité des informations** : toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle. La transmission des informations concernant les participants pour l'expertise ou pour la publication scientifique sera aussi anonyme.

**Éthique** : L'Université de Yaoundé I (promotrice de la recherche) et FOSSO SONKEN Syriane (investigatrice principale) s'engagent à préserver absolument la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations concernant les participants.

**Contact du chercheur :**

E-mail : fossosonkensyriane@gmail.com,  
Tél. (00237) 672022192/ 693961388

**Date et Signature du participant :**

22-11-2022

**Date et Signature du chercheur :**

**Formulaire de consentement**

REPUBLIQUE DU CAMEROUN  
Paix- Travail – Patrie  
UNIVERSITE DE YAOUNDE I



REPUBLIC OF CAMEROON  
Peace- Work – Fatherland  
UNIVERSITY OF YAOUNDE I

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

Je soussigné AZOU, déclare accepter librement et de façon éclairée de participer à l'étude intitulée « *Signifiants culturels et travail d'élaboration de la maladie chez les patients en réadaptation cardiaque* ».

Sous la direction du Pr NGUIMFACK Léonard

**Promoteur** : Université de Yaoundé I ;

**Investigatrice principale** : FOSSO SONKEN Syriane

**Engagement du participant** : l'étude va consister à participer librement et de façon éclairée à une investigation psychologique à l'aide des entretiens.

**Engagement de l'investigatrice principale** : en tant qu'investigatrice principale, je m'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques. À protéger l'intégrité psychologique et sociale des participants tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies.

**Liberté des participants** : Le consentement pour poursuivre l'évaluation peut être retiré à tout moment sans donner des raisons et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour la participante.

**Information du participant** : le participant a la possibilité d'obtenir les informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigatrice principale. Et ce dans les limites de contraintes du plan de recherche.

**Bénéfice de l'étude pour le participant** : cette étude est faite sans aucun bénéfice direct.

**Garantie de confidentialité des informations** : toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle. La transmission des informations concernant les participants pour l'expertise ou pour la publication scientifique sera aussi anonyme.

**Éthique** : L'Université de Yaoundé I (promoteur de la recherche) et FOSSO SONKEN Syriane (investigatrice principale) s'engagent à préserver absolument la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations concernant les participants.

**Contact du chercheur** :

E-mail : fossosonkensyriane@gmail.com,  
Tél. (00237) 672022192/ 693961388

**Date et Signature du participant :**

**Date et Signature du chercheur :**

## **Identification du participant Mr Azou**

Sexe : Masculin

Age : 65 ans

Date du diagnostic de :

Situation matrimoniale : Marié

Nombre d'enfant : 5

Ethnie paternelle : Beti

Ethnie maternelle : Beti

Religion : Catholique

## **Entretien avec le participant « Azou »**

**Étudiante** : Bonjour Monsieur !

**Azou** : Bonjour ma fille

**Étudiante** : comme conclu, cette matinée est dédiée à l'entretien. Pour commencer, pouvez-vous nous parler de vous ?

**Azou** : je suis Mr Azou, marié, enseignant retraité. J'ai été atteint d'une insuffisance cardiaque selon ce que le docteur me la dit puis que je n'arrivais pas à déchiffrer ce qui était écrit. Au début je ressentais un essoufflement, j'avais des difficultés à respirer qui a persisté d'ailleurs. J'avais des difficultés à me déplacer surtout lorsqu'il s'agit de monter une colline. Quand je me couchais je suffoquais tout le temps ce qui fait que j'essayais de garder la position assise car avec cette position assise la respiration redevient normale. Je passais donc beaucoup de temps à visionner dans la chambre parce que j'avais peur de me coucher et suffoquer. Par ailleurs quand je marche sur le terrain plat ça va, mais dès que j'engage une petite cote légère comme celle-là je m'essouffle et je me fatigue, bon je voyais cet étouffement là et j'assimilais ça à

l'asthme. Nous avons un dispensaire à côté, on m'a pris plutôt la tension, en fait les paramètres et au niveau du cœur on m'a donc fait comprendre que les battements du cœur n'étaient pas normaux, que par ailleurs la tension était basse, elle m'a dit que ce battement de cœur serait cause de l'essoufflement et qu'il me faut absolument voir un cardiologue parce que c'est au-dessus de leur niveau. Je dis non, il ne s'agit pas d'un problème de cœur, elle me dit non, cherche à voir un cardiologue. Par ailleurs, quand je voulais aider madame à fendre le bois pour la cuisine, je sentais comme si le cœur sautait pour tomber dans le ventre et en même temps comme si le sang se déversait dans le ventre, il y avait donc ce mal-là. Ma tête maintenant donnait l'impression qu'on a jeté un caillou dans l'eau et ça fait des sphères là et tout de suite il me faut m'agripper sur quelque chose si non je suis menacé de tomber. Bon ça progressait donc comme ça jusqu'à mon fils a fait des renseignements, mon fils ainé puisqu'il ne vit pas ici, il a fait des renseignements puis on lui a proposé le professeur (docteur). Nous y sommes donc allés. Voilà un peu comment la maladie. Quand nous allons donc à la messe, mon épouse, je vois qu'elle marche vite et j'essaye de la rattraper je n'arrive pas à la rejoindre et on ne comprenait pas ce qui se passait, et je lui dis mais pourquoi tu t'avances comme ça tu me laisses ? et si sur la route on prend un côté je vais devoir me reposer trois à quatre fois. Et je sens quelques douleurs du côté gauche où se trouve effectivement le cœur. Il y a beaucoup de chose qui s'ajoutent, il y a la fatigue, je ne peux pas travailler, je ne peux pas me mouvoir.

**Etudiante :** je comprends. Comment vous vous êtes senti après avoir vu le docteur ?

**Azou :** Moi je suis déjà en retraite et je n'ai plus assez de moyen pour faire des choses coûteuses comme ça. Je ne travaille plus ma fille, cela ne dépend pas de moi. Avec le maigre salaire qu'on nous donne après avoir pris la retraite, nous rencontrons vraiment beaucoup de difficultés. Tu imagines comment c'est pénible pour celui qui ne travaille pas et qui n'a recourt à aucun soutien venant de la part de ses proches ou famille. C'est d'ailleurs cette absence de soutien qui précipite la mort des uns et des autres. Avant que je ne tombe malade, j'étais un homme fort et très actif. Je n'aimais pas rester sans rien faire. En fait j'aimais bien assister ma femme à faire certains petits travaux comme fendre du bois et... j'aimais bien lui donner un coup de main mais depuis l'arrivée de la maladie je me sens moins fort et lorsque je soulève la hache pour

frapper sur le bois ça me donne l'impression que le cœur tombera dans le ventre et ce sera la fin de mon histoire...

**Etudiante** : je vois... pouvez-vous nous parler de votre réaction ou alors de votre ressenti après l'annonce de votre maladie ?

**Azou** : j'avais l'esprit un peu préparé parce qu'au paravent j'ai eu beaucoup de stress, j'ai eu beaucoup de stress au paravent.

**Etudiante** : vous parlez-là du stress. Pouvez-vous nous dire d'où provenait ce stress ?

**Azou** : oui...hésitation ; je suis allé brusquement en retraite. Ce n'est pas que le temps n'était pas arrivé, mais ça été brusque et certaines choses qui m'étaient bénéfiques n'ont pas donné les résultats que j'attendais, ça m'a fait beaucoup de stress et à la longue je sentais de temps en temps mal à la poitrine sans être malade encore qu'en cette matière de psychologie je m'y connaissais un peu. Je suis instituteur de formation et dans mes études j'ai eu le Bacc quand je travaillais déjà et pour progresser un peu dans le métier, l'Ecole Normale Supérieure ne m'ayant pas souri, je suis donc allé m'inscrire en psychologie pour passer du grade d'instituteur au grade de professeur adjoint d'Ecole Normale d'Instituteur. J'ai obtenu ma licence en psychologie à l'université de Yaoundé I, j'aurais pu continuer mais je l'ai fait tardivement, donc j'ai préféré m'arrêter en licence. J'avais donc pris la retraite brutalement. Brutalement comment ? Avec une certaine relation, j'ai eu l'occasion de travailler après la retraite. C'est dire que je prends la retraite le 22 novembre 2022, et celui avec qui je travaillais me dit qu'on va continuer de travailler ensemble. Ça fait donc que à ce niveau il y'a des petits avantages qui vous permettent de mieux vivre et de vous épanouir. Ça n'a pas mis long, il y a eu un remaniement ministériel et on a enlevé le Monsieur. Bon celui qui est venu a balayé tous ceux qui étaient déjà admis à faire valoir leurs droits à la retraite. Le jour qu'on nous enlevait, il y avait déjà un ordre de mission, on devait prendre l'avion le 4 octobre 2015 et nous étions le 2. C'était des missions qui nous donnent non seulement de l'argent mais aussi c'était un prestige pour voyager aussi par avion et tout de suite tout a été suspendu. Par ailleurs le ministre en question avait déjà donné son accord pour un véhicule, et avec mon statut de retraité j'allais obtenir la voiture à un prix dérisoire. Tout

était déjà fait, il fallait juste attendre décembre pour aller acheter le véhicule, mais le 2 octobre il y a eu remaniement ministériel et tous ceux qui étaient là ont été mis à la porte, ils ne font plus partir du gouvernement. Le nouveau ministre reprend son parc automobile, et voilà un bien que vous perdez et les avantages n'y suivent plus. Et lorsque vous aviez certains projets à accomplir, cela ne vous laisse pas la conscience tranquille par ce que vous êtes encore dans le besoin. Parmi les six enfants que j'ai trois fréquentent encore les autres mêmes, il y a un seul qui travaille et ce n'est pas toujours facile.

**Etudiante** : je comprends cette situation a été pénible pour vous. Pouvez-vous nous en dire plus sur votre réaction à l'annonce ?

**Azou** : bon quand on m'a annoncé qu'il s'agissait d'une maladie cardiaque, j'étais quelque peu préparé mais, cela a fait quand même un choc.

**Etudiante** : je comprends. A présent nous voulons que vous nous parliez des causes de votre maladie et comment vous la considérez.

**Azou** : Avant que le médecin ne me dise que je suis atteint d'une insuffisance cardiaque je n'avais aucune idée de comment elle pouvait se manifester. Tu vois ma fille, ces maladies que vous appelez maladie du cœur là, ce n'est pas pour nous, ce sont les choses des blancs. Tu vois quel Camerounais entrain de considérer ce genre de maladie comme venant de chez nous. Nous connaissons ici que les maladies comme ça ce sont des maladies graves qui ne peuvent qu'atteindre les blancs parce qu'ils sont développés et s'il arrive même que certaines personnes soient touchées ici chez nous, elles ne vont pas croire que ce soit ça mais plutôt, pensez que cela vient de l'ennemi, des gens qui l'en veulent. Moi par exemple j'ai considéré ces maladies au départ de mon diagnostic comme une maladie qui pouvait passer comme toutes les autres maladies mais avec la prise de médicaments prescrits, mon état ne s'améliorait pas et c'est là que ma famille consulte un guérisseur puis on leur a dit là-bas que je me suis disputé avec mes oncles paternels à propos du terrain. Le terrain, lui il m'appartenait et mes oncles ont dit que c'est pour eux, moi j'ai dit non, jamais ! que c'est pour moi. On leur a dit c'est à partir de cet instant que les problèmes ont commencé, on a dit que c'est eux qui se sont concerté pour me lancer cette maladie.

Mais avant, je me suis dit d'où me vient ce problème-là ? je fais beaucoup de sport, certes de prends de l'alcool mais pas beaucoup et d'où vient-il que j'ai un problème de cœur ? qu'est ce qui peut justifier que subitement j'ai le mal de cœur ? et certaines inquiétudes nous habitent parce qu'on se dit que pendant que nous nous reposons le cœur peut s'arrêter et vous partez une fois. Donc ça désaxe un peu l'équilibre psychologique quoi que préparé.

**Étudiante** : vous nous faites comprendre que la maladie du cœur est considérée par beaucoup comme une maladie des blancs. Nous voulons savoir comment est que vous la considérez et quelles sont les différentes représentations que vous vous êtes faites ?

**Azou** : la maladie en elle-même, je l'ai considéré au début comme toutes les autres maladies. Mais je me demandais si elle est irréversible ou si maintenant je devais vivre avec. C'est un peu ça que je crains parce que j'aimerai me faire soigner et redevenir comme avant parce que si je dois la trainer jusqu'à la fin de mes jours, ça me désaxerait. Je suis malade comme ça, mais seul ma famille proche en est informée. Je parle de ma femme et de mes enfants. Quand j'ai ce problème, je n'ai pas voulu informer la famille parce que dans ma famille, il y a beaucoup de pratiques de sorcellerie et des choses mystiques. Tu vois mon enfant...silence... j'ai eu dix enfants avec mon épouse et quatre sont décédés. Toutes ces morts ont été de façon mystérieuse. Chaque fois que je partais au village avec mes enfants je ne rentrais jamais avec eux tous parce j'enterrais une personne avant mon retour. C'est ainsi que j'ai fait quatre vacances au village et j'ai enterré quatre de mes enfants. C'est là que j'ai su que ces gens étaient des sorciers, j'ai compris pourquoi ils m'ont toujours envié. Bien que ma retraite brusque m'ait fait stresser, j'ai su que cette maladie venait de leurs pratiques de sorcellerie parce qu'on s'était discuté à la réunion et tous étaient contre moi. Ils conclu en disant que j'allais voir ce qui va se passer. C'est comme ça qu'après un bout de temps, le mal et la souffrance ont commencé... Cette famille est mauvaise...

Et la chance que j'ai dans ça c'est que j'ai une épouse attentionnée, qui écoute, elle me soutient beaucoup et ce soutien ne commence pas seulement par cette maladie (il sourit) ... c'est depuis la nuit des temps. Nous étions tous deux enseignants et nous deux sommes déjà en retraite. Mais je devais aussi beaucoup marcher selon ce que le medecin m'a dit.

**Étudiante** : je vois. Vous avez parlé de la marche, nous voulons savoir si c'était la seule activité qui vous a été proposée ?

**Azou** : non mais...il y a également eu des interdits

**Étudiante** : Interdits ?

**Azou** : Après le diagnostic, le medecin m'a interdit le sel, de prendre de l'alcool et de pratiquer du sport. Il ne sait même pas ce qu'il vient de me faire. Certes je ne consomme pas beaucoup d'alcool parce que d'ailleurs je sais que sa consommation en grande quantité nuit à la santé. Il m'a aussi recommandé de rester loin des bruits, par exemple aller rester dans un bar même pour assister quelqu'un alors qu'il y a de la musique. Mais alors...En tout cas qui suis-je pour aller contre la volonté du medecin ? S'il m'a interdit ces choses c'est surement parce qu'il veut de mon bien

**Étudiante** : D'accord. A présent nous voulons que vous nous parliez comment l'annonce de la maladie a été vécu par les famille ?

**Azou** : Ta question est bonne. Pour le moment, il n'y a que ma famille directe qui est au courant de ma maladie, c'est-à-dire mon épouse et mes enfants. Je me garde de ...

**Étudiante** : oui Mr, allez-y nous vous écoutons

**Azou** : vous savez, l'autre jour quand vous m'avez appelé j'étais au village. J'ai une de mes filles qui se mariait, en fait c'est la fille de mon frère, qui est aussi ma fille. Donc ce qui fait qu'en tant que membre de la famille je dois aussi assister pour faire la dote, la cérémonie traditionnelle. Je suis allé avec mon épouse, j'ai joué le jeu jusqu'à personne n'a su que j'ai un problème parce que ça va justement plaire aux autres. Il y a des sorciers qui vont en profiter pour faire du mal. C'est peut-être subjectif ce que je parle là, mais nous avons tout fait pour que personne ne sache que je suis malade. Il y avait de la musique mais nous nous assis très loin de là où on jouait la musique parce que la cour était grande. Bon on m'a proposé à boire mais j'i dit que j'étais tout fatigué et je ne pouvais pas boire, je n'ai pas dit que je ne bois pas parce que... et alors je commande une bouteille d'eau. Nous sommes donc repartis de là sans que quelqu'un ne soit au courant. Pour mes enfants, ils me comprennent et moi-même je leur donne du courage en leur disant une expression « pas de panique ». Mon fils aîné a pris la situation

en charge parce que nous autres on ne peut plus, nous n'avons plus de moyens parce que les pensions sont très réduites. Quand on est en fonction, le salaire est un peu consistant, mais une fois en retraite, c'est juste la subsistance. Mon fils aîné travaille déjà, le seul qui travaille d'ailleurs, il a pris sur lui toutes les dépenses. Il a pris sur lui les frais des examens et même des médicaments... C'est assez onéreux de ce côté-là (sourire).

**Pause**

**Étudiante** : pouvons-nous continuer Mr ?

**Azou** : oui allons-y

**Étudiante** : je comprends un peu à quel point cette retraite brusque, vous la vivez difficilement. Pouvez-vous nous me parler de ce que vous avez éprouvé jusque-là ?

**Azou** : comme je vous ai dit récemment, j'étais un tout petit peu préparé et ma femme, elle m'encourage beaucoup. Elle m'encourage de ce sens parce qu'elle-même elle a été très malade. Je l'ai soutenu aussi mais ce n'est pas seulement ça, elle est habituée à la maladie, donc elle sait ce que sait parce qu'elle avait eu un diabète, nous ne savions pas de quoi il était question, on s'est embrouillé avec les perfusions, les ceci et cela jusqu'au moment où la situation se gâte et on l'amène à l'hôpital. Nous y sommes arrivés et après les examens, on m'a dit tout le mal que lui ai causé en l'amenant dans des petits dispensaires et autres car cela n'a fait qu'aggraver sa situation. Elle est donc restée condamnée sous traitement à vie. Nous avons donc... j'ai acheté l'appareil qui permet de prendre la glycémie car son médecin m'avait dit qu'au lieu d'aller à l'hôpital central tous les jours il serait préférable d'acheter l'appareil. Moi-même je lui prends la glycémie au moins une fois par semaine. Bon est sur insuline et c'est moi son médecin (il sourit). Je lui administrais ses soins puis je notais dans son cahier et après peut être trois mois elle part faire un contrôle là-bas. Ce qui fait que quand j'étais dans cette situation-là, elle ne l'a pas pris...elle n'a pas fait de ça un cas alarmant. Elle m'encourage beaucoup, c'est peut-être moi qui peu un peu (silence) parce que j'ai eu à lui déclarer que je ne suis pas sûr que Noël allait me trouver vivant.

**Étudiante** : Je comprends. Je voudrais que nous revenions sur un point que vous avez soulevé tout à l'heure lorsque nous avons posé la question de savoir comment la famille a réagi à l'annonce ?

**Azou** : il s'agit de quel point ?

**Etudiante** : vous avez parlé des sorciers...

**Azou** : oui, dans la famille il y a la pratique de la sorcellerie et les choses mystiques. Dans la famille, beaucoup me promettent la mort. La mort pourquoi ? parce qu'ils estiment que moi j'ai réussi et c'est comme si j'avais pris ce qui leur revenait au niveau intellectuel et que sais-je encore ? ça crée donc de la jalousie parce que la jalousie provient de l'incapacité. Nous avons été à l'école, ou bien celui-là a eu des enfants qui n'ont pas prospéré, qui n'ont pas réussi à l'école, ils sont là au village soit à fumer du chanvre ou à prendre de l'alcool ou à errer mais on se demande pourquoi tel ? moi j'ai déjà perdu mes parents. Je n'ai pas de père ni de mère. Mes grands-parents sont partis aussi, ils sont morts depuis. Ça fait donc que les gens se demandent pourquoi la famille telle ? Je ne suis pas riche, je suis modeste tel que vous le constatez, mais chez nous (je suis de Kolafamba) je suis à 26km de Yaoundé. Ce n'est pas évident, ce n'est pas tout le monde qui a une maison à Yaoundé. Tout le monde n'habite pas sa propre maison parce que celle-ci c'est mon épouse et moi qui l'avons construite. Cela est déjà... je ne sais pas comment dire ça, c'est déjà tout une fortune, on me prend pour un bourgeois, on ne sait même pas qu'il peut me manquer 100f ou 1000f... Par ailleurs mes enfants essayent de se débrouiller à l'école. Ils ne sont pas dans la vie active mais ça ne fait pas bien qu'on... je le sais comment ? Mon épouse et moi nous avons eu 10 enfants. Il y a 4 qui sont déjà décédés et ces décès ne sont pas normaux... bref j'ai perdu quatre enfants et ce n'était pas des morts naturelles. Comment je le sais ? Nous étions encore tous sur le terrain et j'allais au village chaque congé avec mon épouse et mes enfants. Parfois quand on allait à trois on revenait à deux (visage triste) ... et les uns et les autres se dénoncent que c'est toi qui a fait comme ça, c'est toi qui a dit qu'on mange l'enfant de tel et ces choses nous reviennent... vous comprenez donc que... Je veux faire un champ, ils me disent que tu travailles, ton épouse travaille et tu viens discuter le champ avec nous ? Tu ne peux pas nous laisser le terrain aussi ? c'est autant de choses qui font que... tel autre est venu faire le champ là et tu lui as porté plainte chez le chef du village et on dit bon, comme tu as déjà cultivé, dès que tu finis de récolter tu libères le terrain, mais il te promet la mort. Et moi je me dis ce n'est pas toi qui détient ma vie. Et vous vous rendez donc compte que si celui-là est au courant que vous avez mal au cœur, entre sorciers, ils vont se concerter pour aggraver la situation de manière à vous précipiter. Et quand même mes enfants réussissent à un examen et que nous allons au village, je leur

recommande de ne pas le dire, et si quelqu'un leur demande comment étaient les résultats, qu'ils répondent que c'était mauvais. Quand tu leur dis cela, ils sont contents et ils font semblant de compatir, mais je sens qu'ils sont très contents d'apprendre que mon enfant a échoué... donc c'est autant de chose qui font qu'on n'en parle à personne sauf s'il arrive que je sois couché, c'est alors que qu'on pourrait les mettre au courant.

**Étudiante** : je comprends que cela a été un moment très difficile voire pénible pour vous. Pouvez-vous à présent nous parler du traitement ou alors de la prise en charge globale de votre maladie ? Je veux dire ce que vous avez pris ou fait pour vous retrouver dans cet état aujourd'hui.

**Azou** : comme je l'ai dit plus haut, mon diagnostic m'a fait commencer le traitement à l'hôpital. Je l'ai pris pendant un bon bout de temps avant de me lancer dans le traitement traditionnel où j'ai commencé par de petites infusions. Etant donné que je savais déjà que cette maladie n'est pas naturelle, je pouvais qu'opter pour un traitement traditionnel. Au début même j'ai pensé que c'était une maladie qui allait passer comme les autres maladies. Mais la durée et la douleur que je ressentais m'ont fait croire vraiment que l'affaire ci n'est pas naturelle. Après donc ma consultation chez le guérisseur, il m'a proposé de boire une boisson chaude à base des écorces pendant deux semaines et après quoi il me fera le bain. J'ai bu ce qu'il m'a demandé de boire pendant les deux semaines là puis je suis rentré le voir pour du bain. Mais avant d'y retourner, je sentais un léger soulagement et c'est comme ça qu'après son bain la douleur est complètement partie puis je me sentais mieux. Je pouvais à présent continuer à aider mon épouse à fendre du bois comme j'aimais le faire. En plus, j'ai commencé à ne plus dramatiser ma maladie.

**Étudiante** : Je comprends que ces décès vous ont fait développer les stratégies, voire les mécanismes pour affronter ta famille sans toutefois créer de conflit. Dites-moi, sur qui ou alors sur quoi est-ce que vous vous appuyiez face à cette situation ?

**Azou** : mon tout premier appui c'est Dieu et ensuite mon épouse parce qu'elle a été forte pour moi et me soutenait à chaque situation.

### **Identification du participant « zen »**

Participant « zen »

Sexe : femme

Age : 40 et plus

Date du diagnostic de l'insuffisance cardiaque : 17 aout 2019

Situation matrimoniale : mère célibataire

Rang dans la fratrie : 2eme/9

Nombre d'enfants : 02

Ethnie paternelle : Eton

Ethnie maternelle : Bassa 'a

Religion : Catholique

### **Entretien avec le participant « Zen »**

**Etudiante** : Bonjour Madame !

**Zen** : Demoiselle !

**Etudiante** : je m'appelle Fosso Sonken Syriane, étudiante au département de psychologie à l'Université de Yaoundé I. Je mène une étude sur les patients atteints de maladies cardiaques. Ce qui m'intéresse dans cette étude c'est le travail d'élaboration de la maladie chez ces derniers. Les données collectées dans le cadre de cette recherche restent absolument confidentielles. Pour ce faire, je sollicite vivement votre participation, et surtout sentez-vous concernez, sentez-vous à l'aise de parler en toute liberté. Nous allons interagir et il s'agira pour vous de vous exprimer et exprimer ce que vous avez ressenti depuis la maladie et comment vous-vous êtes pris.

**Zen** : D'accord, je vous écoute.

**Etudiante** : Ok pouvez-vous nous parler de votre vie avant la survenue de la maladie ?

**Zen** : je vous parle de ma vie d'avant ?

**Etudiante** : oui madame. Avant de nous parler de vous, pouvez-vous nous dire de Qu'elle maladie cardiaque vous avez été atteinte ?

**Zen** : Bon...J'ai été atteinte d'une insuffisance cardiaque.

**Etudiante** : Je vois. Pouvez-vous nous parler de vous maintenant madame ?

**Zen** : D'accord, je peux commencer par ma vie d'avant ?

Etudiante : Oui madame !

**Zen** : Avant je ne tombais pas malade. Je n'avais jamais une pareille maladie. J'ai grandi dans une famille unie. Mes parents étant là pour nous. Bon, ... j'ai une enfance plutôt formidable avec un père très aimant dont je porte le nom. Je suis deuxième d'une fratrie de neuf, dont j'avais un grand frère. Je ne sais pas mais j'avais la chance d'être hyper-intelligente donc ça fait que j'ai été hyper protégée par mon père. Donc du coup j'ai connu une vie scolaire normale. J'ai fait les écoles catholiques et je le suis d'ailleurs. Ma religion Catholique pratiquante. J'ai grandi dans cette religion. Les établissements où j'ai fréquenté étaient les établissements confessionnels. J'ai fait les écoles catholiques, comme l'école catholique de Mokolo, le collège de la Retraite et tout et tout...après le collège, j'ai fait l'université de Yaoundé. Après

l'université je suis entrée au barreau ... C'est quelque chose que j'aimais parce que si a avait été un choix qui a été initié par mon père il aurait aimé que je sois magistrat mais moi j'avais tellement insisté, je leur ai dit non, je ne me sentirai pas à l'aise là-bas parce que je veux être libre. La magistrature la même.... La hiérarchie ... euuuuh comment dire, là on nous impose les choses et tout et tout or dans la autant vous restez correct il n'y a pas de problème c'est vrai qu'il y a les obligations mais bon c'est rien comparable à ce qu'on vit comme dans la magistrature ; donc c'est comme ça que j'entre dans la profession. Et quand j'entre dans la profession mon père prend la retraite la même année... donc je prends la relève parce que je suis pratiquement la deuxième d'une fratrie de neuf, j'ai un grand frère qui connaît trop de problèmes donc ses responsabilités reposent sur mes épaules mais ça n'a jamais été un problème pour moi au contraire je l'ai fait de tout cœur parce que comme ça là je pensais donner un coup de main décharger un peu mes parents et tout... Aussitôt je suis entrée là-dedans j'avais une vie épanouie, déjà quand j'entre j'étais enceinte de mon fils et puis je continue dans la profession je suis vraiment à l'aise et tout et comme le Seigneur sait fait ses choses je commence à avoir beaucoup d'argent vraiment beaucoup d'argent et ça m'aider à soutenir tous mes frères et sœurs.

**Etudiante** : d'accord. Avez-vous une connaissance sur cette maladie avant d'en être atteinte ?

**Zen** : Avant que le médecin ne me pose le diagnostic d'insuffisance cardiaque, je connaissais que les maladies cardiaques existaient bien que la plus connue soit l'AVC. Je connaissais que lorsqu'on parle de maladie cardiaque, il s'agit des maladies graves et dangereuses. C'est d'ailleurs leur caractère grave et dangereux que beaucoup craignent surtout que cet AVC paralyse la plupart de temps. Je connaissais l'insuffisance cardiaque aussi. Mais c'est le médecin qui m'a plus expliqué à quoi cela renvoyait. Ma maladie débute à partir d'un rêve que j'ai eu à faire. Je dormais tranquillement dans mon lit jusqu'à ce que je ressente une douleur intense au niveau de ma poitrine, comme si quelqu'un m'avait frappé. Quand je me lève au petit matin, je constate effectivement que quelque chose s'est passée, puis je décide d'en parler avec une amie. Quand je l'ai fait, elle me fait comprendre que ce que j'ai ressenti n'est pas normal que je dois faire attention. Quelques jours passent, je commence vraiment à ressentir la douleur au niveau du cœur. Je consulte et le résultat sort que j'ai les problèmes au niveau du cœur. Je rentre voir mon ami puis elle m'amène chez une femme voyante. C'est chez elle que j'apprends que le

coup que j'ai reçu dans mon sommeil était une pratique de sorcellerie de la part de ma propre famille (mère et frère) pour me tuer mais que cela n'a pas marché c'est la raison pour laquelle le résultat a été cet IC qu'on a diagnostiqué.

**Étudiante** : je comprends. Vous pouvez à présent me dire comment vous avez su que vous aviez les problèmes de cœur ?

**Zen** : hésitation...

**Étudiante** : désolée madame, en vous regardant nous voyons que cela a été très pénible.

**Zen** : non mais ...je suis une très grande sportive, je ne suis jamais tombée malade, en dehors de la grippe qui était la maladie qui me menaçait le plus, j'étais toujours en forme, je n'ai jamais, jamais été malade. Et puis un jour mes parents se séparent après quarante ans de mariage... et je suis en ballottage puisqu'on estime que je supporte un peu mon père. Tout le monde se ligue contre moi, mes frères, ma mère se liguent contre moi, ça fait mal, j'ai fait une dépression, mais je leur dis je ne peux pas lâcher mon père parce que si j'en suis arrivée là, c'est grâce à lui donc je deviens la femme en battre... Et puis un jour je suis nommée Vice-présidente du comité de l'organisation de la Fecafoot. Entre temps mon père est décédé. C'est en 2012 qu'il décède. J'ai réussi, en fait c'est ce que je croyais... à réconcilier la famille lors des obsèques de mon papa, Je ne savais pas que c'était ma mort que moi-même je partais chercher, Et c'est donc comme ça que tout ce que je vais amasser, parce que moi je me disais que c'est une opportunité que le Seigneur vient de mettre sur ma route. Dans le passé j'ai beaucoup travaillé pour les gens il est temps que moi-même je prenne son de moi et de mes enfants. Je me dis donc ok ce que je vais amasser, je vais les mettre à profit pour les études de mes enfants et pour mon propre épanouissement personnel et c'est là où apparut le diable

**Étudiante** : diable ?

**Zen** : oui diable

**Étudiante** : pourquoi diable ? ou alors c'est qui ce diable

**Zen** : le diable c'est mon petit frère

**Étudiante** : pourquoi ce qualificatif ?

**Zen** : je nommé comme ça parce que tout ce qui ne vient pas de Dieu moi appelle ça diable.

**Etudiante** : dites-moi, comment en êtes-vous arrivés là ?

**Zen** : bon... je ne sais pas trop mais tout ce que je sais c'est que ...il était marié et vivait à Douala avec sa femme et ses enfants, mais un matin il débarque avec une fille qui se faisait passer pour la nièce de ... ils vont donc (silence) ils vont tout prendre chez moi, ils vont prendre tout ce que j'avais. Je ne peux pas savoir parce que j'étais un peu comme téléguidée, c'est comme si on m'avait fermé les yeux les oreilles et tout... Ils ont tout fait, j'étais dans un coin seul, tous ceux que j'appelais amis, je m'en étais éloignée et tout et tout... Ooohhh on va te nommer ministre, je savais que les choses comme ça existent mais je ne pouvais pas imaginer que cela pouvait venir de mon sang, mon propre frère donc c'est là que je commence donc à me rendre compte du fait, c'est là où je tombe et boom je m'évanouie, je commence par ressentir quelque chose de... c'est mon cœur qui bat vite. Mon deuxième enfant m'accompagne à l'hôpital, on fait l'échocardiographie et puis on prescrit des médicaments. Mais trois jours après puisque c'était avant le 15 août, je ressens les mêmes symptômes mais cette fois-ci je dis à mon fils on a déjà été à l'hôpital vaux mieux que j'aie vu le prêtre avec qui je prie souvent. Comme je n'arrivais pas à conduire, j'appelle un de mes frères qu'il me conduise. Et quand on arrive je commence à vomir et quand je vomis le prêtre prie, il prie. Comme il avait un autre programme in a demandé qu'on me ramène à la maison et quand c'est en cas de problème qu'on le rappelle et je dis aux enfants qu'on habite tellement loin je ne peux pas prendre le risque de rentrer, on observe et tout et tout c'est donc ici que je m'évanouie et mon frère a appelé ma famille, il appelle ma mère puis mes frères et sœurs. Ma famille décide de m'amener nuitamment au village et c'est là que mon frère là appelle le prêtre pour lui tenir informer de la situation et le prêtre leur dit « si vous déplacez maître à l'état dans lequel elle est là et qu'il lui arrive quelque chose vous serez responsable » c'est donc comme ça qu'il arrive il commence à prier et je revenais un peu un peu. Le lendemain matin je m'en vais le rencontrer puis il continue les prières et puis mon frère me dit « bon viens avec moi, moi je t'amène où je suis présentement avec la fille qui m'avait étouffé. On était sur la route de Mfou, on s'en va là-bas. C'est comme ça qu'au fil du temps je m'en rend compte que je commence à avoir les problèmes d'essoufflement, du genre je ne respire pas bien, et puis à un moment je me dis mais une grande sportive comme moi j'ai les problèmes d'essoufflement comment ? C'est comme ça que cela continue jusqu'au jour où je refais une autre rechute. Et c'est comme ça que je me retrouve devant le Docteur X,

entre temps on avait déjà tout dit sur moi à mon insu. C'est ainsi que chaque fois que je regardais mes enfants, surtout l'ainé, j'avais mal (silence marquant une sorte de tristesse). C'est-à-dire que je ne pouvais pas cesser de pleurer et me sentir comme une charge pour lui. C'est lui qui prenait plus soin de moi... Weeeer mon fils là a souffert sur moi parce que j'étais devenue comme un bébé à ce moment-là. J'avais vraiment de la peine pour lui mais bon ça va déjà (avec un petit sourire).

**Etudiante** : je vois. Mme avec votre permission pouvez-vous nous faire part de ces choses qui se disaient à votre insu ?

**Zen** : oui bien évidemment. Chacun disait ce qu'il pouvait dire. Elle est ceci cela, elle est dans la rose croix, elle veut nous vendre, elle a déjà fait son père lui a donné le lézard. Je pars même de là en catastrophe c'est un autre ami qui me dit que je ne peux pas rester ici, et c'est là qu'il m'amène chez le docteur X. On me fait les examens et tout et tout et c'est plus tard qu'on va m'expliquer que c'est une insuffisance cardiaque. Et je me demande quelle peut en être l'origine ?

**Etudiante** : ok. A présent, pouvez-vous nous parler des causes de ces maladies ?

**Zen** : je n'arrivais pas à comprendre ce phénomène parce que j'étais une grande sportive à l'école, je faisais beaucoup de sport je participais beaucoup aux jeux universitaires, aux jeux ceci... et j'étais une coureuse, je courais tout le temps et j'étais très physique. Le médecin lui-même a dit qu'il ne comprend rien. Ma maladie débute à partir d'un rêve que j'ai eu à faire. Je dormais tranquillement dans mon lit jusqu'à ce que je ressente une douleur intense au niveau de ma poitrine, comme si quelqu'un m'avait frappé. Quand je me lève au petit matin, je constate effectivement que quelque chose s'est passée, puis je décide d'en parler avec une amie. Je dormais tranquillement dans mon lit jusqu'à ce que je ressente une douleur intense au niveau de ma poitrine, comme si quelqu'un m'avait frappé. Quand je l'ai fait, elle me fait comprendre que ce que j'ai ressenti n'est pas normal que je dois faire attention. Quelques jours passent, je commence vraiment à ressentir la douleur au niveau du cœur. Je consulte et le résultat sort que j'ai les problèmes au niveau du cœur. Je rentre voir mon ami puis elle m'amène chez une femme voyante. C'est chez elle que j'apprends que le coup que j'ai reçu dans mon sommeil était une pratique de sorcellerie de la part de ma propre famille (mère et frère) pour me tuer

mais que cela n'a pas marché c'est la raison pour laquelle le résultat a été cet IC qu'on a diagnostiqué.

**Étudiante** : je vois. Pouvez-vous nous parler du traitement que vous avez reçu jusqu'ici ?

**Zen** : L'annonce de cette maladie m'a assommé (silence)j'ai été choquée d'apprendre que je souffre de cette maladie parce je me disais que je suis une très grande sportive et par conséquent une pareille maladie ne devrait pas m'atteindre. Malgré les signes annonciateurs, je ne pouvais pas imaginer que ce soit cette maladie par ce que je n'ai jamais blagué avec mon sport. En plus, me refuser du sel a été grave erreur de sa part. En fait je n'en revenais même pas. Je n'arrivais pas à croire que c'est moi qui vais faire ce qu'il dit là. C'est comme ça qu'au début du traitement j'ai continué à consommer du sel jusqu'à ce que le medecin constate et me réprimande mais je lui ai dit que je ne peux pas manger sans sel. Puis il m'a dit bon vas-y...si tu veux guérir cesse de consommer le sel mais si tu veux continuer dans la maladie, alors vas-y, la balle est dans ton camp. Tu vois même le sport que j'aime tant, il me l'a interdit, mais l'autre là, je n'ai pas hésité de respecter à la lettre parce que dès que je me suis entêtée une fois mon cœur a failli tomber dans mon ventre (elle sourit). Tout ceci a fait en sorte que je sois constamment dans la crainte. J'avais peur de tout en ce moment. Je ne pouvais même plus conduire ma propre voiture parce j'avais peur de m'étouffer où il n'y a personne. Comme je m'évanouissais beaucoup, j'avais peur de tomber un jour comme ça et de ne plus me relever. Je me voyais déjà morte jusqu'à je disais à mon fils aîné de prendre soin de son petit frère et c'est alors qu'il me disait « maman prends courage parce que rien ne t'arrivera, tu es une femme forte, aie la foi maman et tu iras mieux » Ce que j'ai pris comme traitement ce n'est que les médicaments que le Professeur m'a prescrits et ma prière. Quand j'apprends que c'est ma famille qui me veut du mal, j'ai eu mal mais je ne pouvais rien faire. J'ai continué à prendre mes médicaments tout en remettant mon sort entre les mains de Dieu. Je sais que Dieu ne dort pas. Quand je pense à lui par rapport à ma maladie, je deviens de plus en plus confiante et rassurée. Tu ne sais pas ce que ça fait d'être trahit par les siens. Je pouvais tout imaginer sauf ça. J'ai eu mal au plus profond de mon âme mais J'ai dû faire avec.

**Etudiante** : prière...

**Zen** : oui prière parce avec ma maladie j'ai constaté que je ne priais vraiment pas avant et même le Docteur X me disait ma chère il faut beaucoup prier parce que si tu es encore vivante sait que c'est le Seigneur parce que telle que tu étais arrivée ici, on ne savait pas que tu allais encore te tenir debout car beaucoup sont décédés avant même d'arriver ici, donc le Seigneur

t'interpelle. Donc comme avant je ne priais pas assez, J'ai donc commencé à doubler l'intensité, je me consacre maintenant beaucoup dans la prière. En fait, j'essaye de changer ma façon de vivre et c'est comme ça qu'au mois de Novembre... avant ça je priais quand même. Je suis dans un groupe de prière sur internet, je suis des paroles de connaissances et tout et j'écoute aussi le programme de prière tous les jeudis, sauf les jeudis où il y a un autre événement à l'église. C'est des prières qu'on met en ligne, elles se passent tous les jeudis comme j'ai dit et puis on les met en ligne les samedis à partir de 18h. c'est les samedis à 18h que moi je suivais cette prière et c'est les intentions qui comptent puis la foi aussi... Je prenais mes médicaments tel que le médecin les avait prescrits mais il n'y avait pas d'évolution. J'avais même décidé d'appeler le médecin pour lui dire que je suis fatiguée de prendre ces médicaments qui ne changent rien sur mon état. Net au moment où je me disais cela, il y a une parole de connaissance qui passait. Cette parole de connaissance disait « l'Éternel dans son amour et sa tendresse visite une personne qui est gravement malade et qui est découragé. Elle est découragée parce qu'elle prend les médicaments et elle ne voit pas l'effet de ces médicaments, alors le seigneur lui demande de continuer à prendre son traitement et de continuer à être fidèle à lui, à sa parole et elle guérira ». Quand j'ai entendu cette parole, je l'ai saisie et j'ai dit à Dieu qu'il s'agit de moi, qu'il me guérira de cette maladie. A partir de ce jour j'ai véritablement accepté ma maladie et c'est comme ça que je me suis senti mieux. Cette maladie a été en quelque sorte un moyen pour Dieu de me rapprocher de lui parce que même quand je rêve et que je sens le danger, je crie « Jésus » et je me sens mieux. Même quand les idées de mort me venaient à l'esprit je me souvenais de la parole de connaissance qui dit « quand je suis faible, c'est alors que je suis fort ». C'est-à-dire que tout ce que je faisais maintenant je pensais à Dieu devant. C'est comme ça que je prié et jeuné jusqu'à ce que je me sente soulagée aujourd'hui, cette maladie ne m'occupe plus l'esprit. Maintenant, je continue de prendre mes médicaments sans crainte parce que je sais que Dieu veille sur moi.

J'ai compris que cette parole s'adressait directement à moi, je me suis retrouvée dans cette parole. J'ai appelé mon fils aîné et puis j'ai ramené la prière en arrière, il a écouté puis on a éclaté en larmes. Après il me dit le Seigneur agit. Il me dit maman, je crois que c'est le Seigneur qui t'a envoyé ici, il faut continuer la prière. Depuis là j'ai accepté cette maladie, j'ai dit que je vais prendre mes médicaments et je vais guérir. Et depuis ce jour-là je me sens nettement beaucoup mieux. Ça veut dire que même si à un moment je me souviens de la maladie, je dis non, Seigneur tu as promis de me guérir et subitement je me sens bien. Et puis j'ai appris hein... en toute chose il faut rendre grâce au Seigneur. On ne loue pas le Seigneur

uniquement quand tout va bien, mais même quand les choses ne se passent pas comme on a voulu, on doit rendre grâce parce qu'il est Seigneur, il est au-dessus de tout. Donc on ne loue pas Dieu parce que les choses nous ont été favorables mais plutôt parce qu'il est Dieu et tout arrive pour sa gloire. Alors, depuis que je me suis mise dans cette logique-là, je me sens bien et je n'ai pas de problème ? je suis tranquille parce qu'avant je n'arrivais même pas à travailler, mais maintenant je travaille même si mon souffle n'est pas revenu totalement. Quand j'allais au palais de justice j'étais là, quand je monte les escaliers, je m'arrête et puis je reprends mon souffle avant de continuer et puis je réussis même à faire mon travail. Avant je n'arrivais même pas à aller hors de la ville, j'avais peur, je me disais que si ça m'arrive hors de la ville je fais comment ? J'ai intégré ça. A minuit même quand je sursaute je loue le Seigneur, j'ai dit au Seigneur, Seigneur met ta louange dans ma bouche en tout temps. Mon fils qui est en Europe, j'ai dit au Seigneur qu'il a permis que je trouve les moyens la première année pour payer sa pension 19 millions et voici la deuxième année je n'ai pas d'argent mais je sais que tu prendras soin de tout et c'est comme ça que Dieu a trouvé une alternative en lui donnant un employeur. C'est comme ça qu'il travaille et il fréquente au moment et ça lui permet de payer sa pension. Avec tout ceci je ne peux dire que le Seigneur est merveilleux, parce qu'avec lui j'ai senti la paix. La connaissance de Dieu m'a permis de mettre de l'ordre dans ma vie. Pour être très personnelle, même l'homme avec qui je vivais je l'ai quitté. J'ai dit je suis fatiguée de tout je veux louer mon Dieu, je veux le servir et je ne me plains pas. En gros, j'ai compris beaucoup de choses à travers cette maladie. J'ai compris que Dieu voulait me rapproche davantage à lui. Avant je priais mais pas beaucoup mais avec cette maladie j'ai appris à prier constamment sans problème. La maladie a ramifié ma foi, tellement j'étais traumatisé par elle et tout ce que je traversais en ce moment. Je crois qu'après tout reste Dieu reste et demeure Dieu parce qu'il transforme toute situation en a faveur et ne permet pas qu'on demeure dans les inquiétudes.

Voilà un autre sujet. Mon fils a eu le baccalauréat à 16 ans et du jour au lendemain il dit qu'il ne veut plus fréquenter. Je dis que j'étais dépassée, je ne savais pas quoi faire et c'est comme ça que ça faisait plaisir aux gens de la famille. Ils se disaient « elle a dit qu'elle est intelligente et que ses enfants sont intelligents noor, on va voir, voilà son fils au quartier voilà... ». C'était les rastas que tu voulais voir sur sa tête ? Les boucles d'oreille machin machin... j'ai pleuré toutes les larmes de mon cœur mais j'ai dit Seigneur je remets tout entre tes mains. Et de ces matins, l'enfant est venu au bureau et il me dit maman je veux fréquenter et j'ai regardé ma situation j'ai dit Seigneur tu connais que je n'ai pas d'argent mais merci parce que je sais que c'est toi qui est à l'origine de sa décision et que c'est toi qui va me permettre de

trouver l'argent pour que mon fils fasse le Bachelor. Et c'est comme ça que le Seigneur m'a permis d'avoir de l'argent pour envoyer mon fils en Europe, et là personne ne le sait. Ils savent tous qu'il a fini avec le Bachelor et qu'il est ici pourtant il est en Europe. Voilà donc ma vie et je remercie le Seigneur parce que comme le Professeur X me disait, cette maladie c'était pour te permettre de réaliser beaucoup de choses. Donc vous avez là tout le film de ma vie. Et malgré tout ce que j'ai vécu, je n'ai maudit personne, au contraire je les ai tous pardonné, et je continue de prier pour eux parce que je suis au courant de ce qui arrive à mes frères et sœurs. Ils sont tous diplômés mais ils n'arrivent pas à s'insérer dans la société. Et je sais que c'est ce qu'ils ont fait à moi et à notre Père. Tous sont là, personne n'est vraiment casée. Mon père est fâché contre eux.

**Étudiante** : je comprends. Mais dites-moi, comment quelqu'un qui est décédé il y a de cela 10 ans peut être fâché ?

**Zen** : oui comme je venais de le dire, il est très fâché à cause du traitement qu'ils ont donné à mon père et à moi. Ils ont passé le temps à faire souffrir mon fils, il a vécu tout, ils ont passé le temps à lui dire : « dis à ta mère de te dire où elle a mis ses mains pour souffrir de cette maladie » je leur ai demandé pourquoi ils veulent traumatiser mon enfant ? (silence) Je crois que ce que je vis maintenant c'est une punition de mon père. Je sais qu'il a mal où qu'il soit parce que je n'ai pas fait sa volonté. Mon père avant de mourir m'a confié sa famille. Il m'a demandé de me mettre à genoux pour qu'il puisse me bénir. Après la bénédiction, il m'a imposé à nouveau les mains en disant qu'il me confie sa famille et que je prenne bien soin d'elle pour qu'il n'y ait jamais de désordres. Là je vois que j'ai échoué sur ce point, d'où sa colère qui vient se manifester ainsi.

**Étudiant** : je constate que tout au long de votre discours vous parlez de Dieu. Je voudrais savoir si avant la maladie vous teniez le même langage ?

**Zen** : bon le seul héritage que mon père nous a laissé c'est Dieu. Mais ma mère, elle est Bassa, c'est elle qui fréquente les marabouts et elle a amené tous ses enfants là-bas. Moi elle m'avait amené une fois là-bas et je n'ai pas trouvé le discours de cette dame cohérent donc je décidé de ne plus y mettre pied et c'est la raison pour laquelle tous me haïssent. J'évite même les polémiques, vous jouez au grand moi je sais qu'il y a une seule personne qui est au-dessus de nous tous, c'est Dieu et c'est lui qui nous donne le souffle de vie. S'il décide de prendre son souffle de vie, tu n'es rien.

Déjà ma famille ne sait pas de quoi je souffre dans les détails. Ils savent que j'ai un problème cardiaque. Et les différentes représentations étaient liées au mystique. Ils ont passé le temps à me dire comment ma maladie n'est pas clinique, et qu'il faut un traitement traditionnel, c'est quelque chose qu'on t'a lancé. Comme moi je pars à l'hôpital là j-y vais pour rien ? Certains même me disaient que là où je suis là, je sais de quoi je souffre. Ma mère même a dit « qu'elle part à l'hôpital pour faire quoi, elle-même elle sait de quoi elle souffre » Mais avant là je me disais que je peux mourir à tout moment ; mais il m'est arrivé quelque chose de formidable pendant cette maladie, c'est-à-dire qu'au même moment que l'angoisse (mort) est là je ressens une paix intérieure. Parce que même si dans la nuit je sens le danger, je dirai seulement Jésus... et quand je le faisais ça réussissait à me calmer. Je sais que je suis debout je marche c'est grâce à Dieu, ce n'est pas parce que je suis trop forte. À un moment je pensais que je pouvais partir et cette idée-là me hantait. À cette époque-là je me disais que je suis en train d'aller retrouver mon père et j'essayais même de préparer mes fils, mais c'est l'ainé qui non maman pourquoi tu penses à ça ? Enlève ça de ta tête. Et puis euuuh une maladie qui s'accompagne d'une interdiction, je n'ai pas pu l'accepter. Au début de la maladie je n'avais plus d'appétit, ma bouche était sans saveur, et le fait de ne pas m'alimenter m'a fait perdre tout mon poids. Et c'est une décision que je n'ai pas pu accepter et le Docteur X m'a dit mange, tu es libre de le faire, si tu veux guérir arrête la consommation du sel mais si tu ne veux pas guérir mange. Et là je suis obligée d'arrêter. Mon sport, je le pouvais plus le faire parce que c'était l'un de mes meilleurs moments. Je faisais le sport même trois fois par semaine. Je dis que le sport m'avait désormais été interdit, ça m'avait démoralisé. J'ai noirci, j'avais noirci, même la paume de main comme ça quand je la regardais, elle n'était plus claire. Et donc l'aspect physique là, mon aspect physique, ça beaucoup joué sur mon mental.

**Etudiante** : d'accord, vous mettez en lien l'aspect physique à votre mental, est ce que vous pouvez nous en dire plus ?

**Zen** : oui, mon aspect physique a beaucoup joué sur mon mentale dans ce sens que j'étais belle. Et pour moi être belle c'était bien habillé, être bien coiffée, se bien chausser, oui c'est avoir un beau corps. La seule chose qui m'est restée c'est ma voix. J'ai maigri, j'ai maigri et j'ai demandé Seigneur pourquoi ceci m'arrive ? Mais aujourd'hui, j'ai accepté ma maladie et j'avance avec.

J'aime bien ma famille, j'aime ma mère. Je ne peux pas supporter que quelque chose leur arrive. Mon frère qui m'a frappé est à la maison aujourd'hui, il a tout abandonné, son

travail, sa famille. Je prie pour lui parce que je ne veux même pas entendre que quelque chose lui est arrivé. Et puis quand papa partait il m'a confié sa famille. Il m'a dit mets tes genoux au sol et puis il a imposé ses mains sur ma tête en me disant qu'il me confie sa famille. Et si je ne le fais pas, demain là quand je vais le retrouver qu'est-ce que je vais lui dire ? je sais que ça va finir par s'arranger, le Seigneur va toucher le cœur des uns et des autres même si je ne leur ferai plus totalement confiance, mais ça ne sera plus du genre que je leur tournerai totalement le dos. Nous étions une famille moderne hein, que ce soit en ville ou au village. Donc aujourd'hui comme les gens sont au courant e la division, ils sont contents, ils jubilent. Mais là maintenant je suis en train de retrouver ma joie de vivre, c'est-à-dire, j'essaye de m'habiller, me coiffer et autre or avant je n'avais même plus envie de sortir parce que dans le regard des gens je voyais des sous-entendus, ils se demandent ce qui m'arrive et donc je me disais à quoi bon de m'habiller et sortir ?

Mais grâce à Dieu là eeh je reprends gout à la vie et j'envisage même voyager voir mon fils en Europe. Donc je me retrouve encore en train de vouloir me faire belle parce que j'ai même demandé à mon fils de m'envoyer des bons produits de beauté.

**Etudiante** : je comprends. Je vois que dieu a au centre de tout. Maintenant pouvez-vous nous dire sur qui ou sur qui d'autre vous vous appuyiez lors de la maladie ?

**Zen** : bon mon premier appui c'est Dieu comme je le signale depuis le début et par la suite j'ai mes deux fils qui me soutenaient et m'encourageaient énormément. Ils étaient à mes côtés quand bien même la famille voulait les décourager et les éloigner de moi, mais le Seigneur ne l'a pas voulu.

Après tout je sais que papa est fâché et je dois aller lui parler sur sa tombe. Voilà ma vie, je crois que je vous ai tout dit, à vous d'en faire bon usage.

**Etudiante** : d'accord. Nous vous remercions pour votre participation Mme.

### **Identification du participant**

Participant « Kami »

Sexe : masculin

Age : 47 ans

Date du diagnostic : 12 janvier 2021

Situation matrimoniale : marié

Rang dans la fratrie : 3eme/8

Nombre d'enfants : 05

Ethnie paternelle : Baham

Religion : Catholique

### **Entretien avec le participant « Kami »**

**Etudiante** : Bonjour Monsieur !

**Kami** : Bonjour madame

**Etudiante** : comme conclu plutôt, cette matinée est dédiée à l'entretien. Avant toute chose, nous voulons que vous nous parliez de vous.

**Kami** : Je suis Kami. Je suis troisième né d'une fratrie de huit enfants. Je n'ai pas eu une enfance très joyeuse. J'ai perdu mon père étant encore au primaire. Les choses étaient si difficiles pour moi, mais par la grâce de Dieu et de ceux qui me protègent aussi, je suis devenu quelqu'un dans la société (il sourit). Mon père et ma mère étaient de très bonnes personnes. Ils m'ont donné la vie et m'ont donné l'occasion de m'insérer au sein de la société. Je suis marié à une merveilleuse épouse. Je l'ai rencontré au lycée. A chaque fois que je traversais des moments difficiles, elle était là. Non seulement elle était là, mais j'avais toujours à l'esprit que mon papa décédé et Dieu ne m'abandonneront pas. Parfois même il m'arrivait de rêver et de voir une main qui venait toujours me protéger quand les sorciers de mon village voulaient me manger. Donc ma fille tu vois que j'ai traversé d'énormes situations qui à la limite ont plutôt rendu fort et résistant.

**Etudiante** : je vois Mr, cela, n'a vraiment pas été facile pour vous. Alors, vous avez mentionné dans vos propos que grâce à Dieu et ceux qui vous protègent, vous êtes devenu quelqu'un. Pouvez-vous nous en dire plus

**Kami** : Bon je dis cela parce que de nos jours, ce n'est pas évident pour un enfant sans figure paternelle de réussir à s'insérer dans la société juste comme ça sans connaître quelqu'un. Tu vois ma fille, j'ai tellement traversé des situations difficiles qu'à un moment donné je me demandais si j'étais exceptionnel ; je veux dire qu'à chaque fois que j'étais butté, j'avais cette sensation que le ciel et certaines personnes que je voyais souvent avaient les regards tournés vers moi car, chez nous les morts veillent sur les vivants.

**Etudiante** : D'accord. A vous entendre, vous insistez sur le fait qu'il y a ceux qui vous protègent, pouvez-vous nous donner plus de détails ?

**Kami** : là je parle de mon papa et de ma maman qui est décédé en 2013. C'était des personnes merveilleuses et formidables ma fille. Donc tous ces temps où je tombais, ils étaient là.

**Etudiante** : je comprends. A présent, pouvez-vous nous dire comment vous avez su que vous étiez porteur d'une maladie cardiovasculaire ?

**Kami** : J'ai su que j'étais atteint d'une cardiopathie étant à l'hôpital. Je ne sais pas comment je me suis retrouvé là-bas. Au début je ressentais un essoufflement, j'avais les difficultés à respirer qui a persisté d'ailleurs. J'avis des difficultés à me déplacer surtout lorsqu'il s'agit de monter une colline. Chaque fois que je me couchais, je suffoquais. Tout ce que je sais c'est que, à des moments donnés, j'avais beaucoup de difficultés respiratoires. Parfois j'avais des vertiges et à des moments même, je m'évanouissais sans toutefois savoir la cause. Jusque-là, je n'avais pas pris toutes ces choses au sérieux jusqu'au jour où je suis tombé et je me suis copieusement fait mal au niveau du bras. J'avais tellement peur de me déplacer, parce que je me disais que je pouvais tomber en route. J'ai dû arrêter le travail parce que les escaliers que je grimpais accéléraient mon battement de cœur et puis je me fatiguais et s'en suivait les vertiges qui me faisaient penser à la mort (silence). Après avoir reçu mon diagnostic, voici le docteur qui vient m'expliquer en quoi consiste cette maladie. Il m'a dit qu'elle est due à un blocage au niveau de l'artère coronaire, qui diminue le taux d'oxygène qui arrive dans le sang, ce qui provoque ce qu'il a appelé

angine de poitrine ou autre complication ... Mais quand les symptômes persistent, j'ai senti que ces gens ont encore fait de la magie noire qui est une sorte de pratique de sorcellerie, c'est alors que j'ai compris pourquoi mon père nous disait toujours de se protéger contre l'ennemi parce qu'il est violent et toujours prêt à agir. Bien que mon état soit avancé, il m'a rassuré que si je respectais à la lettre la prise de mes médicaments mon état s'améliorera progressivement (silence) mais je sais que ce sont les gens de mon village.

**Etudiante** : tu dis les gens de ton village ?

**Kami** : oui, les gens de mon village ma fille. Tu imagines qu'ils ont toujours envié mon père (silence), ils ont vu en mon père une grande personne, une grande destinée, c'est la raison pour laquelle ils ont précipité sa mort, croyant qu'ils avaient gagné la bataille mais mon papa même dans l'au-delà a continué de veiller et de me protéger contre toutes leurs mauvaises pratiques. Vraiment ma fille, ça n'a pas été facile, mais un tant soit peu je me suis souvenu que papa nous amenais souvent voir une femme voyante au village qui nous faisait des scarifications sur le corps et ceci dans le but de nous protéger. Ah ma fille on ne dit pas tout (il baisse la tête et garde le silence pendant un bon moment).

**Etudiante** : je comprends. C'est important pour un enfant de suivre les pas de son père. Maintenant dites-moi, que saviez-vous sur cette maladie avant le diagnostic du médecin ?

**Kami** : Ma fille, moi je connais moi seulement les maladies simples que tout le monde en souffre comme le palu et autres. Il est bien vrai que j'étais tombé malade dans le passé mais je prenais tout le temps mes médicaments parce que le médecin m'avait fait comprendre qu'il ne faut pas négliger les traitements de peur que cela n'occasionne autre chose dans l'organisme. Avant que le docteur ne m'apprenne réellement ce que c'est, j'entendais parfois les gens parler de maladies cardiaques en faisant référence à l'AVC, mais vraiment je ne connaissais pas de quoi il s'agissait dans les détails surtout que je n'avais jamais vu quelqu'un qui en était atteint. C'est quand moi-même je chute et on me conduit à l'hôpital et on me pose le diagnostic cette maladie (cardiopathie) que je comprends mieux de quoi il s'agissait. Mais je n'en reviens pas parce que nous connaissons comment les choses fonctionnent chez nous ici, la jalousie et l'envie sont pleines dans les cœurs des gens et dès qu'on voit que tu veux devenir quelqu'un dans la vie on te balance ce genre de maladie. J'ai eu à rêver une fois puis j'ai vu mon décédé qui me

m'avertissait toujours des gens de mon village c'est ta dire la grande famille. Tu sais quand une pareille maladie arrive on a souvent espoir qu'elle va passer. Mais au fil du temps on constate que rien ne marche. Cela a été mon cas ma fille et c'est en ce moment que j'ai senti que mon entrée à l'ENSET à entrainer la jalousie et c'est alors que ces mauvaise personnes, pleines de méchanceté m'ont jeté ce sort. Tu vois ce qu'on appelle maladie cardiaque et même le cancer, ce sont des maladies qu'on lance sur les gens de nos jours. Elle n'est pas naturelle ma fille, est-ce que Dieu peut donner un cœur et l'abimer par la suite, tout en sachant que c'est le moteur de l'organisme ? moi je ne crois pas. Il est vrai qu'avec la modernité et tout ce qui va avec des complications peuvent surgir et prédisposer l'individu à la maladie. Mais jusque-là la probabilité est réduite.

**Etudiante** : d'accord. Comment cette maladie est-elle comprise chez vous ?

**Kami** : je viens de te dire que cette maladie ne relève pas du naturel. Elle est mystique. Ils sont convaincus que s'ils me touchent le cœur, le reste du corps ne servira plus à rien.

**Etudiante** : je constate que vous en parlez avec beaucoup de précision. Pouvez-vous à présent nous parler des causes de cette maladie dont vous souffrez ?

**Kami** : après le diagnostic, le docteur a dit ça part qu'il pouvait dire, mais moi je reste carré sur ce que j'ai dit. Elle est mystique et le genre si ne se soigne pas à l'hôpital Comme beaucoup de personnes le pensent. Je ne sais pas, mais j'ai aussi l'impression que je n'ai pas fait la volonté de papa. Parce qu'il nous disait quand j'avais 12 ans qu'il faut toujours se protéger tout le temps parce que l'ennemi est violent et toujours prêt à attaquer. Etant loin de la campagne, je ne faisais pas ce que papa avait dit à maman et à nous, du coup je me suis dit qu'il fallait faire un tour au village pour revoir la voyante qui faisait les pratiques de scarification du vivant de mon père. Tu comprends que beaucoup de choses se passent très souvent quand nous dormons, et pour combattre certaines forces, il n'y a que Dieu et nos ancêtres qui voient au-delà de ce que nous voyons pour pouvoir nous protéger.

**Etudiante** : je vois. Cela voudrait dire cette pratique de scarification joue un rôle très important ? et comment ?

**Kami** : ces scarifications sont des sources de protection, car avec elles le méchant, l'ennemi n'arrive plus à nous atteindre, si oui très difficilement. J'allais oublier un détails ma fille. Après la mort de ma mère, je me suis senti un peu coupable. J'ai eu à l'esprit que je suis

tombé malade parce que maman et moi n'étions pas en bon terme avant son départ dans l'autre monde (silence) en fait, j'ai été surpris par cette maladie parce que je me portais bien. Je me portais bien comme ça pourtant je n'avais pas la paix au fond de moi. Avant que ma mère ne parte, je n'étais pas en bon terme avec elle et pourtant elle a toujours été avec nous. Mais lorsqu'elle est tombée malade, je ne sais pas ce qui m'a pris, mais je l'ai abandonné. Sous la colère ma mère a dit à ceux qui étaient autour d'elle de me dire que je ne connaîtrai pas la valeur de la santé. C'est comme ça que toute ma vie je demande à Dieu de me pardonner pour ma mauvaise attitude d'autrefois. Mais j'ai pensée à quelque chose (silence) même en prenant mes médicaments je me suis rappelé du vieux temps où papa nous amenait voir une femme voyante qui nous blindait en guise de protection. Je prends le risque de monter au village un jour pour rencontrer cette femme. Arrivé chez elle, elle me fait comprendre que les gens qui ont mangé mon père veulent également que je le rejoigne. Elle ajoute en disant qu'ils m'ont lancé cette maladie parce qu'ils savent que le cœur est le noyau du corps, s'ils parviennent à le toucher je mourrai silencieusement. Et c'est là que je lui confirme que j'avais pensé exactement comme elle. Elle a à cet effet programmé la séance de blindage dans deux semaines après m'avoir donné quelques médications. Deux semaines arrivent, je m'y rends à nouveaux puis la séance de blindage commence. Ce sont des choses qu'on explique pas au gens comme ça mais je ne sais pas pourquoi tu es chanceuse pour que je te raconte tout ceci et en plus dans les détails qu'il ne faut même pas. Mais bon allons-y... Il y avait une calebasse Blanche et une calebasse noire. Un mélange de je ne sais quoi était sous une feuille de macabo et autre truc que moi-même je ne maîtrise pas bien. Il m'a demandé de retirer ma chemise et de m'allonger. Après avoir fait cela, il a pris une huile de couleur noire et a oint toute ma poitrine tout en insistant sur le côté gauche. Ensuite il a pris un demi métal pointu et limé pour me déchirer avec. Quand je parle de déchirer il ne s'agit pas d'une grosse blessure mais juste trois longs traits du côté droit et six longs traits du côté gauche. Après avoir dessiné ces traits-là, il a pris le mélange noir qui se trouvait dans la feuille pour mettre sur la blessure des traits en disant que la maladie libère mon corps. Je t'assure que lorsque je suis sorti de là je me sentais parfaitement bien et depuis ce temps jusqu'à présent où je te parle je n'ai plus jamais eu de crise. Ma fille, après ça, j'ai dit, cette maladie va s'en aller, elle n'a pas droit de rester sur moi.

Tu sais, dans nos cultures et particulièrement chez nous à Baham on ne blague pas avec l'interprétation donnée au rêve. La majorité de fois que nous rêvons, ces rêves agissent sur nous. Par exemple ma vie n'a pas été facile. J'ai été tout le temps combattu par des gens que je ne connais même pas. Chaque fois je rêvais et je voyais les gens venir me combattre avec des

lances. Mais je remercie dieu parce malgré tous leurs efforts j'étais protégé. Chaque fois qu'ils venaient, ils essayaient d'enfoncer la lance sur moi mais par la grâce de Dieu ils ne réussissaient pas parce que Dieu et mes ancêtres ne leur permettaient pas (...) la nuit après que je fais le blindage, j'ai fait un autre rêve ou papa est venu me toucher au niveau de la poitrine du côté du cœur puis me dit vas sur la tombe de ta mère lui demander pardon. Quand je me réveille alors, c'était comme si je n'étais jamais tombée malade. Je suis allé sur la tombe de mère et je lui ai demandé les excuses ; depuis ce jour je me porte bien, j'ai l'impression que la maladie m'a quitté et que je parviens à la dominer ».

J'étais vraiment troublé par ce que j'avais fait dans le passé. J'ai décidé de rencontrer aussi le prêtre. Quand la maladie est arrivée j'ai pensé que c'était le lieu de vraiment demander pardon à Dieu. Le prêtre m'a dit que les situations ça, Dieu les utilise pour rapprocher ses brebis vers lui. Il a dit que ça pouvait être un moyen pour Dieu de mon montrer son amour.

**Etudiante** :je comprends, Dites-moi, la situation de maladie MCV a dû être très difficile depuis le diagnostic. Pouvez-vous nous dire comment vous vous senti au moment où vous l'avez appris.

**Kami** : vraiment, ma fille, cette maladie m'a assommé. Je veux dire que c'était un grand choc, ça m'a bouleversé, je n'en revenais pas bien qu'ayant été avisé par les symptômes que j'avais. Ma fille j'ai été traumatisé par cette annonce et c'est comme ça que j'ai vu ma vie défiler devant moi comme ça. J'étais triste et angoissé tout le temps, j'avais peur de me déplacer ou de me coucher parce que je me disais que la mort pouvait arriver à tout moment. Avec cette maladie, je suis devenu comme un enfant car je pouvais plus faire mes choses de moi-même, il fallait toujours l'assistance d'une personne et cela devenait un pour mon épouse et pour mes enfants. Je ne comprenais plus ce par quoi je passais. La peur était énorme, je voyais ma vie défiler devant-moi. J'avais peur de partir et laisser mes enfants si tôt comme mon père l'avait fait. Chaque fois que je m'étouffais je voyais la mort devant moi, je pleurais comme un enfant parce que je me demandais qui allait prendre soin des siens après mon départ.

## TABLE DES MATIERES

<b>SOMMAIRE</b> .....	
<b>DEDICACE</b> .....	<b>i</b>
<b>REMERCEMENTS</b> .....	<b>ii</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	<b>iii</b>
<b>LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES</b> .....	<b>iv</b>
<b>RESUME</b> .....	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>vi</b>
<b>INTRODUCTION GENERALE</b> .....	<b>1</b>
<b>PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE</b> .....	<b>4</b>
<b>CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE</b> .....	<b>5</b>
<b>1.1 CONTEXTE DE L'ETUDE</b> .....	<b>5</b>
<b>1.2 FORMULATION DU PROBLÈME</b> .....	<b>12</b>
<b>1.2.1 Etat de la question</b> .....	<b>12</b>
<b>1.2.2 ENONCE DU PROBLEME</b> .....	<b>17</b>
<b>1.3. QUESTION ET HYPOTHESE DE RECHERCHE</b> .....	<b>18</b>

<b>1.4 OBJECTIF DE L'ÉTUDE.....</b>	<b>19</b>
<b>1.5. INTERETS DE L'ETUDE .....</b>	<b>19</b>
<b>1.5.1 La plan scientifique .....</b>	<b>19</b>
<b>1.5.2 LE PLAN CLINIQUE.....</b>	<b>20</b>
<b>1.5.3 LE PLAN SOCIAL.....</b>	<b>20</b>
<b>CHAPITRE 2 : MALADIES CARDIOVASCULAIRES ET RETENTISSEMENTS</b>	
<b>PSYCHIQUES .....</b>	<b>22</b>
<b>2.1. Le cœur et ses fonctions .....</b>	<b>23</b>
<b>2.2. Les types de maladies cardiovasculaires .....</b>	<b>24</b>
<b>2.3. LES SYMPTOMES DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES .....</b>	<b>26</b>
<b>2.4. La réadaptation cardiaque .....</b>	<b>26</b>
<b>2.4.1. Définition .....</b>	<b>26</b>
<b>2.4.2. Intérêts physiologiques de la réadaptation cardiaque à l'effort.....</b>	<b>27</b>
<b>2.4.1.1. Indication et contre-indication pour le programme de réadaptation cardiaque</b> .....	<b>28</b>
<b>2.4.1.2. Contre-indications .....</b>	<b>28</b>
<b>2.4.3. Les différentes phases de la réadaptation cardiaque .....</b>	<b>28</b>
<b>2-5 Facteurs de risque et facteur de protection .....</b>	<b>29</b>
<b>2.5.1. Facteurs de risque.....</b>	<b>29</b>
<b>2.5.2. Effets des facteurs psychosociaux sur les maladies cardiovasculaires.....</b>	<b>32</b>
<b>2.5.3. Facteur de protection .....</b>	<b>35</b>
<b>2.6 Répercussions psychologiques des maladies cardiovasculaires .....</b>	<b>38</b>
<b>2.6.1 Maladies cardiaque et syndrome de stress post traumatique.....</b>	<b>38</b>
<b>2.6.2 DEPRESSION ET MALADIE CARDIAQUE .....</b>	<b>33</b>
<b>2.6.3 ANXIETE ET MALADIES CARDIAQUES .....</b>	<b>34</b>
<b>2.6.4 QUALITE DE VIE ET MALADIE CARDIAQUE.....</b>	<b>34</b>
<b>2.7 La maladie cardiaque : maladie psychosomatique ? .....</b>	<b>40</b>
<b>2.8. Approche des modes de représentation de la maladie selon Laplantine (1986) .....</b>	<b>45</b>

2.8.1	Système de soins et modèles explicatifs.....	47
2.8.3.	Recherche de sens et le recours à la médecine traditionnelle africaine .....	48
<b>CHAPITRE 3 : INSERTION THEORIQUE .....</b>		<b>52</b>
3.1	Approche théorique de la mentalisation .....	52
3.1.1	la représentation .....	52
3.1.1.1.	Les représentations de choses .....	53
3.1.1.2.	Les représentations de mot .....	54
3.1.1.3	Représentations et rapport entre signifiant/signifié .....	54
3.1.2.	La symbolisation .....	55
3.1.2	La mentalisation .....	57
3.1.1	La mentalisation selon Pierre Marty .....	57
3.1.3.2	La mentalisation selon Rosine Debray.....	58
3.1.3.3	La mentalisation selon Peter Fonagy .....	59
3.1.3.4	La mentalisation selon Jean Bergeret .....	60
3.1.3.5	La Mentalisation et le corps propre selon Mayi .....	62
3.2	Approche ethnopsychanalytique de la maladie .....	63
3.2.1	L'ethnopsychanalyse .....	63
3.2.2	Théorie de la relation conflictuelle.....	64
3.2.2.2.	La structuration de la personne : les Constituantes de la personne-personnalité .....	67
3.2.2.2.	Les repères socioculturels de l'expérience de soi en milieu traditionnel Africain (Sow 1978) .....	69
3.2.2.3.	Symboles originels et dynamiques de la personne-personnalité en Afrique ....	70
3.2.2.4.	Angoisse de persécution et interprétation persécutive .....	71
3.2.2.5.	La relation africaine de la sorcellerie .....	72
3.2.2.6.	Vers la notion de champ conflictuel dynamique en milieu traditionnel.....	73
3.2.2.7.	La notion de conflit dynamique en milieu traditionnel.....	75
<b>DEUXIEME PARTIE : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE.....</b>		<b>77</b>

<b>CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE DE RECHERCHE.....</b>	<b>78</b>
<b>4.1. Rappel de la problématique .....</b>	<b>78</b>
4.1.2 Question de recherche .....	80
4.1.3 Hypothèse de l'étude .....	80
4.1.3 Objectif de l'étude .....	81
<b>4.2 site de l'étude et justification.....</b>	<b>81</b>
4.2.1 Présentation de la Clinique les Promoteurs de la Bonne Santé.....	81
4.2.2 localisation géographique.....	82
4.2.3 Présentation du service de cardiologie de la Polyclinique les Promoteurs de la Bonne Santé de Yaoundé .....	83
<b>4.3. Procédure et critère de sélection des participants.....</b>	<b>83</b>
4.3.1. Critères d'inclusion .....	83
4.3.2. Critères d' exclusion.....	83
<b>4.4 Caractéristiques des participants .....</b>	<b>84</b>
<b>4.5 Type de recherche .....</b>	<b>84</b>
<b>4.6 Méthode de recherche : Méthode clinique.....</b>	<b>85</b>
<b>4.7 Technique et outil de collecte de données : Entretien semi-directif et guide d'entretien .....</b>	<b>88</b>
4.7.1 Technique de collecte de données : Entretien clinique.....	88
4.7.2 Outil de collecte de données : guide d'entretien .....	89
<b>4.8 Déroulement de l'entretien .....</b>	<b>90</b>
<b>4.9 Technique d'analyse : analyse de contenu .....</b>	<b>92</b>
<b>4.10 Analyse thématique .....</b>	<b>94</b>
4.11 Difficultés rencontrées.....	95
<b>4.12 Considérations éthiques.....</b>	<b>96</b>
<b>CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....</b>	<b>98</b>
<b>5.1. Représentations culturelles de la maladie.....</b>	<b>98</b>
<b>5.2. Signifiants culturels et travail de mise en sens de la maladie.....</b>	<b>105</b>

<b>5.3. Diagnostic et son retentissement .....</b>	<b>109</b>
<b>5.4. Contraintes liées à la maladies cardiaque et son traitement .....</b>	<b>111</b>
<b>5.5. Processus / Mécanismes psychiques en jeux dans le vécu de la maladie.....</b>	<b>114</b>
<b>CHAPITRE 6 : INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS.....</b>	<b>118</b>
<b>6.1. Synthèse des résultats.....</b>	<b>118</b>
<b>6.2. Application de la théorie de la mentalisation à la compréhension des résultats .....</b>	<b>120</b>
<b>6.3. Discussion des résultats.....</b>	<b>123</b>
<b>6.3.1. La souffrance psychique chez patients en réadaptation cardiaque .....</b>	<b>123</b>
<b>6.3.2 Vécu de la maladie chez les patients cardiaques.....</b>	<b>126</b>
<b>6.3.3. Enjeux des signifiants culturels dans le travail d’élaboration la maladie cardiaque .....</b>	<b>126</b>
<b>6.5. Implications et perspectives.....</b>	<b>128</b>
<b>6.5.1. Implications.....</b>	<b>128</b>
<b>6.5.2. Perspectives .....</b>	<b>128</b>
<b>CONCLUSION GENERALE .....</b>	<b>129</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>133</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>viii</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>xxxix</b>