

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTÉ DES SCIENCES DE

L'ÉDUCATION

DEPARTEMENT DE DE L'ÉDUCATION

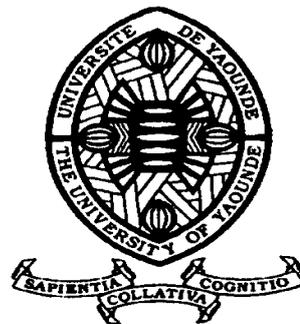
SPÉCIALISÉE

CENTRE DE RECHERCHE ET DE

FORMATION DOCTORALE EN

« SCIENCES DE L'ÉDUCATION ET

INGENIERIE EDUCATIVE »



REPUBLIC OF CAMEROUN

Peace – Work – Fatherland

UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF SCIENCES OF

EDUCATION

DEPARTMENT OF OF

SPECIALIZED

EDUCATION

POSTGRADUATE SCHOOL FOR

THE SOCIAL AND

EDUCATIONAL

SCIENCES

**LOCUS DE CONTROLE ET VECU DE L'EPILEPSIE : UNE
ETUDE DE CAS AUPRES DES PATIENTS EPILEPTIQUES
DE L'HOPITAL CENTRAL DE YAOUNDE - CAMEROUN**

Mémoire rédigé et présenté en vue de l'obtention du Diplôme de
Master
en Education Spécialisée

Par : **Armel Romaric NGUEPNANG**

Licencié en Psychologie

Sous la direction de

Emmanuel MALOLO DISSAKE

Maître de conférences

Année Académique : 2017



SOMMAIRE

SOMMAIRE	i
DEDICACE.....	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	iv
LISTE DES TABLEAUX.....	v
RESUME.....	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCTION.....	1
CADRE CONCEPTUEL	4
CHAPITRE 1 : CONTEXTE ET PROBLEME DE RECHERCHE.....	5
CHAPITRE 2 : GENERALITES SUR L'ÉPILEPSIE	17
CHAPITRE 3 : LES ATTRIBUTIONS CAUSALES ET LE LOCUS DE CONTROLE (LOC)	55
CADRE OPERATOIRE	74
CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE DE L'ÉTUDE.....	75
CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....	85
CHAPITRE 6: INTERPRETATION DES RESULTATS	102
CONCLUSION	115
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	118
TABLE DES MATIERES	122
ANNEXES	128

A

MON PERE

Thomas NGUEPNANG

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier le Pr Emmanuel MALOLO DISSAKE pour la confiance qu'il m'a accordée en acceptant de diriger ce travail.

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance au chef de département de l'Education Spécialisée (EDS), le Pr Marc Bruno MAYI ainsi qu'à toute l'équipe enseignante du Département pour leur éclairage.

Je n'oublie pas :

Mon épouse Marie Sylvie NGUEPNANG pour son soutien et sa vigilance nécessaires dans la réalisation de ce travail.

Mon fils Daniel Schilo NGUEPNANG dont la présence à mes côtés a été très motivant.

Ma mère Emilienne NJOMNANG qui ne s'est jamais fatigués de me soutenir et de m'encourager dans mes études et dans toutes mes initiatives.

Ma tante Marcelle Florence NZESSEU, ma belle sœur Joëlle Nathalie SIEWE, mes petits frères Romeo WETE, Léonel TCHOUANGMOU et mes grands frères Ulrich Boris NONO et Serge NGOPNANG, pour leurs conseils, orientations et appuis multiformes.

Mes collègues Armel MEWOUTH, Adeline MOULIOM, Romual FEUSSI et Reine BOUYAP pour leur aide et orientations.

Que tous ceux qui ici ne sont pas nommément cités trouvent en ce lieu l'expression de ma profonde reconnaissance.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

CASQ : Children attributionnal style questionnaire

CCTILAE: Commission on classification and terminology of the international league against epilepsy

CT : Computer tomography/ tomographie par ordinateur

EEG : Electroencéphalogramme

EME : Etat de mal épileptique

fMRT : la MRT fonctionnelle

GABA : Acide gamma amino butyrique

HTA : Hypertension artérielle

IDD : Inter-ictal dysphorique disorder

I-E : Interne-externe

IMC : Infirmité moteur cérébral

IRM : Imagerie par résonance magnétique

LOC : Locus of control/ Locus de contrôle/ lieu de contrôle

MEG : le Magneto-encéphalogramme

MRS : la spectroscopie à résonance magnétique

MRT : la tomographie par résonance magnétique

NFS : Numération formule sanguine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PET : la tomographie à émission des positions

PRSPD : Programme de réhabilitation sociale des personnes démunies

SPECT : la tomographie par ordinateur par émissions de photons simples

TLE: Temporal lob epilepsy/épilepsie du lobe temporal

TOC : trouble obsessionnel compulsif

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Incidence annuelle de l'Epilepsie dans quelques études au Sud du Sahara (Preux & Duret-cabanac, 2005)	20
Tableau 2: prévalence de l'Epilepsie selon certaines études en Afrique subsaharienne (Preux & Duret-cabanac, 2005).	21
Tableau 3: Prévalence de l'Epilepsie dans le continent.	22
Tableau 4: Prévalence de l'Epilepsie en Amérique latine, en Asie et en Océanie	23
Tableau 5: Etiologies des Epilepsies en fonction de l'âge (Thomas & Genton, 1994)	26
Tableau 6: Classification internationale des crises épileptiques	28
Tableau 7: Classification internationale des épilepsies et des syndromes épileptiques (Commission on classification and Terminology of the International League Against Epilepsy, 1989).	29
Tableau 8: Caractéristiques pharmacologiques des 04 anticonvulsants majeurs et leurs effets indésirables principaux.	35
Tableau 9: Le phénobarbital.	37
Tableau 10: La phénitoïne.	37
Tableau 11: La carbamazépine.	38
Tableau 12: La valproate de sodium	38
Tableau 13: Symptômes les plus fréquemment retrouvés dans la dépression et de l'IDD (Will, 2008).	43
Tableau 14: Incidence de l'épilepsie sur la cognition.	53
Tableau 15: Définition de l'optimisme et du pessimisme en fonction des explications apportées aux événements positifs et négatifs.	61
Tableau 16: Structure logique des hypothèses	76
Tableau 17: Tableau synoptique	77

RESUME

Le présent mémoire a pour titre : « Locus de contrôle et vécu de l'épilepsie : une étude de cas auprès des patients épileptiques de l'hôpital central de Yaoundé-Cameroun ». Il traite de l'influence de la perception de l'origine de l'épilepsie sur son vécu. La démarche de cette étude consiste à répondre à la question suivante : « Comment le locus de contrôle influe-t-il sur le vécu de l'épilepsie chez un patient nouvellement diagnostiqué ? » Nous avons choisi comme grille de lecture la théorie du locus de contrôle (LOC) de Rotter qui désigne la croyance selon laquelle les événements dépendent de soi et dont le sujet perçoit une relation de causalité entre ses actions et le comportement qui en découle (lieu de contrôle interne) ou le sujet attribue son sort à des facteurs extérieurs sur lesquels il n'a que peu ou pas de contrôle (locus de contrôle externe). Nous avons ainsi établi l'hypothèse selon laquelle : « Le locus de contrôle influe négativement et positivement le vécu de l'épilepsie chez un patient nouvellement diagnostiqué ». Ainsi, cette hypothèse générale a été décomposée en quatre hypothèses de recherche.

Pour vérifier ces hypothèses, nous avons collecté les données auprès de trois patients épileptiques à l'aide de l'entretien semi directif. Les données collectées ont été analysées grâce à la technique d'analyse de contenu qualitative.

Les résultats auxquels nous sommes parvenus sont les suivants :

HR1 : le locus de contrôle externe a une influence négative sur le vécu de l'épilepsie chez un patient nouvellement diagnostiqué, car les sujets qui sont sous son influence font face à des angoisses et souffrance psychologique, à l'incertitude quant au présent et à l'avenir.

HR2 : le locus de contrôle externe a une influence positive sur le vécu de l'épilepsie chez un patient nouvellement diagnostiqué, en ce sens où les sujets qui sont sous sa dominance ont une détermination à atteindre leurs buts, ils ont une confiance par rapport à l'avenir et recherchent activement et sans relâche les solutions de sortie de crise, c'est-à-dire la guérison.

HR3 : le locus de contrôle interne influence négativement le vécu de l'épilepsie chez un patient nouvellement diagnostiqué, dans la mesure où les cas qui sont sous son influence ressentent la tristesse, la solitude qui aggrave leur état de santé, l'incertitude par rapport au présent et au futur, la sensation de regret, la phobie sociale engendrée par la peur de la survenue d'une crise sous le jugement d'autrui, la perte de l'élan vital qui conduit tout droit à la dépression.

HR4 : le locus de contrôle interne influence positivement le vécu de l'épilepsie chez un patient nouvellement diagnostiqué, parce que face à la maladie épileptique, les patients essaient eux même de mettre sur pied des mécanismes et des stratégies devant les aider à gérer leur maladie, comme le retrait de leurs activités principales, le changement de religion, l'engagement dans les groupes de prières, la consultation des spécialistes.

Ces résultats confirment ainsi nos hypothèses de recherche. Il serait ainsi souhaitable de soigner les perceptions des patients épileptiques par les meilleurs politiques de sensibilisation, d'encourager le soutien familial et social des patients épileptiques.

Mots clés : maladie, épilepsie, perception, lieu de contrôle, causalité.

ABSTRACT

The present research project has as topic: “locus of control and real life experience of epilepsy: A case study next to epileptic patients of the Yaounde-Cameroon Central hospital”. It treats the influence of perception in the origin of epilepsy in real life experience. The pattern of this study consists of answering the following question: “How locus of control can influence on real life experience of epilepsy in a newly diagnosed patient?” we relied on Rotters’ theory of locus of control (LOC) which designated the believe according to which events depend on self and whose subject perceives a causality relation between his actions and the behavior which unfolds (area of internal control) where the subject attribute his fate to external factors on which he has only little or no control (external locus of control). We hence established the hypothesis according to which: “the locus of control has an influence in real life experience of epilepsy in a newly diagnosed patient”

To verify this hypothesis, we collected data from three epileptic patients with the help of a semi directive interview. The data collected were analyzed thanks to the qualitative content analysis technic. We arrived at the following results:

RH1: External locus of control has a negative influence on real life experience in a newly diagnosed patient, because the subjects who are under his influence are faced with psychological anguish and suffering to the uncertainty as to the present and the future.

RH2: External locus of control has a positive influence in real life experience in newly diagnosed patient, in the sense where the subjects who are under his dominance has the determination to attain their goal, they have confidence with respect to future and search actively without relenting solution to come out of crisis, that is to say cure.

RH3: Internal locus of control influence negatively real life experience of epilepsy in newly diagnosed patient in the measure where the cases which are under his influence feel sadness, solitude which worsen their health state, uncertainty with respect to the present and the future, regret sensation, social phobia engendered by the fear of survival in the crisis under the judgment of others, the loss of vital momentum which leads directly to depression.

RH4: Internal locus of control influence positively real life experience of epilepsy of newly diagnosed patient, because faced with the epileptic disease, patients try themselves to put in place mechanisms and strategies before helping them get cure of their disease as retreat of their principal activities, change of religion, engagement in prayer groups, consultation of specialist.

Key words: diseases, epilepsy, perception, locus of control, causality

INTRODUCTION

La santé de plusieurs personnes dans le monde est mise à mal à cause des handicaps et maladies diverses. Certaines sont bénignes tandis que d'autres sont chroniques. Parmi les maladies chroniques, nous pouvons citer : le VIH/Sida, le cancer, l'hépatite, le diabète ainsi que l'épilepsie, pour ne citer que celles-là. L'épilepsie qui fait l'objet de notre préoccupation est une affection chronique d'étiologies et de pronostics variés. C'est une maladie se manifestant sur le plan neurologique par des convulsions et correspondant à des décharges paroxystiques d'une population neuronale au niveau du cerveau (Paradelle & Canto, 1979). C'est une maladie chronique, récidivante, définie par la répétition de crises spontanées paroxystiques d'origine cérébrale chez un même sujet. Ces crises sont la traduction clinique d'une décharge hypersynchrone, excessive d'une population de neurones hyperexcitables plus ou moins étendue « quels que soient les symptômes cliniques et para cliniques éventuellement associés » (OMS). Cette maladie universelle constitue dans les zones tropicales en général et au Cameroun en particulier un problème important de santé publique de par les conséquences socioéconomiques, médicales et socioculturelles qu'elle entraîne pour les patients épileptiques, leur entourage et la société.

L'OMS (2000) estimait que l'épilepsie touchait 50 millions de personnes environ dans le monde. On considère que 3 à 10 millions d'Africains sont atteints d'épilepsie et que plus de 80% d'entre eux sont privés de la prise en charge. En pratique neurologique quotidienne, l'épilepsie est le deuxième motif de consultation après les céphalées.

Au Cameroun, on retrouve les cas d'épilepsie dans toutes les régions du pays. En milieu hospitalier, elle représente 15,78% des consultations neurologiques chez les adultes et 1,85% des consultations pédiatriques (selon la stratégie sectorielle de santé du Minsanté 2001-2015, 2009).

Les résultats des différentes enquêtes épidémiologiques à propos de sa prévalence et de son taux d'incidence ont révélé de nombreuses divergences suivant que l'enquête avait été menée dans un pays développé ou dans un pays en voie de développement où se concentre 80 à 85% de la population mondiale des épileptiques. On estime que la prévalence de l'épilepsie dans les pays industrialisés est de 3 à 5‰. Elle tourne autour de 20‰ en Afrique avec beaucoup de différences en fonction des pays.

En Afrique, le contexte particulier d'un environnement socioculturel générateur de préjugés et de croyances irrationnelles fait de l'épilepsie une maladie surnaturelle et sacrée. Les épileptiques sont régulièrement victimes de rejet et d'isolement. Plusieurs aspects de cette

maladie ont déjà été étudiés en occident. Il n'en est pas de même en ce qui concerne l'Afrique et plus précisément au Cameroun, notamment en ce qui concerne la relation qui existe entre la perception de l'origine de l'épilepsie et son vécu. De notre observation, nous avons eu l'impression que la manière dont le sujet perçoit l'origine ou la cause de la maladie influe le vécu de celle-ci, leur épanouissement et leur intégration sociale. Rotter (1954) dans sa théorie du locus de contrôle ou lieu de contrôle a appelé cette perception de l'origine ou la causalité de la maladie « le locus de contrôle ». En effet, le locus de contrôle désigne la croyance selon laquelle les événements dépendent de soi (locus de contrôle interne) ou des facteurs extérieurs (locus de contrôle externe).

Cette étude mérite d'être faite dans la mesure où l'angle sous lequel nous l'attaquons semble nouveau. Nous savons que les personnes souffrant des maladies chroniques, dont l'épilepsie perçoivent généralement des causalités différentes à leur maladie, ainsi, le vécu de l'épilepsie est influencée par cette dernière. Nous avons ainsi mené cette étude dans le souci d'adapter le concept de locus de contrôle dans l'explication de la causalité de l'épilepsie d'une part, d'expliquer l'influence du locus de contrôle sur le vécu de l'épilepsie d'autre part. C'est dans ce sens que s'intègre cette étude portant sur « lieu de contrôle et vécu du sujet épileptique, cas des patients épileptiques de l'hôpital central de Yaoundé ». Nous avons ainsi choisi de travailler avec les patients nouvellement diagnostiqués. Il sera alors question dans notre étude de répondre à la question suivante : comment le locus de contrôle influe-t-il sur le vécu de l'épilepsie chez un patient nouvellement diagnostiqué ? La réalisation de cette recherche est importante d'abord pour nous car elle nous permet de poser les jalons d'une nouvelle perspective de recherche, pour le politique à travers le Ministère de la santé publique dont l'une des missions est de soigner les perceptions des patients par l'établissement de meilleures politiques de sensibilisation sur la maladie, pour les patients épileptiques dans la mesure où elle nous permettra de mieux cerner leurs perceptions afin de les accompagner par des techniques éducatives appropriées.

Notre étude est subdivisée en deux parties : le cadre conceptuel : Il est constitué de trois chapitres (la problématique de l'étude, la revue de la littérature et les théories explicatives du sujet) ; le cadre opératoire comprend lui aussi trois chapitres (la méthodologie de l'étude, la présentation et analyse des résultats ainsi que l'interprétation des résultats).

CADRE CONCEPTUEL ET THEORIQUE

CHAPITRE 1 : CONTEXTE ET PROBLEME DE RECHERCHE

Dans le présent chapitre, il est question de décrire le contexte et la justification de l'étude, poser le constat, identifier et formuler le problème, déterminer les objectifs et l'intérêt, délimiter le champ théorique et géo-spatial de l'étude.

1.1. JUSTIFICATION DE L'ETUDE

L'étude que nous sommes appelés à mener s'inscrit dans le contexte de la maladie. Cette dernière est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme un état de déséquilibre sur le plan social, mental et physique. On aura ainsi les maladies physiques ou organiques, les maladies mentales ainsi que les maladies psychosomatiques. Que ce soit l'une ou l'autre, les maladies ont cette particularité de limiter les capacités du sujet ainsi que celles de son entourage. Cette limitation peut se faire par degré et en fonction du type de maladie

Notamment lors de nos observations pendant la période de stage que nous avons effectué à l'hôpital centrale de Yaoundé, on s'est rendu compte que les patients qui y séjournent souffrent des pathologies diverses et qui peuvent être regroupés en deux grandes catégories : les maladies aiguës, c'est-à-dire celles qui ont une durée relativement courte dans la vie du sujet et dont le traitement a un but curatif. Dans ce groupe, nous pouvons citer le paludisme, la fièvre typhoïde, le rhume etc. ; les maladies chroniques qui sont celles qui ont une durée relativement longue dans la vie du sujet et dont le traitement sert à alléger la souffrance du sujet et de l'amener à vivre avec la maladie. Nous aurons par exemple le diabète, l'hypertension, le sida, le cancer, l'épilepsie etc. cette dernière, qui a fait l'objet d'une attention particulière, c'est-à-dire l'épilepsie peut être définie comme une maladie chronique, récidivante, définie par la répétition des crises spontanées paroxystiques d'origine cérébrale chez un même sujet. Cette pathologie affecte à la fois le malade ainsi que son entourage, ceci à deux niveaux : le premier niveau est celui de la souffrance liée à la maladie, le deuxième niveau est celui de la perception de l'origine de la maladie ainsi que les préjugés liés à cette perception. Or cette perception influe sur le vécu de la maladie.

La question de l'épilepsie est une question de longue date. Elle remonte même au temps d'Hippocrate (460-375 avant J.C.), célèbre médecin grec qui avait déjà compris que l'épilepsie avait son origine dans le dysfonctionnement du cerveau. Des recherches ont continuées à être menées pour comprendre davantage ce qu'est en réalité l'épilepsie et quels sont les différents facteurs qui en sont la cause. Il a fallu tout de même attendre la fin du XIX^{ème} siècle pour que la conviction d'Hippocrate incite le monde médical à agir et que la

prise de conscience se fasse dans le public en général. Notons toutefois que c'est à partir du XXI^{ème} siècle que s'accroissent les recherches sur l'épilepsie. Les recherches ont montré que les prédispositions acquises durant la petite enfance sont un facteur favorable pour le développement de l'épilepsie à l'âge adulte. C'est ce que montrent Ceulemans et Crass (2004) dans l'étude qu'ils ont menée et qui portait sur « *l'impact de l'épilepsie sévère sur le développement de l'enfant* ». Ils arrivent aux résultats selon lesquels la présence des crises fébriles dans l'enfance développe plus tard à l'âge adulte un syndrome épileptique sévère avec retard mental. D'autres recherches comme celle de Mukhopadhyay, Kandar, Das, Ghosh et Gupta (2012) ont quant à elles montré que d'autres cas d'épilepsie sont induits par les facteurs génétiques qui ne sont cependant pas les seules causes. L'épilepsie peut également être causée par une lésion au cerveau, une infection cérébrale ou alors une tumeur. Concernant l'hérédité, ils soutiennent l'idée selon laquelle il joue un rôle important dans la survenue de l'épilepsie chez les jeunes enfants. S'agissant de Mbacke (2004), il axe son étude sur « *la connaissance de l'épilepsie, attitude et pratique des tradipraticiens de Dakar* ». Dans son ouvrage, elle souligne que dans la plus part des sociétés africaines, l'épilepsie a toujours été perçue comme un phénomène surnaturel dont la thérapie relève du tradipraticien. Cette recherche soulève l'aspect social que peut poser le problème de l'épilepsie. Parlant de Devinsky (2003), il a travaillé sur les « *troubles psychiatriques et comportementaux chez les patients épileptiques* ». Il ressort de ces travaux que les changements comportementaux sont fréquents chez les patients épileptiques et peuvent avoir diverses origines, entre autre les pathologies du système nerveux central, des médicaments antiépileptiques, les facteurs psychologiques et environnementaux et les prédispositions génétiques. Pour lui, le traitement de la dépression, l'anxiété, les psychoses et autres troubles comportementaux peut améliorer le sommeil, réduire le stress et peut éventuellement réduire les crises. Les études de Perrin Dieguez , Schluep , Greber ,Vingerhoets sur les « *manifestations comportementales et thymiques dans l'épilepsie* » montrent que les modifications comportementales et thymiques sur le long terme peuvent être d'origine multifactorielle, c'est-à-dire biologique, psychosociale et iatrogène. D'autres recherches ont également été menées sur « *la comparaison entre la qualité de vie des femmes enceintes souffrant de l'épilepsie et celle des femmes non grosses porteuses de l'épilepsie* » (Lorenzetti, Costa, Mantovani, pedroso, 2011). Ces études ont montré que la grossesse peut être interprétée comme un facteur stressant, et dès que ce facteur était ôté dans les grossesses tardives, les femmes avec épilepsie se sont vues améliorer leur qualité de vie.

Sur le plan épidémiologique, l'épilepsie est l'une des maladies neurologiques les plus fréquentes à travers le monde. Elle touche à peu près 50 millions d'individus.

La prévalence de la maladie épileptique dans le monde paraît stable et se situe entre 0,5 et 0,8% de la population générale (Thomas & Genton, 1994).

L'incidence de l'épilepsie varie selon les études entre 17 pour 100 000 habitants par an et 136 pour 100 000 habitants par an (Thomas & Genton, 1994)

Dans les pays tropicaux, l'incidence annuelle varie de 63 à 158 pour 100 000 habitants (Preux Duret – Cabanac, 2005).

Selon les études faites en population générale, la prévalence varie entre 7 et 74 ‰. Elle est estimée en moyenne à 15‰ (Preux Duret – Cabanac, 2005).

La prévalence de l'épilepsie dans les pays occidentaux est de 3-5‰ (Mbacke, 2004).

Parlant des étiologies de l'épilepsie, nous pouvons dire qu'un antécédent familial est retrouvé dans 6 à 60 % des cas selon les études (Preux, 2000).

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), fréquente dans les pays au Sud du Sahara, peut être à l'origine des crises d'épilepsie chez 7 à 13 % des cas.

En outre, les tumeurs seraient responsables en moyenne des 3% des cas d'épilepsie dans l'état actuel des investigations (Preux, 2000).

En Afrique subsaharienne, dont le Cameroun le traumatisme crânien est retrouvé dans environ 8% des cas (Preux, 2000). Les antécédents de pathologies vasculaires cérébrales en Afrique se retrouvent en moyenne dans 7% des cas.

Les parasitoses peuvent s'accompagner à la phase aiguë des crises provoquées dans près de 20% des cas.

Dans l'ensemble, à partir de nos recherches, on s'est rendu compte que plusieurs recherches ont été menées sur l'épilepsie, mais ces recherches n'abordent pas le vécu individuel de cette pathologie, notamment les facteurs influençant ce vécu. C'est dans ce sillage, que notre sujet de recherche est intitulé comme suit : *locus de contrôle et vécu du sujet épileptique : une étude de cas auprès des patients épileptiques de l'hôpital central de Yaoundé – Cameroun.*

1.2. FORMULATION ET POSITION DU PROBLEME DE RECHERCHE

Il est vrai que les avancées considérables ont été faites en ce qui concerne la question de l'épilepsie, c'est - à- dire la connaissance même de la maladie, ses facteurs causaux, ses manifestations, etc. Toutefois, il a été constaté que les personnes atteintes de l'épilepsie ont une perception différente de la cause de leur maladie. Certaines se comportent comme si leur

maladie était causée par une influence extérieure (fatalité, malchance, sortilège...), or pour d'autres, la cause de leur maladie est personnelle, propre à leur système ou mode de vie. En effet, les agissements de certains sujets semblent prouver que leur maladie actuelle est influencée par des facteurs extérieurs, or d'autres perçoivent une relation de causalité entre leurs actes et les résultats qui en découlent, c'est-à-dire la maladie. De plus, cette vision individuelle de la cause de leur maladie influence sur le vécu de celle-ci. L'on en vient à se demander comment cette différence dans la perception de l'origine de la maladie épileptique influence-t-elle son vécu? Pour essayer de comprendre davantage ce fait, nous allons nous référer aux travaux de Rotter (1954) qui a élaboré une théorie qui s'intitule « *la théorie du locus de contrôle ou locus of control(LOC)* ». En fait, le lieu de contrôle est un concept proposé par Rotter(1954) désignant le fait que les individus diffèrent dans l'appréciation des causes à l'origine des événements qui surviennent au cours de leur vie. En d'autres termes, c'est la tendance que les individus ont à considérer que les événements qui les affectent sont le résultat de leur action ou, au contraire, qu'ils sont le fait des facteurs externes sur lesquels ils n'ont que peu d'influence, par exemple le hasard, la chance, les institutions, les autres, etc. (Rotter, 1954).

Il est vrai que les travaux effectués par Rotter (1954) n'ont pas un lien direct avec l'épilepsie. Toutefois, ils peuvent nous être utiles pour la compréhension et l'explication du fait observé, c'est-à-dire le vécu de l'épilepsie. En effet, l'homme est un être à la fois psychique et somatique. Ceci dit, les représentations faites au niveau psychique peuvent avoir des manifestations aussi bien psychiques que somatiques sans qu'il n'y ait des causes biologiques apparentes.

Ainsi donc, le lien que le sujet fait entre sa maladie et ses causes potentielles peut influencer significativement le vécu de la maladie. Ce dernier variera donc selon que le sujet est du locus de contrôle interne ou du locus de contrôle externe.

Nous voulons dans le cadre de la présente étude vérifier cet énoncé à travers la compréhension du problème que pose notre étude. Dès lors, Le problème que pose notre recherche est celui de "la relation étroite entre la perception de l'origine de la maladie épileptique par le patient et son vécu".

1.3. QUESTIONS DE RECHERCHE

La question centrale qui guidera ce travail est celle de savoir : « *Comment le locus de contrôle influence-t-il le vécu de la maladie épileptique chez un patient nouvellement diagnostiqué ?* »

QR₁ : comment le locus de contrôle externe influence-t-il sur le vécu de l'épilepsie chez un patient nouvellement diagnostiqué?

QR₂ : comment le locus de contrôle interne influence-t-il sur le vécu de l'épilepsie chez un patient nouvellement diagnostiqué?

1.4. OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'objectif est une communication d'intention qui décrit ce que l'on se propose d'atteindre et de réaliser à la fin d'une étude. Autrement dit, l'objectif d'une étude désigne le but que l'on se propose d'atteindre.

1.4.1. L'OBJECTIF GENERAL

Cette étude vise principalement à démontrer le lien qui existe entre le locus de contrôle et le vécu de l'épilepsie chez un patient nouvellement diagnostiqué.

1.4.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES

OS₁ : démontrer que le locus de contrôle externe a une influence négative sur le vécu de l'épilepsie chez un patient nouvellement diagnostiqué

OS₂ : démontrer que le locus de contrôle externe a une influence positive sur le vécu de l'épilepsie chez un patient nouvellement diagnostiqué

OS₃ : démontrer que le locus de contrôle interne a une influence négative sur le vécu de l'épilepsie chez un patient nouvellement diagnostiqué

OS₄ : démontrer que le locus de contrôle interne a une influence positive sur le vécu de l'épilepsie chez un patient nouvellement diagnostiqué

1.5. HYPOTHESE DE L'ETUDE

1.5.1. HYPOTHESE GENERALE

Nous inspirant du modèle de régulation de soi de Leventhal et al (1980) qui stipule que les patients construisent une représentation cognitive et une représentation émotionnelle de leur maladie basée sur les informations auxquelles ils ont accès afin de lui donner un sens et de mieux la gérer, nous avons formulé l'hypothèse suivante :« *Le locus de contrôle a une influence à la fois positive et négative sur le vécu de la maladie épileptique chez un patient nouvellement diagnostiqué*»

1.5.2. HYPOTHESES DE RECHERCHE

HR₁ : le locus de contrôle externe influe négativement sur le vécu de la maladie chez un patient nouvellement diagnostiqué.

HR2 : le locus de contrôle externe influe positivement sur le vécu de la maladie chez un patient nouvellement diagnostiqué.

HR3 : le locus de contrôle interne influe négativement sur le vécu de la maladie chez un patient nouvellement diagnostiqué.

HR4 : le locus de contrôle interne influe positivement sur le vécu de la maladie chez un patient nouvellement diagnostiqué.

1.6. INTERETS ET PERTINENCE DE L'ETUDE

Comme définition, Sillamy (2006:145), l'intérêt est «ce qui importe à un moment donné». Vue sous cette perspective, cette étude a un intérêt: thématique; social, personnel et scientifique.

1.6.1. INTERET SOCIAL

A travers cette recherche nous ferons comprendre à l'Etat et à la communauté que l'épilepsie est un réel problème de santé au Cameroun dans la mesure où la perception de leur origine influence négativement sur leur vécu par le sujet. Cette perception les amène alors à développer des conduites pathologiques comme la dépression, la phobie sociale, etc.

1.6.2. INTERET SCIENTIFIQUE

Cette étude nous a permis d'approfondir la notion de locus de contrôle développée par Rotter en l'appliquant sur le vécu de l'épilepsie chez les sujets épileptiques. Il est à noter que dans la littérature actuelle, le locus de contrôle a été utilisé pour expliquer plusieurs pathologies chroniques hormis l'épilepsie. Il est question pour nous d'adapter ce concept dans l'étude des facteurs qui peuvent influencer sur le vécu de l'épilepsie.

1.6.3. INTERET PERSONNEL

Etant donné que cette recherche est la toute première que nous menons dans notre carrière de chercheur, nous gagnons ici d'abord en expérience, puis en connaissance théorique sur la question de l'épilepsie. Ensuite, nous souhaitons percer le mystère qui existe autour de cette maladie et d'être ainsi à même de prendre en charge les patients épileptiques ainsi que leur entourage par les techniques éducatives appropriées.

1.6.4. INTERET THEMATIQUE

Nous pouvons dire ici que la thématique d'épilepsie s'enrichie d'une nouvelle recherche ainsi que de nouveaux savoirs sur l'influence de la perception de l'origine de la

maladie épileptique sur son vécu. Cette thématique par le biais de cette recherche s'est alors enrichie de nouveaux concepts et des nouvelles connaissances.

1.7. DELIMITATION DE L'ETUDE

1.7.1. DELIMITATION THEMATIQUE

Notre étude s'inscrit dans le champ de l'Éducation Spécialisée (EDS) et plus précisément dans la spécialisation « handicap mental, habiletés mentales et conseil ». Il est important de remarquer que l'épilepsie est à l'origine d'un handicap fréquent, plus ou moins permanent. Des crises, même peu nombreuses sont handicapantes dans la mesure où elles sont à l'origine des comportements dangereux (absence, déambulation, chutes...), des comportements inadaptés socialement (crises avec énurésie, les crises chaque matin avec grand cri provoquant l'hostilité des voisins...), la perte momentanée des compétences (trouble du langage, trouble de la concentration, désorientation, trouble moteur, fatigue, douleur interne), le traumatisme, l'effet cumulatif des crises successifs. Cependant, nous devons savoir que ces manifestations doivent se différencier des autres manifestations d'allure épileptique. Dans ce sens nous pouvons citer l'inconscience, l'absence, l'énurésie, les chutes, causés par un traumatisme psychique, l'alcool et d'autres substances actives.

1.7.2. DELIMITATION SPATIO-TEMPORELLE

- DÉLIMITATION TEMPORELLE

Le temps qui nous avait été imparti pour mener à bien cette étude a été relativement très court, néanmoins nous avons mené cette étude entre Juillet Décembre 2016.

- DÉLIMITATION GÉOGRAPHIQUE

L'espace circonscrit pour cette étude est celui de la région du centre, dans le département du Mfoudi, l'Arrondissement de Yaoundé II et plus précisément à l'Hôpital centrale de Yaoundé.

1.8. DEFINITION DES CONCEPTS

Cette étude est concentrée autour des principaux concepts suivants : lieu de contrôle, épilepsie et celui de vécu.

1.8.1. LIEU DE CONTROLE OU LOCUS DE CONTROLE:

Avant de définir cette expression, il importe pour nous de dire un mot sur la notion de contrôle. En effet, le contrôle comme le souligne Dépret (1996), réfère à l'action de maîtriser l'environnement. Ainsi avoir du contrôle sur un événement de l'environnement, c'est disposer d'une réponse comportementale qui modifie la probabilité d'occurrence de l'événement dans

le sens désiré par l'acteur. Exercer le contrôle c'est émettre effectivement une telle réponse comportementale.

Contrôler, c'est donc « *imprimer sa propre volonté sur l'environnement, agir efficacement pour produire des effets désirés* » (Dépret, 1996, P. 204) ou encore « *la tentative continuelle de traiter efficacement avec son environnement et de le manipuler* ». Le contrôle est donc un construit qui traduit le sentiment chez un individu d'avoir les capacités et les ressources pour maîtriser les aléas de sa vie (sa réussite personnelle ou professionnelle, son vécu d'une situation...).

Parlant du locus de contrôle proprement dit, nous pouvons dire que certains auteurs pensent que le lieu de contrôle explique la façon dont les individus pensent contrôler les événements de leur vie. Il désigne la croyance selon laquelle les événements dépendent de soi (lieu de contrôle interne) ou d'un facteur extérieur (lieu de contrôle externe), (Rotter, 1966). Rotter dans sa théorie a opérationnalisé le locus de contrôle en deux modalités: « *le locus de contrôle interne* » et « *le locus de contrôle externe* ».

Dans le locus de contrôle externe, les personnes croient que leurs performances ou leurs sorts dépendent avant tout des facteurs externes. Ceci dit, ils auront tendance à attribuer une cause externe aux évènements au cours de leur vie. C'est par exemple le cas d'un étudiant qui, ayant réussi à un concours, dira que c'est Dieu qui lui a donné, que c'est la chance, que c'est le hasard, etc., ou alors d'un autre qui, ayant échoué dira que c'est par exemple la malchance. En ce qui concerne un sujet épileptique, il dira que sa maladie est le fruit d'un sortilège, d'une malédiction. Dans l'un ou l'autre des cas, il s'agit d'un locus de contrôle externe. On distingue plusieurs types de locus de contrôle selon que le contrôle des évènements est attribué :

- au hasard,
- à la malchance,
- à la fatalité,
- à un tout puissant.

Dans certains cas de locus de contrôle externe, l'on note que les sujets dits externes sont le plus souvent confiants lorsqu'ils sont confrontés à de problèmes graves, car ils acceptent l'évènement qu'ils subissent. Ce qui n'est pas le cas chez les sujets dits internes.

Le locus de contrôle interne quant à lui renvoie aux individus ayant tendance à attribuer des causes internes aux évènements qui surviennent dans leur vie. Dès lors, ils croiront à un lien de causalité fort entre leurs actions et le résultat produit (Rotter, 1954).

C'est par exemple le cas d'un élève qui, ayant réussi à son examen, dira que c'est le fruit de son dur labeur. Il croit fortement en l'existence d'un rapport entre ses efforts et sa réussite. Dans ce type de contrôle, les sujets sont plus enclins à se remettre en cause et éprouvent plus de satisfactions personnelles que les sujets externes. Toutefois, un fort contrôle de la situation peut être néfaste pour la personne. C'est le cas des maladies graves qui peuvent entraîner le stress et l'anxiété.

Le lieu de contrôle peut également être défini comme un facteur psychologique jouant un rôle médiateur important entre les événements stressants et le bien-être physique d'une personne. En plus, le lieu de contrôle est une caractéristique personnelle façonnée par le degré de perception qu'a la personne de la relation de causalité entre ses comportements et les résultats attendus. La théorie de l'apprentissage social développé par Rotter (1966) met en exergue l'idée selon laquelle : c'est en vivant ses expériences que l'individu en vient à se créer une vision généralisée quant à ce qui contrôle sa vie.

1.8.2. EPILEPSIE :

C'est une maladie neurologique qui se caractérise par la survenue des décharges électriques sporadiques dans le cerveau communément appelées « crises ». Ces tempêtes causent des manifestations comportementales (telles que des absences) et/ou des mouvements involontaires (tels que les convulsions de grand mal).

L'OMS parle de l'Etat de Mal Epileptique (EME). Elle considère l'état de mal épileptique comme « un état caractérisé par une crise d'épilepsie qui persiste suffisamment longtemps ou qui se répète à des intervalles suffisamment bref pour créer une condition fixe et durable ». L'EME peut être convulsif et met alors en jeu le pronostic vital et fonctionnel, il peut être non convulsif et se présenter sous la forme d'un état confusionnel de diagnostic difficile, mais ne comportant pas le même risque évolutif.

Pour le Dictionnaire de l'épilepsie (OMS, 1973), c'est « une affection chronique d'étiologies diverses caractérisée par la répétition de crises résultant d'une décharge excessive de neurones cérébraux (crises épileptiques), quels que soient les symptômes cliniques ou paracliniques éventuellement associés »

En effet, le dysfonctionnement du système nerveux provoque des sensations désagréables, des sentiments et des comportements étranges ou des crises, des convulsions musculaires ou une perte de connaissance. Lors d'une crise, les neurones se déchargent jusqu'à 500 fois par seconde, soit beaucoup plus vite que le taux normal de 80 par seconde.

Chez de nombreuses personnes, les crises ne sont qu'occasionnelles. Chez d'autres, par contre, elles peuvent se manifester jusqu'à plusieurs centaines de fois par jour.

L'épilepsie peut être causée par de mauvaises liaisons entre les nerfs du cerveau dues à un déséquilibre des neurotransmetteurs* (messagers chimiques dans le cerveau) ou à une combinaison de ces facteurs.

On suppose que, chez de nombreux épileptiques, le nombre de neurotransmetteurs stimulants (augmentant l'activité nerveuse du cerveau) est trop élevé tandis que le nombre de neurotransmetteurs inhibiteurs (réduisant l'activité nerveuse) est trop faible. Il peut en résulter une suractivité nerveuse provoquant l'épilepsie. Parfois, ce sont les tentatives d'autoréparation du cerveau, par exemple suite à une blessure à la tête, une crise d'apoplexie ou une autre maladie, qui contribuent par mégarde à la création de ces mauvaises liaisons nerveuses à l'origine de l'épilepsie. Les mauvais développements du cerveau peuvent également perturber l'activité nerveuse et provoquer des crises douloureuses. Dans de nombreux cas, l'épilepsie est due à des altérations des cellules non neuronales du cerveau, les cellules gliales.

Ces cellules régulent les concentrations chimiques du cerveau qui peuvent influencer sur la décharge nerveuse. La cause de la crise est inconnue dans environ la moitié des cas. Dans d'autres cas, les crises indiquent clairement une infection, une blessure ou un autre dysfonctionnement connu.

De plus, la recherche a montré que les mutations génétiques comptaient parmi les principaux facteurs favorisant l'épilepsie. Quelques formes d'épilepsie sont imputables à la mutation d'un gène donné. De nombreuses autres formes d'épilepsie sont très fréquentes chez certaines familles. Il est donc presque certain que la génétique influence la maladie. On estime que 500 gènes pourraient jouer un rôle dans cette maladie. Il apparaît néanmoins de plus en plus nettement que, dans de nombreuses formes d'épilepsie, les mutations génétiques ne font qu'accroître la prédisposition individuelle aux crises et que les crises sont ensuite déclenchées par un facteur environnemental.

1.8.3. LE VECU :

Ce concept désigne un ensemble d'expériences personnelles. En effet le vécu désigne l'ensemble des événements inscrits dans le flux de l'existence, en tant qu'ils sont immédiatement saisis et intégrés par la conscience subjective. Nous devons tout d'abord savoir que l'expérience est directement associée à la dimension du vécu par le sujet qui peut être envisagé à des niveaux plus ou moins abstraits. La notion d'expérience vécue a été dans

un premier temps développée dans le cadre de théories phénoménologiques. Elle réfère alors à la conscience que le sujet a du monde où il vit. La notion d'expérience, dans ses usages savants et profanes est polysémique et ambiguë. Elle renvoie à l'attitude naturelle qui se déploie dans ce que l'on appelle « le monde de vie », qui est aussi un monde commun, intersubjectif, médiatisé par le langage. On peut y distinguer grossièrement deux dimensions : une dimension de connaissance et une dimension qui est de l'ordre de l'éprouvé, de l'implication psychologique du sujet. La première dimension renvoie à l'expérimentation sur le monde alors que la seconde est l'expérience vécue dont le contenu est indissociable des affects qu'il suscite.

L'expérience est directement associée à la dimension du vécu par le sujet. La notion d'expérience vécue réfère à la conscience que le sujet a du monde où il vit. Vygotsky (1994) définit la conscience comme « l'expérience vécue de l'expérience vécue », « une sorte d'écho de tout l'organisme à sa propre réaction » face au monde expérimenté, écho qui équivaut à « un contact social avec soi-même ». Cette dimension de conscience est importante à souligner, d'autant que l'expérience vécue dans sa réaction au monde peut impliquer, à un niveau plus concret, le ressenti.

La notion d'expérience vécue est définie comme la façon dont les personnes ressentent dans leur for intérieur une situation et la façon dont elles élaborent, par un travail psychique et cognitif les retentissements positifs ou négatifs de cette situation et des relations et actions qu'elles y développent. Ici, l'état ressenti par la personne correspond à son envahissement par l'émotion, mais aussi un moment où elle prend conscience de sa subjectivité, de son identité.

Les courants phénoménologiques et ethnométhodologiques ont contribué à préciser les cadres d'une saisie de l'expérience humaine comme inscrite dans l'espace concret où se déroule la vie des sujets, leur « monde de vie » dans l'ici et maintenant. A l'origine de ces derniers courants se trouve la pensée de Husserl (1931) qui pose « la corrélation universelle du sujet et de l'objet ». Son approche analytique de l'attitude naturelle de connaissance y distingue deux sphères d'existence : le monde extérieur des choses et la conscience vécue qui correspond à une visée intentionnelle du monde (la conscience est toujours de quelque chose), explicitée par la réflexion. Mais l'objet visé comme réalité n'appartient pas au vécu de la conscience. Son existence n'est que le corrélat d'une structure du vécu qui se déploie dans le mouvement d'une expérience effective. Les choses sont pour les personnes non pas comme les réalités physiques en soi, mais comme des objets « intentionnels » de la conscience humaine dont elles motivent l'activité. Ce ne sont pas des liens de causalité qui constituent le rapport de l'homme à la nature, mais des « relations phénoménologiques », c'est-à-dire que les

choses ne se définissent pas pour le sujet par leurs propriétés physiques, mais par leurs aspects vécus, avec leurs prédicats de valeur et d'action. Elles ne sont « pour lui » qu'en tant qu'il les perçoit avec le sens qu'elles ont pour sa vie effective. La pratique vécue dans un même monde, fait que les subjectivités interagissent et s'influencent.

CHAPITRE 2 : GENERALITES SUR L'EPILEPSIE

2.1. LA NOTION D'EPILEPSIE

2.1.1. HISTORIQUE

L'épilepsie a inscrit à travers les siècles, dans la mémoire collective des populations des représentations qui sont selon les cultures et les sociétés différentes (Mbacke, 2004). Le terme épilepsie trouve son origine du grec « epilepsia » qui vient de la racine du verbe « epilembenien » qui signifie « saisir » ou « prendre par surprise ». La conception babylonienne de l'épilepsie préfigure celle des Grecs (au V^{ème} siècle avant JC) qui l'ont surnommé « la maladie sacrée » dont on trouve la description dans le célèbre traité d'Hippocrate portant ce titre. Cependant, ce dernier ne croyait pas que l'épilepsie soit une maladie sacrée, mais pensait plutôt qu'il s'agissait d'un dérèglement cérébral. Il ne croyait pas « qu'un être humain puisse être investi par un dieu, c'est-à-dire la plus vile des créatures par la plus pure ». Cette théorie hippocratique n'a commencé à se répandre qu'au XVIII^{ème} siècle.

Ainsi pendant les 2000 années précédentes, les épileptiques ont suscité la crainte, la suspicion et l'incompréhension et ont été rejeté par la société. Certains actes médicaux – légaux leur étaient directement imputables. Ainsi Trousseau (1889) cité par Mbacke disait que : « lorsqu'un individu sans motif commet un homicide on peut dire qu'il a agi sous l'influence de l'épilepsie ».

Morel rattache l'épilepsie à une névrose distincte et détermine alors qu'Esquirol fait une distinction nette entre l'épilepsie et les manifestations psychiques associées. Au XIV^{ème} siècle, avec l'avènement de la neurologie comme discipline distincte de la psychiatrie, le concept de dérèglement cérébral pour expliquer l'épilepsie fit ses premiers pas en Europe et surtout aux USA. Ce concept fut alors validé en 1873 grâce aux travaux du londonien Huggins Jackson qui a émis l'hypothèse que les crises d'épilepsie étaient provoquées par des décharges électrochimiques brutales d'énergie dans le cerveau.

En 1920, avec la découverte de l'électroencéphalographie (EEG), le psychiatre allemand Hans Berger objectiva l'épilepsie à travers la révélation de diverses ondes électriques au cours des différentes crises. L'électroencéphalographie contribua grandement à la compréhension et à l'affinement du concept d'épilepsie et a aidé en cela de nos jours par des nouvelles techniques (la cartographie, la magnéto- encéphalographie, le scanner et l'IRM), de même la recherche en neuroscience aide de façon conjuguée à mieux cerner la maladie dans ses mécanismes et ses étiologies.

2.1.2. PHYSIOPATHOLOGIE DE L'ÉPILEPSIE

Une crise épileptique est consécutive à une hyperexcitabilité cellulaire et synaptique au niveau neuronal. A l'état normal, les concentrations électrolytiques (Na, K⁺) de part et d'autre de la membrane neuronale, définissent un potentiel de repos et les influences excitatrices ou inhibitrices qui agissent sur chaque neurone se somment algébriquement pour maintenir un certain état d'équilibre. Si les afférences excitatrices l'emportent, une dépolarisation de la membrane se produit avec apparition d'un potentiel d'action lorsqu'un certain seuil critique est atteint, ce dernier variant en fonction des sujets et des structures cérébrales. La survenue d'un déséquilibre entre les processus excitatrices et inhibiteurs en faveur des premiers est un élément déterminant dans l'apparition d'une crise d'épilepsie.

En effet, l'hyperexcitabilité d'un groupe neuronal peut être le fait de plusieurs facteurs :

- Une altération de la membrane neuronale ou des systèmes enzymatiques qui régissent les répartitions ioniques intra et extra - cellulaires (Na - K - ATPase membranaire) ;
- Une hyperaffectivité des afférences excitatrices dont le neuromédiateur est principalement le glutamate ;
- Une déficience des afférences inhibitrices qui dépendent surtout de l'acide gamma - amino - butyrique (GABA) ;
- Du rôle modulateur joué par d'autres substances comme l'acétylcholine, les catécholamines, la sérotonine et de nombreux neuropeptides.

L'hyperexcitabilité neuronale peut être favorisée dans certaines conditions : manque de sommeil, stimulation lumineuse intermittente, hyperventilation, action de certaines substances (cardiazol, alcool, caféine à forte dose, psychotropes...) ou arrêt brutal de la prise de substances réprimant l'activité neuronale comme les médicaments anti-épileptiques, l'alcool, etc.

La distribution spatiale de la décharge paroxystique et hypersynchrone permet de distinguer deux grands types d'épilepsie :

- Les décharges d'emblée bilatérales, synchrones et symétriques à la surface des deux hémisphères qui déterminent les crises généralisées. Ces décharges n'ont pas une origine exclusivement axiale profonde. Certaines crises à point de départ localisées peuvent se propager par des voies d'association interhémisphériques ;

- Les décharges hypersynchrones affectant une zone précise et limitée du cortex cérébral qui provoquent une crise d'épilepsie focale ou partielle. La localisation de la décharge explique la sémiologie clinique. Une crise focale peut secondairement se généraliser, mais la mise en évidence d'un symptôme inaugural, qui traduit la décharge initiale prend ici toute sa valeur.

2.1.3. EPIDEMIOLOGIE DES EPILEPSIES

La prévalence et l'incidence sont les indices épidémiologiques les plus souvent utilisés pour définir la fréquence d'une maladie.

La prévalence de l'épilepsie est le nombre de sujets ayant eu au moins deux crises dans leur vie dans une population donnée à un moment donné. La prévalence d'épilepsie active est le nombre de sujets ayant fait une crise dans les cinq dernières années, sans tenir compte de la prise de médicaments ou non.

La prévalence moyenne de la maladie épileptique dans le monde parait stable et se situe entre 0,5 et 0,8% de la population générale, soit au minimum un épileptique pour 200 habitants (Thomas &Genton, 1994). Cette prévalence est plus élevée dans les pays en voie de développement dont le Cameroun.

L'incidence de l'épilepsie est le nombre de nouveaux cas d'épilepsie survenant dans une population donnée pendant une période donnée. L'incidence de l'épilepsie varie selon les études entre 17 pour 100 000 habitants par an et 136 pour 100 000 habitants par an (Thomas &Genton, 1994). L'incidence spécifique en fonction du sexe montre une prédominance masculine. Des taux particulièrement élevés sont observés pendant la première et la sixième décennie de vie donnant une distribution biomédicale du taux d'incidence selon l'âge.

Le pronostic global des crises épileptiques est excellent : environ 80% des patients ont un contrôle de leurs crises, la plupart dans les 05 ans après le diagnostic. Ce bon pronostic est attribué dans les pays développés, à la large accessibilité et à l'utilisation précoce d'antiépileptiques. Toutefois certaines enquêtes ont montré que, même dans les pays en développement, que de nombreux patients pouvaient entrer en rémission spontanément sans traitement Le pronostic est surtout lié au type de crise et à l'existence d'anomalies

2.1.4. EPIDEMIOLOGIE DE L'EPILEPSIE DANS LES PAYS TROPICAUX

Aux problèmes que pose habituellement l'épilepsie s'ajoutent en zone tropicale, les difficultés à recenser les crises, la limitation des moyens d'exploration, les étiologies spécifiques et les difficultés d'accès aux traitements.

Les pays qui constituent les zones tropicales se caractérisent par un climat tropical ou équatorial. Ils sont pour la plupart les pays en développement. Les conditions sanitaires y sont parfois précaires. Les données concernant l'incidence de l'épilepsie sont très rares mais les études de prévalence montrent que la fréquence de l'épilepsie est de 2 à 3 fois plus élevée que dans les pays industrialisés (Preux & Duret – cabanac, 2005). En général dans les pays où les études ont été faites, l'incidence annuelle varie de 63 à 158 pour 100 000 habitants (Preux & Duret – cabanac, 2005). Le tableau 1 résume les taux d'incidence publiés dans les pays d'Afrique subsaharienne.

Tableau 1: Incidence annuelle de l'Epilepsie dans quelques études au Sud du Sahara (Preux & Duret-cabanac, 2005)

Pays	Année	Population Taille	Incidence par 100 000	Sexe – Ratio (M/F)	% des < 20 ans	Méthodes
Togo	1991	19241	119,0	ND	ND	R
Tanzanie	1992	18183	73,3	ND	77,0	R
Burkina fasso						
Ethiopie	1997	61686	64,0	1,2	79,1	ET
Ouganda	1998	4389	156,0	1,2	97,5	ET

R=rétrospective ; ET= études transversales répétées ; ND= non disponible ; M/F= masculin/féminin

La prévalence de l'épilepsie varie de façon considérable selon les pays, selon le type d'enquête et la méthodologie utilisée. Il est difficile d'avoir une évaluation précise de la prévalence dans chacun des pays. Selon les différentes études faites en population générale, la prévalence varie entre 5 et 74 ‰ (tableau 2). Elle est estimée en moyenne à 15‰ (Preux & Duret- canabac, 2005). De nombreuses raisons expliquent une prévalence de l'épilepsie élevée dans les pays en développement : l'insuffisance des soins prénataux et maternels, la prématurité, les traumatismes obstétricaux, les convulsions fébriles de l'enfance, la malnutrition et les infections avec notamment un parasitisme multiple. Cette prévalence est encore, probablement sous – évalué du fait d'une mauvaise couverture sanitaire de ces pays, du nombre réduit des médecins et en particulier des neurologues, de la non reconnaissance habituelle des crises partielles complexes et de la difficulté de conduire des enquêtes précises

de prévalence au sein de la population par des neurologues à l'aide d'appareils électroencéphalographiques.

Les données actuelles de la prévalence sont très disparates et proviennent le plus souvent des services de consultation ou d'hospitalisation des centres sanitaires. Elles sont beaucoup plus rarement le résultat d'enquêtes conduites selon une méthodologie épidémiologique irréprochable. La variabilité de la prévalence entre plusieurs pays voire entre plusieurs régions dans un même pays, peut s'expliquer par la variation des facteurs étiologiques, du niveau de vie des populations et de l'infrastructure médicale. Toutes les particularités sont bien entendu, rencontrées partout dans le monde, mais elles revêtent une acuité particulière dans les régions déshéritées. Au Nigéria, une enquête transversale effectuée en 1987 à Igbo-Ora, communauté où existait un système de santé efficace depuis 1963, a trouvé une prévalence de 5,3 ‰, taux similaire aux taux trouvés dans les pays développés Cet échantillon avait une proportion d'épilepsie partielle de 55,4%.

Le tableau 2 donne la prévalence de l'épilepsie dans les pays d'Afrique subsaharienne (Preux & Druet- cabanac, 2005) pour des enquêtes réalisées en population générale.

Tableau 2: prévalence de l'Epilepsie selon certaines études en Afrique subsaharienne (Preux &Druet-cabanac, 2005).

Pays	Année	T	P‰	95%IC	Sex-Ratio M/F	% des < 20 ans	U ou R
Benin	1995	530	24,5	10,9-38,1	ND	ND	R
Benin	1996	1443	15,2	8,7-21,7	ND	ND	R
Benin	2000	3134	33,5	22,3-44,3	0,8	ND	R
Burkina faso	1993	16627	10,6	9,1-12,2	1,7	76,3	R
Cameroun	1989	500	70,0	46,3-93,6	ND	ND	R
Cameroun	2000	1900	58,4	46,9-69,1	0,9	ND	R
Ethiopie	1990	60820	5,2	4,6-5,8	1,2	59,8	R
Côte Ivoire	1988	1176	7,6	2,5-12,7	0,8	88,8	R
Côte Ivoire	1990	309	74,4	43,0-104,9	0,5	91,3	R
Côte Ivoire	1995	920	59,0	43,0-75,0	1,4	36,4	R
Kenya	1988	2960	18,2	13,2-23,2	1,2	64,8	R
Libéria	1983	4436	28,0	23,0-33,0	ND	ND	R

Madagascar	2001	925	20,8	11,3-30,3	0,5	ND	U
Mali	2000	5243	15,6	12,2-19,0	ND	ND	R
Mali	2000	4074	11,3	8,0-14,6	ND	ND	U
Nigéria	1989	2925	6,2	3,3-9,1	0,6	57,5	R
Nigéria	1982	903	37,0	24,2-49,8	0,6	57,5	R
Nigéria	1987	18954	5,3	4,2-6,4	0,9	65,3	U
Sénégal	1996	7682	8,3	6,2-10,4	1,1	65,6	R
Sénégal	1996	2803	21,0	15,5-26,5	ND	ND	R
Tanzanie	1992	18183	10,2	8,7-11,7	0,9	60,8	R
Tanzanie	1999	4905	8,6	6,0-11,1	0,8	47,2	R
Togo	1996	4182	13,1	9,6-16,6	ND	ND	R
Togo	1991	19241	12,3	10,7-13,9	1,2	ND	R
Togo	1989	5264	16,7	13,1-20,3	1,6	ND	R
Togo	2000	9143	18,6	15,7-21,5	1,1	ND	R
Ouganda	1996	4743	13,0	9,7-16,3	ND	83,6	R
Zambie	2004	55000	12,5	11,5-13,5	1,3	70,9	R

ND = non disponible ; R = rural ; U = urbain ; IC = intervalle de confiance ; M/F = masculin/féminin ; T = taille de l'échantillon ; P = prévalence

Tableau 3: Prévalence de l'Epilepsie dans le continent.

Aire géographique	Prévalence (‰)
Nord	1-5
Zone intertropicale	4-49
Sud	7-12

Toutefois il faut noter les disparités dans la même zone. Aussi il existe des zones de forte prévalence et les zones de faible prévalence (Mbackee, 2004)

2.1.5. PREVALENCE DE L'EPILEPSIE EN OCCIDENT, EN AMERIQUE, EN ASIE ET EN OCEANIE

La prévalence de l'épilepsie dans les pays occidentaux est de 3-5‰ (Mbackee, 2004)

Tableau 4: Prévalence de l'Epilepsie en Amérique latine, en Asie et en Océanie

Pays	Prévalence (‰)
Brésil	11,9-13,3
Panama	22-57
Bolivie	26
Mexique	18
Chilie	17,7-31
Colombie	19,4
Cuba	12,5-15,4
Equateur	7
Irak	4
Inde	2,5-9
Pakistan	10
Srilanka	9
Chine	3-4,4
Iles Maurice	3,4-5,4

2.1.6. LES ETIOLOGIES DE L'EPILEPSIE

Tout d'abord, il est bien de noter que toute crise d'épilepsie dépend de la conjonction des facteurs génétiques et des facteurs acquis depuis la vie fœtale, ces derniers étant la conséquence d'une lésion cérébrale.

❖ LES CAUSES POSSIBLES DE L'EPILEPSIE

Nous pouvons dire qu'elle peut être causée par de mauvaises liaisons entre les nerfs du cerveau dues à un déséquilibre des neurotransmetteurs (messagers chimiques dans le cerveau) ou à une combinaison de ces facteurs. On suppose que chez de nombreux épileptiques, le nombre de neurotransmetteurs stimulants (augmentant l'activité nerveuse du cerveau) est trop

élevé tandis que le nombre de neurotransmetteurs inhibiteurs (réduisant l'activité nerveuse) est trop faible. Il peut en résulter une suractivité nerveuse provoquant l'épilepsie. Parfois, ce sont les tentatives d'autoréparation du cerveau, par exemple suite à une blessure à la tête, une crise d'apoplexie ou une autre maladie, qui contribuent par mégarde à la création de ces mauvaises liaisons nerveuses à l'origine de l'épilepsie. Les mauvais développements du cerveau peuvent également perturber l'activité nerveuse et provoquer des troubles douloureux. Dans de nombreux cas, l'épilepsie est due à des altérations des cellules non neuronales du cerveau, les cellules gliales. Ces cellules régulent les concentrations chimiques du cerveau qui peuvent influencer sur la décharge nerveuse.

La cause de la crise est inconnue dans environ la moitié des cas. Dans d'autres cas, les crises indiquent clairement une infection, une blessure ou un dysfonctionnement connu.

- **LES FACTEURS GENETIQUES**

La recherche a montré que les mutations génétiques comptaient parmi les principaux facteurs favorisant l'épilepsie. Quelques formes d'épilepsie sont imputables à la mutation d'un gène donné. De nombreuses autres formes d'épilepsie sont très fréquentes chez certaines familles. Il est donc presque certain que la génétique influence la maladie. On estime que 500 gènes pourraient jouer un rôle dans cette maladie. Il apparaît néanmoins de plus en plus nettement que, dans de nombreuses formes d'épilepsie, les mutations génétiques ne font qu'accroître la prédisposition individuelle aux crises et que les crises sont ensuite déclenchées par un facteur environnemental.

- **AUTRES MALADIES**

Dans de nombreux cas, l'épilepsie est causée par une lésion cérébrale provoquée par d'autres maladies perturbant le fonctionnement normal du cerveau, comme par exemple : tumeurs cérébrales, alcoolisme, maladie d'Alzheimer, crises d'apoplexie, crises cardiaques, méningites, SIDA, encéphalites virales et autres maladies infectieuses, suraccumulation de liquide dans le cerveau (hydrocéphalie), intolérance au gluten de blé (maladie cœliaque). Les crises peuvent disparaître si ces maladies sont traitées avec succès. Toutefois, les chances de ne plus souffrir des crises après le traitement de la maladie sous-jacente dépendent du type de maladie, de la zone du cerveau touchée et de l'ampleur de la lésion cérébrale avant le traitement.

L'épilepsie se manifeste également lors des troubles du développement et du métabolisme divers et variés. Dans le cas de telles maladies, l'épilepsie n'est qu'un symptôme parmi d'autres.

- **BLESSURES A LA TETE**

Dans de nombreux cas, une blessure à la tête peut provoquer des crises ou de l'épilepsie. L'utilisation de ceinture de sécurité en voiture et le port de casques à moto ou lors des compétitions sportives peuvent protéger contre l'épilepsie et d'autres conséquences d'une blessure à la tête.

- **LESIONS PRENATALES ET TROUBLES DU DEVELOPPEMENT**

Au cours de son développement, le cerveau est exposé à de nombreux types de lésions. Les infections de la mère, les carences alimentaires et le manque d'oxygène ne constituent que quelques exemples des troubles pouvant avoir des répercussions négatives sur le cerveau du fœtus. Ces troubles peuvent provoquer une épilepsie ou une lésion cérébrale qui va souvent de pair avec une épilepsie. Chez les enfants, environ 20% de crises épileptiques sont causées par une paralysie cérébrale ou une maladie neurologique. Les mutations des gènes moteurs du développement peuvent également être responsables de l'épilepsie.

- **EMPOISONNEMENT ET AUTRES**

Les crises peuvent survenir après un cas de saturnisme, un empoisonnement au monoxyde de carbone et à bon nombre d'autres substances toxiques. Elles peuvent également se déclencher en cas de consommation de drogues illégales et après des overdoses d'antidépresseurs et d'autres médicaments.

Les crises se manifestent souvent en cas de manque de sommeil, de consommation d'alcool, de stress ou de modifications hormonales pendant les menstruations. Ces facteurs déclencheurs ne provoquent pas l'épilepsie, mais ils peuvent déclencher les convulsions occasionnelles ou des crises épileptiques qui se traitent bien à l'aide des médicaments de crise. Le manque de sommeil peut notamment déclencher les crises fréquentes.

- **LE SOMMEIL, FACTEUR D'APAISEMENT**

Les épileptiques doivent donc dormir assez et respecter les horaires de sommeil très réguliers. Maintes crises sont provoquées par des flashes ou vacillement de l'écran de l'ordinateur ; on parle alors de l'épilepsie photogène. Fumer peut aussi déclencher les crises : la nicotine des cigarettes agit sur les récepteurs de l'acétylcholine, un neurotransmetteur stimulant du cerveau qui augmente la décharge des cellules nerveuses. L'activité sexuelle déclenche rarement des crises.

Le tableau 5 résume les différentes étiologies de l'épilepsie en fonction de l'âge

Tableau 5: Etiologies des Epilepsies en fonction de l'âge (Thomas &Genton, 1994)

Age	Différentes étiologies des épilepsies
0 an	<ul style="list-style-type: none"> - Anoxie périnatale - Traumatisme périnatale - Infections du SNC - Malformations cérébrales - Hématome sous-dural - Hypocalcémie - Hypoglycémie
2 semaines	<ul style="list-style-type: none"> - Infections - Hypocalcémie - Malformation cérébrale
4 mois	<ul style="list-style-type: none"> - Convulsions fébriles - Infections du SNC - Epilepsie séquellaire d'une pathologie néonatale - Causes vasculaires - Erreurs innées du métabolisme - Phacomatoses
2 ans	<ul style="list-style-type: none"> - épilepsie à paroxysmes centro-temporaux - épilepsie généralisée idiopathiques - épilepsie sequellaire d'une pathologie néonatale - épilepsie post-traumatique - erreur innée du métabolisme - phacomatoses - infection du SNC - intoxication
10 ans	<ul style="list-style-type: none"> - épilepsie généralisée idiopathique - épilepsie post-traumatique - épilepsie sequellaire d'une pathologie néonatale - infection du SNC - malformations
20 ans	<ul style="list-style-type: none"> - épilepsie post traumatique - épilepsie tumorales - épilepsie alcooliques - épilepsie sequellaire d'une pathologie néonatale - malformations vasculaires
40 ans	<ul style="list-style-type: none"> - épilepsie tumorales (primitives) - épilepsie alcooliques - épilepsie post- traumatique - épilepsie vasculaires
60 ans	<ul style="list-style-type: none"> - épilepsie vasculaires - épilepsie tumorales (primitives) - épilepsie tumorales (métastatiques) - épilepsie associée à une démence dégénérative primitive

2.1.7. L'ETIOLOGIE DES EPILEPSIES EN MILIEU TROPICAL

Les conditions socio-sanitaires précaires dans certains pays en développement et la sous médicalisation des structures sanitaires font que les soins périnataux sont déficients et les accidents sont fréquents (souffrances cérébrales, traumatismes obstétricaux...). Beaucoup d'accouchements se déroulent à domicile, pratique facilitant les complications infectieuses néonatales et prédisposant ainsi les enfants à des crises d'épilepsie ultérieures.

L'hérédité intervient surtout dans les épilepsies débutant dans l'enfance. Un antécédent familial est retrouvé dans 6 à 60% des cas selon les études (Preux, 2000).

Les infections parenchymateuses (encéphalites virales, méningo-encéphalites bactérienne, abcès cérébraux) sont particulièrement épileptogènes et peuvent provoquer des crises ou une épilepsie ultérieure à tous les âges de la vie (Thomas & Genton, 1994). La neurocysticercose et le neuropaludisme constituent les neuroparasitoses les plus fréquents.

L'infection par le virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), fréquente dans les pays au sud du Sahara, peut être à l'origine des crises d'épilepsie chez 7 à 13% des cas. Elle peut être liée à une infection opportuniste cérébrale (toxoplasmose ou tuberculose cérébrale), à un lymphome, ou à une vascularite, mais aussi peut survenir isolément constituant ainsi la seule traduction clinique d'une atteinte du système nerveux central.

L'étiologie tumorale est relativement fréquente chez l'adulte mais les difficultés d'exploration de ce genre de pathologie en Afrique font que les chiffres sont sous-estimés. En moyenne, les tumeurs seraient responsables des 3% des cas dans l'état actuel des investigations (Preux, 2000).

En Afrique subsaharienne les traumatismes crâniens sont souvent à l'origine des lésions épileptogènes. Après un traumatisme pénétrant, le risque est plus élevé par rapport à un traumatisme fermé. La durée de la perte de connaissance initiale est un facteur pronostic. Un antécédent de traumatisme crânien est retrouvé dans environ 8% des cas (Preux, 2000).

La crise d'épilepsie peut être le symptôme d'une lésion séquellaire ou être contemporaine d'un accident vasculaire quel que soit l'étiologie de celui-ci. Les antécédents de pathologies vasculaires cérébrales en Afrique se retrouvent en moyenne dans 7% des cas (Preux, 2000).

Parlant de l'épilepsie en milieu tropical, il semble essentiel d'insister sur l'importance de la pathologie parasitaire et infectieuse dans cette partie du monde. En effet les parasitoses peuvent s'accompagner à la phase aiguë, des crises provoquées dans près de 20% des cas. Elles sont surtout responsables des crises provoquées, soit par une encéphalopathie diffuse

(effet direct ou migration du parasite ou des œufs, réaction allergique, lyse massive au début du traitement...) soit par une localisation cérébrale. La cysticercose est une des parasitoses les plus fréquentes sévissant en Afrique subsaharienne.

2.1.8. CLASSIFICATION DES EPILEPSIES (TABLEAU 6)

Pour homogénéiser les recherches épidémiologiques et utiliser le même langage, les épiléptologues ont créé une classification internationale des crises d'épilepsie (Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy, 1981). Cette classification permet de différencier les crises généralisées et les crises partielles.

2.1.9. CLASSIFICATION DES EPILEPSIES ET DES SYNDROMES EPILEPTIQUES (TABLEAU 7)

La première classification internationale des épilepsies et des syndromes épileptiques fut définitivement adopté en Octobre 1989 à New Delhi. Cette classification (Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy, 1989) a été élaborée pour fournir un outil de diagnostic au personnel médical devant un certain nombre de signes et symptômes cliniques, d'en déduire un meilleur traitement et d'établir un pronostic.

Les manifestations épileptiques correspondent à certaines étiologiques ou à certaines évolutions et sont regroupées et classées en syndromes épileptiques. Ces syndromes sont fondés sur les caractères électrocliniques des crises ainsi que leur étiologie.

Cette classification permet une homogénéité dans les travaux scientifiques et une comparaison entre leurs résultats mais elle ne prend pas toujours en compte le mécanisme responsable de la survenue des crises, leur origine parfois multifactorielle et le continuum logique de la maladie épileptique.

On distingue également :

- les épilepsies idiopathiques ou familiales (autrefois appelés primaires) définies par leurs caractères cliniques et électroencéphalographiques, sans cause organique, répondant à un facteur génétique plus ou moins évident ;
- Les épilepsies cryptogéniques ne répondent pas à aucune cause explicable par les antécédents et/ou décelable par les moyens diagnostics actuels ;
- Les épilepsies symptomatiques dues à des lésions cérébrales, fixées ou évolutives, ou encore secondaires à des troubles métaboliques.

Tableau 6: Classification internationale des crises épileptiques

1. Crises généralisées
- 1.1. Absences

- a. Absences
- b. Absences atypiques
- 1.2. Crises myocloniques
- 1.3. Crises cloniques
- 1.4. Crises toniques
- 1.5. Crises tonico-cloniques
- 1.6. Crises atoniques
- 2. Crises partielles (focales)
 - 2.1. Crises partielles simples
 - a. Avec signes moteurs
 - b. Avec signes somato-sensitifs ou sensoriels
 - c. Avec signes végétatifs
 - d. Avec signes psychiques
 - 2.2. Crises partielles complexes
 - a. Début partiel simple suivi de troubles de la conscience et/ ou d'automatismes
 - b. Avec troubles de la conscience dès le début de la crise, accompagnés ou non d'automatismes.
 - 2.3. Crises partielles secondairement généralisées
 - a. Crises partielles simples secondairement généralisées
 - b. Crises partielles complexes secondairement généralisés
 - c. Crises partielles simples évoluant vers une crise partielle complexe puis vers une généralisation secondaire
- 3. Crises non classées

Tableau 7: Classification internationale des épilepsies et des syndromes épileptiques (Commission on classification and Terminology of the International League Against Epilepsy, 1989)

- 1. Epilepsie et syndromes épileptiques focaux
 - 1.1. Idiopathiques liés à l'âge :
 - Epilepsie bénigne de l'enfance à paroxysme rolandiques
 - Epilepsie bénigne de l'enfance à paroxysme occipitaux
 - Epilepsie primaire de lecture
 - 1.2. Symptomatiques : en fonction de la localisation et de l'étiologie
 - 1.3. Cryptogéniques ou familiales : lorsque l'étiologie reste inconnue
- 2. Epilepsies et syndromes épileptiques généralisés

2.1. Idiopathiques, liés à l'âge, par ordre chronologique :

- Convulsions néonatales familiales bénignes, convulsions néonatales bénignes ;
- Epilepsie myoclonique de l'enfance, épilepsie-absence de l'enfance ;
- Epilepsie-absence de l'enfance, épilepsie myoclonique juvénile ;
- Epilepsie à crise grand mal du réveil, autres.

2.2. Cryptogéniques et/ou symptomatiques avec en particulier :

- Spasmes infantiles (syndrome de West), syndrome de Lennox-Gastaut ;
- Epilepsie avec crises crisesmyoclonono-astatiques, épilepsie avec absences myocloniques

2.3.Symptomatiques

2.3.1. Sans étiologie spécifique

- Encéphalopathie myoclonique précoce
- Encéphalopathie infantile précoce avec suppression-burst, autres.

2.3.2. Syndromes spécifiques : étiologies métaboliques ou dégénératives

3. Epilepsies dont le caractère focal ou généralisé n'est pas déterminé

3.1. Association de crises généralisées et partielles avec en particulier :

- Epilepsie myoclonique sévère, épilepsie avec points-ondes continues pendant le sommeil ;
- Epilepsie avec aphasia acquise (syndrome de Landau-kleffer)

3.2.Sans caractère généralisé ou focal certain

4. Syndromes spéciaux

4.1.Crises occasionnelles, liées à une situation épileptogènes transitoire :

- Convulsions fébriles
- Crises uniquement précipitées par un facteur toxique ou métabolique

4.2. Crise isolée, état de mal isolée.

2.1.10. LES SYNDROMES EPILEPTIQUES LES PLUS FREQUENTS

▪ **ABSENCES**

Les absences sont les crises répétées provoquant une perte temporaire de contact avec la réalité. Ces crises commencent presque toujours à l'enfance ou à l'adolescence et sont souvent héréditaires. Beaucoup de personnes souffrant d'absences font des mouvements involontaires pendant leurs crises, comme des convulsions du bras ou un clignement d'œil rapide. D'autres n'ont pas de symptômes reconnaissables. Elles sont seulement « absentes » pendant un bref instant. Le malade peut poursuivre l'activité entamée auparavant

immédiatement après ce genre de crise. Toutefois, ces crises sont si fréquentes qu'elles empêchent le patient de se concentrer à l'école ou dans d'autres situations. Chez l'enfant, les absences disparaissent le plus souvent dès la puberté.

▪ **EPILEPSIE PSYCHOMOTRICE**

L'épilepsie psychomotrice désigne également des crises partielles répétées, notamment des crises situées au niveau du lobe temporal. Le concept de psychomotricité se rapporte aux sensations désagréables, sentiments étranges et comportements bizarres qui se manifestent pendant ces crises.

▪ **EPILEPSIE DU LOBE TEMPORAL**

L'épilepsie du lobe temporal (TLE) est la forme d'épilepsie à crises partielles la plus fréquente. Ces crises s'accompagnent le plus souvent d'auras. L'épilepsie du lobe temporal commence souvent dès l'enfance et peut endommager l'hippocampe (la structure cérébrale responsable de la mémoire et de l'apprentissage) au fil du temps. Il est donc important de traiter ce genre d'épilepsie le plus tôt et le plus efficacement possible.

▪ **EPILEPSIE DU LOBE FRONTAL**

L'épilepsie du lobe frontal est souvent caractérisée par une série de crises brèves commençant et se terminant soudainement.

▪ **EPILEPSIE DU LOBE OCCIPITAL**

L'épilepsie du lobe occipital commence la plupart du temps par des hallucinations optiques, des clignements rapides des yeux ou d'autres symptômes oculaires.

▪ **EPILEPSIE DU LOBE PARIÉTAL**

Les symptômes de l'épilepsie du lobe pariétal ressemblent grandement à ceux d'autres formes étant donné que les crises du lobe pariétal se propagent souvent dans d'autres régions du cerveau.

▪ **EXEMPLE DE CRISES NON EPILEPTIQUES**

- **CONVULSIONS OCCASIONNELLES**

De nombreuses personnes souffrent de telle crise à un moment ou l'autre de leur vie. Cette crise est unique. De telles crises sont souvent une réaction à une narcose ou à un médicament fort ou peuvent aussi se manifester spontanément, sans facteur déclencheur reconnaissable. En l'absence de lésion cérébrale et si les antécédents familiaux ne présentent pas d'épilepsie ou d'autres troubles neurologiques, ces convulsions occasionnelles ne sont en général plus suivies d'autres crises.

- CONVULSIONS FEBRILES

Un enfant souffre parfois d'une crise lors d'une maladie à forte fièvre. Ces crises sont appelées convulsions fébriles et peuvent sembler très dangereuses pour les parents et ceux qui en ont la charge. Autrefois, dans la plupart des cas, on prescrivait des médicaments de crise après une convulsion dans l'espoir de prévenir l'épilepsie. Cependant, la plupart des enfants ayant fait une convulsion fébrile ne développent pas l'épilepsie et la prise sur le long terme des médicaments contre la convulsion (anticonvulsifs) peut provoquer des effets secondaires indésirables.

- CRISES NON -EPILEPTIQUES

Les phénomènes ressemblant à une crise sans activité de crise patente dans le cerveau sont appelés crises non-épileptiques ou pseudo-crisis. Les crises non épileptiques dont la cause est psychique sont également appelées crises psychogènes. Les crises psychogènes peuvent dénoter une dépendance, un besoin d'attention, l'envie d'éviter des situations lourdes ou certaines maladies psychiatriques. En plus des crises épileptiques, de nombreux patients épileptiques souffrent de crises psychogènes sans avoir d'épilepsie. Les crises psychogènes ne peuvent pas être traitées comme des crises épileptiques mais requièrent souvent un traitement psychothérapeutique. D'autres crises non épileptiques peuvent être causées par une narcolepsie, le syndrome de Tourette, des dysfonctionnements du rythme cardiaque et d'autres maladies corporelles aux symptômes rappelant les crises. Etant donné que les symptômes sont très proches des crises épileptiques, ces maladies sont souvent prises à tort pour de l'épilepsie.

- ECLAMPSIE

Une éclampsie est une maladie potentiellement mortelle qui peut se développer chez les femmes enceintes. Ses symptômes comprennent des hypertensions artérielles soudaines et des convulsions. Les femmes enceintes présentant ces crises inattendues doivent être immédiatement conduites à l'hôpital. Après la grossesse, la patiente ne fait le plus souvent aucune autre crise et ne développe pas non plus l'épilepsie.

▪ LE DIAGNOSTIC DE L'EPILEPSIE

Une série d'examen permet de déterminer si quelqu'un souffre ou non d'épilepsie ainsi que le type de crise en présence. Dans de nombreux cas, des symptômes peuvent rappeler une crise mais ne pas être épileptiques ou être causées par d'autres maladies.

Il est important de noter que sans examens intensifs et observations poussés, même les médecins ne peuvent pas toujours faire la différence entre une épilepsie et ces maladies. Voici les principales méthodes d'examen :

- **EXAMEN PAR ELECTROENCEPHLOGRAMME (EEG)**

L'électroencéphalogramme (EEG) enregistre les ondes cérébrales saisies par des électrodes placées sur le cuir chevelu. C'est l'examen le plus fréquemment utilisé pour diagnostiquer une épilepsie qui peut être décelée à l'aide des altérations des activités électriques du cerveau. Les patients atteints de l'épilepsie ont une activité cérébrale soumise à de fréquentes fluctuations même en l'absence de crises. L'EEG peut certes être utile pour diagnostiquer une épilepsie, mais n'est pas sûr à 100%. Bon nombre de personnes présentent un tracé normal même après une crise. Dans d'autres cas, les ondes cérébrales altérées se situent au plus profond du cerveau. Elles n'apparaissent donc pas sur l'EEG. L'EEG de bon nombre de non épileptiques présentent également des ondes cérébrales inhabituelles. Pour compléter l'EEG, le médecin a souvent recours à des enregistrements vidéo afin de se faire une idée des crises du patient. Ces enregistrements peuvent être utilisés pour exclure d'autres maladies comme une narcolepsie qui peut ressembler à une épilepsie.

- **MAGNETO-ENCEPHALOGRAMME (MEG)**

Le magnéto-encéphalogramme (MEG) est une nouvelle technique d'examen. Le MEG enregistre les signaux magnétiques émis par les cellules nerveuses. Il est ainsi en mesure d'enregistrer l'évolution de l'activité cérébrale à différents endroits du cerveau et de reconnaître différentes fonctions cérébrales. Le MEG ressemble à l'EEG, mais ne requiert pas d'électrodes. Contrairement à l'EEG, il peut également enregistrer des signaux en provenance de régions plus profondes du cerveau.

- **TECHNIQUES D'EXAMENS PAR IMAGERIE DU CERVEAU**

Les techniques d'imagerie comptent parmi les plus importants examens de diagnostic d'une épilepsie. Les plus fréquemment utilisés sont la tomographie par ordinateur (CT), la tomographie à émission des positrons (PET) et la tomographie par résonance magnétique (MRT). Les tomographies de type CT et MRT permettent de visualiser la structure du cerveau et de déceler des tumeurs cérébrales, des kystes et d'autres anomalies structurelles.

L'utilisation de la tomographie PET et d'une technique MRT spéciale, la MRT fonctionnelle (fMRT) permet de déceler les altérations de la fonction cérébrale. La tomographie par ordinateur par émission de photons simples (SPECT) est une technique relativement nouvelle parfois utilisée pour localiser les foyers épileptogènes dans le cerveau. Sont également en expérimentation la spectroscopie à résonance magnétique (MRS) qui permet de prouver la présence d'altérations des processus biochimiques du cerveau, et la spectroscopie proche infrarouge, qui enseigne sur le taux d'oxygène dans le tissu cérébral.

- ANAMNESE

Un dossier médical détaillé (anamnèse) comprenant les symptômes et la durée des crises est encore l'une des meilleures méthodes pour décider si quelqu'un souffre ou non de l'épilepsie et déterminer de quelle crise il s'agit. Lors de la constitution de l'anamnèse, le médecin interroge le patient sur ses crises ainsi que toutes ses précédentes maladies ou autres symptômes. Etant donné que le malade ne se souvient souvent pas de ce qui s'est passé, les informations de personnes de confiance sont importantes.

- EXAMENS SANGUINS

Des prélèvements de sang sont souvent effectués notamment sur les enfants. Ces prélèvements sont utilisés pour étudier la présence de maladies métaboliques ou de troubles génétiques qui pourraient être liés aux crises. Ils peuvent également être utilisés pour exclure les maladies sous-jacentes comme les infections, le saturnisme, l'anémie et le diabète, qui pourraient provoquer ou déclencher les crises.

- TESTS DU DEVELOPPEMENT, TESTS NEUROLOGIQUES ET PSYCHOLOGIQUES

Le médecin réalise souvent des tests pour déterminer des capacités motrices, le comportement et les capacités intellectuelles du patient. Ces tests peuvent renseigner sur les diminutions des fonctions provoquées par l'épilepsie ou sur la forme d'épilepsie dont le patient souffre.

▪ PREVENTION DE L'EPILEPSIE

La cause des crises est souvent inconnue, aucune prévention n'est donc possible. Par contre, les nombreux cas d'épilepsie dont les causes connues (blessures, infections et autres troubles) peuvent faire l'objet d'une prévention.

Pour réduire le risque :

- éviter les blessures : les blessures à la tête et ailleurs favorisant l'épilepsie peuvent par exemple être évitées en utilisant des ceintures de sécurité, des casques de vélo et des sièges pour enfants.

- suivi pendant la grossesse : le risque de lésion cérébrale du fœtus, qui pourrait provoquer ultérieurement une épilepsie, mais aussi d'autres troubles neurologiques, peut être réduit par un bon suivi pendant la grossesse. Par exemple le traitement de l'hypertension et les infections.

- traitement des maladies : le traitement des maladies cardio-vasculaires, de l'hypertension, des infections et autres maladies pouvant avoir des effets sur le cerveau peut prévenir de nombreux cas d'épilepsie.

2.1.11. TRAITEMENT ANTI – EPILEPTIQUE

Les principes généraux du traitement antiépileptique obéissent à un certain nombre de règles selon.

- Certitude du diagnostic sur les bases électrocliniques ;
- Informer le patient sur sa maladie et sur le traitement qu'on lui prescrit (un traitement mal compris est généralement mal accepté et mal suivi) ;
- La monothérapie doit être de règle dans tout traitement initial.

L'objectif du traitement est la prévention des crises et plusieurs antiépileptiques sont utilisés. Le choix du premier dépend du diagnostic précis du type de crise et, si possible sur celui du syndrome épileptique. Le thérapeute devra aussi évaluer le type, la tolérance, l'efficacité, le coût, le contexte social et psychologique dans lequel évolue le patient épileptique (Thomas & Genton, 1994).

Le traitement de l'épilepsie repose sur 4 produits majeurs : le phénobarbital, la phénytoïne, la carbamazépine et le valproate de sodium. Les nouveaux antiépileptiques représentés par la vigabatrin, la lamotrigine, l'oxcarbazépine, le topiramate, la gabapentine, le progabide, la tiagabine ont été développés pour trouver une alternative thérapeutique aux formes d'épilepsies pharmaco-résistants souvent rencontrés avec les anciens produits. Les modes d'action s'appuient sur les découvertes récentes des mécanismes biochimiques responsables de l'hyperactivité neuronale. Ces nouvelles molécules ne sont pas accessibles dans les pays en développement en raison de leurs couts élevés

Le tableau 8 donne les caractéristiques pharmacologiques des 4 anticonvulsivants majeurs

Tableau 8: Caractéristiques pharmacologiques des 04 anticonvulsants majeurs et leurs effets indésirables principaux.

DCI	Dose/jour (mg/kg)	Nombre de prise/jour	Demi-vie (heures)	Inducteur enzymatique	Zone d'efficacité de taux sérique (mg/l)	Mécanismes d'action principaux	Effets indésirables principaux
Phénobarbital	E : 2-5 A : 2-3	1	E : 20-30 A: 40-70	Oui	15-30	Prolongation ouverture des canaux C1. Blocage des canaux Na. Action sur le glutamate et le Gaba	Sédation Hyperactivité Algodystrophie

Phénitoïne	E : 2-4	1-2	15-60	Oui	10-20	Nombreux mécanismes ioniques GABA-ergiques	Hyperplasie gingivale, Syndrome cérébelleux, Neuropathie, Leucopénie, Confusion.
Valproate de sodium	E :30-40 A :20-30	2-3	8-12	Non	50-100	Inhibition catabolique du GABA	Tremblements Prise de poids Alopécie Hépatite Sédation Encéphalopathie
Carbamazépine	E :15-20 A : 20	2-3	2-25	Oui	5-10	Blocage canaux Na et Ca	Syndrome vestibulaire, Nystagmus, Diplopie, Syndrome de Jell, Leucopénie, Anémie, Hyponatrémie (effet ADH-like)

E = enfants ; A = adultes

• LA CONDUITE PRATIQUE DU TRAITEMENT ANTIÉPILEPTIQUE

Les antiépileptiques sont avant tout des anticonvulsants, en limitant la genèse de propagation d'une crise. Avant de prescrire un traitement, il faut préciser le type de crises, crise isolée ou crises récurrentes, analyser les facteurs déclenchant la crise (alcool, sevrage médicamenteux, intoxication, manque de sommeil...). Enfin, la prise en charge doit être globale : information sur la maladie, conseils d'hygiène de vie, vie familiale, vie socioprofessionnelle (loisir, conduite automobile, travail autorisé...).

Le traitement doit toujours commencé par une monothérapie adaptée au syndrome épileptique. La dose prescrite à la mise en route du traitement correspond en général aux 2/3 de la posologie théorique et sera atteinte progressivement en une ou deux semaines. Le suivi d'un traitement antiépileptique est clinique : disparition des crises, bonne tolérance du traitement. Les dosages sont utiles si les crises persistent ou réapparaissent ou s'il apparaît des effets secondaires. Une surveillance biologique de la Numération Formule Sanguine (NFS) ou

de la fonction hépatique est nécessaire pour certains antiépileptiques (acide valproïque, carbamazépine...). La bithérapie ou polythérapie ne sera utilisée qu'en cas d'échec de la monothérapie, soit dans environ 10 à 25% des cas.

La durée moyenne d'une crise est variable et difficile à apprécier. La nécessité de poursuivre un traitement épileptique doit régulièrement être remise en question. La décision de l'arrêt doit être prise en commun par le médecin et le patient. La diminution des doses sera progressive avec une surveillance clinique et électroencéphalographique

Tableau 9: Le phénobarbital

Découvert	1912
Nom commercial	Gardenal
Présentations	Comprimés 10 mg-50mg. Forme injectable de 400mg-200mg
Posologie	Voie orale : Adulte = 2 à 3mg/kg/jour en une prise unique. Vespérale : Enfant = 3 à 5mg/kg/jour. Voie injectable (sous cutanée ou intramusculaire). Adultes = 1 à 2 ampoules à 200mg/jour. Enfant de 12 à 30 mois = 10 à 20 mg/jour. 30 mois à 15 ans = 20 à 40 mg/jour.
Indications	Crises généralisées tonico-cloniques primaires ou secondaires, crises partielles simples ou complexes
Associations	Ortenal en comprimés de 100mg. Alpesal en comprimé de 15-50-100-150mg. Espanal en comprimés de 10-20-50 mg.
Autres spécialités	Asthmasédine – Trédalan- Colchimax- Enurétine-Febrectol-prenoxan-spasmosédine- Natisedine ...

Tableau 10: La phénitoïne

Découverte	1938
Nom commercial et présentations	Dihydan, sous forme de comprimés de 100mg. Dilantin sous forme injectable
Posologie	Adulte = 2-6mg/kg/jour en deux prises. Enfant = 3 à 8mg/kg/jour en 1 ou 2 prises en traitement d'attaque.
Métabolisme	Démi-vie variable : 2 – 20h (85% pour 100mg ; 50% pour 500mg)
Effets indésirables	Sont multiples bien que mineurs. Digestif :hypertrophie gingivale, anorexie, nausées. Neurologiques : déficit en acide folique, allergies, hépatites, cholestatiques.

Tableau 11: La carbamazépine

Découverte	1960
Présentations et nom commercial	Tégretol sous forme de comprimés de 200mg. LP 200 et 400mg, suspension buvable 2% dosée à 100 mg.
Posologie	Elle est progressive et est de 10 à 15mg/kg/jour chez l'adulte en 2 à 3 prises et est de 10 à 20mg/kg/jour chez les enfants.
Indicateurs	Crises partielles, crises généralisées tonico-cloniques primaires ou secondaires sauf les absences et les crises myocloniques
Métabolisme	Demi-vie : 5 à 25h. liaison protéine de 70 à 80%
Effets indésirables	Ils sont moins fréquents et le plus souvent mineurs à type de : réaction d'idiosyncrasie et d'hypersensibilité, phénomènes dose-dépendant : somnolences, vertiges.

Tableau 12: La valproate de sodium

Découverte	1967
Nom commercial et présentations	Dépakine, existant sous plusieurs formes : comprimés gastrorésistants de 200 à 500mg. Comprimés LP = Dépakine-chrono dosée à 500mg. Solution buvable 200mg/ml. Sirop = 200mg/cuillère-mesure. Ampoule injectable de 400mg/ml
Posologie	Elle progressive en deux prises. Adulte = 20mg/kg/jour. Enfant = 20 à 30mg/kg/jour
Indications	Crises partielles, crises généralisées tonico-cloniques primaires ou secondaires. Absences typiques ou atypiques, crises myocloniques (Syndrome de Lennox-Gastaud, Syndromes de West)
Métabolisme	Demi-vie de 8 à 17 heures, d'où la prise bi ou tri quotidienne. Forte fixation protéique : 90%. Métabolisé au niveau hépatique et élimination rénale.
Effets secondaires	Hépatites aiguës, troubles de la coagulation (thrombopénie), pancréatites aiguës, phénomènes non graves : troubles digestifs, nausées, vomissements, anorexie.

2.1.12. LES NOUVEAUX MEDICAMENTS ANTIEPILEPTIQUES

Ils sont communément appelés médicaments de la troisième génération. Ce sont de nouvelles molécules mises sur le marché depuis 1985.

- LE PROGABIDE

C'est un médicament synthétisé en 1976, il a été introduit dans le traitement des épilepsies au début des années 1980 et commercialisé en 1985.

Il s'agit d'un GABA-mimétique, possédant théoriquement un large spectre d'activité antiépileptique. Son hépatotoxicité limite son usage et nécessite des contrôles réguliers des paramètres enzymologiques hépatiques.

Posologie : 20-35mg/kg/jour chez l'adulte ; 35 à 40mg/kg/jour chez l'enfant

- ACIDE GAMMA – AMINO BUTYRIQUE (VIGABATRIN)

Sa commercialisation a commencé en 1970. Il élève les taux intracérébraux du GABA en inhibant de façon irréversible le GABA-transaminase, principale enzyme impliquée dans le catabolisme de ce neuromédiateur. Son absorption est rapide et la molécule ne se lie pas aux protéines. Il n'est pas métabolisé et est éliminé par voie orale.

Posologie : 5 à 200mg/kg/jour en 3 prises du fait de sa demi-vie courte (5-8 heures)

- LA LAMOTRIGINE (LAMICTAL)

Elle agit comme un antagonisme des acides aminés excitateurs. Sa demi-vie de 15 heures est déterminée lorsqu'elle est associée aux antiépileptiques inducteurs enzymatiques tels que la carbamazépine ou la phénitoïne. Cette demi-vie est par contre en cas d'association avec un inhibiteur enzymatique tel que le Valproate de sodium.

Comme autres médicaments de troisième génération, nous avons :

Oxcarbazépine ; Topiramate ; Téagabine ; Gabapentin (analogue du GABA) ; Stiripentol ; Eterobard ; Zonisamide (Thiane, 2004).

2.1.13. REGLE D'ADMINISTRATION DES ANTIEPILEPTIQUES ET SURVEILLANCE DU TRAITEMENT

L'administration d'un antiépileptique exige une collaboration harmonieuse entre le praticien, le malade et l'entourage familial afin d'obtenir une bonne observance thérapeutique. Chaque médicament a une dose optimum qu'il est inutile voire dangereuse de dépasser.

Cette dose optimale doit être atteinte progressivement en une semaine, parfois un peu plus selon l'existence d'effets sédatifs initiaux. Le nombre de prise est fonction de la demi-vie du produit.

La monothérapie en première intention est de rigueur. La surveillance du traitement est essentiellement clinique (Mbacke, 2004).

2.1.14. L'IMPACT DE L'ÉPILEPSIE SUR LE PLAN SOCIO-ECONOMIQUE

✓ LE COUT DE L'ÉPILEPSIE

Le coût des soins donnés aux patients épileptiques dans les pays développés a augmenté ces dernières années, particulièrement avec le respect du traitement, l'arrivée de nouveaux traitements antiépileptiques et l'amélioration des moyens d'investigation. Le coût de l'épilepsie varie de 200\$ à 300\$ alors qu'il était de 100\$ à 500\$ avec l'ancienne génération d'antiépileptiques.

En suisse, le coût direct de l'épilepsie annuel en 1990 a été estimé à 211,1 millions de dollars et le coût indirect à 113,7 millions de dollars.

Au royaume Uni, sur une étude portant sur plus de 1000 épileptiques, le coût total a été estimé à 2,9 milliards de dollars dont plus de 69% étaient liés aux coûts indirects. En Inde, le coût de l'épilepsie par personne et par an a été estimé à 344 dollars américains dont 93 dollars pour le coût direct et 251 dollars pour le coût indirect (Thomas et al., 2001).

✓ LA PRISE EN CHARGE DE L'ÉPILEPSIE DANS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT

Il serait illusoire de vouloir comparer les résultats des pays industrialisés à ceux des études faites dans certains pays en développement. En effet dans certains pays, l'exhaustivité des systèmes sanitaires n'est pas garantie, l'évaluation des coûts de pathologies est rarement faite, la couverture sanitaire ainsi que l'assurance maladie sont insuffisantes. Dans certains cas, cette prise en charge si elle existe, se réduit à l'administration d'antiépileptiques, généralement le phénobarbital. Les approches d'évaluation des coûts des pathologies dans certains pays en développement devraient être adaptées.

L'épileptique en Afrique est dépendant de sa famille. Selon les cultures et les sociétés, l'épileptique est souvent exclu de la vie socio-économique du pays et représente une charge importante pour les familles et les collectivités.

La prise en charge des malades épileptiques est précaire dans les pays en développement, parfois même inexistante. Les estimations ont montré que près de 90% des épileptiques se trouvent dans les pays en développement et seulement 10% se trouvent dans les pays développés, et paradoxalement, 80% des ressources pour la santé reviennent aux pays développés et 20% aux pays en développement. Les pays en développement se trouvant dans

un contexte de ressources limitées, il est nécessaire de connaître l'aspect économique de l'épilepsie, et des autres pathologies, pour une meilleure prise en charge des malades et une allocation conséquente des ressources. Au Cameroun, comme dans les autres pays africains au sud du Sahara, les études sur l'évaluation des coûts de l'épilepsie sont très rares voire inexistantes dans la plupart des pays.

2.1.15. LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'ÉPILEPSIE

Au XXI^{ème} siècle, la chirurgie s'impose comme le traitement le plus adapté de l'épilepsie. Il s'agit ici d'un traitement d'exception s'adressant aux épilepsies rebelles aux traitements médicaux et qui compromettent soit le pronostic vital en raison de la répétition des états de mal, soit l'adaptation socio-familiale du malade en raison de la grande fréquence des crises. Elle peut être à visée curative : dans ce cas, l'objectif est l'arrêt des crises par résection de la « zone épileptogène » incluant souvent une lésion. Lorsqu'elle est de type palliatif, la genèse ou la propagation des crises sont interrompues par une intervention chirurgicale. Dans les deux cas, l'objectif est d'améliorer la qualité de vie du patient. Avant toute neurochirurgie dans le cadre de l'épilepsie, la résistance aux traitements médicamenteux doit être clairement objectivée. Ce traitement repose sur la mise en évidence d'un foyer cortical bien localisé.

2.1.16. LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE ET REINSERTION SOCIALE

C'est un temps essentiel de la relation thérapeutique entre le patient épileptique et le praticien, car l'épilepsie est l'une des maladies qui souffre des préjugés sociaux négatifs avec leur corollaire de rejet, d'exclusion, de marginalisation. Cela va donc lourdement peser sur la psychologie de l'épileptique. Lennox disait : « il n'existe pas d'autre affection que l'épilepsie dans laquelle les préjugés sociaux soient plus graves que la maladie elle-même. »

❖ LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

L'action psychologique doit intéresser tant le patient que son entourage familial et social. Cette action doit viser avant tout à dédramatiser la maladie et à valoriser l'épileptique par une meilleure information de sa famille et de lui-même et par une lutte contre les préjugés négatifs. Il faut expliquer méthodiquement au patient sa maladie et ses manifestations en tenant compte des possibilités de compréhension du patient.

❖ LA REINSERTION SOCIALE

Les préjugés sociaux font que l'épileptique demeure un exclu des activités sociales. L'action sociale doit tendre à redonner à l'épileptique sa place dans la société (Mbacke, 2004).

2.1.17. LES TROUBLES PSYCHIQUES LIEES A L'EPILEPSIE

Chez les patients souffrant des troubles neurologiques dont l'épilepsie, les troubles psychiatriques sont sous-estimés. Ces sujets ont une comorbidité des troubles psychiatriques plus élevée que la population générale. Cette comorbidité a des répercussions sur la qualité de vie des patients et de leur entourage. Ainsi l'épilepsie peut être accompagnée des troubles de la cognition, des troubles du comportement et peut être associés les troubles psychiatriques. Cependant nous pouvons dire que l'épilepsie a non seulement des répercussions sur la santé individuelle du sujet, mais aussi des répercussions sur la vie relationnelle (Will, 2008).

Parmi les principaux troubles psychiatriques retrouvés chez les personnes atteintes de l'épilepsie, nous pouvons citer entre autre : les troubles dépressifs, les troubles névrotiques, les troubles de la personnalité et les troubles psychotiques (Will, 2008).

➤ LES TROUBLES DEPRESSIFS

La dépression est le trouble psychiatrique le plus fréquemment retrouvé chez les patients épileptiques. Il se caractérise par un changement des affects ou de l'humeur vers une dépression. Le changement de l'humeur est habituellement accompagné d'une modification du niveau global d'activité. L'incidence sur la vie entière, toutes formes d'épilepsies confondues, est estimée selon les études entre 6 et 30%. A titre de comparaison, dans la population générale, l'incidence de la dépression sur la vie est estimée entre 6 à 17% (Will, 2008).

DESCRIPTION CLINIQUE

Dans un tiers des cas, les symptômes dépressifs sont présents avant une crise d'épilepsie tonico-clinique généralisée. Ces prodromes sont en général constitués d'une thymie triste et d'une irritabilité quelques heures voire jour avant le déclenchement d'une crise. Pendant une crise d'épilepsie, une symptomatologie dépressive d'intensité variable peut faire partie de l'aura. Certains patients décrivent des périodes sévères et ont un sentiment fort de désespoir. Ce type d'aura existe dans environ 1% des épilepsies, mais il est plus fréquent dans les épilepsies du lobe temporal.

Pendant la phase post ictale, et particulièrement dans les épilepsies du lobe temporal, certains patients présentent une symptomatologie dépressive d'intensité variable qui peut durer quelques heures à quelques jours. Rarement ces idées peuvent s'accompagner d'idée ou de geste suicidaire. Entre les crises d'épilepsie, ces patients ont un risque plus élevé que la population générale de développer un trouble dépressif. On retrouve ce trouble chez 2/3des patients atteints d'une épilepsie sévère et /ou avec des crises fréquentes.

En plus, beaucoup de patients atteints de l'épilepsie du lobe temporal développent un trouble dépressif caractérisé par une fluctuation de l'humeur. Blumer (1995) regroupe cette symptomatologie sous le terme de « Inter-ictal Dysphoric Disorder » (IDD). Pour cet auteur, il faut que le patient ait présenté au moins trois épisodes de ce type pour parler d'IDD. Cette symptomatologie se distingue d'un trouble dépressif classique par certaines caractéristiques (tableau 13). Ainsi, il est constitué par une humeur dépressive, une perte de l'élan vital (anergie), une anxiété, un sentiment de peur et les périodes d'euphorie. Dans les formes les plus sévères, on retrouve les idées suicidaires, voire les passages à l'acte suicidaires imprévisibles. De plus dans des formes sévères peuvent apparaître des symptômes psychotiques de type hallucination, idées délirantes. Des plaintes somatoformes ont souvent été signalées par ces patients. Les IDD peuvent durer quelques heures à plusieurs jours. Il est important d'identifier une telle symptomatologie, car un tel syndrome peut avoir des répercussions sur la vie sociale et relationnelle de la personne atteinte.

Le diagnostic de la dépression semble souvent sous-estimé par les cliniciens. Pour Kanner (2002), une des raisons principales en est la méconnaissance des troubles psychiatriques par les neurologues et inversement la méconnaissance de la neurobiologie par les psychiatres. De plus, le dépistage permet de faire une prévention du risque suicidaire. Le risque suicidaire a été retrouvé plus élevé chez les patients épileptiques que dans la population générale. Selon les études, le risque de suicide est de 0 à 20% dans la sous population des patients atteints d'une épilepsie du lobe temporal, ce risque suicidaire serait de 25 fois celui de la population générale

Tableau 13: Symptômes les plus fréquemment retrouvés dans la dépression et de l'IDD (Will, 2008)

	InterictalDysphoricDysorder	Symptômes dépressif et fréquence
Insomnie	+	100%
Thymie triste	+	100%
Peur		94%
Trouble de la concentration		91%
Idéation suicidaire		82%
Fatigue		76%
Irritabilité	+	76%

Ralentissement psychomoteur		
Perte de l'élan vital	+	76%
Anorexie		66%
Diurnal variation		64%
Perte d'espoir		51%
Trouble de la mémoire		35%
Désillusion		33%
Tentative de suicide		15%
Hallucination auditive		6%
Douleur	+	
Anxiété	+	
Euphorie	+	
Peur	+	
Symptômes somatoformes		

➤ LES TROUBLES NEVROTIQUES

Les troubles névrotiques en psychiatrie désignent tous les troubles liés à des facteurs de stress. Ainsi, le groupe des phobies regroupe tous les troubles dans lesquels l'anxiété est déclenchée par des situations ou des objets bien précis (externe au sujet) mais qui sont sans danger au moment de l'exposition. A l'inverse, les troubles anxieux se caractérisent par la présence de manifestations anxieuses qui ne sont pas déclenchées exclusivement par l'exposition à une situation déterminée. Les principaux symptômes représentés ci-dessous peuvent apparaître progressivement ou subitement comme dans l'attaque de panique.

Principaux symptômes retrouvés dans l'anxiété

- Sensation de dyspnée, étouffement
- Etourdissement, sensation d'instabilité, évanouissement
- Tachycardie
- Tremblements ou secousses musculaires
- Transpiration
- Sensation d'étranglement
- Nausées, gêne abdominale

- Dépersonnalisation
- Sensation d'engourdissement ou de paresthésies
- Bouffées de chaleur, frissons
- Douleur, gêne thoracique
- Peur de mourir
- Peur de devenir fou
- Peur de commettre un acte non contrôlé.

Un trouble névrotique est présent chez 10 à 25% des personnes épileptiques. Ce taux est de 11 à 44% dans les populations des patients épileptiques résistants aux traitements. Dans la population générale, ce taux est de 2,5 à 6%. Les phobies sont présentes chez 20% des patients atteints d'une épilepsie résistante. Le trouble obsessionnel compulsif (TOC), qui se caractérise essentiellement par des pensées obsédantes ou des comportements compulsifs récurrents seraient présents chez 4 à 10% des personnes épileptiques. Les attaques de panique seraient présentes chez près de 30% des patient

Pendant les crises d'épilepsie, on peut retrouver une sensation de nervosité, de peur et une irritabilité. La peur est signalée par 10 à 15% des personnes présentant des crises épileptiques partielles. En général ces états anxieux durent de 30 à 120 minutes et ne sont pas causés par l'environnement.

Dans la phase postcritique, l'anxiété n'est pas rare et est en relation avec la crise d'épilepsie elle-même. Entre les crises d'épilepsie, l'anxiété est en général en relation avec des événements de la vie. Cependant, on retrouve chez certains patients une anxiété anticipatoire.

➤ **LES TROUBLES DE LA PERSONNALITE**

Le trouble de la personnalité représente différents états et types de comportement significatifs qui ont tendance à persister et qui sont l'expression de la manière de vivre d'un individu, de concevoir sa propre personne et d'établir des rapports avec autrui. Ils représentent des déviations extrêmes ou significatives des perceptions, des pensées, des sensations et particulièrement des relations avec autrui par rapport à celle d'un individu moyen d'une culture donné. Certains de ces traits de caractère apparaissent très précocement ou peuvent être acquis plus tardivement au cours de la vie.

La prévalence des troubles de la personnalité chez les patients épileptiques varie entre 0,7 et 2%. Cependant, chez les personnes atteintes d'une épilepsie partielle ou du lobe temporal, ce taux est de 13 à 35%. Dans la population générale, l'incidence des troubles de la personnalité est de 6 à 13%. Tous les types de trouble de la personnalité peuvent coexister

dans une épilepsie. Toutefois, dans la littérature on décrit un changement de la personnalité chez certains patients épileptiques sous le nom de « interictalbehavior syndrome » (Will, 2008)

➤ **LES TROUBLES PSYCHOTIQUES**

Le terme psychose désigne un ensemble de troubles et d'affections mentales ayant en commun les caractéristiques suivantes : la perte de contact avec la réalité et la méconnaissance de l'état morbide. Il s'agit donc d'une altération de l'expérience de la réalité du sujet et la création d'une néoréalité. Ainsi, le patient évalue mal la précision de ses perceptions et l'exactitude de sa pensée. Même quand il est confronté à l'évidence, il n'abandonne pas ses croyances erronées. Cliniquement, on retrouve souvent les hallucinations (auditive, visuelle,...) non reconnus comme pathologiques, des idées délirantes, un retrait social, un ralentissement idéomoteur ou une agitation anormale. Lorsque ces symptômes font partie d'une crise d'épilepsie (aura), ils sont en général brefs et stéréotypés.

Chez les patients épileptiques, on trouve une incidence de 2 à 9% selon les études. Pour un patient épileptique, le risque de développer une psychose est 6 à 12 fois plus important que dans la population générale. La prévalence d'un trouble psychotique est de 10 à 19% chez les patients présentant une épilepsie temporale et/ou réfractaire. En général, les premiers symptômes psychotiques apparaissent 11 à 15 ans après la première crise d'épilepsie.

Cliniquement, les patients présentent pendant la phase critique une altération de la conscience et des hallucinations. Ces symptômes durent de quelques heures à plusieurs jours. Ils ne requièrent pas un traitement psychotrope spécifique, mais simplement un traitement antiépileptique.

Pendant la phase postcritique, 25% des patients présentent, même après une période de lucidité, des symptômes psychotiques avec des hallucinations ou des idées délirantes. Entre les crises d'épilepsies, certains patients présentent des symptômes psychotiques principalement représentés par des hallucinations visuelles plutôt que par des hallucinations auditives (Will, 2008).

2.2. EPILEPSIE ET HANDICAP

Il faut établir une différence entre l'épilepsie active (plus d'une crise par an) et l'épilepsie sévère qui handicape la personne au quotidien. L'épilepsie sévère se caractérise par :

- ✓ Une épilepsie pharmacorésistante, donc non stabilisée ;

- ✓ Une épilepsie dont les crises et les troubles associés réduisent significativement la possibilité pour la personne de mobiliser ses compétences (mentales, cognitives, psychiques, sensorielles, motrices).

L'épilepsie est une maladie invalidante car même en cas de guérison ou de stabilisation, les déficits dont souffre la personne peuvent être installés. Toutes les épilepsies ne sont pas les handicaps, mais toute épilepsie active constitue un handicap en rapport avec les crises (fréquence et gravité), le retentissement du traitement et les éventuelles déficiences permanentes associées. Le handicap représente ce que la personne est empêchée de faire à cause de ses déficiences dans les circonstances normales de la vie.

Pour une personne donnée, la déficience est la conjonction des déficiences permanentes et de ce qui est lié aux crises (déficit temporaire +restrictions permanentes) :

- Déficiences permanentes dues à l'épilepsie, la maladie et son origine (traumatisme, lésion...) ou des handicaps associés (cognitif, mental, psychique, physique, sensoriel) ;
- Déficiences dues aux effets secondaires des médicaments ;
- Déficiences temporaires et imprévisibles liés à la crise, ictal et post ictal (état de conscience altéré pendant et après la crise) ;
- Restrictions permanentes pour protéger la personne ou des tiers en cas de crise (interdiction piscine, interdiction de conduire...).

La description précise d'une épilepsie, la mesure de ses critères de gravité et des troubles associés doivent permettre de mesurer le handicap épileptique d'une personne. Cette évaluation doit se faire dans la durée. Les restrictions permanentes doivent être réfléchies avec la personne.

2.2.1. GRAVITE DU HANDICAP

Des clés ont été définies pour juger de la gravité. Trois critères ont été établis :

- Crises perturbant peu l'activité
- Crises perturbant l'activité
- Risque grave

Ces éléments de gravité doivent être croisés avec les déficiences permanentes. Le handicap doit être évalué en tenant compte de l'environnement et des capacités habituelles. Les conséquences de l'épilepsie peuvent être très invalidantes (perte de l'emploi...) et ont des répercussions sur la vie de la personne au-delà du moment de la crise.

2.2.2. LE HANDICAP ET COMPORTEMENTS SOUVENT ASSOCIES A L'EPILEPSIE

- déficience intellectuelle
- autisme
- polyhandicap, IMC, paralysie cérébrale
- troubles du comportement
- dépression et anxiété.

2.2.3. EPILEPSIE ET VIE QUOTIDIENNE

La plupart des épileptiques mènent une vie normale. Environ 80% des patients sont grandement soulagés par des thérapies modernes et beaucoup ne font pas de crises pendant plusieurs mois ou années. L'épilepsie a toutefois des répercussions sur le quotidien des malades, de leurs parents et amis.

▪ DIMINUTION DES CAPACITES

Les personnes souffrant de graves crises pharmacorésistantes ont une durée de vie plus courte. Le risque de perte de fonctions intellectuelles est plus élevé, notamment lorsque les crises ont commencé dès la petite enfance. Ces diminutions des capacités sont le plus souvent induites par les maladies sous-jacentes provoquant l'épilepsie ou par le traitement de l'épilepsie plutôt que par l'épilepsie elle-même.

▪ COMPORTEMENTS ET SENTIMENTS

Beaucoup de patients épileptiques vivent en permanence avec la peur d'une crise et souffrent de problèmes d'amour propre et de dépressions. Il n'est pas rare que les patients épileptiques, notamment les enfants présentent des troubles émotionnels et du comportement engendrés par la honte et la frustration d'être épileptiques. Chez les enfants, de tels problèmes peuvent souvent être résolus lorsque les parents adoptent une attitude positive, encouragent l'indépendance de l'enfant, ne récompensent pas son comportement négatif par un manque d'attention et répondent aux besoins et sentiments de leur enfant. L'environnement familial doit faire preuve de compréhension et ne pas rejeter la faute sur le malade. Des services de conseil et des groupes d'entraide peuvent informer les patients épileptiques et leurs proches et leur faire bénéficier d'un échange d'expérience.

▪ CONDUITE D'UN VEHICULE ET LOISIRS

Le risque de crise limite l'indépendance de nombreux patients épileptiques. Le risque de crise limite aussi les loisirs possibles. Les activités comme la natation et la voile ne doivent être pratiquées qu'avec les mesures de précaution adaptées et/ou un accompagnement. Le

jogging, le football et maintes d'autres activités sportives sont sans grand risque pour les épileptiques. En raison des effets globalement positifs du sport sur l'individu, les épileptiques doivent eux aussi pratiquer une activité physique en respectant les mesures de précaution qui s'imposent. Les problèmes liés au sport comme la déshydratation, le surmenage et l'hypoglycémie doivent être évités pour ne pas augmenter le risque de crises.

▪ **FORMATION ET PROFESSION**

La loi stipule que les épileptiques ou les personnes souffrant d'autres handicaps ne doivent pas être exclu(e)s d'une activité professionnelle ou d'une formation du fait de leur maladie. Le pourcentage des épileptiques ayant terminé leur cursus scolaire est toutefois plus faible qu'au sein de la population normale et leur taux de chômage est environ trois fois plus élevé.

Ces chiffres montrent que les patients épileptiques rencontrent encore d'énormes barrières à l'école et au travail, principalement à cause des préjugés et de la méconnaissance de la maladie. En général, la performance professionnelle des épileptiques est aussi bonne que celles de leurs collègues de travail sains. Les antiépileptiques peuvent néanmoins provoquer des effets secondaires nocifs pour la concentration et la mémoire. Dans certaines circonstances, les enfants atteints de l'épilepsie apprennent plus lentement que les autres. Les enseignants doivent être informés de ce qu'ils doivent faire en cas de crise de l'enfant à l'école. Les parents et l'école doivent veiller à ce que les besoins particuliers de l'enfant soient pris en compte.

▪ **GROSSESSE ET MATERNITE**

La plupart des patientes atteintes de l'épilepsie peuvent avoir un enfant. La probabilité d'avoir un enfant normal et sain est d'environ 90% et plus. Le risque de malformation à la naissance n'est que de 4 à 6%. Le risque que les enfants des parents épileptiques souffrent eux-mêmes de cette maladie n'est que de 5%, sauf lorsqu'un des parents présente une forme d'épilepsie clairement héréditaire. Les parents désireux de savoir si leur épilepsie pourrait être héréditaire doivent faire contrôler le risque par un centre de conseil génétique.

▪ **MESURES DE PRECAUTION**

Les patientes atteintes de l'épilepsie doivent prendre différentes mesures de précaution avant et pendant la grossesse pour réduire les risques lors de la grossesse et de la naissance. Les femmes désireuses d'avoir un enfant doivent en parler avec leur médecin pour s'informer des risques particuliers liés à leur épilepsie et aux médicaments de crise prescrits.

Dans certaines circonstances, le passage à d'autres médicaments est conseillé pendant la grossesse étant donné que beaucoup d'antiépileptiques augmentent le risque de

malformations à la naissance telles qu'un bec de lièvre, des cardiopathies ou des malformations aux doigts de la main ou du pied. Un tel changement doit être effectué à temps avant la grossesse afin qu'il soit possible de doser correctement de nouveaux médicaments et de contrôler le taux sanguin.

Qui plus est, la patiente doit commencer à prendre des préparations vitaminées déjà quelque temps avant la grossesse (notamment de l'acide folique qui peut réduire le risque de malformation à la naissance). Les femmes qui se retrouvent enceintes sans l'avoir prévu doivent l'en discuter le plus rapidement possible avec leur médecin afin d'étudier comment réduire les risques. Jusqu'à la consultation, elles doivent continuer de prendre leurs médicaments de crise conformément à la prescription afin de prévenir les crises pouvant être évitées. En effet, des crises graves pendant la grossesse peuvent provoquer des lésions chez le fœtus ou des fausses couches.

Parfois, la fréquence des crises varie pendant la grossesse de patients épileptiques. Par exemple en cas de changement de médication ou de réduction de l'effet du médicament suite à l'augmentation du volume sanguin. Les patientes épileptiques enceintes doivent prendre des préparations vitaminées et beaucoup dormir pour éviter l'apparition des crises provoquées par le manque de sommeil. Après la 34^{ème} semaine de grossesse, elles doivent prendre des préparations à base de vitamine K pour prévenir le dysfonctionnement de la coagulation sanguine du nouveau-né provoqué par des antiépileptiques.

▪ **ACCOUCHEMENT ET ALLAITEMENT**

Le travail et l'accouchement se passent le plus souvent normalement pour les patientes épileptiques, mais le risque de saignements, de convulsions provoquées par la grossesse (éclampsie), de couches prématurées et de césariennes est légèrement accru. Après la naissance, des bébés présentent souvent des symptômes de sevrage du fait des médicaments pris par la mère, mais ils disparaissent le plus souvent sans conséquences au bout de quelques semaines et mois. Si les patientes souhaitent allaiter, les recommandations varient en fonction de la substance active. La décision doit être prise avec le médecin.

2.3. L'INFLUENCE DE L'EPILEPSIE SUR L'APPRENTISSAGE

Parler d'apprentissage, c'est faire référence à la cognition, c'est-à-dire la capacité de penser, d'acquérir et d'utiliser les informations. Les crises épileptiques peuvent influencer de multiples façons sur la cognition, l'apprentissage et le comportement.

2.3.1. LES SYNDROMES EPILEPTIQUES ET TYPES D'EPILEPSIE

2.3.1.1. CRISES GENERALISEES IDIOPATHIQUES

Généralement, les personnes atteintes d'épilepsie généralisée idiopathique (par exemple néonatale bénigne, fébrile simple, avec absence chez l'enfant/adolescent, myoclonique juvénile et grand mal) et d'épilepsies partielles bénignes de l'enfant se situent intellectuellement dans la moyenne. Cependant, des études récentes suggèrent qu'il est possible que certaines personnes qui souffrent de ces affections montrent des perturbations « subtiles » des fonctions d'apprentissage, ce qui peut poser des problèmes à l'école et affecter l'attention.

Il arrive, mais pas toujours, que les crises généralisées affectent la mémoire, la rapidité et la souplesse d'esprit, la capacité de planifier et d'organiser, le langage, la concentration, la capacité d'abstraction, la prise de décision, l'inhibition, les facultés perceptives et l'anticipation. Etant donné que les crises touchent la totalité du cerveau, toutes les habiletés cognitives peuvent être affectées. Les personnes qui ont des crises généralisées ont tendance à avoir plus de problème d'apprentissage que celles qui ont des crises partielles (focales), et les crises de grand mal sont accompagnés de problèmes plus nombreux que des crises d'absence généralisées.

2.3.1.2. SYNDROMES EPILEPTIQUES SPECIFIQUES

Les affections comme le syndrome de West, le syndrome de Lennox-Gastaud, la plupart des épilepsies myocloniques, l'épilepsie avec pointes-ondes continues du sommeil lent et le syndrome de Landau-Kleffner sont souvent (mais pas toujours) associées à d'importants problèmes d'apprentissage et de comportement. Encore une fois, les personnes qui souffrent d'affections « idiopathiques » risquent moins d'avoir des problèmes d'apprentissage que celles qui souffrent d'épilepsie symptomatique.

2.3.2. FREQUENCE, GRAVITE ET DUREE DES CRISES

L'effet d'une crise sur les capacités intellectuelles et les fonctions cérébrales varie selon les individus. Deux personnes de même âge, même sexe et même médication réagissent probablement différemment aux crises d'épilepsies. Ainsi, telle personne éprouvera des problèmes à apprendre et à retenir l'information alors que telle autre obtiendra un rendement scolaire dans la moyenne ou supérieure à la moyenne.

Certains enfants qui contrôlent mal leurs crises verront peut-être leur QI décliner ; toutefois, ce déclin n'est pas nécessairement permanent. Si la gravité des crises persiste, le rendement scolaire restera légèrement plus faible au fil du temps. Cependant, si la gravité ou

la fréquence des crises s'atténue, le taux de réussite augmentera dans de nombreux cas. Les enseignants doivent comprendre que même si le contrôle des crises s'est amélioré, et même si l'enfant semble capable de bien fonctionner sur le plan scolaire, il risque d'avoir à réapprendre une bonne partie de la matière déjà couverte afin de compenser pour l'apprentissage qui a été altéré par les crises.

De nombreuses études démontrent que les personnes dont l'épilepsie est inactive ou de faible intensité se situent dans la moyenne en lecture, mathématiques et compétences linguistiques. Des différences dans ces compétences ne deviennent apparentes que dans les cas très graves.

2.3.3. AGE

En général, plus les crises commencent tôt dans la vie, plus la personne risque d'avoir des problèmes d'apprentissage et de comportement. Comme les parties du cerveau de l'enfant continuent de se développer jusqu'au seuil de l'adolescence, les fonctions attribuées à ces parties en développement peuvent être perturbées par les crises. Les enfants épileptiques devraient être évalués pour troubles d'apprentissage, surtout si leurs crises sont d'origine symptomatique ou si elles sont graves et fréquentes.

2.3.4. FACTEURS PSYCHOSOCIAUX

Les troubles de l'apprentissage associés à l'épilepsie sont affectés par une gamme de facteurs sociaux et psychologiques. Parmi ces facteurs, on retrouve : l'attitude de la famille envers l'épilepsie et ceux qui en sont atteints, les liens familiaux, l'expression des émotions, des sentiments et des attitudes, les attentes des personnes épileptiques et l'estime de soi.

L'environnement de la personne (chez elle et en société) joue donc un rôle crucial dans l'apprentissage. Pour réduire l'impact de ces facteurs psychosociaux sur l'apprentissage et la cognition, il est très important que les personnes épileptiques puissent compter sur un réseau de soutien positif. L'attitude négative de la société envers les personnes épileptiques (spécialement envers les enfants) et le stress qu'elles vivent à l'école, à la maison (la séparation des parents par exemple) ou dans leur milieu de travail peuvent avoir des répercussions importantes sur l'humeur, le comportement et la capacité de fonctionner.

Pour les enfants d'âge scolaire, les crises à l'école sont souvent intimidantes et préjudiciables à la confiance en soi et à l'estime de soi. L'éducation par des personnes qui sont, elles même épileptiques permet d'améliorer tant la qualité de vie que la réussite scolaire, tout en réduisant les problèmes comme la crainte des camarades et la peur du ridicule. Il

importe que les enseignants et les parents soient conscients de l'effet psychologique de l'épilepsie sur la réussite scolaire d'un enfant et sur son adaptation à l'école.

2.3.5. ANTIÉPILEPTIQUE

Dans la mesure où ils sont utilisés avec discernement, il est probable que les médicaments anticonvulsifs soient responsables principalement ou exclusivement du dysfonctionnement cognitif ou comportemental d'une personne épileptique. Tous les antiépileptiques ont des effets secondaires sur la cognition ou le comportement. Ces effets secondaires sont proportionnels à la dose administrée ; en d'autres termes, plus les doses sont fortes, plus les effets secondaires s'aggravent. Les effets secondaires négatifs sont plus susceptibles de se produire si plus d'un médicament est administré. En outre, « les remèdes à base des plantes médicinales » devraient être utilisés avec le plus grand soin car ils peuvent interagir avec les médicaments d'ordonnance et perturber encore plus l'apprentissage.

2.3.6. LA CHIRURGIE

Dans la majorité des cas, l'amélioration de la fonction cognitive est liée à la diminution des crises et des antiépileptiques. Cependant la fonction cognitive peut être affectée si des zones importantes du cerveau doivent être retirées pendant la chirurgie ou si l'intervention chirurgicale elle-même cause des dommages au cerveau.

L'influence des antiépileptiques sur la cognition peut être illustrée par le tableau suivant :

Tableau 14: Incidence de l'épilepsie sur la cognition

Médicament	Effets sur la cognition	Notes
Phénobarbital	-Difficulté à maintenir l'attention ; - vigilance amoindrie ; - temps de réaction plus lent ; - déficit de la mémoire à court terme ; - diminution de la performance du QI et ralentissement intellectuel ; - problème de langage.	
Phénytoïne	-diminution de la concentration ; - troubles de la mémoire ; - pensées moins rapides ; - incoordination (surtout les fonctions visuomotrices) ; - effets nuisibles sur l'intelligence et ralentissement intellectuel.	
Carbamazépine	-légers effets indésirables sur la cognition dus à la sédation provoquée par le médicament :	

	difficultés à prendre les décisions, légers troubles de la mémoire, quelques troubles de l'attention, un certain ralentissement intellectuel ; -ralentissement psychomoteur ; - faible effet sur l'apprentissage et la mémoire.	En général, les effets ne sont pas graves
Acide valproïque	-baisse de l'attention ; - troubles de coordination et des fonctions visuomotrices ; -ralentissement psychomoteur ; -faible effet sur l'apprentissage et la mémoire.	En général, les effets ne sont pas graves
Clomazépane, Clobazam et autres Benzodiazépines	-ralentissement intellectuel ; - sédation ; - baisse de l'attention ; - irritabilité ; - déficience psychomotrice.	Le clobazam risque de provoquer une déficience psychomotrice ou un effet sédatif aussi puissant que le clonazépane
Lamotrigine	Malgré les nombreuses études, AUCUN effet secondaire cognitif n'a été trouvé de façon constante	
Vigabatrin	-sédation ; - psychose.	
Gabapentine	Sédation	
Topiramate	-difficultés à maintenir l'attention ; - diminution de la fluidité verbale (aptitude à produire le langage parlé) ; - ralentissement psychomoteur ; - pensée rapide ou confusion mentale ; - troubles de la mémoire et de la concentration ; - ralentissement intellectuel.	
Tiagabine	-sommolence ; - incoordination/vertige	
Zonisamide	-faible confusion ; - pensée rapide (peut nuire à l'apprentissage) ; - névrosité ; - a forte doses peut nuire à l'apprentissage verbal	
Lévétiracétan	Psychose (rapporté chez les enfants)	

CHAPITRE 3 : LES ATTRIBUTIONS CAUSALES ET LE LOCUS DE CONTROLE (LOC)

Selon Fischer (1996), une théorie explicative est « un ensemble de propositions cohérentes qui tendent à montrer pourquoi tels ou tels comportements se produisent et quelles relations peuvent être établies entre telle ou telle attitude. Dans cette optique, les théories inhérentes à notre sujet sont entre autre : la théorie de l'attribution causale et la théorie de locus de contrôle. A côté de ces théories principales, nous pouvons citer d'autres qui lui sont proches : la théorie des relations interpersonnelles, la théorie de la résignation apprise et la théorie des construits personnel. Il sera question pour nous dans cette première étude de nous appuyer sur la théorie du locus de contrôle de Rotter comme théorie principale devant nous aider à étayer notre recherche.

3.1. LA THÉORIE DE L'ATTRIBUTION CAUSALE

Les raisons invoquées pour expliquer un événement permettent de comprendre notre environnement. L'idée qu'il existe des styles attributionnels prend sa source dans les travaux aussi variés que la psychanalyse de Freud, la théorie des construits personnels de Kelly, la psychologie des relations interpersonnelles de Heider et la théorie du locus ou lieu de contrôle de Rotter.

Le concept d'attribution causale est introduit par Heider (1944) avec la théorie de l'analyse naïve de l'action. Cet auteur définit l'attribution causale comme le processus par lequel les gens donnent un sens aux événements quotidiens en situant l'origine ou la cause. Ces attributions causales relèvent soit des facteurs internes inhérents à la personne tels que les intentions ou la personnalité par exemple, soit de facteurs externes relatifs à l'environnement ou à un de ses composants : autrui par exemple. Ici l'individu est conçu comme un scientifique naïf ou spontané traitant des informations disponibles dans une situation donnée en fonction de l'ensemble des connaissances qu'il a sur les objets et sur les rapports existants entre eux.

Weiner (1979,1986) cité par Heider (1944) distingue les attributions causales sur trois dimensions : le lieu de causalité, la stabilité temporelle et la contrôlabilité. Ce dernier pense que ces 03 dimensions comportent chacune deux pôles sur un même continuum :

La première dimension que Weiner propose est le lieu de causalité qui peut être interne ou externe. Il permet d'identifier la perception d'un individu quant à l'origine de la cause d'un événement. Si quelqu'un croit par exemple qu'elle est à l'origine de ce qui lui

arrive, le lieu de causalité est interne. Si au contraire elle pense que c'est quelqu'un ou quelque chose d'extérieur à elle a causé l'événement, la situation présente, le lieu de causalité sera plutôt externe ;

La deuxième dimension que propose Weiner est la stabilité temporelle, qui suggère qu'une attribution peut être stable ou instable. Elle permet de distinguer les causes en fonction de leur durée respective ;

La troisième dimension est la contrôlabilité.

En dehors de ces trois dimensions élaborées par Weiner, Abramson, Seligman & Teasdale (1978) croient qu'il existe une quatrième dimension globale : la globalité. Ils pensent que la cause perçue d'un événement est globale si elle affecte une grande variété de situations, alors qu'elle devient spécifique si elle s'applique à un événement particulier seulement.

Mais que démontrent les recherches ayant examiné les styles attributionnels ?

Très peu d'études ont été réalisées dans ce domaine et les résultats obtenus sont équivoques.

Priester et Clum (1992), dans une recherche effectuée auprès d'étudiants universitaires trouvent qu'un individu interprétant les situations négatives comme étant causées par des facteurs internes, stables et globaux, présente plus d'affects dépressifs, de désespoir et d'idées suicidaires.

Par ailleurs, il est important de savoir qu'une attribution est une inférence ayant pour but d'expliquer pourquoi un événement a eu lieu ou encore qui essaie de déterminer les dispositions d'une personne. Les attributions causales portent spécifiquement sur la recherche des causes d'un événement. Le processus d'attribution renvoie à l'émission naturelle des jugements, d'intuitions ou de sentiments conduisant la personne à expliquer ce qui lui arrive ou arrive à autrui. Il ne s'agit pas ici de la détection des raisons objectives et scientifiques du phénomène. Les théories d'attribution causales s'inscrivent plutôt dans ce qui est nommé « théories naïves ».

Nous devons dès lors retenir que les inférences causales peuvent avoir un impact considérable sur la santé du sujet, principalement en contribuant à influencer leurs comportements (hygiène de vie). Ainsi la croyance à la contrôlabilité de certains facteurs peut susciter des comportements salutogènes notamment en matière de prévention. A l'opposé, une vision fataliste (aspect héréditaire, sort, génétique, etc.) de la maladie peut être à l'initial de comportements méfiants pour la santé et le bien-être général (absence de prévention, laisser aller, etc.).

3.2. LA THEORIE DES RELATIONS INTERPERSONNELLES DE HEIDER

Dans son orientation gestaltiste, Fritz Heider (1958) accorde de l'importance à la notion d'équilibre cognitif, rejoignant ainsi la « pensée naturelle ». Heider considère ce qu'il appelait « la psychologie du sens commun » ou psychologie naïve, comme une base dans l'étude des rapports et des relations qui régissent le champ social des individus. Selon cet auteur, les individus dans la perception de leurs relations interpersonnelles, cherchent toujours une vision organisée et équilibrée de leur environnement. Cette organisation d'un tel champ représentationnel exige que chacun attribue une signification aux données de l'environnement. Heider met alors en évidence la notion d'attribution de causalité. Heider (1958) pose ainsi une nouvelle problématique pour la psychologie sociale cognitive en décrivant le processus qui permet de donner un sens à un événement quelconque, de trouver son origine et éventuellement de le contrôler.

Pour Moscovici, le processus d'attribution « consiste à émettre un jugement, à inférer quelque chose, une intuition, une qualité, un sentiment sur son état ou sur l'état d'un autre individu à partir d'un objet, d'une disposition spatiale, d'un geste, d'une humeur » (Descamps & Clémence, 1996 ; P.19). Il ne s'agit pas simplement de gérer des informations mais plutôt de produire des cognitions ayant pour but d'expliquer pourquoi un événement a eu lieu.

Il arrive souvent à chacun de chercher la cause des divers événements de sa vie : on ne se contente pas d'observer, de profiter, de souffrir sans se poser des questions, sans essayer de comprendre. Ceci fait que tout être humain est un « psychologue naïf », l'explication ou la raison obtenue représentant une attribution.

Il faut cependant souligner que l'attribution peut être erronée. Elle représente une cause perçue et une telle perception n'assure en rien l'objectivité de la recherche attributionnelle (Chombart de Lauwe et al., 1986). Mieux comprendre notre environnement nous permet de prédire les événements, mais aussi les comportements des gens qui nous entourent. Dans la mesure où les attributions émises sont « correctes », nos prédictions se révèlent justes et nos interactions et comportements sociaux sont plus adaptés. Par contre, si nos attributions sont erronées, notre compréhension du monde l'est également, ce qui rend nos comportements beaucoup moins efficaces.

Heider distingue les causes personnelles (ou internes) incluant la capacité et la motivation (effort, intention) et les causes impersonnelles (ou externes) avec l'environnement.

Face à un événement comme celui de la maladie, et plus précisément l'épilepsie, des questions envahissent chaque malade : pourquoi moi ? Quelle est la cause ? La personne

cherche le sens de ce qui lui arrive, elle veut comprendre. « En essayant de saisir les choses et d'en avoir une vision globale, il se demande [le savant naïf] pourquoi telle ou telle chose se produit et essaye de faire une analyse causale de ces actions et situations. » (Chombart de Lauwe et al., 1986, P.42). L'objectif de cette compréhension est d'obtenir un certain « confort cognitif », du fait qu'on tend naturellement à l'équilibre et à la stabilité et par conséquent à réduire tout sentiment d'incompréhension et d'ambiguïté. Mais comprendre ne suffit pas, une autre fonction des attributions s'ajoute : il s'agit de pouvoir s'ajuster ou s'adapter à la situation. C'est le besoin de se sentir capable d'exercer un contrôle sur la situation. On devrait voir clairement pour pouvoir se comporter le plus adéquatement possible. Une personne malade devrait avoir une vision claire de sa situation afin de développer la stratégie appropriée pour y faire face. La maladie est bien plus qu'un ensemble de symptômes, elle est pour Herzlich « l'événement malheureux qui menace ou modifie, parfois irrémédiablement notre vie individuelle, notre insertion sociale, et donc l'équilibre collectif. » (Chombart de Lauwe et al., 1986, P.157). Ainsi considéré, la maladie mène à des interrogations portant sur son sens ou ses causes. Le discours médical ne suffisant pas à répondre à ces interrogations, la personne cherche alors dans le discours de la société le sens ou la cause de sa maladie.

Herzlich, dans son étude des représentations sociales de la maladie et de la santé a pu montrer que la maladie est rapportée à des causes d'ordre social. Selon elle, en France, la maladie est imputée à la « société agressive et contraignante par l'intermédiaire d'un mode de vie urbain, imposée à l'individu qui s'identifiait, lui, à la santé. On détaillait à l'infini les éléments malsains dont l'accumulation provoque la maladie : l'air pollué des villes, la nourriture moderne frelatée et chimique, le bruit, le rythme de vie. La maladie incarne et cristallise l'agression sociale. » (Chombart de Lauwe et al., 1986, P.159)

Dans le même sens, Chombart de Lauwe et al. (1986) postule l'attribution de la maladie à une cause extérieure par l'intrusion d'un objet nocif ou par l'action d'un être malfaisant. La maladie est conçue à l'intérieure du schéma anthropologique comme exogène. Ce schéma confirme dans une certaine mesure, la tendance de la personne à attribuer les événements négatifs à l'extérieur de lui-même alors qu'il s'attribue ceux qui sont positifs.

Des méta-analyses indiquent que les enfants comme les adultes font largement des attributions causales internes, surtout en cas de succès (Fiske, 2008).

Mais la recherche d'une causalité précise et unique responsable de la maladie est vouée à l'échec. Les affections sont dues à l'intrication de nombreuses causes. D'ailleurs, au sein même de la théorie des attributions, certaines causes explicatives peuvent relever conjointement de la personne et de son environnement. La complémentarité est ainsi possible

entre facteurs internes et facteurs externes. « Les individus produisent des explications difficilement classables en termes de causalité interne ou externe, ceci parce qu'elles en appellent à la fois à des éléments situationnels et à des éléments dispositionnels. » (Dubois, 1994, P.37). Serlin et Beauvois (Dubois, 1994) ont constaté que les gens avaient recours à des explications qu'ils appellent « causes externes internalisées. La situation est expliquée par des causes externes mais dans une formulation qui traduit la maîtrise (le contrôle) de l'acteur de la situation.

Selon la théorie des « styles attributionnels » ou « styles explicatifs » (e.g. Abramson, Seligman et Teasdale, 1978) chaque individu aurait une manière relativement stable d'expliquer les événements positifs ou négatifs susceptibles de lui arriver. Malgré son intérêt, celle-ci n'a fait l'objet que de très peu d'études dans le domaine de la psychologie clinique, ainsi qu'en éducation spécialisée.

Dès lors, force est de constater des différences singulières dans la manière dont les individus réagissent. Après un échec cuisant ou une blessure sévère, certains vont s'effondrer, se sentant incapables de revenir sur le devant de la scène. D'autres au contraire, vont « rebondir » et considérer l'échec comme un obstacle temporaire, ouvrant la porte à de nouveaux défis. L'homme naïf qualifierait les premiers de pessimistes, et les seconds (capables de « positiver » les situations les plus critiques) d'optimistes.

La théorie des styles attributionnels ou des styles explicatifs (e.g. Abramson, Seligman et Teasdale, 1978) tire ses origines de la théorie de la résignation apprise (learned helplessness). Selon cette théorie, lorsqu'un individu échoue devant une situation dans laquelle il ne perçoit aucun moyen d'atteindre le but, celui-ci fait l'apprentissage de l'inutilité de ses efforts et peut devenir résigné.

Selon Gernigon, Fleurance, Wolf et Reine (1998), la résignation apprise correspond alors à une perception d'indépendance entre comportements et résultats à l'origine d'une expectation d'incontrôlabilité qui peut s'étendre au-delà même de la situation qui en a généré l'apprentissage. Par la suite des éléments empruntés à la théorie des attributions causales Weiner(1974) a donné lieu à une reformulation de la théorie de la résignation apprise (Abramson et al., 1978), mettant l'accent sur la manière dont l'individu explique les événements auxquels il est confronté. Les recherches autour de ce concept se sont progressivement émancipées des problèmes stricts de résignation apprise et contribuent aujourd'hui aux problématiques relatives à l'orientation optimiste ou pessimiste d'une personne (Chang, 2000).

3.3. LA THEORIE DE LA RESIGNATION APPRISE

La résignation apprise a été étudié pour la première fois sur des chiens (e.g., Overmier et Seligman, 1967). Le modèle de la résignation apprise dans sa formulation originale semble constituer une simplification excessive quand il est appliqué à l'être humain (Peterson et Park, 1998). C'est la raison pour laquelle Abramson, Seligman et Teasdale (1978) ont reformulé le modèle de la résignation apprise en empruntant des éléments à la théorie de l'attribution (Kelly, 1973 ; Weiner, 1974), afin de le rendre plus compatible au fonctionnement humain.

Pour résoudre les résultats contradictoires observés dans la littérature, Abramson et al. ont fait évoluer la théorie en prenant en compte la manière dont la personne explique ou interprète son manque de contrôle sur une situation. La nature de sa réponse (l'attribution causale qu'il formule) donne alors les caractéristiques de la résignation qui suit. Si l'attribution causale est stable (« cela va durer longtemps car quoique je fasse, rien ne changera »), elle induira une résignation chronique ; si elle est au contraire instable, alors la résignation sera transitoire. D'autre part, si l'attribution causale est globale (« c'est pour tout pareil »), alors les symptômes de résignation seront susceptibles de se généraliser à des domaines variés (i.e., résignation apprise globale). Par contre, si les causes sont spécifiques, alors, les symptômes seront circonscrits à un domaine particulier (i.e., résignation apprise spécifique).

En outre, la perception d'un manque de contrôle attribuée à une cause interne (« c'est entièrement de ma faute »), entrainera une diminution de l'estime de soi (i.e. résignation apprise personnelle), ce qui ne sera pas le cas si la cause invoquée est externe (« c'est très difficile ») (i.e. résignation apprise universelle).

En fin de compte, nous pouvons dire que le style explicatif est « la tendance d'une personne à donner le même type d'explications aux différents événements auxquels elle est confrontée » (Peterson, Buchanan et Seligman, 1995). C'est une manière relativement stable d'expliquer (en termes d'internalité, de stabilité et de globalité) une variété d'événements négatifs ou positifs qui surviennent et dans lesquels l'individu est impliqué.

Style explicatif optimiste & pessimiste

Avec la naissance du concept du style explicatif, certains auteurs (Buchanan et Seligman, 1995 ; Peterson, 1991 ; Seligman, 1991) ont commencé à utiliser les termes « optimisme » et « pessimisme » pour qualifier certains styles explicatifs. Un « style explicatif » ne signifie pas forcément grande chose pour la plupart des gens, mais une vision « optimiste » ou « pessimiste » des causes des événements a probablement plus de sens

(Peterson et Park, 1998). Comme le présente le tableau 14, inspiré de Seligman (1994), une personne qui attribue (de manière récurrente) ses échecs à un facteur considéré comme interne (« c'est de ma faute »), stable (« il n'y a aucune raison que cela change ») et global (« c'est pareil dans tout ce que j'entreprends »), et/ou ses succès à un facteur considéré comme externe (« je n'y suis pour rien »), instable (« j'ai eu de la chance aujourd'hui ») et spécifique (« c'est bien la première fois) est qualifié de pessimiste. A l'inverse, celui qui attribue ses échecs à un facteur externe, instable et spécifique et/ou ses succès à un facteur interne, stable et global est qualifié d'optimiste.

Tableau 15: Définition de l'optimisme et du pessimisme en fonction des explications apportées aux événements positifs et négatifs

	Styles explicatifs			
	Pessimiste		Optimiste	
	Echec	Succès	Echec	Succès
Locus de causalité	Interne (personnalisation)	Externe (extériorisation)	Externe (extériorisation)	Interne (personnalisation)
Stabilité	Stable (permanence)	Instable (transitoire)	Instable (transitoire)	Stable (permanence)
Globalité	Global (général)	Spécifique (particulier)	Spécifique (particulier)	Global (général)

3.4. LA THÉORIE DES CONSTRUITS PERSONNELS DE KELLY

D'abord orienté vers l'utilisation en psychothérapie, la théorie de Kelly analyse la géométrie mentale d'un client en laissant émerger dans son propre langage la structure psychocognitive d'une situation donnée. Formée vers le milieu du XX^{ème} siècle en psychanalyse freudienne, Kelly constate le peu de résonance que cette approche a sur la clientèle rurale du Kansas. Toutefois, Kelly est touchée par la confiance que ses clients accordent au professionnel dans son effort pour comprendre les difficultés qu'ils vivent. Prenant conscience de toute incohérence entre la méthode freudienne et les besoins de ses clients, Kelly élabore grâce à sa formation antérieure de géomètre, la psychologie des construits personnels (PCP), qui vise à examiner l'univers du client à partir de ses construits personnels. Formellement, la psychologie des construits personnels s'appuie sur le postulat de base

suivant : « les processus d'une personne sont psychologiquement canalisés par la manière dont elle anticipe les événements (Kelly, 1995, P.46).

Dans l'ensemble, la perspective de la psychologie des construits personnels considère que l'être humain est un scientifique de sa propre vie, qui reconstruit sa perception de ses expériences à partir de caractéristiques. Cette reconstruction influence son agir subséquent parce qu'il anticipe les événements à partir de ces caractéristiques. Dans l'univers de la psychologie des construits personnels, les expériences des personnes deviennent les éléments de leur vie que Kelly travaille à mettre en relation en faisant émerger de ces derniers des caractéristiques anticipatoires qu'il appelle les construits.

Selon cette théorie, chaque personne perçoit et évalue ce qui l'entoure, que ce soit un objet, un individu ou une situation, en utilisant des concepts qui ont du sens pour lui. La personne acquiert tout au long de sa vie cette capacité d'interpréter son environnement à travers une grille d'analyse qui déterminera son vécu.

L'individu apprendra généralement très tôt au cours des années à se bâtir une grille pour analyser et se représenter mentalement son environnement. La représentation mentale que se fera la personne de son environnement dépendra de la nature de cette grille. Celle-ci résulte entre autres, des expériences vécues par l'individu et se compose de construits. Le construit détermine la représentation que se fait l'individu du réel. Il est donc possible que la grille d'analyse d'un individu fournisse une représentation du réel plus ou moins éloigné de la réalité. En effet, lorsqu'un individu vit une expérience douloureuse, il est difficile pour ce dernier de penser à nouveau, même après un certain temps, sans en avoir une certaine amertume. La réalité se trouve alors déformée par les réactions émotives associées au souvenir de cette expérience. En plus de se différencier par la nature des construits, les grilles d'analyse personnalisées du réel diffèrent d'une personne à l'autre par leur organisation et par le nombre de construits qu'elles utilisent.

Le construit personnel de Kelly représente chacun des concepts qu'une personne utilise pour décrire son environnement. Le construit peut être inapproprié pour la situation donnée. Chaque construit est une dimension qui, appliquée à un champ de la réalité, permet de dégager certaines nuances. Le répertoire des construits personnels est généralement multidimensionnel. Plus le répertoire des construits utilisés par un individu est riche et diversifié, plus l'analyse des situations se fait nuancée et multidimensionnelle. La personne est alors complexe dans sa façon d'analyser d'interpréter son environnement. La grille d'analyse ou répertoire des construits personnels doit être vue comme s'appliquant à une facette de réalité.

3.5. LA THÉORIE DU LIEU DE CONTRÔLE/LOCUS DE CONTRÔLE (LOC) DE ROTTER

Selon Rotter (1990), le concept de Locus de Contrôle est « l'une des variables parmi les plus étudiées en psychologie et dans les autres sciences sociales » (p.489). La popularité de ce concept tient surtout dans l'idée qu'a eu Rotter de distinguer deux types de croyances et de proposer une échelle permettant de les mesurer. En effet, il distingue d'un côté, les croyances internes qui désignent le comportement ou les attributs de l'individu comme étant à l'origine du renforcement et, de l'autre, les croyances externes qui désignent les facteurs environnements comme facteur causal. Il pense que la réaction de l'individu à la suite d'un renforcement est en partie déterminée par « le degré auquel l'individu perçoit que la récompense suit, ou est contingente, à son propre comportement ou ses attributs *versus* le degré auquel il ressent que la récompense est contrôlée par des forces à l'extérieur de lui-même et peut survenir indépendamment de ses propres actions » (Rotter, 1966, p.1).

Ainsi, les renforcements, positifs ou négatifs, auront pour effet d'accentuer ou, au contraire, d'atténuer le comportement renforcé si et seulement si les personnes perçoivent que le renforcement est contingent à leurs propres actions. Le locus de contrôle a été considéré comme une caractéristique individuelle durable à travers le temps et les situations. Diverses recherches ont toutefois montré que le locus de contrôle peut évoluer avec l'âge ou en fonction de certains événements de vie comme le fait d'être sans emploi, par exemple.

Le locus de contrôle est donc une croyance établissant une distinction entre les personnes qui pensent qu'ils sont les premiers responsables de ce qui leur arrive (locus de contrôle interne) et celles qui pensent que les événements majeurs de leur vie sont essentiellement déterminés par d'autres personnes ou par des « forces » qui les dépassent (locus de contrôle externe).

La théorie du locus de contrôle (LOC) tire son origine de la théorie des attributions causales, qui aussi vient de la psychologie sociale et souvent confondue avec le locus de contrôle (LOC).

Le LOC a été mis sur pied par l'imminent psychologue américain Julian Rotter en 1954. Le lieu de contrôle interne-externe (I-E) est une variable très populaire chez les psychologues. Cette variable a été utilisée dans un grand nombre de recherches. Il s'agit ici d'étudier la psychologie du contrôle, c'est-à-dire la croyance que les individus ont de déterminer et de maîtriser ce qui leur arrive d'agréable ou de désagréable dans leur vie.

La notion de contrôle interne-externe des renforcements est à la base de la théorie du locus de contrôle (LOC). Ce concept, lui-même issu de la théorie de l'apprentissage social

(Rotter, 1954, cité par Weiner, 1972), considère que le choix du registre causal est le résultat d'un apprentissage de l'existence (vs. la non-existence) d'un lien entre les comportements produits par l'individu et les renforcements qu'il reçoit.

La théorie de l'apprentissage social de Rotter est sans doute l'une des premières et des plus influentes théories cognitives de la motivation (Dubois, 1987, 1994, 1996; S. Graham & Weiner, 1996; Lefcourt, 1992; Rotter, 1975, 1990; Weiner, 1972, 1990, 1991).

Ce concept a été élaboré par Rotter (1954). Pour ce dernier, le lieu de contrôle est essentiellement considéré comme une dimension de la personnalité, c'est-à-dire comme une disposition assez générale, relativement stable et caractérisant les individus à partir de leur représentation du lien entre la conduite et le renforcement qui en découle.

Afin de mieux comprendre ce qu'est le lieu de contrôle interne-externe, il est nécessaire de le situer dans son contexte théorique, c'est-à-dire celui de l'apprentissage social tel qu'il a été construit par Rotter lui-même (Rotter, 1954, 1960; Rotter et al., 1962; Rotter et al., 1972). La théorie de l'apprentissage social (TAS), sur laquelle se base Rotter, fut élaborée dans le but d'intégrer les théories connexionnistes classiques développées par des auteurs tels que Thorndike (1911) et Hull (1935) qui font du renforcement le processus fondamental de l'apprentissage et des théories cognitivistes issues des conceptions de Tolman (1932) et de Lewin (1938). A partir de ces théories, Rotter a pu développer son modèle pouvant apporter une compréhension plus grande des comportements humains. Comme toute théorie, celle de Rotter repose sur un certain nombre de postulats et de concepts. La théorie de l'apprentissage social sur laquelle se base Rotter (1954), est fondée sur quatre postulats (Rotter, 1982, p. 5) et quatre concepts fondamentaux (Rotter, Chance et Phares, 1972).

La théorie de l'apprentissage social (TAS) est une théorie de la personnalité qui est fondée sur un ensemble de postulats dont nous allons voir les plus pertinents à la recherche.

Le premier de ces postulats est que «l'unité d'investigation pour l'étude de la personnalité repose sur l'interaction entre l'individu et son environnement significatif». Cet énoncé provient d'une approche interactionniste entre la personnalité et le comportement; il faut tenir compte à la fois des déterminants du milieu et des déterminants de l'individu. Par conséquent, la personnalité est définie par un ensemble de réponses en puissance que l'individu utilise selon les situations rencontrées. Ces réponses proviennent d'un apprentissage et peuvent être modifiées à leur tour au contact de nouvelles expériences. Cette conception de la personnalité assure à l'individu à la fois une certaine stabilité et une capacité de faire face au changement. Une stabilité d'une part, parce qu'il peut aborder les nouvelles expériences

avec ce qu'il a appris dans le passé. D'autre part, l'individu peut faire face au changement parce que ces nouvelles expériences viennent enrichir ce qu'il a appris dans le passé.

Le second postulat veut que les comportements sociaux soient l'objet d'apprentissages. Rotter accorde un rôle minime aux facteurs physiologiques, biologiques ou neurologiques dans la détermination des comportements sociaux. Pour lui, comme pour Phares (1976), les attitudes apprises, les valeurs, les attentes, sont des concepts plus utiles quand on veut les expliquer.

Le troisième postulat propose l'existence d'une unité de la personnalité et stipule que cette unité se construit à travers les expériences variées d'un individu, en interaction avec son environnement significatif. Ainsi, avec le temps ou avec l'âge, la personnalité se complexifie et atteint une plus grande consistance et une plus grande unité. Cependant, la présence d'une stabilité relative et d'une plus grande unité ne veut pas dire que la personne ne possède pas une réponse spécifique au contact avec le changement ou avec de nouvelles expériences.

Le quatrième postulat affirme que les comportements humains sont toujours dirigés vers un but et qu'ils doivent être étudiés en fonction de ce qui les a motivés. Pour Rotter, les renforcements jouent un rôle important sur la production, la direction ou le type de comportement. Il les considère comme étroitement liés aux motivations: un événement sera considéré comme un renforcement positif si le comportement de l'individu indique une recherche de cet événement. Il sera considéré comme un renforcement négatif si le comportement de ce même individu correspond à une conduite d'évitement. Selon Rotter, cela dépend de la valeur du renforcement qui n'est rien d'autre que l'importance subjective accordée par une personne au résultat attendu. Finalement, le dernier postulat stipule qu'un comportement n'est pas seulement déterminé par sa nature positive ou négative et l'importance du but, mais aussi par l'expectation chez l'individu, que le but va être atteint. Rotter définit l'expectation comme «la probabilité pour un individu qu'un renforcement particulier se produira à la suite d'un comportement spécifique de sa part, dans une ou des situations spécifiques» (1982, p. 50). Par exemple, la probabilité qu'une personne achète un billet de loterie n'est pas déterminée seulement par l'attrait de l'argent (renforcement positif) mais aussi par l'espoir (l'expectation) qu'elle a de gagner.

Ce concept rend compte précisément de la part accordée par l'individu aux facteurs situationnels et dispositionnels dans la détermination des renforcements. Moss (1961) a d'ailleurs remarqué que les individus ne sont pas tous sensibles de la même façon aux caractéristiques situationnelles. Ainsi, ces principaux postulats servent d'éléments de base du modèle d'apprentissage social de Rotter, avec lequel il aborde le comportement humain..

La théorie de l'apprentissage social est une théorie faite pour rendre compte de la façon dont les individus choisissent tel comportement plutôt que tel autre, parmi la variété des comportements potentiels qu'ils peuvent effectuer. Elle a donc un but prédictif, c'est-à-dire que ce modèle doit permettre de déterminer le comportement le plus probable. Pour ce faire, la TAS comprend quatre concepts de base dans son modèle explicatif du comportement. Ces concepts fondamentaux correspondent à quatre variables explicatives des comportements: la force du comportement, l'expectation, la valeur du renforçateur et la situation psychologique.

▪ **LA FORCE DU COMPORTEMENT**

La force du comportement est définie comme «la probabilité qu'a un comportement donné de se reproduire dans une situation ou un ensemble de situations données en vue d'obtenir un renforcement ou un ensemble de renforcements» (Rotter, 1982,p. 49). La probabilité qu'un tel comportement se produise peut être déterminée à partir de ce qui arrive dans cette situation. Par exemple, en période d'élection, un député qui vise à être réélu dans son comté peut choisir entre plusieurs méthodes qui s'offrent à lui: il peut faire des promesses aux gens de son comté afin de s'attirer leur approbation, il peut travailler très fort en essayant de répondre à leurs besoins, il peut s'attaquer aux politiques de ses rivaux, etc. Chacun de ces comportements n'a pas la même probabilité de se produire chez cet individu, c'est ce qui est traduit par le terme "force de comportement".

▪ **L'EXPECTATION**

Il est défini par la probabilité perçue par un individu qu'un renforçateur particulier se produira en réponse à un comportement spécifique de sa part, émis dans une ou des situations données. Rotter (1975) apporte quelques précisions à la notion d'expectation et en propose deux types: les expectations spécifiques et les expectations généralisées. Une expectation spécifique est rattachée à une situation spécifique donnée et est influencée par les expériences passées, similaires ou identiques, que le sujet a vécues. Par exemple, la probabilité qu'un étudiant travaille en fonction d'un futur examen est lié au fait que des expériences passées lui ont confirmé que l'étude d'un examen est le seul moyen pour le conduire au succès.

L'expectation généralisée, quant à elle, se réfère davantage à la comparaison que le sujet établit entre la situation actuelle et l'ensemble des situations similaires rencontrées antérieurement. Pour reprendre l'exemple de notre étudiant, disons que la probabilité que cet étudiant travaille en fonction de son prochain examen, se fait aussi en fonction de l'expérience qu'il a des situations d'évaluation. En fait, les deux types d'expectations varient en fonction du degré de familiarité du sujet avec la situation. En effet, plus la situation est nouvelle ou ambiguë, plus l'importance de l'expectation générale est grande et, inversement, plus

l'expérience d'une situation s'accroît, moins intervient l'expectation générale. Ainsi, si on a affaire à un étudiant qui passe son premier examen à l'université dans son domaine d'étude particulier, il est bien évident qu'il ne peut y avoir d'expectation spécifique, il fera donc appel à d'autres situations du même genre, à savoir des situations d'évaluation. Seule, l'expectation générale joue donc ici un rôle. Pour Rotter, les expectations sont importantes dans la détermination des comportements. Si un individu adopte tel comportement plutôt que tel autre, c'est en grande partie à cause de son expérience passée.

Dans une nouvelle situation, le chercheur pense qu'il a de bonnes raisons de s'attendre à ce que ce comportement lui permette d'atteindre son but. C'est en étudiant l'expectation spécifique et l'expectation généralisée que Rotter observe que certaines personnes ne font aucun lien entre leur comportement et le renforcement obtenu. Il constate que l'effet d'un renforcement dépend de la perception ou de la non-perception d'une relation causale entre le comportement et le renforcement. C'est ainsi que Rotter en arrive à formuler son concept de lieu de contrôle interne-externe. Un individu a un contrôle interne s'il perçoit la relation entre son comportement et les renforcements qu'il reçoit. Un individu a un contrôle externe s'il ne perçoit pas cette relation, l'origine du renforcement étant attribuée à des facteurs incontrôlables: les autres, le hasard, la chance. En résumé, la notion de contrôle s'apparente à un sentiment de pouvoir ou d'absence de pouvoir sur les événements (ou les renforçateurs).

▪ LA VALEUR DU RENFORÇATEUR

Le troisième concept du modèle a trait à la valeur subjective que l'individu attribue au renforçateur anticipé.

Rotter (1973) précise que la valeur du renforçateur est définie par le degré de préférence pour un renforçateur donné par rapport aux autres alternatives possibles à probabilités d'occurrence égale. Dans la vie de tous les jours, cela signifie que les comportements d'un individu sont orientés habituellement vers la plus grande satisfaction de ses besoins. Par exemple, un individu préférera être payé 2000FCFA l'heure au lieu du salaire minimum. On admet facilement que 2000FCFA a une valeur de renforcement plus grande que l'autre inférieure. Ainsi, l'individu agit de manière à satisfaire ses besoins. Rotter (1954) appelle certains de ces besoins les "besoins appris", tels les besoins de reconnaissance, de sécurité, de dépendance, de dominance, d'indépendance, de confort, d'affection et d'amour. Certaines personnes vont privilégier l'obtention de biens matériels, d'autres vont rechercher les promotions, pour d'autres, ce sera d'accorder plus d'importance aux liens amicaux avec des personnes significatives. Enfin, la valeur du besoin est la valeur subjective accordée par un individu aux différents renforçateurs constituant ce besoin. Le rôle du renforçateur est

d'exercer un effet sur la production, la direction ou le type de comportement. Pour Rotter, le renforçateur n'est qu'un déterminant des comportements parmi d'autres, à savoir, la force du comportement et les attentes que nous avons discutées auparavant. Cependant, Rotter considère le renforçateur étroitement lié aux motivations, puisque pour lui, l'orientation de la motivation (positive ou négative) influence la direction du comportement; un événement ou un stimulus sera considéré comme un renforçateur positif si le comportement de l'individu indique une recherche de cet événement ou du stimulus, alors qu'il sera considéré comme renforçateur négatif si le comportement de ce même individu à son égard correspond à une conduite d'évitement. Le renforçateur a donc une valeur subjective attribuée par l'individu lui-même.

▪ LA SITUATION PSYCHOLOGIQUE

Selon Rotter (1976), la situation psychologique est également l'un des déterminants des comportements d'un individu. Il n'est pas suffisant de connaître les états intérieurs et les autres caractéristiques de la personnalité d'un individu pour prédire ses comportements. Il faut, en effet, tenir compte de la situation dans laquelle il se trouve. Cette situation psychologique englobe tous les aspects de l'environnement significatif qui entourent un individu tels qu'il les perçoit. Normalement, à travers ses expériences, l'individu a appris à reconnaître les indices qui vont influencer directement ses attentes et les valeurs liées aux renforçateurs. Cette évaluation de sa situation psychologique devrait l'amener à avoir un certain contrôle sur sa vie.

Les quatre concepts majeurs (la force du comportement, l'attente, la valeur du renforçateur, la situation psychologique) décrits précédemment, s'interrelient dans un modèle prédictif qui doit permettre de déterminer le comportement le plus probable. Rotter, Chance et Phares (1972) en proposent la formulation suivante: la probabilité de voir apparaître un comportement donné x , dans une situation y , en regard du renforçateur a , est fonction de l'attente qu'a l'individu que ce renforçateur a sera produit par le comportement x dans la situation y et de la valeur que l'individu attribue à ce renforçateur a , dans la situation y .

Avec les postulats et les concepts de la théorie de l'apprentissage social de Rotter, nous avons parcouru l'essentiel du contexte théorique dont est issu le concept de lieu de contrôle interne-externe du renforcement. Cependant, avant de terminer cette partie, il est important de définir davantage ce qu'est le concept du lieu de contrôle interne-externe de Rotter.

Rotter (1975) précise que le concept de lieu de contrôle interne-externe n'est pas le concept majeur ou central de sa théorie. Ce concept est né, comme nous l'avons souligné auparavant, à partir de son observation que certaines personnes ne font aucun lien entre leur

comportement et le renforcement obtenu. C'est donc, explique Rotter, «parce qu'elle semblait susceptible de corriger ou de nous aider à affiner nos prédictions concernant la façon dont les renforcements modulent les attentes que nous nous sommes intéressés à cette variable»(Rotter, 1975, p. 56). Par conséquent, le concept de lieu de contrôle ne saurait à lui seul expliquer ou prédire les comportements.

Les différents postulats et les concepts de base sont autant de variables qui doivent être considérées si l'on veut éviter des erreurs d'interprétation. Bien que le lieu de contrôle soit une des composantes du comportement, il n'en demeure pas moins une variable importante de la personnalité. Rotter (1966) définit le lieu de contrôle interne externe comme étant une expectation généralisée de contrôle sur les renforçateurs. Ainsi, la perception qu'un sujet a de son contrôle dans une situation donnée est fonction de son expectation générale et d'une expectation spécifique relative à la situation. Rotter et ses collègues ont illustré le concept de lieu de contrôle I-E à l'aide d'un continuum sur lequel on peut situer chaque individu. A un extrême du continuum, on retrouve ceux qui perçoivent les événements comme étant une conséquence de ce qu'ils sont ou de ce qu'ils font: ils exercent alors un contrôle interne. A l'autre extrême du continuum, on retrouve des individus qui perçoivent les événements comme étant indépendants de ce qu'ils sont ou de leurs agissements. Dans ce cas, les événements apparaissent comme étant le résultat du hasard, de la chance, du destin ou de l'influence des autres: ces individus croient en un contrôle externe des renforçateurs.

L'ajustement à la réalité serait défini, selon Rotter (1966), par une courbe curvilinéaire où il serait à son maximum quelque part entre les deux extrêmes du continuum internalité externalité.

Cependant, il ne faut pas prendre les individus internes pour les «bons» et les externes pour les «méchants» et attribuer trop rapidement les qualités souhaitables aux internes et les caractéristiques répréhensibles aux externes. Même si cet état de choses est souvent vrai, Dubois (1987, p. 103) fait remarquer que souvent les variables situationnelles ne sont pas prises en compte ainsi que la nature de leur interrelation.

La recherche de Ruble (1976) auprès d'étudiants en administration montre bien l'intérêt qu'il y a à contrôler le contexte situationnel. Alors que les résultats de l'étude ne mettent en évidence aucune différence significative entre les internes et les externes quant à la réussite d'une tâche à effectuer, la prise en compte du contexte révèle que les internes réussissent mieux dans la situation de non-directivité, alors que les externes obtiennent de meilleurs scores dans la situation de directivité. D'ailleurs, plusieurs autres études ont démontré que les externes réussissent aussi bien que les internes à l'intérieur d'un

environnement plus encadrant (Mitchell et al., 1975; Parent et al., 1975; Daniels et Stevens, 1976; Rothberg, 1980).

Empiriquement, le contrôle semble associé à la prévention et l'issue favorable de nombreuses pathologies, à l'inverse du sentiment de perte de contrôle. Depuis son introduction en psychologie (Rotter, 1966), le concept a suscité et suscite encore une foule de travaux, preuve de sa transdisciplinarité. Bien qu'il puisse surprendre qu'une définition unanime peine encore à voir le jour, il est généralement défini comme « [...] la manière dont les individus apprécient le degré d'influence qu'ils peuvent avoir sur l'environnement »

Le concept de locus de contrôle ou locus of control (LOC) est généralement décrit comme une croyance généralisée de l'individu quant au rôle de sa conduite sur le cours des événements.

Les individus caractérisés par un lieu de contrôle interne établissent un lien entre l'acteur et le comportement, ainsi, considèrent-ils que les événements sont dépendants de leur propre conduite ou de leurs caractéristiques personnelles relativement stables. A l'opposé, les personnes dites de contrôle externe, pour qui ce lien est absent, jugent prépondérant la chance, le destin ou bien le pouvoir d'autrui (Rotter, 1966).

De manière générale, à l'inverse des sujets dits externes, les personnes disposant d'un contrôle interne sont plus enclins à considérer la situation comme contrôlable. Ainsi, le sentiment de contrôle induit atténue les conséquences néfastes de la confrontation à l'événement aversif (Cohen et Edwards, 1989) cités par Rotter.

Selon cette théorie, c'est en vivant diverses expériences que l'individu se crée une vision généralisée de ce qui contrôle sa vie (Rotter, 1966). Plus précisément, le lieu de contrôle réside dans l'attribution de la causalité des événements qui surviennent dans le quotidien d'une personne (Pelletier, Alfano, & Fink, 1994). Le lieu de contrôle est une variable importante dans le monde de la recherche; l'échelle de Rotter, qui est définie en lieu de contrôle interne et en lieu de contrôle externe, est largement utilisée dans différentes études (Muhonen & Torkelson, 2004).

La personne ayant un lieu de contrôle interne croit qu'elle a du contrôle sur ses comportements, qu'elle a une part de responsabilité dans ce qui lui arrive.

Au contraire, l'individu avec un lieu de contrôle externe est persuadé que ce qui lui arrive est le résultat de la chance, du hasard, de personnages tout-puissants ou encore du destin (Carver, Harris, Lehman, Durel, Antoni, Spencer et al., 2000; De Valck & Vinck, 1996; Marks, Richardson, Graham, & Levine, 1986; Turmel, 1999; Williams & Koocher, 1998). Cette perception de contrôle des événements constitue une dimension stable chez une personne. Il

s'agit du fait de croire qu'il existe une relation causale entre les gestes posés et les conséquences qui en découlent (Dubois, 1987).

De nombreuses études s'avèrent concordantes, les sujets externes sont plus sensibles au stress du fait de leur tendance à juger les événements comme particulièrement stressants car perçus comme incontrôlables. Ils sont ainsi plus vulnérables aux douleurs chroniques (Feuerstein et al., 1987 ; Greagary et Turner,1984).

Dans le cas particulier des personnes souffrant de l'épilepsie, nous nous sommes rendu compte, que certains patients se comportaient pour la plupart comme si quelqu'un, une influence externe était à l'origine de leur situation ; or pour d'autres, ils semblaient établir une cohérence entre leur état actuel de maladie et la cause. Ces derniers semblaient contrôler leur situation par rapport aux premiers, pour qui leur maladie serait causée par une forte influence extérieure.

Les recherches sur le LOC ont tout d'abord été développées dans le champ de la psychologie différentielle. Ce fut donc en tant que dimension de la personnalité que les premiers chercheurs l'évoquèrent. En 1966, Rotter présente une théorie de l'apprentissage social destinée à préciser les processus par lesquels les gens traitent et intègrent les sanctions sociales dont ils font l'objet. Cet auteur a ainsi proposé le concept de locus de contrôle (LOC), renvoyant au sentiment de contrôle que les individus pensent avoir ou pas sur ce qui leur arrive en bien ou en mal. Les croyances en un contrôle interne indiquent que la personne établit une relation causale entre l'obtention d'une sanction précise, le comportement qu'elle a réalisé et ses caractéristiques personnelles stables. Les croyances en un contrôle externe expliquent les sanctions obtenues par des facteurs relatifs au contexte : circonstances, l'action d'autrui ou l'aléatoire (chance, hasard).

Selon Rotter, ces deux types de croyances permettent d'appréhender le fonctionnement psychologique du sujet et peuvent faire l'objet d'une mesure au même titre que d'autres dimensions de la personnalité.

De nombreuses recherches ont montré que les internes sont mieux adaptés que les externes, et cette adaptation se traduit essentiellement dans le domaine des performances par de meilleurs résultats. Cette supériorité des internes s'observe au niveau scolaire et universitaire, au niveau professionnel (recrutement, performance) et au niveau de la motivation pour la réussite.

Globalement, l'ensemble des résultats obtenus en matière de LOC convergent vers l'idée que des croyances internes sont associées à une meilleure réussite sociale et professionnelle (Eichler, 1980; O'Brien, 1984; Witt, 1988) et qu'aux positions sociales

favorisées (les « riches, les hommes) est associée un LOC plus interne que pour les positions les moins favorisées (les minorités, comme les noirs américains).

De plus, les personnes qui ont un fort locus de contrôle interne ont tendance à croire que les choses arrivent grâce à eux, qu'ils contrôlent la situation. En revanche, ceux qui ont un fort locus de contrôle externe pensent que les circonstances sont trop difficiles à gérer, et que les choses leur arrivent simplement, sans qu'ils puissent y faire quoi que ce soit.

Le LOC fut souvent confondu avec l'attribution causale. Cette tendance se trouve présente chez de nombreux auteurs (Collins, 1974; Lefcourt, 1980) sans toutefois être partagé par le reste de la communauté.

Trois principales distinctions sont généralement proposées et reposent chacune sur les éléments spécifiques (Dubois, 1987, 1996) :

- Le LOC est une anticipation, une attente à priori et l'attribution causale un jugement, une explication portée à postériori;
- Le LOC établit une association entre un comportement et un renforcement alors que l'attribution causale se centre sur le lieu de causalité;
- Le LOC concerne les renforcements alors que l'attribution renvoie aux comportements ou aux états émotionnels d'autrui.

Dans le cadre de cette étude, la théorie qui nous servira comme cadre de référence est la théorie du lieu de contrôle (locus of control, LOC) de Rotter (1966). Les personnes croyant que leur performance ou leur sort dépend surtout d'eux-mêmes ont un locus de contrôle dit « interne ». Celles persuadées que leur sort ou leur performance sont déterminés par des facteurs extérieurs, hors de leur influence ont un locus de contrôle dit « externe » (Rotter, 1954). Dans le lieu de contrôle interne, l'individu croit que les résultats obtenus sont la conséquence de ses actes et il est à mesure de pouvoir influencer le courant de sa vie, peu importe l'évènement. Ainsi, une personne atteinte de l'épilepsie ayant cette perception de contrôle estimerait pouvoir contrôler sa maladie, par exemple en dormant assez, en évitant le stress, en évitant de se retrouver seul à côté de l'eau, du feu, en observant scrupuleusement les exigences médicales, en se faisant toujours accompagner par une personne de confiance, etc.

Parlant du lieu de contrôle externe, l'individu a la ferme conviction que ce qui lui arrive est dû à des facteurs extérieurs tels la chance, le destin, les personnages religieux, les médecins, les membres de sa famille ou encore ses amis. Il croit que les résultats sont indépendants de ses actes et qu'il n'a que très peu de contrôle sur sa vie. Une personne atteinte de l'épilepsie en contexte africain, et plus précisément au Cameroun, ayant cette

perception de contrôle dira notamment que seul son médecin peut la guérir, que son épilepsie est une punition infligée par Dieu, un mauvais sort lancer par les méchants, qu'elle était destinée à être malade, etc. Elle se croira incapable de combattre la maladie par elle-même.

Plusieurs études menées sur le lieu de contrôle en matière de santé soulignent les répercussions positives d'avoir un lieu de contrôle interne. Ainsi selon Strickland (1978), l'individu ayant un lieu de contrôle interne est plus susceptible de prendre ses responsabilités afin d'améliorer son état de santé. Il recherche davantage d'informations à propos de sa maladie et des moyens pour faciliter sa guérison, et opte pour des comportements préventifs tels que le refus d'alcool, le refus de se retrouver seul en bordure du feu, de l'eau. De plus, l'interne est mieux adapté socialement, a un meilleur moral (Jutras, 1987), expérimente moins de détresse émotionnelle et obtient davantage de succès dans ce qu'il entreprend. Selon Reynaert, Janne, Zdanovicz, Croomenberghs & Rousseau (1995), ce sentiment de contrôle et de responsabilisation de l'individu face à sa maladie est un facteur important pour le pronostic et les objectifs thérapeutiques. L'individu ayant un lieu de contrôle externe quant à lui semble vivre plus d'évènements de vie stressants. D'attitude passive, il dépend plus des autres pour les soins à recevoir. Il a également un plus grand nombre de rechutes et ses pronostics sont moins favorables.

Cependant, nous pouvons dire qu'une trop forte croyance que l'individu contrôle sa maladie peut s'avérer dysfonctionnelle dans le cas des maladies chroniques ou incurables comme le cancer, l'épilepsie. On remarque que les personnes atteintes d'une maladie chronique (diabète, cancer, épilepsie...) attribuent davantage le contrôle de celle – ci au pouvoir d'autrui et à la chance qu'à elles-mêmes. Précisons en fin de compte que l'âge semble être une variable démographique intervenant sur le lieu de contrôle. En effet, Lavenson (1981) note qu'un lieu de contrôle externe (autant associé au pouvoir d'autrui qu'à la chance) est davantage présent chez les jeunes, tandis que chez les personnes âgées, on remarque plutôt un lieu de contrôle interne.

CADRE OPERATOIRE

CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE DE L'ETUDE

La méthodologie est l'ensemble de techniques pouvant permettre au chercheur de mener à bien une investigation scientifique. C'est dans ce sillage que Grawitz, (2000) a défini comme étant la science de la méthode : « *la branche de la logique qui étudie les principes et les démarches de l'investigation scientifique* ». Il sera donc question dans ce chapitre de faire la présentation non seulement de la population de l'étude mais aussi celle des outils de collectes et des techniques d'analyse que nous avons utilisés au cours de cette recherche.

4.1. RAPPEL DE LA QUESTION DE RECHERCHE

Dans cette étude, la question principale est intitulée de la manière suivante : *Comment le locus de contrôle influe-t-il le vécu de la maladie épileptique chez un patient nouvellement diagnostiqué ?* Pour répondre à cette question, nous avons formulé une hypothèse générale, et l'opérationnalisation de la variable indépendante de celle-ci nous a permis d'obtenir quatre (04) hypothèses de recherche (HR).

4.2. HYPOTHESES ET VARIABLES

4.2.1. L'HYPOTHESE DE L'ETUDE

Nous avons formulé l'hypothèse suivante : « Le locus de contrôle a une influence à la fois négative et positive sur le vécu de la maladie épileptique chez un patient nouvellement diagnostiqué »

4.2.2. LES VARIABLES DE L'ETUDE

Notre hypothèse générale est constituée de deux variables : une variable indépendante (VI) et une variable dépendante (VD).

La variable indépendante(VI) est : *le locus de contrôle*

Elle renferme deux modalités qui sont:

Modalité 1 : le locus de contrôle externe

- *Indices : le sortilège, la malchance, la fatalité, une puissance extérieure.*
- *Modalité 2 : le locus de contrôle interne*
- *Indices : cause personnelle, cause génétique, accident ou choc interne*

D'où la structure logique de nos hypothèses de recherche qui se présente comme suit :

Tableau 16: Structure logique des hypothèses

VI	Mo1	Mo2
VD	VD×Mo1	VD×Mo2

Nous aurons ainsi les croisements VD×Mo1 et VD×Mo2

L'opérationnalisation de la variable indépendante nous a ainsi permis de construire les hypothèses de recherche de cette étude.

4.2.3. LES QUESTIONS DE RECHERCHE

C'est à partir des questions de recherche que nous obtiendrons les hypothèses de recherche qui sont ainsi définies comme des réponses provisoires à ces questions.

QR1 : comment le locus de contrôle externe influe-t-il le vécu de la maladie épileptique chez un patient nouvellement diagnostiqué ?

QR2 : comment le locus de contrôle interne influence-t-il le vécu de la maladie épileptique chez un patient nouvellement diagnostiqué ?

4.2.4. LES HYPOTHESES DE RECHERCHE

Les hypothèses de recherche que nous avons construit à l'issu de l'opérationnalisation de la variable indépendante sont :

- **HR1** : *le locus de contrôle externe influence négativement le vécu de la maladie épileptique chez un patient nouvellement diagnostiqué.*
- **HR2** : *le locus de contrôle externe influence positivement le vécu de la maladie épileptique chez un patient nouvellement diagnostiqué*
- **HR3** : *le locus de contrôle interne influence négativement le vécu de la maladie épileptique chez un patient nouvellement diagnostiqué.*
- **HR4** : *le locus de contrôle interne influence positivement le vécu de la maladie épileptique chez un patient nouvellement diagnostiqué.*

Ce qui nous donne le tableau synoptique suivant :

Tableau 17: Tableau synoptique

Hypothèse Générale	Hypothèses de recherche	Variables	Modalités	Indices
<p>HG</p> <p>Le locus de contrôle influence sur le vécu de la maladie épilepsie chez un patient nouvellement diagnostiqué.</p>	<p>HR1</p> <p>Le locus de contrôle externe influence négativement sur le vécu de la maladie épileptique chez un patient nouvellement diagnostiqué</p>	<p>Variable indépendante (VI)</p> <p>Le locus de contrôle</p>	<p>Mo1</p> <p>Le locus de contrôle externe</p>	Le sortilège
				La fatalité
				Une puissance extérieure
			<p>Mo2</p> <p>Le locus de contrôle interne</p>	Cause personnelle
	Cause génétique			
	Accident ou choc traumatique interne			
	<p>HR2</p> <p>Le locus de contrôle externe influence positivement sur le vécu de la maladie épilepsie chez un patient nouvellement diagnostiqué.</p>	<p>Variable dépendante (VD)</p> <p>Le vécu de l'épilepsie</p>		
<p>HR3</p> <p>Le locus de contrôle interne influence négativement sur le vécu de la maladie épileptique chez un patient nouvellement diagnostiqué</p>				
<p>HR4</p> <p>Le locus de contrôle interne influence positivement sur le vécu de la maladie épileptique chez un patient nouvellement diagnostiqué</p>				

4.3. TYPE DE RECHERCHE

Notre étude s'inscrit dans le champ de la recherche qualitative et plus précisément la recherche clinique. Il s'agit d'une recherche au cours de laquelle nous nous appliquerons à comprendre l'influence du locus de contrôle sur le vécu de la maladie épileptique, et ceci selon la perspective de chaque sujet.

4.4. METHODE DE RECHERCHE

Dans le cadre de notre recherche, nous avons opté pour l'utilisation de la méthode qualitative. En effet, la méthode qualitative ne cherche pas à quantifier un fait, mais plutôt à examiner un phénomène et à tenter de le comprendre, en s'intéressant plutôt au sens que le sujet donne à la situation vécue. L'objectif de la méthode qualitative est de comprendre et de donner un sens au vécu des patients épileptiques de l'Hôpital central de Yaoundé

4.5. POPULATION ET ECHANTILLON

4.5.1. POPULATION

- **La population parente** de notre étude est constituée de l'ensemble des patients épileptiques hospitalisés ou qui consultent en externe à l'hôpital central de Yaoundé.
- **La population cible** de cette recherche comprend les patients épileptiques nouvellement diagnostiqués c'est-à-dire ceux dont leur diagnostic en tant que patient épileptique date d'environ douze (12) mois. En plus, les sujets doivent être capables de faire la critique de sa situation, c'est-à-dire qu'il doit être normal du point de vue du fonctionnement psychique et ne doit pas être atteint d'une autre maladie chronique. Il ne doit pas être enfant (moins de 11- 12ans). Car c'est à 11-12ans que les enfants ou adolescents sont capables d'abstraction, de raisonnement logique.
- **La population accessible** est constituée des patients épileptiques nouvellement diagnostiqués et qui répondent aux critères précédents. Il s'agit des cas X, Y et Z.

4.5.2. L'ECHANTILLON

L'échantillon désigne un groupe de sujets tiré d'une population à partir duquel des recherches vont être faites et les résultats inférés sur la population totale. Cette définition ne pourra pas être appliquée totalement dans notre étude puisqu'il s'agit d'une étude qualitative, où il est question pour nous de comprendre un phénomène et plus précisément le vécu de l'épilepsie selon la perspective des sujets. Il s'agit pour nous dans ce sujet de l'étude de cas. Notre étude a été menée auprès de trois(03) cas de patients épileptiques recrutés dans les

dossiers médicaux des patients qui ont consulté à l'hôpital central de Yaoundé, et plus précisément au service de Neurologie et de Médecine physique.

4.5.2.1. METHODE ET TECHNIQUE D'ECHANTILLONNAGE

La méthode que nous avons utilisée dans le cadre de cette étude est la méthode d'échantillonnage non probabiliste ou non aléatoire, car toute la population n'a pas une même chance égale de faire partie de l'étude. La technique d'échantillonnage dont nous avons fait usage est la technique d'échantillonnage au jugé.

4.5.2.2. ECHANTILLON SELECTIONNE

Comme nous avons dit précédemment, notre étude s'inscrit dans le champ de la recherche qualitative et de la méthode clinique. Il s'agira donc pour nous ici de mener notre étude auprès de quelques sujets (trois(03) cas) épileptiques de l'Hôpital central de Yaoundé.

4.6. PRESENTATION DE L'INSTRUMENT DE COLLECTE DES DONNEES

4.6.1. CHOIX DE L'INSTRUMENT

Etant donné que type de recherche que nous avons choisi est la recherche qualitative et que la méthode de notre étude est la méthode qualitative, l'instrument de collecte des données que nous avons choisi et qui correspond à nos travaux est l'entretien. ce qui nous conduit à poser la question suivante : c'est quoi l'entretien ? Quels sont les types d'entretien ? Lequel de ces types devons-nous utilisé dans le cadre de la collecte des données de cette étude ?

4.6.2. PRESENTATION DE L'INSTRUMENT DE COLLECTE DES DONNEES

Grawitz (2001), souligne que : « *dans la recherche, la nature même des informations qu'il convient de recueillir pour atteindre l'objectif commande les moyens pour le faire. On ne classe pas les hameçons avec les papillons (...) il est indispensable d'approprier l'outil à la recherche, l'objectif à atteindre détermine le choix de la technique* ». Nous inspirant de cette citation de Grawith, nous avons opté pour l'entretien ou entrevue ou interview. En effet l'entretien est la situation au cours de laquelle un chercheur, l'enquêteur essaie d'obtenir d'un sujet, l'enquêté, des informations détenues par ce dernier, que ces informations résultent d'une connaissance, d'une expérience ou qu'elles soient la manifestation d'une opinion (Loubet del Bayle, 2000). Pour Blanchet (1985), l'entretien est un dispositif d'enquête qui est susceptible de lever certaines résistances de l'interlocuteur. C'est un mode d'accès efficace aux représentations et aux opinions individuelles. Actouf (1987) défini l'entretien comme

« rapport oral, en tête à tête entre deux personnes dont l'une transmet à l'autre des informations sur un sujet prédéterminé ».

C'est une discussion orientée, une « investigation utilisant un processus de communication verbale pour recueillir des informations en relation avec des objectifs fixés ». L'entretien est un moment de parole durant lequel un interviewer extrait une ou des informations d'un interviewé (dans son acte de parole) sur des actions passées, des savoirs sociaux, sur les valeurs, normes, représentations, sur son expérience. Cette information était alors contenue dans l'ensemble des représentations associées aux événements vécus par l'interviewé. L'entretien permet donc de comprendre le rapport du sujet au fait, plus que le fait lui-même. Dans l'entretien, il s'agit de donner la parole à l'autre afin de mieux connaître sa pensée, de l'appréhender dans sa totalité, de toucher au vécu de l'autre, à sa singularité, il s'agit de toucher à l'autre dans son historicité. Il s'agit ici d'appliquer la technique dite qualitative, c'est-à-dire chercher à comprendre l'autre. C'est une méthode souple, non rigide qui cherche à s'adapter aux circonstances, au contexte, à l'individu.

A partir de l'entretien, le vécu de l'épilepsie chez les patients épileptiques nouvellement diagnostiqués est supposé pouvoir être appréhendé et compris à travers des représentations véhiculées par la parole à travers l'expérience de l'individu

Il existe différents types d'entretien, selon leur degré de structuration (Actouf, 1987) :

- **L'entretien directif** : fortement structuré, il correspond à un ensemble de questions ouvertes. Il est uniformisé dans la forme et l'ordre des questions posées. L'individu doit se situer dans le cadre de référence déterminé par l'entretien. Les réponses sont peu développées. En général, cet entretien est pratiqué pour vérifier un problème déterminé lors d'une enquête.
- **L'entretien non directif** : encore appelé non standardisé, non structuré ou libre permet d'atteindre des niveaux plus profonds d'opinions et d'attributs car la technique laisse un maximum de liberté au sujet.
- **L'entretien semi-directif** : se situe entre l'entretien directif et l'entretien non directif. Il est ni totalement fermé, ni totalement ouvert. Les thèmes à aborder sont fixés à l'avance. Mais l'ordre et la forme de présentation des thèmes sont libres. On procède en général à ce type d'entretien pour approfondir la connaissance d'un domaine ou vérifier l'évolution d'un phénomène connu. Pour Quivy et Compenhoudt, c'est la forme qui est certainement la plus utilisée en recherche. Pour eux, le chercheur

dispose d'une série de questions-guides relativement ouvertes à propos desquelles il veut obtenir une information. Ici les questions posées ne suivent pas forcément l'ordre prévu initialement. L'interviewer laisse venir le plus possible l'interviewé pour qu'il puisse parler selon une logique qui lui convient.

Dans le cadre de nos travaux, nous avons opté pour le troisième type d'entretien, c'est-à-dire l'entretien semi directif dont le guide est joint en annexe.

4.7. LA DEMARCHE DE COLLECTE DES DONNEES

La démarche relative à la collecte s'est déroulée à l'hôpital central de Yaoundé, au service de neurologie et de médecine physique ainsi qu'au siège social de l'association PRSPD.

L'ENQUETE

Elle a été réalisée dans la salle d'hospitalisation du service de neurologie de l'Hôpital central de Yaoundé et dans les locaux de l'Association P.R.S.P.D. (Programme de Réhabilitation Sociale des Personnes Démunies). Ceci parce que lors de notre enquête, nous n'avons rencontré qu'un seul patient épileptique qui correspondait à nos critères. Le reste avait été repéré dans les dossiers médicaux des patients qui avaient été interné dans ce service.

En effet, dès notre arrivé à l'hôpital central de Yaoundé et surtout après avoir reçu l'autorisation de collecter les données du surveillant général dudit hôpital, celui-ci nous a envoyé au service de neurologie et de médecine physique avec une note que nous devrions remettre à la major du service. Après l'avoir remis, elle nous a demandé de l'expliquer le sujet de notre étude. Après cela, elle nous a présenté trois options pour avoir les sujets dont nous avons besoin : la première était d'attendre dans le service les patients qui pouvaient être hospitalisés à cause de l'épilepsie, la deuxième option était de consulter les dossiers des malades qui ont été hospitalisés dans ce service au cours de l'année 2016 afin de repérer les dossiers des patients épileptiques et de les contacter par la suite, la troisième option était celle d'aller en consultation externe auprès des médecins neurologues afin de recruter mes sujets. Cette dernière option a été refusée par ces neurologues.

Nous étions alors obligés de fouiller les dossiers des malades et dans ces dossiers, nous avons trouvé six qui correspondaient à nos critères. Après avoir contacté les six, trois ont répondu favorablement, mais finalement deux sont venus à l'entretien qui s'est déroulé au siège du PRSPD, au Collège Ebanda, non loin de Garanti Biyem-Assi. Avant de faire cela

nous avons reçu préalablement les ordres de Mme la Major du service de neurologie et de Médecine physique qui nous a demandé d'organiser l'entretien avec ceux-ci comme nous l'entendons.

A côté de ces deux sujets, nous pouvons ajouter un patient épileptique hospitalisé à l'Hôpital central de Yaoundé pendant notre période de collecte des données. L'entretien avec celui-ci avait été conduit au chevet de son lit.

4.8. TECHNIQUES D'ANALYSE DES DONNEES

4.8.1. TRAITEMENT DES DONNEES

Après avoir collecté les données de notre étude, nous avons procédé à la retranscription de ces données. Cette retranscription consistait à lister les informations recueillies et de les mettre sous forme de texte encore appelé « Verbatim ». Ce verbatim représente les données brutes de l'enquête recueillies directement auprès des sujets soumis à l'étude. Nous avons noté mot à mot tout ce qu'a dit chaque interviewé, sans aucune modification, interprétation ou abréviation du texte. Après cette retranscription, il sera question pour nous de procéder à l'analyse des données. Puisqu'il s'agit des données qualitatives, nous devons alors choisir un outil d'analyse des données qualitatives qui n'est rien d'autre que l'analyse de contenu.

4.8.2. MODELE D'ANALYSE DES DONNEES : L'ANALYSE DE CONTENU

L'analyse de contenu est une technique de recherche qui a pour objet une description objective, systématique et quantitative du contenu manifeste de la communication. Pour Bardin (1977), il s'agit d'un ensemble d'instruments méthodologiques de plus en plus raffinés et en constante amélioration s'appliquant à des discours extrêmement diversifiés. Elle est basée sur la déduction : l'inférence. Pour Mucchieli (1984), l'analyse de contenu est un terme générique désignant l'ensemble des méthodes d'analyse des documents le plus souvent textuels permettant d'explicitier le/ les sens qui y sont contenus et les manières dont ils parviennent à faire effet de sens.

Mucchieli (op cit) distingue deux ensembles d'analyses : les analyses quantitatives reposant sur des opérations mathématiques et statistiques (codage, comptage, corrélation, comparaison...) et les analyses qualitatives reposant sur des opérations idéelles (catégorisation, mise en contexte, réductions métaphoriques, recherches de structures...).

L'analyse de contenu permet de limiter la tendance à la subjectivité du chercheur. Elle vise à la systématisation et à la généralisation des résultats. Ghiglione et Matalon (1985) distinguent deux types de procédures : les procédures closes, qui impliquent la formulation préalable d'hypothèses. Le discours ou les textes sont étudiés à la lumière de ces hypothèses et l'on tente de les vérifier. Les hypothèses structurent les informations recueillies ; les procédures ouvertes : ici, aucune hypothèse ne guide l'analyse. Cette approche est souvent mise en œuvre lors des phases exploratoires de la recherche ou d'évaluation. Etant donné que dans notre étude, les hypothèses sont formulées au préalable, nous travaillerons ainsi avec la technique des procédures closes.

Actouf (1987) distingue six types d'analyses de contenu selon le but visé et le genre de résultats escomptés par le chercheur : l'analyse de contenu d'exploration, l'analyse de contenu de vérification, l'analyse de contenu directe, l'analyse de contenu indirecte, l'analyse de contenu quantitative et l'analyse de contenu qualitative.

- **L'analyse de contenu d'exploration**

Il s'agit d'explorer un domaine, des possibilités, rechercher des hypothèses, des orientations. On a recours à ce type dans l'étude des voies de recherche que peuvent suggérer des interviews préliminaires sur un échantillon réduit d'une population cible. On se sert des résultats pour construire alors des questionnaires plus réalistes, moins entachées de distorsions personnelles du chercheur et plus près des dimensions concrètes du problème étudié, de la population d'enquête.

- **L'analyse de contenu de vérification**

Il s'agit de vérifier le réalisme, le bien fondé, le degré de validité... d'hypothèses déjà arrêtées. Ce type d'analyse de contenu suppose des objectifs de recherche bien établis, ainsi que des suppositions précises préalablement définies et argumentées.

- **L'analyse de contenu directe**

On parle d'analyse directe lorsque l'on se contente de prendre au sens littéral la signification de ce qui est étudié. On ne cherche pas dans ce cas à dévoiler un éventuel sens latent des unités analysées, on reste simplement et directement au niveau du sens manifeste.

- **L'analyse de contenu indirecte**

Ici, l'analyste cherchera, inversement à dégager le contenu non directement perceptible, le latent qui se cacherait derrière le manifeste ou le littéral. Le chercheur aura alors recours à une interprétation de sens des éléments, de leurs fréquences, leurs agencements, leurs associations.

- **L'analyse de contenu quantitative**

Dans ce type, l'importance est directement reliée aux quantités : il s'agit de dénombrer, d'établir les fréquences (et des comparaisons entre les fréquences) d'apparition des éléments retenus comme unités d'informations ou de simplification. Ces éléments peuvent être des mots, des membres de phrases, des phrases entières... le plus significatif, le plus déterminant est ce qui apparait le plus souvent.

- **L'analyse de contenu qualitative**

Ce type d'analyse s'intéresse au fait que des thèmes, des mots ou des concepts soient ou non présentes dans un contenu. L'importance à accorder à ces thèmes, mots ou concepts ne se mesure pas alors au nombre ou à la fréquence, mais plutôt à l'intérêt particulier, la nouveauté ou le poids sémantique par rapport au contexte.

Dans le cadre de notre étude, il ne s'agira pas pour nous d'utiliser tous ces types d'analyse de contenu, encore moins utilisé un seul type. Il nous ai loisible de faire usage des types d'analyse de contenu qui pourra nous permettre de mieux décortiquer notre étude et de la rendre le plus objectif possible.

CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

L'utilisation de l'entretien semi directif nous a permis d'obtenir ces données que nous allons présenter et analyser dans ce chapitre.

5.1. DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Compte tenu de l'importance des caractéristiques sociodémographiques dans l'analyse des phénomènes démographiques, un intérêt particulier a été accordé à leur enregistrement lors de la collecte des données. Les critères sociodémographiques sont des critères traditionnels de segmentation de la population. Les caractéristiques sociodémographiques les plus utilisés sont l'âge, le genre, la religion et la profession. Dans de nombreux domaines, les critères sociodémographiques ont été remplacés par des caractéristiques ou critères psychographiques qui permettent d'obtenir des segments plus homogènes en termes de comportements sanitaires. Les informations recueillies portent sur les caractéristiques essentielles des enquêté(e)s telles que l'âge, le sexe, la religion, l'activité principale et l'activité secondaire.

Pour ce qui est des noms, nous les avons nommés respectivement les cas X, Y et Z afin de respecter l'anonymat. Etant donné que nous les avons promis au départ que tout ce qu'ils peuvent nous donné comme informations ne sera utilisé que dans le cadre de la recherche. Nous les avons promis que leurs noms ne sera pas publié dans les résultats de la recherche. Puisque nous sommes dans une recherche de type qualitative où c'est le discours du sujet qui importe plus et non son nom, nous pouvons dire que les noms des sujets ont quand même une importance au niveau du chercheur que nous sommes car après les entretiens, nous pouvons avoir besoin des informations supplémentaires. Et pour que le sujet vienne pour les informations supplémentaires, il faut qu'au préalable que les entretiens passés aient connu un succès auprès du sujet, le succès dans le sens où le chercheur a pu établir une relation de confiance entre lui et le sujet. Et pour le faire et réussir, il doit passer par la maîtrise de son nom.

En ce qui concerne le sexe, nous pouvons dire que cette étude porte sur trois sujets, dont deux de sexe masculin et un de sexe féminin. Ce n'était pas si évident pour nous de les obtenir. En effet, un mois après avoir déposé notre demande de stage au secrétariat de l'hôpital central de Yaoundé, et plus précisément le 05 décembre 2016, le surveillant général de ladite structure nous a donné une autorisation de faire le stage au service de neurologie et

de médecine physique. Arrivé dans ledit service, nous avons remis cette autorisation à Madame la major du service. Elle nous a demandé de présenter notre problème et de lui dire comment nous comptons faire pour avoir les sujets de notre population. Nous lui avons dit que nous avons besoin des sujets qui souffrent de l'épilepsie et dont leur diagnostic est récent (12 mois environ). Elle nous a répondu en disant qu'il n'y avait pas des patients épileptiques hospitalisés au moment où nous parlons. Ensuite elle nous a proposé deux options pour avoir les sujets épileptiques. La première était de fouiller les dossiers des malades hospitalisés en service de neurologie et de médecine physique d'octobre 2015 jusqu'au mois de décembre 2016 afin de repérer ceux qui étaient diagnostiqués épileptiques, et prendre ensuite leur contact et de les appeler.

La deuxième option était d'assister à la consultation des neurologues à la consultation externe afin de reculer parmi les patients épileptiques qui y viennent pour le suivi de leur traitement et pour des consultations. Après avoir présenté ces deux options, nous avons opté pour les deux afin de maximiser nos chances de reculer les sujets épileptiques correspondant à nos critères. Aussitôt nous avons fait face au refus catégorique des neurologues de venir auprès d'eux en consultation externe, nous étions alors obligé de nous plier à la première option qui a consisté pour nous à consulter les dossiers des malades. Dans ces dossiers nous avons repéré six (06) cas de patients épileptiques, que nous avons relevé leurs numéro de téléphone et que nous les avons appelé pour fixer un rendez-vous pour l'entretien. Tous les six ont confirmé qu'ils devaient venir mais le jour de l'entretien, nous avons reçu seulement trois personnes, c'est-à-dire deux (02) de sexe masculin et un (01) de sexe féminin.

Pour ce qui est de l'âge, nous avons voulu que nos sujets soient des personnes qui sont capables de faire eux même la critique de leur situation, en d'autres termes, des sujets conscients de la réalité. Il s'agit ici des personnes qui sont capables d'exprimer et de partager leur expérience, leur vécu de l'épilepsie. Nous avons ainsi inclus dans notre recherche les sujets adolescents et des adultes car dès l'adolescence, et selon la théorie du développement cognitif du psychologue Suisse Jean Piaget, l'enfant est déjà capable de raisonnement logique, il est capable d'émettre des raisonnements abstraits. Nous avons exclu les enfants et les vieillards. Les enfants(les moins de 12 ans) ne font pas partie de notre étude à cause du fait qu'ils ne sont pas encore capables de raisonnement logique encore moins d'abstraction. Nous n'avons pas voulu inclure la classe des vieillards dans cette recherche parce que nous avons pensé que leur fragilité physique ainsi que leur susceptibilité peut nuire au bon déroulement de l'entretien et pourrait ainsi influencer négativement sur la qualité de notre collecte. C'est

dans ce sillage que nos sujets ont respectivement vingt-neuf (29) ans, quarante (40) ans et quarante-huit(48) ans.

Concernant la religion, nous dirons qu'actuellement les répondants (X, Y et Z) nous disent qu'ils sont d'obédience pentecôtiste. Un peu plus tard, ils nous font comprendre qu'ils étaient de religion catholique. Ce qui nous amène à penser que le désespoir que cause l'épilepsie, le manque de guérison spontanée que ce soit par les guérisseurs traditionnels, que ce soit les spécialistes de la médecine formelle (les médecins neurologues) pousse les patients épileptiques à la recherche des solutions miracles dans des églises pentecôtistes. Il y a comme un phénomène de migration religieuse chez les sujets épileptiques. Une migration qui part des églises anciennes vers des nouvelles églises qui semblent plus actives, plus puissantes et plus concrètes.

Pour ce qui est de l'activité, le cas X nous a fait comprendre qu'il est taximan. Mais il a cessé les activités depuis le jour que les crises ont commencé à s'accroître par peur du pire. Il vivait alors chez ses grands frères et sœurs qui pourvoient alors à ses médicaments et à son alimentation. Le cas Y nous a informé qu'il était étudiant en troisième année Sciences économiques à l'Université de Yaoundé 2 SOA. Il a lui aussi arrêté les études à cause de la fréquence des crises qui perturbait non seulement ses études, mais aussi sa relation avec ses camarades. Il avait comme activité secondaire le sport qu'il a aussitôt abandonné. Le cas Z nous dit qu'elle était femme d'affaires et que maintenant elle reste à la maison à ne rien faire. Elle a ajouté qu'elle est rationnée par sa fille. Elle fait souvent l'effort de préparer de temps en temps.

On se rend ainsi compte à partir des cas X, Y et Z qui ont fait l'objet de notre investigation que les patients épileptiques, par peur de mourir précocement abandonnent leurs métiers, leurs services, leurs activités pour se consacrer à leur maladie. A côté de cela, nous pouvons dire qu'ils développent également des phobies sociales, dans la mesure où ils craignent d'aller dans des endroits où ils risquent être exposés au jugement d'autrui en de crise épileptique. Comme dans nos sociétés actuelles, les patients victimes de l'épilepsie font face à la stigmatisation et la discrimination, les familles contribuent à l'enfermement du malade dans leurs maisons et par conséquent dans leurs maladies par peur de faire face aux critiques de la société.

Ces critiques ne datent pas d'aujourd'hui mais depuis le moyen âge. A cette époque, lorsqu'une personne était atteinte d'une maladie mentale comme l'épilepsie, il était considéré

comme puni par DIEU, et tous ceux qui étaient punis de DIEU n'avaient pas le droit de vivre. Ils étaient alors brûlés vif. Aujourd'hui les populations continuent à considérer l'épilepsie comme une maladie mentale bizarre ayant des manifestations spectaculaires. La perception actuelle n'est pas si différente de celle du moyen âge, la seule différence se trouve au niveau du fait qu'ils ne sont pas brûlés vif de manière physique. Mais la discrimination, la stigmatisation et le rejet dont ils font face sont des formes actuelles de considérations médiévales.

Ces abandons sont justifiés par le fait que la crise peut les attraper à un mauvais endroit et à un mauvais moment. Soit à côté du feu ou de l'eau chaude, soit en route, soit à côté d'un puit, soit à côté d'un lac.

Etant donné que ces endroits ou positions que nous venons de citer sont dangereux pour le pronostic vital des sujets épileptiques, ces derniers se sentent ainsi obligés, par instinct de survie à développer des conduites d'évitement vis-à-vis de ces positions et endroits. En faisant ainsi, ils nous font comprendre que la situation de maladie épileptique amène les sujets à cesser leurs activités, leurs occupations par peur de piquer une crise quelque part et qu'il n'y ai personne à cette endroit pour les porté secours. Pour faire face à ces chutes inopinées, certains patients développent des conduites contraphobiques qui consistent dans le cas présent à se déployer dans la société à la seule condition d'être en compagnie d'une personne de confiance qui pourrait les porté secours en cas de chute.

Nous pouvons ainsi dire que ce comportement de retrait vis-à-vis de la société et son entourage peuvent causer une situation de dépendance du sujet épileptique à son entourage. C'est celui-ci qui devra alors puiser son eau, le lavé, préparé pour lui, aller faire son shopping... Cette situation de dépendance pourrait alors avoir comme conséquences : la réduction de la mobilité familiale, par conséquent la chute des entrées financières, la baisse des performances scolaires parce que tout le monde est concentré dans la maladie du proche. Tout ceci ne pourra que contribuer à empirer la situation familiale.

Or dans ce genre de situation, le patient devrait être éduqué sur sa maladie et plus précisément sur le comportement à tenir au cas où il sent venir une crise, sur la prise régulière des médicaments. Cette éducation lui permettra alors à acquérir son autonomie, de vaquer à ses occupations, de libérer sa famille et ses proches, de favoriser sa santé mentale ainsi que celle de ses proches. Dès lors, il sera épanoui dans ses activités ainsi que dans sa famille et son entourage immédiat.

5.2. QUESTIONS DE MISE EN CONDITION

Dans cette partie nous avons posé trois questions aux cas X, Y et Z dans l'optique de les mettre en condition, de les libérer et de les décontracter. Ces questions avaient pour principales missions d'introduire directement les sujets dans le vif du sujet.

A la première question qui était celle de : « *parlez-nous un peu de vous-même et de votre santé* », nous avons obtenu les réponses suivantes :

Pour le cas X, « ... *parler de moi-même serait long. J'ai été abandonné seul depuis l'enfance. C'est à cette époque que notre Papa est parti sans rien nous laisser. Le peu d'argent que Maman avait, elle a envoyé les autres à l'école, pour moi, elle ne pouvait pas. Je me suis débrouillé tout seul pour arriver aujourd'hui à ce niveau...* ».

Nous pouvons donc comprendre de cette réaction que Mr X depuis son enfance a connue des problèmes affectifs sérieux qui ont contribué à la dégradation de son état de santé. Il a été abandonné très tôt par le Père qui alors a été surpris par le décédé. Puis par la Maman qui, bien qu'elle soit vivante l'a amené à abandonner ses études ceci au profit des autres frères et sœurs. Cette situation a obligé Mr X « *à se débrouiller tout seul* ». Cette situation peut nous amener à dire que Mr X a fait face durant son tendre enfance à des traumatismes d'ordre psychologiques dues à la mort de son père d'une part, et à l'abandon de l'école d'autre part. Ces traumatismes n'ont pas été liquidés par celui-ci. Ils sont restés latents dans son psychisme et se sont associés plus tard à d'autres facteurs pour déclencher l'épilepsie chez ce dernier. Dans le discours de Mr X, nous avons l'impression que c'est ces abandons qui seraient à l'origine de sa souffrance actuelle. C'est comme s'il aurait voulu que son Papa, en mourant lui laisse une bonne part de son héritage et qu'il aurait souhaité allé à l'école comme tous les autres dans la fratrie. Comme cela n'avait pas été le cas, la maladie épileptique serait le mode d'expression de son malaise. L'épilepsie peut également être considérée ici comme une maladie réactionnelle aux traumatismes, souffrances et conflits vécus par le sujet depuis son enfance. Cette situation a amené Mr X à perdre la confiance en lui-même, à renforcer sa solitude. Il s'est battu contre cette solitude et a réussi à avoir une femme avec qui il a fait trois enfants. Mais lorsqu'il est dans des moments difficiles, il est obligé lui-même de se rendre vers la mère de ses enfants ainsi que les enfants pour pouvoir rester avec eux. C'est un peu comme toutes les situations négatives qu'il a vécu durant son tendre enfance ont tendance à le suivre même étant adultes. Comme preuve, nous pouvons évoquer son abandon à l'hôpital par sa famille, y compris sa famille la plus proche qui n'est rien d'autre que sa fiancée et ses

enfants. Il le dit lui-même en ces termes : « ... *Mais c'est plutôt ma maman qui connaît beaucoup de ma vie...* ». Dans ces moments de retrait, la seule personne qui lui semblait très proche est sa maman, elle qui peut témoigner des principales épreuves et difficultés qu'il a connu depuis sa venue au monde. Etant donné qu'au moment où nous menions les entretiens, le sujet se plaignait de la solitude, qu'il est abandonné seul à l'hôpital, nous pouvons dire que la situation de Mr X a amené sa maman à perdre patience et à l'abandonner comme les autres. Ce qui ne contribuait pas à la facilitation de sa situation mais à sa complication.

Par ailleurs, nous pouvons constater que la situation de Mr X, c'est-à-dire son abandon et la maladie l'a poussé à opérer une migration religieuse. Il déclare : « ...*j'ai même changé de religion pour aller dans une église qui m'aide quand même aujourd'hui jusqu'à ce que je puisse me lever ainsi, parce que je ne pense pas que les docteurs d'ici pouvaient vite voir le truc qui était dans ma tête. Ils avaient déjà fait un scanner mais ils n'ont rien vu. C'est l'église qui a fait qu'on puisse retrouver ce truc-là. J'étais d'abord à l'église catholique, maintenant, je suis dans une église de réveil...* ». Pour Mr X, c'est le fait d'avoir changé de religion qui a poussé les médecins à diagnostiquer sa maladie d'une part. Dès lors, on se pose la question de savoir : en quoi le changement de religion peut-il influencer sur le diagnostic d'une maladie ? Il ne s'agit pas ici d'un simple changement de religion, il s'agit d'une migration d'une église dite morte vers une église dite vivante. Dans cette seconde église, les adhérents semblent maîtriser la sainte doctrine ainsi que les principes devant conduire aux solutions miraculeuses, c'est-à-dire la foi, l'amour, la prière... dans cette mouvance, celui qui serait véritablement ancré dans la doctrine, qui croirait à la sainte doctrine ainsi qu'à son pasteur, peut facilement voir une prière être exaucée. C'est ce que le père HEBGA a appelé efficacité symbolique, ce qui signifie que le fait de croire à quelque'un peut faire en sorte que ce qu'il a dit concernant votre vie se réalise, ait son accomplissement.

Mr X nous fait comprendre qu'il est « ...*allé dans une église qui l'aide quand même...* ». Cela nous amène à nous demander qu'il s'agit de quel type d'aide ? serait ce financière, matérielle alimentaire ou spirituelle ? Dans les églises nouvelles dites de réveil ou pentecôtistes, tous ces types d'aide sont une condition sine qua non à la bénédiction. Le fidèle qui espère obtenir une réponse positive à ses requêtes doit aussi pouvoir être sensible aux difficultés d'autrui, à la souffrance de ses frères. Ainsi, dans ce milieu pentecôtiste, Mr X semble se sentir à l'aise car il est considéré comme faisant partie de sa famille chrétienne. Ce qu'il n'a pas pu obtenir de sa mère, de son père ainsi que ses frères biologiques il les obtient de sa famille chrétienne. Ces aides lui donne le sourire, renforce son estime de soi qui a été

dégradé par la maladie et les abandons. Comme dans le langage psychanalytique, nous pouvons dire que le sujet est dans une sorte de transfert dans la mesure où il vit dans ce milieu ce qu'il aurait voulu vivre dans son milieu familial. Il pense que l'aide spirituelle de sa famille chrétienne c'est-à-dire la prière aurait permis aux médecins de voir ce qui lui dérangeait dans sa tête : « *que je ne pense pas que les docteurs d'ici pouvaient vite voir le truc qui était dans ma tête.* ». Selon lui, ce qui aurait poussé les docteurs à vite voir c'est le fait qu'il ait changé d'église, qu'il soit dans une église de réveil, une église vivante, mais aussi la prière de son pasteur et de ses frères et sœurs dans la foi. Ce qui renvoie selon la théorie d'efficacité symbolique à la croyance aux proches et au leader. Ce qui est suffisant pour déclencher une solution miracle.

D'autre part, Mr X déclare avoir souffert de cette maladie pendant longtemps sans toutefois savoir de quoi il était question. Il le dit en ces termes « *... La maladie m'a secoué pendant un bon bout de temps et a poussé mes proches à dire du n'importe quoi. Certains pensaient même que j'avais le Sida, pour d'autres, je devais mourir. Je leur ai répondu : « ça arrive ». Il y a de cela dix jours, j'étais chez mon grand frère où on m'a demandé de souvent passer la journée, mais mes nuits, je la passais plutôt chez ma grande sœur. Un jour chez ma grande sœur quand j'étais couché, j'ai vu comment quelqu'un venait m'étrangler au moment où je chauffais déjà. Il m'a étranglé au point où je ne parvenais pas à parler. Je me suis battu pour parler au point de crier « laissez-moi, c'est comment ». C'est ainsi que ma grande sœur est sortie. A cet instant même, elle est allée appeler mon grand frère, ils m'ont alors porté étant dans le coma pour m'amener aux urgences. C'est des urgences qu'on m'a envoyé ici jusqu'aujourd'hui. Je suis seul ici à l'hôpital parfois pour aller aux toilettes, je tombe, mais aujourd'hui je me sens déjà bien portant parce qu'ils ont eu à trouver cette maladie qui me dérange dans la tête. Tout ce que je veux maintenant c'est rentrer chez moi retrouver mes enfants car ils me manquent beaucoup. Ça me fait pitié que je ne vois personne de ma famille depuis que je suis ici, même personne pour m'envoyer ne se reste que la nourriture* ». Cet abandon familial et environnemental a amené les proches à prophétiser même sa mort parce qu'on lui attribuait une maladie dont il n'était pas porteur.

Cette situation a entraîné une situation de dépendance dans la mesure où il passait sa journée chez son grand frère et la nuit chez la grande sœur. Chez sa grande sœur, il aurait fait face à une persécution à thème mystique. Il veut nous faire comprendre ici qu'il y a une personne qui en veut à sa vie et qui voulait le fait périr. Nous avons ainsi l'impression que le commentaire des proches semble avoir un impact négatif sur ses pensées. Le fait qu'ils aient

pensé qu'il devait mourir au point de lui faire savoir a laissé des influences négatives dans sa cognition.

Pour le cas Y, « *je suis une personne qui aime tout faire à l'excès. Je n'aime pas l'hôpital. Mais je suis contraint d'y aller de temps en temps pour mon rendez-vous, mais sans ça je pouvais jamais aller la bas car c'est vraiment un lieu que je n'aime pas. Mais j'aime beaucoup l'école et le sport. Et maintenant que je suis à la maison, je suis les informations, la musique, je vois aussi les films et plus précisément les films qui parlent. Ceci dans l'optique de savoir par exemple si quelqu'un est méchant, de comprendre pourquoi il est méchant. Je me pose beaucoup de questions, je peux rester sans rien faire mais je me pose beaucoup de questions. Je cherche à savoir pourquoi telle ou telle personne a décidé de faire quelque chose... je me demande si telle personne a souffert pour devenir méchant ou bien ça vient du manque d'informations. Pour moi rien n'arrive au hasard, il y a une cause pour tout, donc il faut chercher la cause... je ne suis jamais tranquille* ».

Du point de vue psychologique, nous pouvons dire que vouloir tout faire à l'excès est signe de déséquilibre psychique. Ceci dans la mesure où, selon la courbe de Gauss, celui-ci serait au-delà du normal, c'est-à-dire pathologique. Ici, Mr Y est en train de nous faire voyager dans une sorte de vide idéelle. Il cherche à construire des belles phrases, à donner des bonnes idées qui n'ont aucune profondeur quant à ce qui concerne la question qui lui ai posée. Soit il tente d'éviter la question et de profiter de l'opportunité qui lui ai donné pour exprimer sa souffrance, soit il évite de parler véritablement de lui-même ainsi que de sa maladie. Il serait alors en train d'éviter de se faire mal, en parlant ainsi des choses qui lui semblent plus agréables à entendre tout comme à autrui. Mr Y serait un sujet dominé par l'instance du moi, car son discours est dominé par des occurrences de « moi » et de « je ». C'est un sujet centré sur sa personne, sur ce qu'il pense, sur ce qu'il fait, sur ce qu'il aime faire. Il se comporte dans ses interventions comme s'il n'était pas encore sorti du narcissisme primaire, qui consiste pour le sujet à s'aimer lui-même avant d'aimer les autres.

Lorsqu'il dit « *je ne suis jamais tranquille* », cela reconforte l'idée selon laquelle Mr Y ne serait pas en lui-même. Il est psychologiquement perturbé par cette maladie qui est venue écourter ses études universitaires. Il aurait voulu être en train de terminer son Master 2 comme ses camarades, mais actuellement il est coincé à la maison pour suivre les informations, la musique, pour voir les films, pour honorer ses rendez-vous à l'hôpital. Ce qui n'a rien à voir avec ses objectifs premiers qui étaient de terminer ses études et d'avoir son

emploi. Ce manque de tranquillité pourrait signifier l'angoisse de Mr Y face à deux situations : celle causée par la maladie elle-même et celle causée par l'abandon de l'école et dont de son avenir professionnel. Parlant de l'angoisse causée par la maladie, Mr Y nous a posé une question surprenante à la fin de l'entretien : « *Dr, est ce que je vais guérir un jour ?* » cette question trahit une souffrance interne due à la maladie épileptique, à la chronicité de celle-ci ainsi qu'à la régularité des crises, qui viennent sans prévenir et qui peut l'attaquer partout même dans les lieux les plus dangereux comme en route, à côté du feu, d puit, de la rivière... A côté de cela, s'ajoute le regard d'autrui qui les chosifie, la discrimination ainsi que la stigmatisation. C'est ce qui se justifie par son accompagnement par une personne de confiance qui n'est rien d'autre que sa petite amie. Du point de vue psychopathologique, cette petite amie est appelé objet contraphobique, qui constitue pour le sujet angoissé, une personne de confiance sur qui il peut s'appuyer.

L'angoisse causée par l'abandon de l'école s'explique par les inquiétudes sans cesse sur son école : « *quand est ce que je pourrai reprendre mes études ?* ». En le regardant en face, on s'est rendu compte qu'il a les yeux pleins de tristesse par rapport à sa vie actuelle ainsi que celle à venir.

Quant au troisième sujet qui n'est rien d'autre que Mme Z « *après avoir hésité et piaffer, elle dit : j'ai accepté ma maladie. Une chose est certaine, j'ai la peur en moi. J'ai peur. Déjà je n'ai pas de famille. Je me demande que si un jour je dois partir, je dois laisser ma fille et ma petite fille à qui ?...* »

Son hésitation serait due au fait qu'elle nous a vu une seule fois, au moment de l'entretien. Elle manifesterait la peur de s'ouvrir à un étranger surtout sur un sujet crucial qu'est celui de sa santé. Elle dit avoir accepté sa maladie, elle sait qu'elle a une maladie chronique dont les crises ne préviennent pas quand elles viennent, mais ce qui la préoccupe le plus c'est l'avenir de sa fille unique ainsi que sa petite fille au cas où la mort l'emporte l'un de ces jours en pleine crise. Etant donné que sa famille l'a abandonné à cause de sa maladie qui a occasionné l'arrêt de ses affaires, la seule famille qui lui reste est sa fille et sa petite fille. Elle n'aimerait pas mourir sans se rassurer de ce qu'elle deviendra après elle. Elle serait une femme porter vers l'avenir, peu importe les difficultés actuelles, elle est attachée à la famille.

Même comme celle-ci l'a abandonné, elle souhaite laisser quelque chose sur la terre. Elle se comporte ainsi comme une personne normale qui, arrivée en fin de vie, est en train de

se poser les questions sur le devenir de sa progéniture. Elle a réellement accepté sa maladie y compris les conséquences de celle-ci.

En ce qui concerne la deuxième question : *« pouvez-vous m'expliquer de quoi vous souffrez ? »*, Mr X a répondu ainsi : *« oui, j'avais fait l'accident avec le taxi et j'ai négligé. Au lieu d'aller à l'hôpital, mon grand frère militaire m'a amené à l'hôpital des sapeurs. Le colonel médecin, au lieu de me faire le scanner m'a plutôt salué et me serrer la main des deux côtés. Un coté donnait, mais l'autre ne donnait pas. Il m'a alors prescrit les remèdes que j'ai pris pendant trois mois. Aujourd'hui, on vient de trouver ce qui me dérange, on ne savait même pas que je pouvais même bouger la tête car mon corps était bloqué partout »*.

Mr X donne ainsi une cause accidentaire à sa maladie. Il dit avoir cogné une autre voiture en plein circulation et en pleine vitesse. Ceci date de 2013 : *« C'est maintenant que ça vient se répercuter. A chaque moment, ça me donnait des séquelles : les tremblotes, je faisais aussi comme si j'avais perdu la tête. J'ai commencé à prendre la prise. Maman m'a interdit de ne plus la prendre »* La conséquence sur le plan physique est le traumatisme crânien qu'il a connu après avoir frappé sa tête sur le pare-brise. Nous nous rendons ainsi compte que pour Mr X, c'est cet accident qui est la cause de sa maladie, car il dit que c'est cet accident qu'il subit en 2013 qui se répercute sur lui aujourd'hui au point de lui faire faire des crises épileptiques qui se manifestent par : les tremblotes, les hallucinations... Ce traumatisme crânien aurait seulement aggravé la situation sanitaire de Mr X, car celui-ci souffrirait déjà convulsions à caractère épileptiques depuis son enfance. Ça serait la raison qui aurait poussé sa maman à ne pas l'envoyer à l'école comme ses autres frères et sœurs. Mr X disait plus haut qu'il n'y a que sa mère qui connaît vraiment sa vie plus que quiconque. L'accident de taxi aurait accéléré le rythme de crises épileptiques, partant du simple au double. Il pense que c'est la négligence de son accident qui justifierait la situation dans laquelle il se trouve aujourd'hui. Dans cette négligence, il accuse son grand frère militaire de l'avoir occasionné ou facilité, car selon lui, en tant que médecin militaire, il devait normalement savoir comment se tenir face à ce genre de situation. Notons ici qu'il accuse sans toutefois le faire porter la responsabilité, ceci en ce sens que chacun est responsable de sa santé. Il pense qu'il avait son mot à dire, mais il n'a rien dit. Nous pouvons ainsi dire que la maladie de Mr X a créé une certaine dépendance, dépendance qui l'a empêché de prendre des initiatives pour la vie au moment opportun.

A côté de cet accident, nous pouvons constater que Mr X avait déjà des comportements pathogènes qui pouvaient également jouer comme des facteurs déclencheurs des crises : *« le tabac traditionnel que les mamans aspirent, quand je prends ça, je suis un peu soulagé. Je fumais aussi la cigarette de manière exagérée au point où le manque pouvait être fatal pour ceux avec qui je vivais. J'étais aussi alcoolique, mais ça fait aujourd'hui huit mois que j'ai tout arrêté. Depuis que je suis entré dans les eaux du baptême, Dieu m'a montré la route en m'ordonnant : « ne fume plus, ne bois plus » »*. Nous pouvons ainsi dire que cette prise excessive des substances illicites est également un facteur qui a aggravé la situation sanitaire de Mr X en la faisant passer du simple au double, et c'est parce qu'il y a eu cette aggravation avec des crises répétées à longueur de journée que Mr X et sa famille ont emprunté le chemin de l'hôpital. Il dit avoir arrêté pas à cause de ses conséquences sur son organisme mais plutôt à cause du fait qu'il est entré dans les eaux du baptême, il a arrêté juste parce qu'il ne voulait plus offenser Dieu, cela implique que si ce n'était que son organisme, il continuerait toujours à l'offenser. La migration religieuse dont nous avons fait part plus haut a poussé Mr X à prendre conscience de l'existence de Dieu, des avantages et des inconvénients de ses actes qui pourraient lui faire aller en enfer ou au ciel. Il aurait agi alors comme le pense Kohlberg par peur de la punition. Cela signifie qu'il est encore au niveau un des stades du développement moral de Kohlberg, c'est-à-dire le niveau des stades préconventionnels. Ce niveau se caractérise par l'égoïsme, c'est-à-dire que le sujet ne se soucie que de ses intérêts propres. Ici, les règles lui sont extérieures et il ne les perçoit qu'au travers des punitions et des récompenses.

Quant à ce qui est du cas Y, il a donné comme réponse : *« je pense et c'est ce que je sais d'ailleurs que c'est l'épilepsie... »*.

Mr Y est sûr et certain de son diagnostic. Pour lui, la maladie qui le perturbe n'est rien d'autre que l'épilepsie. Cela voudrait dire que Mr Y a identifié et accepté sa souffrance. Il ne le renie pas. Cette identification et cette acceptation pourrait être un point de départ très important pour la suite de la prise en charge médicale et psychosociale. Ceci pourrait également dire qu'il connaît son mal et en a marre d'en découdre avec cette maladie qui le perturbe, le handicap dans ses mouvements et actions, et par conséquent pourrait compromettre son avenir.

Pour ce qui est de Mme Z, *« Le Dr m'a demandé de ne plus marcher seul jusqu'à nouvelle ordre, parce que ma maladie peut m'attraper n'importe où, il faudra donc qu'une*

personne soit là pour m'aider. Quand je lui ai posé la question de savoir de quoi il était question, il m'a dit que j'ai l'épilepsie en moi et que je dois suivre scrupuleusement les instructions médicales ». Nous comprenons ainsi avec ce cas qu'avec chaque patient, l'approche est différente. Avec Mme Z, l'instruction lui a été donnée pour pouvoir bien gérer sa maladie et vivre avec. Dans les théories subjectives de la maladie, il est dit que le patient vient voir le médecin déjà avec une idée de sa maladie, et si le diagnostic du médecin ne cadre pas avec ce qu'il pense, il ne pourra pas suivre ses instructions. En ce qui concerne Mme Z, le diagnostic du médecin semble cadrer avec l'idée qu'elle avait elle-même de sa souffrance puisqu'elle a accepté le diagnostic qui lui a été faite et est en train de tout faire pour respecter les recommandations de son médecin.

Quant à ce qui concerne la dernière question de cette série qui a été posée en ces termes : *« avez-vous une idée de la cause de votre problème de santé ? Comment se manifeste-t-elle ? »*, Mr X nous a donné la réponse suivante : *« c'est la négligence que j'ai fait après l'accident. Si je partais chercher l'argent moi-même pour aller faire le scanner, je ne devais pas être là aujourd'hui, je ne serai même pas ici... »* Mr X nous fait ainsi comprendre que la cause de sa maladie est personnelle, car il pense que c'est sa négligence qui aurait tout occasionné. Ce qui peut signifier que l'abandon par le père et sa négligence par la mère l'aurait aussi poussé à être négligent au point de négliger sa propre santé.

Pour ce qui est de Mr Y, *« Vous voyez par exemple que je suis quelqu'un de très intelligent. Cela peut créer des jaloux, ça a même créé des jaloux. On n'aime pas souvent dire, on n'aime pas reconnaître que ce sont les gens du village, mais c'est vrai. Car comme je vous disais, j'aime beaucoup me poser des questions, je peux mettre le nez là où il ne fallait pas mettre. Les gens n'aiment pas voir ça. Vous avez constaté qu'il n'y a pas beaucoup de gens comme nous, comme j'aime les trucs difficiles, ça ne plait pas aux gens. Quand j'arrive au quartier, les enfants fuient parce que je ne suis pas tolérant, j'aime défendre les plus faibles. Les gens sont beaucoup jaloux, ils n'aiment pas voir ça. Je sais que j'ai foulé mon nez là où il ne fallait pas. Vous savez qu'il y a beaucoup de sectes comme par exemple le franc maçon, la rose croix, vous savez que ce sont des trucs secrets, pour moi, ça ne doit pas être secret, je dois savoir. Un beau matin je me suis levé et je me suis rendu compte que j'étais paralysé par les crises d'épilepsie et je suis convaincu que ce sont les jaloux »*

Il pense ainsi que son mal a une cause extérieure, qu'une personne aurait agi négativement sur lui pour le punir du fait de son intelligence. Il croit qu'il y aurait une tierce

personne qui serait jaloux de lui, qui n'est pas content de son ouverture d'esprit, de sa capacité d'entraide. Dans cette logique, nous pouvons ainsi déduire que Mr Y se dit être persécuté par un sujet qui n'est pas content de sa vie. Du point de vue psychopathologique, on pourrait dire qu'il rationalise sa situation, en donnant des raisons logiques pour justifier sa souffrance, souffrance qui n'est pas tolérée par la famille et les proches qui le stigmatiseraient. On pourrait même parler du délire de persécution.

Parlant de Mme Z, elle attribue la cause de sa maladie à l'imprudence « *dans ma tête, c'est l'imprudence, je n'ai pas été prudent* ». En déclarant qu'elle n'a pas été prudente, Mme Z nous dit ici que la cause de sa maladie est personnelle, qu'elle n'a pas su se comporter comme cela se devait pour éviter la maladie. Selon cette réponse, nous avons l'impression qu'elle connaît comment elle a agi pour devenir un malade épileptique. C'est comme si elle l'aurait touché quelque chose d'interdit ou par entêtement elle a pris quelqu'un ou quelque chose piégé à l'insu du propriétaire et dont la punition est la maladie épileptique. Autrement, nous pouvons dire qu'elle a été imprudente et quelqu'un a profité de cela pour lui faire ce cadeau empoisonné.

5.3. LOCUS DE CONTROLE EXTERNE

Le locus de contrôle ou lieu de contrôle désigne la croyance selon laquelle les événements dépendent de soi (lieu de contrôle interne) ou de la fatalité (lieu de contrôle externe), (Rotter, op cite)

Il s'agit ici d'expliquer comment le sujet perçoit l'origine de son problème de santé comme provoqué par un événement ou un facteur extérieur, qui peut être entre autre : le mauvais sort, la fatalité ou une puissance extérieure.

Nous avons cependant posé la question suivante aux Monsieur X, Y et Mme Z : « *Pensez-vous que votre problème de santé résulterait d'un mauvais sort qu'on aurait lancé sur vous ?* ». Comme réponse, Monsieur X nous a fait savoir « *Non, je ne pense pas* ». Il semble ainsi insister sur le fait qu'il aurait une santé fragile depuis son tendre enfance. Elle s'est aggravée suite à la mort précoce de son Père et sa mise à l'écart du système scolaire par sa Maman. A côté de cela, il y a cet accident de circulation qu'il a subi en 2013 et qui a été à l'origine d'un choc et traumatisme physique et psychologique. Dans son discours, il dit être persécuté mystiquement, cependant nous pouvons expliquer cette persécution comme résultant des enseignements reçus dans son nouveau milieu de croyance, c'est-à-dire l'église

pentecôtiste dont il est membre depuis l'aggravation de son état de santé. Dans ces milieux, l'essentiel du discours des prédicateurs semble insister surtout quand on a un problème de maladie chronique ou aigue persistante, sur la mainmise des mauvais esprits, et derrière ces mauvais esprits, il y aurait un soit disant « Satan ». L'objectif de ces mauvais esprits serait alors de pousser le sujet à la mort. Ainsi, pour Mr X, pour ce qui est de sa maladie c'est-à-dire l'épilepsie, il ne voit en aucun cas une main extérieure, mais il parle des influences n'émanant pas de sa personne et qui ont contribué à ce qu'il soit un malade épileptique chronique aujourd'hui.

Concernant le cas Y, il nous a fait comprendre ceci : *« On n'aime pas souvent dire, on n'aime pas reconnaître que ce sont les gens du village, mais c'est vrai. Car comme je vous disais, j'aime beaucoup me poser des questions, je peux mettre le nez là où il ne fallait pas mettre. Les gens n'aiment pas voir ça. Vous avez constaté qu'il n'y a pas beaucoup de gens comme nous, comme j'aime les trucs difficiles, ça ne plait pas aux gens. Quand j'arrive au quartier, les enfants fuient parce que je ne suis pas tolérant, j'aime défendre les plus faibles. Les gens sont beaucoup jaloux, ils n'aiment pas voir ça. Je sais que j'ai foulé mon nez là où il ne fallait pas. Vous savez qu'il y a beaucoup de sectes comme par exemple le franc maçon, la rose croix, vous savez que ce sont des trucs secrets, pour moi, ça ne doit pas être secret, je dois savoir. Un beau matin je me suis levé et je me suis rendu compte que j'étais paralysé par les crises d'épilepsie et je suis convaincu que ce sont les jaloux. Moi je sais, je ne doute pas un seul instant qu'ils ont fait quelque chose sur moi, mais je dois arriver où je devais arriver, je vais continuer à aider. Je suis assez déterminé »*

Mr Y signe et persiste ici que sa maladie est due à un mauvais sort qu'on aurait lancé sur lui. Il reconnaît même ceux qui sont à l'origine, pour lui, ce sont les gens du village. On se pose ainsi la question de savoir : pourquoi pense-t-il que ce sont les gens du village alors qu'il vit à Yaoundé ? Nous pensons que c'est la conséquence de la connaissance populaire qui circule en ville et selon laquelle, les grands-mères et les grands-pères du village sont des sorciers avec des puissances mystiques extraordinaires, ils seraient donc capables d'agir négativement sur la vie des gens, même à distance. De plus c'est dans le milieu chrétien, surtout pentecôtiste que cette connaissance est répandue. La preuve est que certains pasteurs refuseraient à ses fidèles de se rendre dans leur village natal par peur qu'ils ne soient frappés par le mauvais sort.

Dans son auto appréciation, Mr Y fait de lui une personne extraordinaire. Il dit avoir des qualités très rares *« Vous avez constaté qu'il n'y a pas beaucoup de gens comme nous, comme j'aime les trucs difficiles, ça ne plait pas aux gens »*, il pense qu'il fait partie d'une

espèce qu'on ne trouve pas facilement sur cette planète. C'est certainement sans doute pour cette raison que les personnes jalouses ont décidé de l'éteindre, de stopper net ses ambitions par cette maladie handicapante.

Il dit qu'il milite pour les plus faibles, en même temps il dit avoir mis le nez là où il ne fallait pas, c'est-à-dire dans les sectes et les sociétés secrètes parce que rien ne doit être secret pour lui. Tout ceci pour dire que son mal vient d'une tierce personne qui n'est pas du tout content de ces agissements, de cette attitude à vouloir tout connaître et de tout démystifier. Il pense ainsi que cela lui a été fait pour casser sa détermination à atteindre le but qu'il s'était fixé. Cela semble ne pas être le cas, car nous avons observé et constaté que Mr Y n'a pas été abandonné à cause de sa maladie, il continu à faire l'objet d'attention de sa famille et de son entourage, ce qui est un atout que les autres malades chroniques n'ont pas souvent. Cela permet ainsi de garder le moral haut et de voir l'avenir toujours de manière positive malgré son état de santé. Nous nous rendons ainsi compte que la chaleur et le soutien familial ont un rôle incontournable pour le mental des patients épileptiques.

Parlant de Mme Z, « *peut-être, je ne sais pas trop, je ne peux pas vraiment savoir mais je sais que j'étais imprudente* ». Elle n'est pas certaine que son mal est causé par un mauvais sort, cependant, elle entrevoit toutefois une telle possibilité. Mais lorsqu'elle nous dit qu'elle n'a pas été prudente, cela semble indiquer inconsciemment qu'elle s'est négligée et que quelqu'un a profité pour lui donner cela.

Pour ce qui est de la question sur l'influence de la fatalité ou d'une puissance extérieure sur leur santé, Mr X et Y disent que celles-ci n'ont rien à voir avec leur problème de santé, c'est-à-dire leur épilepsie. Or pour ce qui est de Mme Z, aucune puissance extérieure semble être à l'origine de sa maladie, mais pour ce qui est de la fatalité, elle dit « *Ça peut être ça, même si c'est ça ou quoi, on est obligé de faire avec* ». Etant donné que Mme Z n'est pas sûre de l'influence du mauvais sort et d'une puissance extérieure, elle laisse entrevoir la possibilité de l'influence de la fatalité sur sa santé.

5.4. LE LOCUS DE CONTROLE INTERNE

Il s'agit ici d'expliquer comment le sujet perçoit l'origine de sa maladie comme dépendant des causes ou facteurs internes, comme la cause personnelle, la cause génétique, l'accident ou un choc traumatique.

Nous avons ainsi posé la question suivante aux Mr X, Y et Mme Z : « *Pourrait-on dire que votre problème de santé est juste lié à une cause personnelle ?* »

Mr X nous a répondu en ces termes : « *pas véritablement, car je n'ai pas voulu faire l'accident* ». *C'est arrivé comme ça*». Il veut nous faire comprendre par là qu'il n'associe pas l'accident à une volonté personnelle, car l'accident comme son nom l'indique est un accident, et ce qui marque son originalité est son imprévisibilité et son caractère surprenant. L'accident l'aurait ainsi surpris en pleine conduite de son taxi alors qu'il était en train de vouloir s'adapter face aux multiples difficultés qu'il a connu depuis son enfance.

Pour ce qui est de Mr Y, il nous fait comprendre que « *pour ma part, je sais que je n'ai rien fait à personne. Les gens étaient seulement jaloux de mon intelligence, ma manière de faire, quand je défendais les plus faibles, ça ne les plaisait pas* ». Il ne perçoit pas ainsi aucune cause personnelle quant à l'origine de sa maladie. Pour lui, les gens étaient seulement jaloux de ses potentialités et capacités individuelles hors de commun. Cela les a poussé à le mettre dans cette situation dont il ne connaît pas encore l'issue et dont il n'a pas perdu l'espoir de se retrouver en forme comme avant.

Mme Z quant à elle, débute sa réponse par une exclamation. Elle se demande : « *personnelle ! J'ai fait quoi ? Non.* » Elle n'établit pas ainsi une relation entre ses actes et les conséquences qui en découlent, à savoir l'épilepsie.

Quant à la question sur la cause génétique, qui était celle de savoir « *Peut-on penser que vous avez hérité votre problème de vos parents ?* », les trois sujets reconnaissent que dans leurs familles, soit chez leurs parents, leurs grands-parents ou chez leurs cousines et cousins, personne n'a jamais souffert de l'épilepsie. Ce qui voudrait dire que chez ces trois sujets, la causalité génétique est exclue.

Concernant la question de notre entretien qui portait sur l'accident et le choc traumatique, Mr X déclare : « *oui, Je vous ai dit tout à l'heure que j'ai fait un accident et j'ai négligé de faire des soins appropriés, c'est ce qui se répercute sur moi aujourd'hui par cette maladie.* »

Mr X établit pour sa part une relation entre son acte (accident) et les conséquences qui en découlent (l'épilepsie). Ce qui voudrait dire que l'accident ainsi que le traumatisme peut avoir une influence sur la survenue des maladies chroniques paralysantes telles que l'épilepsie.

Concernant le cas Y, il dit « *non, je n'ai pas fait d'accident depuis mon enfance. L'unique traumatisme que je connais depuis c'est celui que cette maladie a causé* ». Il dit ne pas connaître d'accident ni de traumatisme depuis son enfance, et que l'unique traumatisme

dont il fait face aujourd'hui serait certainement celle que la souffrance actuelle est entrain de lui infligé.

Quant à Mme Z, elle dit juste « *ce n'est pas ça. J'ai juste été imprudente dans ma conduite* ». Elle nous fait comprendre ainsi qu'elle ne parvient pas à établir une relation entre sa maladie, c'est-à-dire l'épilepsie et la causalité par accident ou par traumatisme.

CHAPITRE 6: INTERPRETATION DES RESULTATS

Dans ce dernier chapitre de notre étude, il est question pour nous d'interpréter et de discuter les résultats au regard des éléments théoriques, notamment ceux renvoyant au locus de contrôle (LOC). Puis nous dégagerons quelques perspectives. Pour ce faire, il nous est indispensable de faire la synthèse des théories, de rappeler les théories et de tirer enfin des conclusions au regard des théories rappelées.

6.1. SYNTHÈSE DES DONNÉES

6.1.1. DONNÉES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Les sujets de notre étude sont respectivement Mr X, 40 ans, Mr Y, 29 ans et Mme Z 48 ans. Ces cas peuvent être classés dans la catégorie des jeunes dans la mesure où cette tranche d'âge allant de 25 à 50 ans est généralement appelée la fleur de l'âge. Elle se caractérise par sa beauté, sa vivacité, sa brillance, etc.

En effet, comme nous l'avons dit plus haut, l'âge semble être une variable démographique intervenant sur le locus de contrôle. Lavenson (1981) note que le lieu de contrôle externe est davantage présent chez les jeunes, tandis que chez les personnes âgées, on remarque plutôt un lieu de contrôle interne. Si on s'en tient à cette vision de Lavenson, on s'attendrait que les résultats issues de notre enquête sur les cas X, Y et Z tendent vers la confirmation de l'hypothèse de recherche selon laquelle, le locus de contrôle externe influence négativement sur le vécu de l'épilepsie chez les patients épileptiques nouvellement diagnostiqués.

Nous disions plus haut en ce qui concerne la religion que les cas X, Y et Z nous ont fait savoir qu'ils sont devenus pentecôtistes à partir du moment où ils sont devenus malades, alors qu'ils étaient catholiques avant la maladie. Nous avons ainsi dit que le désespoir qu'entraîne la maladie épileptique, le manque de guérison spontanée que ce soit par les guérisseurs traditionnels, que ce soit les spécialistes de la médecine formelle pousse les patients épileptiques à la recherche des solutions miracles dans des églises pentecôtistes. Cependant, Strickland (op cite) pense que l'individu ayant un lieu de contrôle interne est plus susceptible de prendre ses responsabilités afin d'améliorer son état de santé. Nous pouvons ainsi dire que les cas X, Y et Z seraient en train de contrôler leur maladie, car ils pensent que leur sort dépend surtout d'eux même et non d'une personne ou d'une puissance extérieure. Ils

savent que leur avenir dépend de leur capacité à agir ou non, car comme le pense Rotter (op cite), les personnes disposant d'un contrôle interne sont plus enclins à considérer la situation comme contrôlable. Ainsi, nous pouvons dire que les cas X, Y et Z considèrent leur situation de santé comme contrôlable, c'est ce qui justifie leurs mouvements de migration religieuse à la recherche des solutions miraculeuses à leur maladie.

Pour ce qui est de l'activité, nous avons dit que les cas X, Y et Z étaient respectivement taximan, étudiant et femme d'affaires. Au jour d'aujourd'hui, ils ont tous abandonnés leurs activités afin de pouvoir se consacrer à leur état de santé. Ces abandons peuvent être considérés une fois de plus comme stratégies permettant de contrôler leur maladie, ceci pour mieux obéir aux exigences suivantes liées à leur état de santé : dormir assez, éviter le stress, éviter de se retrouver seul auprès des espaces et lieux dangereux. A côté de ces abandons d'activités, nous pouvons également citer la peur de se retrouver dans les espaces publics, plus connue sous le nom de phobie sociale. Ceci peut être justifié par la stigmatisation, la discrimination ainsi que la peur que suscitent les épileptiques en pleine crise. Ils auraient ainsi peur de faire une crise en public, et qui pourraient accentuer leur rejet, leur exclusion. Ce comportement, une fois de plus entre dans la catégorie du locus de contrôle interne car le sujet ici essaie au tant que faire se peut à contrôler sa maladie.

6.1.2. QUESTIONS DE MISE EN CONDITION

A la question posée aux cas X, Y et Z consistant à nous parler d'eux même et de leur santé, chaque sujet a répondu à sa convenance. L'analyse que nous avons faite de ces réponses nous a permis de nous rendre compte que pour le cas X, sa situation sanitaire actuelle, c'est-à-dire l'épilepsie est causée par deux facteurs : la mort de son père suivi de son retrait de l'école d'une part. Ces événements ont été à l'origine d'un traumatisme psychologique que Mr X a vécu depuis son tendre enfance et qu'il n'a jamais réussi à l'évacuer, à le liquidé. Ce traumatisme psychologique resté latent dans le psychisme de Mr X s'est plus tard associé au traumatisme physique causé par l'accident de circulation qu'il a connu en 2013. Ces deux traumatismes représentent ainsi les principaux facteurs de causalité des crises épileptiques chroniques dont souffre Mr X aujourd'hui.

Dès lors, selon la théorie du locus de contrôle de Rotter (op cite), lorsque le sujet perçoit une relation de causalité entre son acte, les faits qui lui arrivent et les conséquences qui en découlent, on parle de lieu de contrôle interne. Et lorsque le sujet attribue la cause de ce qui lui arrive à un facteur hors de lui, on parle de lieu de contrôle externe. Or, la cause

perçue et présentée ici par le sujet est à la fois externe et interne. La théorie de Rotter doit donc être réviser, notamment en ajoutant cette troisième modalité du locus de contrôle que nous avons appelé locus de contrôle mixte, selon laquelle le sujet peut en même temps attribuer une causalité interne et externe à un même phénomène ou comportement.

Quant au cas Y, il nous a fait savoir : « *je ne suis jamais tranquille* », et nous avons dit que cela réconfortait alors l'idée selon laquelle Mr Y ne serait pas en lui-même. Il est psychologiquement perturbé par cette maladie qui est venue écourter ses études universitaires. Il aurait voulu être en train de terminer son Master 2 comme ses camarades, mais actuellement il est coincé à la maison pour suivre les informations, la musique, pour voir les films, pour honorer ses rendez-vous à l'hôpital. Cela implique que Mr Y de son côté tente de contrôler sa maladie en évitant d'aller à l'école, au sport ou de s'exposer au public.

Répondant à la même question, Mme Z dit qu'elle a accepté sa maladie. Elle ajoute qu'elle a peur maintenant pour sa fille et sa petite fille, car elle ne sait pas comment elles vont faire si elle arrivait à mourir. Selon la théorie du LOC, elle serait un sujet de LOC interne dans la mesure où elle a accepté sa maladie.

Quant à la deuxième question posée qui était celle de nous expliquer l'objet de leur problème de santé, en d'autres termes, de quoi ils souffraient, les trois sujets ont donné des réponses desquelles découlent des analyses suivantes.

Pour Mr X, il souffre de crises épileptiques et sa maladie serait causée par un accident. Il dit lui-même avoir cogné un arbre avec son taxi. Cet accident lui a causé des traumatismes physiques qui se sont associés au traumatisme psychologique pour donner ce qu'il vit aujourd'hui, c'est-à-dire l'épilepsie. Dans son discours, il est facile de l'entendre parler de la persécution mystique familiale, mais il n'a jamais assimilé cela à la cause de sa maladie. Il reste persuadé qu'il a fait un accident de circulation en 2013 et il a négligé, en s'abstenant lui-même d'aller voir un neurologue pour qu'il essaie de l'examiner. A côté de cet accident, Mr X reconnaît qu'il fumait de manière exagérée le tabac traditionnel, la cigarette et qu'il était un alcoolique chronique avant sa conversion et son baptême. Toutes ces substances, consommées de manière exagérée telle qu'il le dit serait également un facteur très important à la survenue de l'épilepsie. Nous pouvons ainsi nous rendre compte que Mr X croit fermement que les résultats obtenus, c'est-à-dire l'épilepsie et ses conséquences sont la conséquence de ses actes. Il croit que son sort dépend de lui-même et qu'il est à mesure de pouvoir influencer le courant de sa vie. Rotter dit de cette catégorie de personnes qu'ils ont un locus de contrôle interne.

Mr Y quant à lui croit que la maladie qui le perturbe n'est rien d'autre que l'épilepsie. Cela voudrait dire que Mr Y a identifié et accepté sa souffrance. Il ne le renie pas. Cette reconnaissance pourrait être le point de départ pour une bonne prise en charge. Cela implique un locus de contrôle interne, dans la mesure où l'identification de la maladie pourra pousser le sujet à mettre sur pied les stratégies de contrôle devant lui permettre de surveiller sa maladie et de vivre avec.

Concernant Mme Z, l'instruction lui a été donnée pour pouvoir bien gérer sa maladie et vivre avec. Cela renvoie dans le cadre de la théorie du locus de contrôle au locus de contrôle interne, car le sujet en ce sens serait en train de tout mettre en œuvre pour pouvoir contrôler sa maladie.

Parlant de la troisième et dernière de cette série de trois questions qui consistait à donner une idée sur la cause de leur problème de santé, l'analyse des réponses de ces trois cas a donné ce qui suit : Mr X nous a fait comprendre que la cause de sa maladie est personnelle, car il pense que c'est sa négligence qui aurait tout occasionné. Ce qui peut signifier que l'abandon par le père et sa négligence par la mère l'aurait aussi poussé à être négligent au point de négliger sa propre santé. C'est ainsi ce que dit la théorie du locus de contrôle défendue par Rotter notamment en ce qui concerne le locus de contrôle interne. Dans le locus de contrôle interne, les individus ont tendance à attribuer des causes internes aux événements qui surviennent dans leur vie. Dès lors, ils croiront à un lien de causalité fort entre leurs actions et le résultat produit (Rotter, op cite). C'est le cas de Mr X, qui ici attribue une cause interne à sa maladie en croyant à un lien de causalité fort entre son action et le résultat qui en découle.

Mr Y quant à lui pense ainsi que son mal a une cause extérieure, qu'une personne aurait agi négativement sur lui pour le punir du fait de son intelligence. Il croit qu'il y aurait une tierce personne qui serait jaloux de lui, qui n'est pas content de son intelligence, de son ouverture d'esprit, de sa capacité d'entraide. Dans cette logique, nous pouvons ainsi déduire que Mr Y se dit être persécuté par un sujet qui n'est pas content de sa vie. Mr Y estime dès lors que son sort dépend des facteurs extérieurs. Il attribue ainsi une causalité externe à la maladie épileptique.

Il est à noter que dans certains cas de locus de contrôle externe, l'on note que les sujets dits externes sont le plus souvent confiants lorsqu'ils sont confrontés à de problèmes graves, car ils acceptent l'événement, la situation qu'ils subissent. C'est le cas de Mr Y qui malgré ses

angoisses ainsi que les souffrances imposées par la maladie épileptique essaie d'être confiant par rapport à l'avenir. Il l'exprimait en ces termes : «... *mais je dois arriver où je devais arriver, je vais continuer à aider. Je suis assez déterminé...* »

Parlant de Mme Z, elle nous dit ici que la cause de sa maladie est personnelle, ceci dans la mesure où elle dit que c'est son imprudence qui serait à l'origine et qu'elle n'a pas su se comporter comme cela se devait pour éviter la maladie. Selon cette réponse, nous avons l'impression qu'elle connaît comment elle a agi pour devenir un malade épileptique. C'est comme si elle l'aurait touché quelque chose d'interdit ou par entêtement elle a pris quelqu'un ou quelque chose piégé à l'insu du propriétaire et dont la punition est la maladie épileptique.

Comme pour le cas X, Mme Z attribue une cause personnelle c'est-à-dire interne à sa maladie. Cela implique qu'elle a un locus de contrôle dit interne. Ainsi, elle croit fortement à un lien de causalité fort entre son action et le résultat produit qui est l'épilepsie.

6.1.3. LOCUS DE CONTROLE EXTERNE

Concernant cette question de locus de contrôle externe, nous avons posé les questions suivantes aux trois cas : « *Pensez-vous que votre problème de santé résulterait d'un mauvais sort qu'on aurait lancé sur vous ?* ». Face à cette question, Mr X nous a fait comprendre que ce n'était pas le cas. Il dit que personne n'a agi sur lui de manière directe ou indirecte pour qu'il se retrouve dans cet état. Il semble ainsi insister sur le fait qu'il aurait une santé fragile depuis son tendre enfance. Elle s'est aggravée suite à la mort précoce de son Père et sa mise à l'écart du système scolaire par sa Maman. A côté de cela, il y a cet accident de circulation qu'il a subi en 2013 et qui a été à l'origine d'un choc et traumatisme physique et psychologique. Dès lors, nous ne pouvons pas nous empêcher de dire que Mr X n'est pas influencé par le locus de contrôle externe car il ne croit pas que son sort dépend des facteurs externes. Par ailleurs il n'attribue aucune causalité externe à la maladie épileptique dont il est porteur.

Quant à Mr Y, il insiste sur le fait que sa maladie est due à un mauvais sort qu'on aurait lancé sur lui. Il reconnaît même ceux qui sont à l'origine, pour lui, ce sont les gens du village. On se pose ainsi la question de savoir : pourquoi pense-t-il que ce sont les gens du village alors qu'il vit à Yaoundé ? Nous pensons que c'est la conséquence de la connaissance populaire qui circule en ville et selon laquelle, les grands-mères et les grands-pères du village sont des sorciers avec des puissances mystiques extraordinaires, ils seraient donc capables

d'agir négativement sur la vie des gens, même à distance. De plus c'est dans le milieu chrétien, surtout pentecôtiste que cette connaissance est répandue. La preuve est que certains pasteurs refuseraient à leurs fidèles de se rendre dans leur village natal par peur qu'ils ne soient frappés par le mauvais sort.

Dans son auto appréciation, Mr Y fait de lui une personne extraordinaire. Il dit avoir des qualités très rares « *Vous avez constaté qu'il n y a pas beaucoup de gens comme nous, comme j'aime les trucs difficiles, ça ne plait pas aux gens* », il pense qu'il fait partie d'une espèce qu'on ne trouve pas facilement sur cette planète. C'est certainement sans doute pour cette raison que les personnes jalouses ont décidé de l'éteindre, de stopper net ses ambitions par cette maladie handicapante. Il dit qu'il milite pour les plus faibles, en même temps il dit avoir mis le nez là où il ne fallait pas, c'est-à-dire dans les sectes et les sociétés secrètes parce que rien ne doit être secret pour lui. Tout ceci pour dire que son mal vient d'une tierce personne qui n'est pas du tout content de ces agissements, de cette attitude à vouloir tout connaître et de tout démystifier. Il pense ainsi que cela lui a été fait pour casser sa détermination à atteindre le but qu'il s'était fixé.

A partir de cette analyse, nous pouvons dire que Mr Y est influencé majoritairement par le locus de contrôle externe, car il croit que son sort dépend avant tout des facteurs externes, et en plus, il attribue une causalité externe à cette maladie qui le secoue, c'est-à-dire l'épilepsie.

Concernant Mme Z, elle n'est pas certaine que son mal est causé par un mauvais sort, cependant, elle entrevoit toutefois une telle possibilité. Mais lorsqu'elle nous dit qu'elle n'a pas été prudente, cela semble indiquer inconsciemment qu'elle s'est négligée et que quelqu'un a profité pour lui donner cela. Cela implique qu'elle situe la causalité de son mal soit au locus de contrôle externe soit au locus de contrôle interne. Ce qui implique concrètement que dans la perception de la causalité de sa maladie, Mme Z pense qu'elle était imprudente (causalité interne) et quelqu'un aurait profité de cela pour lui lancé l'épilepsie (causalité externe).

Concernant la question portant sur l'influence de la fatalité ou d'une puissance extérieure sur leur santé, Mr X et Y disent que celles-ci n'ont rien à voir avec leur problème de santé, c'est-à-dire leur épilepsie. Or pour ce qui est de Mme Z, aucune puissance extérieure semble être à l'origine de sa maladie, mais pour ce qui est de la fatalité, elle dit « *Ça peut être ça, même si c'est ça ou quoi, on est obligé de faire avec* ». Etant donné que Mme Z n'est pas sûre de l'influence du mauvais sort et d'une puissance extérieure, elle laisse entrevoir la possibilité de l'influence de la fatalité sur sa santé. Ce qui nous amène à

confirmer l'existence du locus de contrôle externe chez Mme Z, dans la mesure où elle ne nie pas l'influence d'une causalité externe sur son problème de santé

6.1.4. LE LOCUS DE CONTROLE INTERNE

A la question de savoir si leur problème de santé était lié à une cause personnelle, Mr X nous a fait savoir que ce n'était pas véritablement le cas, car je n'ai pas voulu faire l'accident. *C'est arrivé comme ça*. Il veut nous faire comprendre par là qu'il n'associe pas l'accident à une volonté personnelle, car l'accident comme son nom l'indique est un accident, et ce qui marque son originalité est son imprévisibilité et son caractère surprenant. L'accident l'aurait ainsi surpris en pleine conduite de son taxi alors qu'il était en train de vouloir s'adapter face aux multiples difficultés qu'il a connu depuis son enfance. Ainsi, nous pouvons dire que la cause de son épilepsie est certes interne, mais n'est pas due à un facteur personnel.

Pour sa part, Mr Y nous fait comprendre qu'il n'a *rien fait à personne*. *Les gens étaient seulement jaloux de mon intelligence, ma manière de faire, quand je défendais les plus faibles, ça ne les plaisait pas*. Il ne perçoit pas ainsi aucune cause personnelle quant à l'origine de sa maladie. Pour lui, les gens étaient seulement jaloux de ses potentialités et capacités individuelles hors de commun. Cela les a poussé à le mettre dans cette situation dont il ne connaît pas encore l'issue et dont il n'a pas perdu l'espoir de se retrouver en forme comme avant. Il nous fait comprendre cependant qu'il ne perçoit pas sa maladie comme causée par un facteur interne, mais plutôt externe.

Mme Z quant à elle, débute sa réponse par une exclamation. Elle se demande : *« personnelle ! J'ai fait quoi ? Non. »* Elle n'établit pas ainsi une relation entre ses actes et les conséquences qui en découlent, à savoir l'épilepsie. Elle partage l'influence d'une causalité interne sur son état de santé actuel, mais elle n'y voit pas une cause personnelle.

Quant à la question sur la cause génétique, qui était celle de savoir *« Peut-on penser que vous avez hérité votre problème de vos parents ? »*, les trois sujets reconnaissent que dans leurs familles, soit chez leurs parents, leurs grands-parents ou chez leurs cousines et cousins, personne n'a jamais souffert de l'épilepsie. Ce qui voudrait dire que chez ces trois sujets, la causalité génétique est exclue.

Concernant la question de notre entretien qui portait sur l'accident et le choc traumatique, Mr X déclare : *« oui, Je vous ai dit tout à l'heure que j'ai fait un accident et j'ai négligé de faire des soins appropriés, c'est ce qui se répercute sur moi aujourd'hui par cette maladie. »*

Mr X établi pour sa part une relation entre son acte (accident) et les conséquences qui en découlent (l'épilepsie). Ce qui renvoie chez Rotter au locus de contrôle interne. Ce qui voudrait dire que l'accident ainsi que le traumatisme peut avoir une influence sur la survenue des maladies chroniques paralysantes telles que l'épilepsie.

Concernant le cas Y, il dit « *non, je n'ai pas fait d'accident depuis mon enfance. L'unique traumatisme que je connais depuis c'est celui que cette maladie a causé* ». Il dit ne pas connaître d'accident ni de traumatisme depuis son enfance, et que l'unique traumatisme dont il fait face aujourd'hui serait certainement celle que la souffrance actuelle est entrainé de lui infligé. L'accident et le traumatisme sont liés à des causes internes, or pour Mr Y il y a chez lui une forte influence de la causalité externe.

Quant à Mme Z, elle dit juste « *ce n'est pas ça. J'ai juste été imprudente dans ma conduite* ». Elle nous fait comprendre ainsi qu'elle ne parvient pas à établir une relation entre sa maladie, c'est-à-dire l'épilepsie et la causalité par accident ou par traumatisme. Ce qui veut dire qu'elle perçoit certes une influence personnelle dans la causalité de sa maladie, mais pas celle d'accident ou du traumatisme.

6.1.5. LE VECU DE L'EPILEPSIE CHEZ LES CAS X, Y ET Z

Le cas X ressent la solitude, il le dit lui-même en ces termes « *je suis seul à l'hôpital... mes enfants me manquent* ». Sa maladie a ainsi créé un désert humain autour de lui, ceci dans la mesure où sa famille qui est censé le soutenir dans ces moments difficiles l'a complètement abandonné à son propre sort à l'hôpital. Il ajoute « *qu'il n'y a personne pour m'envoyer la nourriture* » il a poursuivi en disant que sa santé va déjà. Qu'il est déjà à l'aise. Ce qui l'importe maintenant, c'est de voir ses enfants parce que dès qu'il les verra, il serait à l'aise. Je vais attendre même si on ne vient pas me chercher. Cet abandon et cette solitude ne peuvent contribuer qu'à aggraver son état de santé, même quand il dit que ça va un peu, c'est juste pour nous faire comprendre qu'on aurait réussi à stabiliser ses crises, mais sur le plan psychologique rien ne va véritablement, situation accentuée par la solitude car abandonné par les proches qui devaient être les premiers à le soutenir dans cet état. A côté de tout cela, nous ressentons dans le discours de Mr X une certaine incertitude quant à son futur. Il dit : « *Je ne sais pas si Dieu va changer ma vie si un jour, c'est lui seul qui sait, j'ai confiance à ce Monsieur* ». A côté de cela, on ressent également un certain regret dans son discours : « *si je partais chercher l'argent moi-même pour aller faire le scanner, je ne serai pas dans cet état, je ne serai même pas ici* ».

Dans le vécu du cas Y : il nous fait comprendre que c'est très difficile de ne pas aller à l'école, mais on n'a pas le choix, quand tu es cloué, tu es cloué. Quand tu es enfermé tu es enfermé. Je crois que ça va s'améliorer car je fais déjà certaines choses seules comme repasser mes habits par exemple. Par ailleurs, il y a chez lui une certaine incertitude : « ma maladie c'est pour longtemps, je me demande à quand le Master ? ». Tout ceci est néanmoins suivi par une certaine détermination de sa part, car il déclare : « *je dois arriver où je devais arriver, je suis assez déterminé* ». Cette détermination marque une différence quant à son mental, ce qui va ainsi l'inciter à sortir de lui-même et d'essayer d'oublier la maladie et de se déployer à nouveau dans son environnement comme si tout allait très bien.

Mme Z pour sa part affirme : « j'ai peur en moi », elle a ainsi peur de tomber par exemple au mauvais endroit à un mauvais moment. En plus, elle se dit attristé surtout à cause du fait que sa famille ainsi que son entourage l'a abandonné. Et comme je vous ai dit plus haut, la vie n'a plus d'importance pour moi. Ma fille et ma petite fille... je ne sais pas, je ne sais pas. Elle veut ainsi nous faire comprendre que pour sa part, la vie n'a plus d'importance, et que si elle est là encore, c'est pour sa fille et sa petite fille qu'elle aime tellement.

6.2. RAPPEL DES THEORIES

Les théories qui nous ont servi dans cette étude comme grille de lecture sont les théories de l'attribution causale et la théorie du locus de contrôle. En effet, la théorie de l'attribution causale est introduite par Heider (op cite) et désigne le processus par lequel les gens donnent un sens aux événements quotidiens en situant l'origine ou la cause. Le lieu de contrôle est une caractéristique personnelle façonnée par le degré de perception qu'a la personne de la relation de causalité entre ses comportements et les résultats attendus.

6.3. CONCLUSIONS ISSUES DES THEORIES

L'épilepsie fait partie des pathologies chroniques comme le cancer, le diabète, l'hypertension artérielle (HTA) mais malgré, son caractère chronique, elle est préventive et gérable dans la majorité des cas. L'évocation de l'épilepsie est chargée d'émotions négatives qui renvoient à des images de peur, désespoir, chagrin et soulignent généralement chez le malade le caractère incurable de la maladie et son issue fatale.

Face à cette situation, nous avons pensé louable de comprendre l'influence du locus de contrôle sur le vécu de l'épilepsie chez les patients nouvellement diagnostiqués. Les résultats montrent que, face à la maladie épileptique, les patients essaient eux-mêmes de mettre sur pied des stratégies et des mécanismes devant les aidé à gérer leur maladie (le retrait de ses

activités, le changement de religion, l'engagement dans les groupes de prière... Ceci permet d'avoir un mental haut et d'aborder la vie avec confiance et assurance). On dira qu'ils sont influencés par le locus de contrôle interne dans la mesure où ils essaient d'avoir un contrôle sur leur état de santé. De plus, la maladie a amené les cas X, Y et Z à changer leur religion, à abandonner leurs activités afin de se consacrer à leur santé, cela pouvant être considéré une fois de plus comme des stratégies permettant pour eux de pouvoir contrôler la maladie. Par ailleurs, le cas X perçoit une relation de causalité entre son acte, les faits qui lui arrivent et les conséquences qui en découlent, c'est ce qui correspond chez Rotter au locus de contrôle interne. Dans le discours du cas X, nous percevons ainsi le locus de contrôle externe qui se manifeste de manière implicite. Ceci dans la mesure où il a été écarté de l'école juste après la mort de son père. Ainsi, on peut constater chez un même sujet l'influence du locus de contrôle interne ainsi que celle du locus de contrôle externe. Ce qui stipule que la théorie de Rotter devrait être améliorée en ajoutant cette troisième modalité qui est le locus de contrôle mixte.

Par ailleurs, Mr X croit fermement que les résultats obtenus, c'est-à-dire l'épilepsie et ses conséquences découlent de ses actes. Il croit que son sort dépend de lui-même et qu'il est à mesure de pouvoir influencer le courant de sa vie : C'est le locus de contrôle interne.

Mr Y pour sa part, est sous l'influence du locus de contrôle externe dans la mesure où il pense qu'il est victime d'un mauvais sort qui lui aurait été lancé par les jaloux. Malgré les angoisses et les souffrances imposées par la maladie, Mr Y essaie d'être confiant par rapport à l'avenir.

Mme Z pour sa part donne une cause personnelle à sa maladie, ce qui correspond au locus de contrôle interne. Dans la perception de la causalité de sa maladie, Mme Z pense qu'elle était imprudente (locus de contrôle interne) et quelqu'un aurait profité de cela pour lui lancer l'épilepsie (locus de contrôle externe)

Nous pouvons ainsi dire qu'à partir de l'analyse et d'interprétation des résultats issus des cas X, Y et Z que par rapport à nos hypothèses de recherche, nous avons obtenu les résultats suivants :

HR1 : le locus de contrôle externe influence négativement le vécu de la maladie chez un patient nouvellement diagnostiqué.

Il en découle dans le vécu du cas Y : la tristesse de ne pas aller à l'école comme les autres après avoir abandonné ses études en cours de chemin. Il y a chez lui une certaine incertitude quant au présent et au futur.

Nous nous rendons ainsi compte que nos résultats ne vont pas dans le même sens avec notre deuxième hypothèse. Certes nous pouvons voir transparaître chez Mr Y de la tristesse, de l'incertitude mais ce qui est au premier plan chez lui c'est son optimisme par rapport à son avenir et sa détermination à aller de l'avant par rapport à ses projets, ses ambitions. En effet, dans la théorie du locus de contrôle élaborée par Rotter, il stipule que dans le locus de contrôle externe, les personnes croient que leurs performances ou leurs sorts dépendent avant tout des facteurs externes. Ce qui n'est pas le cas chez Mr X qui, malgré la causalité extérieure de son épilepsie, il ne s'est pas apitoyé sur son sort comme s'il attendait un éventuel secours venant de l'extérieur.

HR2 : le locus de contrôle externe influence positivement le vécu de la maladie épileptique chez un patient nouvellement diagnostiqué : l'optimisme de Mr Y qui lui fait dire qu'il croit que ça va s'améliorer car, par rapport au passé il fait déjà certaines choses seules comme repasser ses habits par exemple. On voit chez lui la détermination à atteindre ses objectifs, car il déclare : « je dois arriver où je devais arriver, je suis assez déterminé ».

HR3 : le locus de contrôle interne influence négativement le vécu de la maladie chez un patient nouvellement diagnostiqué : Il en découle que Le cas X ressent la solitude, il le dit lui-même en ces termes « je suis seul à l'hôpital... mes enfants me manquent ». Sa maladie a ainsi créé un désert humain autour de lui. Il ajoute « qu'il n'y a personne pour m'envoyer la nourriture ». Ce qui l'importait plus, c'était de voir ses enfants parce que dès qu'il les verra, il serait à l'aise. Cet abandon et cette solitude ne peuvent contribuer qu'à aggraver son état de santé, même quand il dit que ça va un peu, c'est juste pour nous faire comprendre qu'on aurait réussi à stabiliser ses crises, mais sur le plan psychologique rien ne va véritablement, situation accentuée par la solitude car abandonné par la famille. Mr X manifeste également une certaine incertitude quant à son futur. On peut ajouter à cela la sensation du regret dans le discours de Mr X.

Pour le cas Z, nous constatons la peur, car elle a par rapport à sa vie et par rapport à celle de sa fille et de sa petite fille. Elle est également attristée car abandonné par sa famille. Elle affirme que la vie n'a plus d'importance pour elle.

HR4 : Le locus de contrôle interne influence positivement le vécu de la maladie épileptique chez un patient nouvellement diagnostiqué : car, face à la maladie épileptique, les patients essaient eux même de mettre sur pied des stratégies et des mécanismes devant les aider à gérer leur maladie. Parmi ces stratégies, nous avons entre autre l'abandon de leurs activités principales, le changement de religion, l'engagement dans les groupes de prière, la consultation des spécialistes.

Des résultats des recherches menées sur le locus de contrôle, il en découle que les sujets internes sont plus adaptés que les externes. Or dans notre étude, nous nous sommes rendu compte que les externes tout comme les internes étaient à la fois plus ou moins adaptés. Ce qui vient reconforter l'idée selon laquelle chacun est unique, surtout en ce qui concerne l'étude de cas, car les résultats peuvent différer selon les individus.

Dès lors, il sera question pour nous dans nos recherches futures de chercher à comprendre :

- ✚ Pourquoi les sujets externes sont plus adaptés que les sujets internes ;
- ✚ L'influence du soutien social sur le vécu de l'épilepsie ;
- ✚ L'influence du locus de contrôle mixte sur le vécu de l'épilepsie.

6.4. SUGGESTIONS

A partir de notre étude sur le locus de contrôle et le vécu de l'épilepsie, étude menée à l'hôpital central de Yaoundé, nous proposons les suggestions suivantes :

- Soigner les perceptions des patients épileptiques ainsi que leurs familles par l'établissement de meilleurs politiques de sensibilisation sur la maladie (les émissions radio et télé, les séminaires de sensibilisation, la presse écrite...) ceci afin de les apporter les informations nécessaires sur la maladie notamment en ce qui concerne la cause, les prédispositions génétiques, les comportements à risque...
- Encourager le soutien familial et social à l'endroit des personnes souffrant de l'épilepsie. Etant donné que les patients épileptiques souffrent d'un double handicap, c'est à dire le handicap causé par la maladie elle-même et celui causé par le rejet, l'abandon, la discrimination et la stigmatisation, nous devons ainsi amener la famille, l'entourage et la société toute entière à ne pas abandonner les épileptiques, car le faire pourrait les conduire tout droit au suicide.

- Consulter systématiquement les personnes accidentées victimes des traumatismes crâniens dans le but d'identifier des lésions qui pourraient plus tard déclencher les crises épileptiques.
- Sensibiliser les patients épileptiques à ne pas se retirer de la vie active (l'école, les affaires, le travail...) pour s'abandonner uniquement à leur maladie, car cela pourrait augmenter leur angoisse, leur souffrance et peut même accentuer le rejet et la discrimination.
- Mettre sur pied une politique inclusive (inclusion scolaire, sociale, professionnelle) en tenant surtout compte du degré ou de l'intensité des crises. Former ainsi les camarades de classe, les membres de famille, les collègues des patients épileptiques ainsi que les acteurs sociaux aux gestes de premiers secours en faveur des patients épileptiques.
- Mettre sur pied et encourager la mise sur pied les structures de prise en charge psychologique et éducationnelle des patients épileptiques ainsi que leur entourage surtout au niveau communautaire et plus précisément dans les grands foyers épileptiques dans le souci de les apporter le soutien psychologique nécessaire et d'éviter/réduire la souffrance psychologique et ainsi la dépression, la perte d'estime personnel... et qui peuvent conduire au suicide

CONCLUSION

Parvenu au terme de ce travail scientifique, nous pouvons dire que lorsque les personnes font face à des situations de handicap ou de maladie et plus précisément de maladies chroniques, elles ont souvent tendance à rationaliser sur son origine ou sa cause. En effet, chaque malade chronique dont ceux souffrant de l'épilepsie a tendance à attribuer soit une cause interne, c'est-à-dire qu'il perçoit une relation de causalité entre son action et la situation qui en découle (l'épilepsie), soit une cause externe qui consiste pour les sujets souffrant de l'épilepsie à percevoir leur sort comme dépendant avant tout des facteurs extérieurs. Ces deux concepts renvoient aux modalités du locus de contrôle (LOC) ayant servi comme support théorique dans ce travail de recherche

La perception est un processus actif qui organise et interprète les sensations. Le monde perçu résulte d'une interaction entre l'individu qui perçoit et ce qui est perçu. C'est ainsi le produit de la réalité extérieure et les efforts créatifs pour la comprendre et la représenter mentalement. Dans cette perspective, la perception est influencée non seulement par l'environnement extérieur, mais aussi par l'individu, et en particulier par son expérience antérieure, ses émotions, sa personnalité, ses attentes, ses ambitions, ses actions et intentions, etc. Ces variables internes interviennent d'autant plus que les stimuli sont ambigus, peu clairs et confus dans l'esprit du malade. Cette situation nous a conduit à effectuer cette étude qui, inscrite dans le champ du handicap mental, s'est donnée pour ambition de s'interroger sur les facteurs explicatifs qui pourraient rendre compte du rapport entre la perception de l'origine ou la cause de la maladie épileptique et le vécu de celle-ci.

Nous avons certes conscience de cette difficulté à établir la relation entre le locus de contrôle et l'expérience vécue d'un patient épileptique. Mais nous pensons que ce lien mérite d'être établi dans le souci d'identifier les fausses perceptions qui peuvent influencer le vécu d'un malade épileptique afin de les corriger par les techniques éducatives appropriées. Notre question de recherche était celle de savoir: le locus de contrôle a-t-il une influence sur le vécu de la maladie épileptique chez un patient nouvellement diagnostiqué ?

Pour répondre à cette question, nous avons formulé l'hypothèse générale suivante : le locus de contrôle a une influence sur le vécu de la maladie épileptique chez un patient nouvellement diagnostiqué.

L'opérationnalisation de cette hypothèse générale a donné lieu à quatre hypothèses de recherche qui ont tous été vérifiées.

- Le locus de contrôle externe influence négativement le vécu de l'épilepsie chez un patient nouvellement diagnostiqué car, les sujets qui sont sous son influence font face à des angoisses et souffrances psychologique, à l'incertitude quant au présent et à l'avenir.
- Le locus de contrôle externe influence positivement le vécu de l'épilepsie chez un patient nouvellement diagnostiqué, en ce sens où les sujets qui sont sous son influence ont une détermination à atteindre leurs buts, ils ont une confiance par rapport à l'avenir et recherchent activement des solutions de sortie de crise, c'est-à-dire les solutions de guérison.
- Le locus de contrôle interne influence négativement le vécu de l'épilepsie chez un patient nouvellement diagnostiqué, dans la mesure où les cas qui sont sous sa dominance ressentent la tristesse, la solitude qui aggrave leur état de santé, l'incertitude par rapport au présent et au futur, la sensation de regret, la phobie sociale à cause de la peur d'une survenue de crise sous le jugement d'autrui, la perte de l'élan vital qui conduit directement dans la dépression.
- Le locus de contrôle influence positivement le vécu de l'épilepsie chez un patient nouvellement diagnostiqué, parce que face à la maladie épileptique, les patients essaient eux même de mettre sur pied des mécanismes et des stratégies devant les aider à gérer leur maladie, comme le retrait de leurs activités principales, le changement de religion, l'engagement dans les groupes de prière, la consultation des spécialistes.

Les données collectées ont fait l'objet d'une analyse de contenu qualitative. Les résultats montrent clairement que les cas X et Z sont influencés majoritairement par le locus de contrôle interne alors que le cas Y est influencé majoritairement par le locus de contrôle externe. Ce qui peut ainsi nous amener à dire que dans chaque cas, il y a une influence des deux locus de contrôle, mais un seul domine.

Le champ d'étude sur l'épilepsie semble être encore vierge au Cameroun. Avec cette étude, nous n'avons pas la prétention d'avoir aborder l'épilepsie dans tous les angles. C'est la raison pour laquelle nous allons nous intéresser dans nos prochaines investigations sur le vécu des crises épileptiques par les patients épileptiques et leurs parents. Nous essayerons aussi de comprendre l'influence des attributions causales sur le vécu de l'épilepsie.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Actouf, O. (1987) : *Méthodologie de recherche en sciences sociales*. Montréal, Les Presses de l'Université du Québec.
- Actouf, O. (1987). *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations*. Montréal : Les presses de l'université du Québec.
- Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu*. Paris: puf.
- Blanchet, A. (1985). *L'entretien dans les sciences sociales*. Paris : Dunod.
- Brodie, Barry, Bamagou, Norrie, (2012): A Lesson from “The Brodie Ultimatu”: The locus of control for epilepsy is outside the therapeutic Alliance. *Epilepsy Currents*, Vol. 13, No. 1 (January/February) 2013 pp. 17–19 American Epilepsy Society
- Carver, C. S., Harris, S. D., Lehman, J. M., Durel, L. A. , Antoni, M. H., Spencer, Chombart De Lauwe, M.-J., Di Giacomo, J.-P., Doise, W., Flament, C., Herzlich, C., Jodelet, D., Leroy, C., Moscovici, S., Palmonari, A., Pombeni, M.-L., et Salmaso, P. (1986). *L'étude des représentations sociales*, Paris : Delachaux et Niestlé.
- Dépret E. (1996), *Besoin de contrôle, sentiment de contrôle et concept de soi* (pp 203-207), in J-C Deschamps et J-L Beauvois (eds.), *La psychologie sociale, Tome II : Des attitudes aux attributions : sur la construction sociale de la réalité*, Presses Universitaires de Grenoble.
- Doron, F. & Parot (1991). *Dictionnaire de la psychologie*, puf,
- Druet-Cabanac M. *Epilepsie en Afrique Subsaharienne*. Etude du rôle de la Cysticerose et de l'onchocercose [thèse]. Limoges (France) : Univ. Limoges; 2002
- Dubois, N. (1987). *La psychologie du contrôle*. Grenoble: PUG.
- Ghiglione, R., Matalon, B. (1985). *Les enquêtes sociologiques*. Paris : Armand Colin.
- Grawith, M. (2001). *Les méthodes des sciences sociales*. Paris : Dallos
- Heider, F. (1944). Social perception and phenomenal causality. *Psychological Review*, 51, 358-374.
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/fr/>: Aide-mémoire n° 999 de Février 2017.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11181095>
- Hull, C.L. (1935). Thorndike's fundamental of learning. *Psychological bulletin*, vol. 32, 807-823.

- La Pradelle & Docanto (1979). *Vocabulaire de psychologie*, Paris, Lidis.
- Levenson, H. (1974). Activism and powerful other: Distinction within the concept of internalexternal control. *Journal of personality assessment*, 38, 377-383.
- Leventhal, H., Diefenbach, M., Leventhal E.A. (1992a). Illness cognition: using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 143-163.
- Leventhal, H., Meyer, D., et Nerenz, D.R. (1980). The common sense representation of illness danger. *Contribution to medical psychology*, 2, 17-30.
- Lewin, K. (1938). *The conceptual representation and the measurement of psychological forces*. Durham: N.C. Duke University Press.
- Lorencetti, Costa, Mantovani, Pedrosso, 2011: Quality of life in pregnant women with epilepsy versus women with epilepsy Arq. Neuro-Psiquiatr. vol.69 n°.2b São Paulo 2011
- Loubet del Bayle, (2000). J-L: *Initiation aux methods des sciences sociales*. Paris – Montréal, Le Harmattan,
- Mama Fouda, A. (2009). *Stratégie Sectorielle de Santé 2001-2015*
- Mitchell, T.R., Smyser, C.M., Weed, S.E. (1975). Control: supervision and work satisfaction. *management Journal*, 18, 623-631.
- Mucchielli (1984). *L'analyse de contenu des documents et des communications*. Paris :ESF.
- O.M.S, (1973). *Dictionnaire de l'épilepsie*. Genève.
- O.M.S. Aide mémoire n°165, Révisé en février 2001
- Perrin A., Dieguez S., Schluep M., Greber C., Vingerhoets F.. [*Mood and behaviour in epilepsy, stroke, Parkinson's disease and multiple sclerosis.*] *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 2002; 153:393–402.
- Preux P.M. Contribution à la connaissance épidémiologique de l'épilepsie en Afrique
- Quivy, R., Van Campenhoudt, L. (1995). *Manuel de recherché en sciences sociales*. Paris : Dunod.
- Rotter J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement, *psychological monographs: General and Applied*, vol.80, n°1, 1-28.
- Rotter, J.B. (1954). *Social learning and clinical psychology*, (pp. 335-398). Englewood Cliffs, NJ, US: Prentice-Hall, Inc, ix, 466 pp

- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement, *Psychological monographs*, 80, 1.
- Ruble, T.L. (1976). Effects of one's locus of control and the opportunity to participate in planning. *Organizational behavior and human performance*, ~, 63-73.
- S.M., et al. (2000). How important is the perception of personal control? Studies of early stage breast cancer patients. *Journal of Personality and Social Psychology*, 26, 139-149.
- Sillamy, N. (2006). *Dictionnaire de Psychologie*. Paris :puf
- Subsaharienne [thèse]. Limoges (France) : Univ. Limoges;2000.rcose [thèse]. Limoges (France) : Univ. Limoges;2002.
- Thiane Mbacke, F. Connaissance de l'Epilepsie, Attitude et pratique des tradipraticiens de Dakar [thèse].Dakar (Sénégal) :Univ. Cheikh Anta Diop ; 2004.
- Thorndike, E.L. (1911). *Animal intelligence*. New York:McMillan.
- Tolman, E.C. (1932). *Purposive behavior in animals and men*. New York: Century.
- Uhlmann, Froscher, (2001) : Biofeedback treatment in patient with refractory epilepsy :changes in depression and control orientation ,n°10: 34–38
- Vincent Charbonnier. Lev Vygotski, "Conscience, inconscient, 'émotions' la conscience comme liaison" par Yves Clot (Paris : La Dispute, 2003). *Revue Française de Pédagogie*, INRP/ENS éditions, 2005, p. 151-155.
- Vygotsky (1994). Conscience, inconscient, émotions, précédé de Vygotsky, la conscience comme liaison *Revue française de pédagogie*. Volume 150 N°1 pp. 151-155
- Weiner, B. (1972). *Theories of motivation: From mechanism to cognition*. Chicago: Rand McNally.

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	i
DEDICACE.....	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	iv
LISTE DES TABLEAUX.....	v
RESUME.....	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCTION.....	1
CADRE CONCEPTUEL	4
CHAPITRE 1 : CONTEXTE ET PROBLEME DE RECHERCHE.....	5
1.1. JUSTIFICATION DE L’ETUDE.....	5
1.2. FORMULATION ET POSITION DU PROBLEME DE RECHERCHE.....	7
1.3. LES QUESTIONS DE RECHERCHE.....	8
1.4. HYPOTHESE DE L’ETUDE.....	9
1.4.1. HYPOTHESE GENERALE	9
1.4.2. HYPOTHESES DE RECHERCHE.....	9
1.5. OBJECTIFS DE L’ETUDE.....	9
1.5.1. L’OBJECTIF GENERAL	9
1.5.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES	9
1.6. INTERETS ET PERTINENCE DE L’ETUDE.....	10
1.6.1. INTERET SOCIAL	10
1.6.2. INTERET SCIENTIFIQUE.....	10
1.6.3. INTERET PERSONNEL.....	10
1.6.4. INTERET THEMATIQUE.....	10
1.7. DELIMITATION DE L’ETUDE	11
1.7.1. DELIMITATION THEMATIQUE	11
1.7.2. DELIMITATION SPATIO-TEMPORELLE	11

1.8. DEFINITION DES CONCEPTS.....	11
1.8.1. LIEU DE CONTROLE OU LOCUS DE CONTROLE:	11
1.8.2. EPILEPSIE :	13
1.8.3. LE VECU :.....	14
CHAPITRE 2 : GENERALITES SUR L'EPILEPSIE	17
2.1. LA NOTION D'EPILEPSIE	17
2.1.1. HISTORIQUE.....	17
2.1.2. PHYSIOPATHOLOGIE DE L'EPILEPSIE.....	18
2.1.3. EPIDEMIOLOGIE DES EPILEPSIES.....	19
2.1.4. EPIDEMIOLOGIE DE L'EPILEPSIE DANS LES PAYS TROPICAUX	19
2.1.5. PREVALENCE DE L'EPILEPSIE EN OCCIDENT, EN AMERIQUE, EN ASIE ET EN OCEANIE.....	23
2.1.6. LES ETIOLOGIES DE L'EPILEPSIE	23
2.1.7. L'ETIOLOGIE DES EPILEPSIES EN MILIEU TROPICAL.....	27
2.1.8. CLASSIFICATION DES EPILEPSIES (TABLEAU 6).....	28
2.1.9. CLASSIFICATION DES EPILEPSIES ET DES SYNDROMES EPILEPTIQUES (TABLEAU 7)	28
2.1.10. LES SYNDROMES EPILEPTIQUES LES PLUS FREQUENTS	30
2.1.11. TRAITEMENT ANTI – EPILEPTIQUE	35
2.1.12. LES NOUVEAUX MEDICAMENTS ANTIEPILEPTIQUES.....	39
2.1.13. REGLE D'ADMINISTRATION DES ANTIEPILEPTIQUES ET SURVEILLANCE DU TRAITEMENT	39
2.1.14. L'IMPACT DE L'EPILEPSIE SUR LE PLAN SOCIO-ECONOMIQUE	40
2.1.15. LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'EPILEPSIE.....	41
2.1.16. LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE ET REINSERTION SOCIALE	41
2.1.17. LES TROUBLES PSYCHIQUES LIEES A L'EPILEPSIE	42
2.2. EPILEPSIE ET HANDICAP.....	46
2.2.1. GRAVITE DU HANDICAP.....	47

2.2.2. LE HANDICAP ET COMPORTEMENTS SOUVENT ASSOCIES A L'ÉPILEPSIE.....	48
2.2.3. ÉPILEPSIE ET VIE QUOTIDIENNE.....	48
2.3. L'INFLUENCE DE L'ÉPILEPSIE SUR L'APPRENTISSAGE.....	50
2.3.1. LES SYNDROMES ÉPILEPTIQUES ET TYPES D'ÉPILEPSIE	51
2.3.2. FREQUENCE, GRAVITE ET DUREE DES CRISES	51
2.3.3. AGE	52
2.3.4. FACTEURS PSYCHOSOCIAUX.....	52
2.3.5. ANTIÉPILEPTIQUE.....	53
2.3.6. LA CHIRURGIE	53
CHAPITRE 3 : LES ATTRIBUTIONS CAUSALES ET LE LOCUS DE CONTROLE (LOC)	55
3.1. LA THÉORIE DE L'ATTRIBUTION CAUSALE	55
3.2. LA THEORIE DES RELATIONS INTERPERSONNELLES DE HEIDER.....	57
3.3. LA THEORIE DE LA RESIGNATION APPRISE	60
3.4. LA THÉORIE DES CONSTRUIIS PERSONNELS DE KELLY.....	61
3.5. LA THÉORIE DU LIEU DE CONTRÔLE/LOCUS DE CONTRÔLE (LOC).....	63
DE ROTTER	63
CADRE OPERATOIRE	74
CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE DE L'ETUDE	75
4.1. RAPPEL DE LA QUESTION DE RECHERCHE.....	75
4.2. HYPOTHESES ET VARIABLES	75
4.2.1. L'HYPOTHESE DE L'ETUDE	75
4.2.2. LES VARIABLES DE L'ETUDE.....	75
4.2.3. LES QUESTIONS DE RECHERCHE	76
4.2.4. LES HYPOTHESES DE RECHERCHE.....	76
4.3. TYPE DE RECHERCHE	78
4.4. METHODE DE RECHERCHE.....	78

4.5. POPULATION ET ECHANTILLON	78
4.5.1. POPULATION	78
4.5.2. L'ECHANTILLON.....	78
4.6. PRESENTATION DE L'INSTRUMENT DE COLLECTE DES DONNEES.....	79
4.6.1. CHOIX DE L'INSTRUMENT	79
4.6.2. PRESENTATION DE L'INSTRUMENT DE COLLECTE DES DONNEES	79
4.7. LA DEMARCHE DE COLLECTE DES DONNEES	81
L'ENQUETE	81
4.8. TECHNIQUES D'ANALYSE DES DONNEES	82
4.8.1. TRAITEMENT DES DONNEES.....	82
4.8.2. MODELE D'ANALYSE DES DONNEES : L'ANALYSE DE CONTENU.....	82
CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....	85
5.1. DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES	85
5.2. QUESTIONS DE MISE EN CONDITION.....	89
5.3. LOCUS DE CONTROLE EXTERNE.....	97
5.4. LE LOCUS DE CONTROLE INTERNE.....	99
CHAPITRE 6: INTERPRETATION DES RESULTATS	102
6.1. SYNTHESE DES DONNEES.....	102
6.1.1. DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES.....	102
6.1.2. QUESTIONS DE MISE EN CONDITION	103
6.1.3. LOCUS DE CONTROLE EXTERNE.....	106
6.1.4. LE LOCUS DE CONTROLE INTERNE.....	108
6.1.5. LE VECU DE L'EPILEPSIE CHEZ LES CAS X, Y ET Z.....	109
6.2. RAPPEL DES THEORIES	110
6.3. CONCLUSIONS ISSUES DES THEORIES	110
6.4. SUGGESTIONS.....	113
CONCLUSION	115

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	118
TABLE DES MATIERES	122
ANNEXES	128

ANNEXES

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

FACULTÉ DES SCIENCES
DE L'ÉDUCATION

DIVISION DES AFFAIRES
ADÉMIQUES DE LA SCOLARITÉ
ET DE LA RECHERCHE



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDÉ I

THE FACULTY OF EDUCATION

DIVISION OF ACADEMIC
AFFAIRS, SCOLARITY AND
RESEARCH

LE DOYEN
The Dean

N° _____/UYI/FSE/DAARS

AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigné, **Barnabé MBALA ZE**, Doyen de la Faculté des Sciences de l'Éducation (FSE) autorise l'étudiant **NGUEPNANG Armel Romaric**, Matricule **14S3331** inscrit en Master dans le Département d'Éducation Spécialisée, filière **Éducation Spécialisée** à mener une recherche sur le sujet intitulé *Locus de contrôle et vécu de l'épilepsie : une étude de cas auprès des patients épileptiques de l'Hôpital central de Yaoundé- Cameroun.*

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



Barnabé MBALA ZE
Professeur

NGUEPNANG
ARMEL ROMARIC
FACULTE DES SCIENCES
DE L'EDUCATION
DEPARTEMENT D'EDUCATION
SPECIALISEE
MATRICULE: 145333
TEL: 694716398
E-mail: armico@gob.ck

Yaoundé le 07 Novembre 2016

CENTRAL DE YAOUNDE	
COURRIER ARRIVEE	
La	07 NOV 2016 N° 34197
Départ Le	S/N°

Au

Directeur de l'Hôpital central
de Yaoundé

V. S. S. *Nguepnang Armel*

Objet: Demande de ~~stage~~ ^{stage de recherche}

Monsieur,

J'ai l'honneur de venir auprès de votre ~~personnalité~~ ^{personnalité} afin de solliciter votre approbation pour mener de la recherche dans votre institution pour une période de 03 mois.

En effet, je suis étudiant en Master 2 à la faculté des sciences de l'Education, filière Education spécialisée. Je mène une recherche sur le sujet «*Impact de l'épilepsie: une étude de cas auprès des patients épileptiques de l'hôpital central de Yaoundé*».

Dans l'attente d'une suite que je souhaite favorable, veuillez recevoir, Monsieur l'expression de mes très haute considération.

Pièces jointes:

- la photocopie de la carte nationale d'identité (CN)
- la photocopie de l'attestation de recherche.
- copie de projet de recherche

Nguepnang Armel

GUIDE D'ENTRETIEN

Nous réalisons actuellement une étude portant sur la perception de l'origine et le vécu de l'épilepsie par le malade. En accordant un peu de votre temps, vous contribuerez à la réalisation de notre étude en répondant aux quelques questions que nous allons vous poser au cours de cet entretien. Nous vous assurons que ces informations seront que ces informations seront utilisés exclusivement à des fins académiques et ceci conformément aux dispositions de l'article V de la loi n° 91/023 du 16/12/1991 sur le recensement et enquête statistique. Merci déjà de votre aimable compréhension.

Caractéristiques du référent

Nom

Sexe.....

Âge.....

Statut matrimonial.....

Religion.....

Activité principale..... activité secondaire.....

Questions de mise en condition

1. Parlez-nous un peu de vous-même et de votre santé
2. Pouvez-vous m'expliquer de quoi vous souffrez ?
3. Avez-vous une idée de la source (cause) de votre problème de santé? Comment se manifeste-t-elle ?

Locus de contrôle externe

- Sortilège et vécu de l'épilepsie
- Fatalité et vécu de l'épilepsie
- Puissance extérieure et vécu de l'épilepsie

Locus de contrôle interne

- cause personnelle et vécu de l'épilepsie
- Cause génétique et vécu de l'épilepsie
- Accident ou choc traumatique et vécu de l'épilepsie

Cas X

X est un homme âgé de 40 ans, catholique devenu pentecôtiste, célibataire et père de quatre enfants donc un décédé et ayant comme profession taximan.

1. parlez-moi un peu de vous-même et de votre santé

Cas X : Je m'appelle X, j'ai 40 ans, né le 22 Novembre 1976. Parler de moi-même serait long. J'ai été abandonné seul depuis l'enfance. C'est à cette époque que notre papa est parti sans rien nous laissé. Le peu d'argent que Maman avait, elle a envoyé les autres à l'école, pour moi elle ne pouvait pas. Je me suis débrouillé tout seul pour arriver aujourd'hui à ce niveau. J'ai eu une femme avec qui je vis et qui m'a donné trois enfants. Mais c'est plutôt ma maman qui connaît beaucoup de ma vie car tomber malade chaque fois par si, par la... Ça fait plus de six mois que je suis malade chaque fois, j'ai même changé de religion pour aller dans une église qui m'aide quand même aujourd'hui jusqu'à ce que je puisse me lever ainsi, parce que je ne pense pas que les docteurs d'ici pouvaient vite voir le truc qui était dans ma tête. J'étais d'abord à l'église catholique, maintenant, je suis dans une église de réveil. Ils avaient déjà fait un scanner mais ils n'ont rien vu. C'est l'église qui a fait qu'on puisse retrouver ce truc-là. La maladie m'a secoué pendant un bon bout de temps et a poussé mes proches à dire du n'importe quoi. Certains pensaient même que j'avais le Sida, pour d'autres, je devais mourir. Je leur ai répondu : « ça arrive ». Il y a de cela dix jours, j'étais chez mon grand frère où on m'a demandé de souvent passer la journée, mais mes nuits, je la passais plutôt chez ma grande sœur. Un jour chez ma grande sœur quand j'étais couché, j'ai vu comment quelqu'un venait m'étrangler au moment où je chauffais déjà. Il m'a étranglé au point où je ne parvenais pas à parler. Je me suis battu pour parler au point de crier « laissez-moi, c'est comment ». C'est ainsi que ma grande sœur est sortie. A cet instant même, elle est allée appeler mon grand frère, ils m'ont alors porté étant dans le coma pour m'amener aux urgences. C'est des urgences qu'on m'a envoyé ici jusqu'aujourd'hui. Je suis seul ici à l'hôpital parfois pour aller aux toilettes, je tombe, mais aujourd'hui je me sens déjà bien portant parce qu'ils ont eu à trouver cette maladie qui me dérange dans la tête. Tout ce que je veux maintenant c'est rentrer chez moi retrouver mes enfants car ils me manquent beaucoup. Ça me fait pitié que je ne vois personne de ma famille depuis que je suis ici, même personne pour m'envoyer ne se reste que la nourriture.

2. pouvez-vous m'expliquer de quoi vous souffrez ?

Cas X : oui, j'avais fait l'accident avec le taxi et j'ai négligé. Au lieu d'aller à l'hôpital, mon grand frère militaire m'a amené à l'hôpital des sapeurs. Le colonel médecin, au lieu de me faire le scanner m'a plutôt salué et me serrer la main des deux côtés. Un coté donnait, mais

l'autre ne donnait pas. Il m'a alors prescrit les remèdes que j'ai pris pendant trois mois. Aujourd'hui, on vient de trouver ce qui me dérange, on ne savait même pas que je pouvais même bouger la tête car mon corps était bloqué partout. Ça s'est passé en 2013. C'est maintenant que ça vient se répercuter. A chaque moment, ça me donnait des séquelles : les tremblotes, je faisais aussi comme si j'avais perdu la tête. J'ai commencé à prendre la prise. Maman m'a interdit de ne plus la prendre. La prise c'est le tabac traditionnel que les mamans aspirent, quand je prends ça, je suis un peu soulagé. Je fumais aussi la cigarette de manière exagérée au point où le manque pouvait être fatal pour ceux avec qui je vivais. J'étais aussi alcoolique, mais ça fait aujourd'hui huit mois que j'ai tout arrêté. Depuis que je suis entré dans les eaux du baptême, Dieu m'a montré la route en m'ordonnant : « ne fume plus, ne bois plus » on ne m'a pas dit clairement ce qui me dérange. Le papier qu'ils ont remis est resté à la maison. Un Docteur de cet hôpital est venu sans toutefois faire le scanner, et a commencé à nous dire que c'était le VIH, or ce n'était pas ça. Quand je tombe c'est toujours comme si c'était l'épilepsie. Je ne sais pas comment on appelle cette maladie, je n'ai pas beaucoup fréquenté.

3. Avez-vous une idée de la cause de votre problème de santé? Comment se manifeste-t-elle ?

Cas X : c'est la négligence que j'ai fait après l'accident. Si je partais chercher l'argent moi-même pour aller faire le scanner, je ne devais pas être la aujourd'hui dans cet état, je ne serai même pas ici...

4. Pensez-vous que votre problème de santé résulterait d'un mauvais sort qu'on aurait lancé sur vous ?

Cas X : Non, je ne pense pas.

5. Pensez-vous que votre problème de santé serait simplement la conséquence de la fatalité ?

Cas X : non, je ne pense pas

6. Croyez-vous qu'une puissance extérieure serait à l'origine de votre problème de santé ?

Cas X : pas du tout

7. Pourrait-on dire que votre problème de santé est juste lié à u une cause personnelle ?

Cas X : pas véritablement, car je n'ai pas voulu faire l'accident. C'est arrivé comme ça.

8. Peut-on penser que vous avez hérité votre problème de vos parents ?

Cas X : non, car dans ma famille et plus précisément chez mes parents, mes grands-parents, mes aïeux, on a jamais signalé un cas d'épilepsie ou de convulsion.

9. Peut-on dire que c'est le choc traumatique ou un accident qui vous aurait entraîné dans cette situation ?

Cas X : oui, Je vous ai dit tout à l'heure que j'ai fait un accident et j'ai négligé de faire des soins appropriés, c'est ce qui se répercute sur moi aujourd'hui par cette maladie.

10. comment vous vivez personnellement cette situation ?

Cas X : ma santé va déjà. Je suis déjà à l'aise. Ce qui m'importe maintenant, c'est de voir mes enfants parce que dès que je les vois, je suis à l'aise. Je vais attendre même si on ne vient pas me chercher. Je ne sais pas si Dieu va changer ma vie si un jour, c'est lui seul qui sait, j' ai confiance à ce Monsieur.

Cas Y

Y est un homme âgé de 29 ans, est étudiant originaire de la région du littoral, catholique devenu pentecôtiste, célibataire et sans enfant.

1. parlez-moi un peu de vous-même et de votre santé

Cas Y : je suis une personne qui aime tout faire à l'excès. Je n'aime pas l'hôpital. Mais je suis contraint d'y aller de temps en temps pour mon rendez-vous, mais sans ça je pouvais jamais aller la bas car c'est vraiment un lieu que je n'aime pas. Mais j'aime beaucoup l'école et le sport. Et maintenant que je suis à la maison, je suis les informations, la musique, je vois aussi les films et plus précisément les films qui parlent. Ceci dans l'optique de savoir par exemple si quelqu'un est méchant, de comprendre pourquoi il est méchant. Je me pose beaucoup de questions, je peux rester sans rien faire mais je me pose beaucoup de questions. Je cherche à savoir pourquoi telle ou telle personne a décidé de faire quelque chose... je me demande si telle personne a souffert pour devenir méchant ou bien ça vient du manque d'informations. Pour moi rien n'arrive au hasard, il y a une cause pour tout, donc il faut chercher la cause... je ne suis jamais tranquille.

2. Pouvez-vous m'expliquer de quoi vous souffrez ?

Cas Y : on m'avait dit que c'était la paralysie, je n'arrivais vraiment pas à marcher. Je suis allé à l'hôpital parce que je n'arrivais plus à marcher, quand je me levais, je tombais aussitôt. Les médecins m'ont fait comprendre que c'était la paralysie. Je ne voulais pas d'abord dire à mes parents, mais j'ai été contraint parce que j'avais un peu mal partout. Et comme j'ai un neveu qui m'appelle papa, je voulais faire du genre comme si tout allait très bien, mais c'était dur de jouer le jeu pendant très longtemps, et comme vous voyez ma maladie c'est pour longtemps, c'est presque un an déjà. C'est arrivé quand j'étais déjà au niveau 3 et je coptais aller le plus loin possible. Maintenant, je me demande à quand le Master ? je vous ai dit que j'aime trop étudier. Il est vrai que j'étais la personne qu'on avait le plus peur que ce soit au quartier ou à l'école.

3. Avez-vous une idée de la cause de votre problème de santé? Comment se manifeste-t-elle ?

Cas Y : je pense et c'est ce que je sais d'ailleurs que c'est l'épilepsie. Vous voyez par exemple que je suis quelqu'un de très intelligent. Cela peut créer des jaloux, ça a même créé des jaloux.

4. Pensez-vous que votre problème de santé résulterait d'un mauvais sort qu'on aurait lancé sur vous ?

On n'aime pas souvent dire, on n'aime pas reconnaître que ce sont les gens du village, mais c'est vrai. Car comme je vous disais, j'aime beaucoup me poser des questions, je peux mettre le nez là où il ne fallait pas mettre. Les gens n'aiment pas voir ça. Vous avez constaté qu'il n'y a pas beaucoup de gens comme nous, comme j'aime les trucs difficiles, ça ne plaît pas aux gens. Quand j'arrive au quartier, les enfants fuient parce que je ne suis pas tolérant, j'aime défendre les plus faibles. Les gens sont beaucoup jaloux, ils n'aiment pas voir ça. Je sais que j'ai foulé mon nez là où il ne fallait pas. Vous savez qu'il y a beaucoup de sectes comme par exemple le franc maçon, la rose croix, vous savez que ce sont des trucs secrets, pour moi, ça ne doit pas être secret, je dois savoir. Un beau matin je me suis levé et je me suis rendu compte que j'étais paralysé par les crises d'épilepsie et je suis convaincu que ce sont les jaloux. Moi je sais, je ne doute pas un seul instant qu'ils ont fait quelque chose sur moi, mais je dois arriver où je devais arriver, je vais continuer à aider. Je suis assez déterminé.

5. Pensez-vous que votre problème de santé serait simplement la conséquence de la fatalité ?

Cas Y : Non ce n'est pas ça. Je crois bien que cela n'a rien à voir.

6. Croyez-vous qu'une puissance extérieure serait à l'origine de votre problème de santé ?

Cas Y : non

7. Pourrait-on dire que votre problème de santé est juste lié à une cause personnelle ?

Cas Y : pour ma part, je sais que je n'ai rien fait à personne. Les gens étaient seulement jaloux de ma manière de faire, quand je défendais les plus faibles, ça ne les plaisait pas.

8. Peut-on penser que vous avez hérité votre problème de vos parents ?

Cas Y : mes parents n'ont rien à voir avec ça. Si c'était le cas, pourquoi ce n'est que maintenant que ça se manifeste ?

9. Peut-on dire que c'est le choc traumatique ou un accident qui vous aurait entraîné dans cette situation ?

Cas Y : non, je n'ai pas fait d'accident depuis mon enfance. L'unique traumatisme que je connais depuis c'est celui que cette maladie a causé.

10. comment vivez-vous cette situation ?

Cas Y : je vous ai dit que c'est très difficile de ne pas aller à l'école, mais on n'a pas le choix, quand tu es cloué, tu es cloué. Quand tu es enfermé tu es enfermé. Je crois que ça va s'améliorer car je fais déjà certaines choses seules comme repasser mes habits par exemple.

11. avez-vous pensé à une cause personnelle ?

Cas Y : non, je fais beaucoup d'attention à moi. Je fais attention à tout, je suis très minutieux

Cas Z

Z est une femme, âgée de 48 ans, célibataire avec une fille âgée aujourd'hui de 30 ans. Elle est originaire de la région du centre et plus précisément du Mbam. Avant sa maladie, elle était commerçant, mais depuis qu'elle a été diagnostiquée épileptique, elle ne fait plus rien.

1. parlez-moi un peu de vous-même et de votre santé

Cas Z : après avoir hésité et piaffer, elle dit : j'ai accepté ma maladie. Une chose est certaine, j'ai la peur en moi. J'ai peur. Déjà je n'ai pas de famille. Je me demande que si un jour je dois partir, je dois laisser ma fille et ma petite fille à qui ? C'est ma seule famille. Je ne peux pas dire que j'ai l'entourage parce que quand je viens par exemple ici chez ma fille, je ne reste que dans la maison. Mon seul loisir c'est la télé. A Douala, c'est chez moi, bon je suis dedans, quand j'ai les petits habits, je les lave.

Pour dire vrai, la vie ne m'intéresse plus, la vie ne m'intéresse plus (un long silence après). En ce qui concerne ma relation avec ma famille je peux vous dire que quand j'étais plus jeune, je n'avais pas beaucoup d'argent mais je faisais l'effort de venir en aide à mes frères et sœurs. A l'époque j'étais toujours la bienvenue au milieu d'eux jusqu'au moment où j'ai commencé à être malade. Dès qu'ils se sont informés de ma maladie, ils m'ont tous abandonné, même les enfants dont j'ai eu à payer leurs études et qui sont déjà cadres dans certaines entreprises m'ont aussi abandonné. Donc je suis seul. Ce n'est même pas la maladie qui me dérange, mais le fait que toute ma famille m'a abandonné.

J'ai une cousine qui me soutient beaucoup, elle vit à Ekounou. Le médecin la appelé ainsi que ma fille quand on a découvert ma maladie à l'Hôpital central. C'est ma cousine qui m'a alors dit de quoi je souffrais. Elle m'a ainsi demandé de bien suivre le traitement que me prescrira les médecins.

Quand on m'a dit que je souffrais, ça m'a encore rendu plus malade, car je voyais déjà comment je peux tomber à tout et n'importe où. Les médecins m'ont instruit de suivre mon traitement, car en le faisant on pourra maîtriser les crises dans la durée. Mais la maladie ne me dit rien car j'ai déjà accepté ça, ce qui me dérange c'est le fait que ma famille m'abandonne.

2. pouvez-vous m'expliquer de quoi vous souffrez ?

Le Dr m'a demandé de ne plus marcher seul jusqu'à nouvelle ordre, parce que ma maladie peut m'attraper n'importe où, il faudra donc qu'une personne soit là pour m'aider. Quand je lui ai posé la question de savoir de quoi il était question, il m'a dit que j'ai l'épilepsie en moi et que je dois suivre scrupuleusement les instructions médicales

3. avez-vous une idée de la source de votre problème de santé ?

Cas Z : dans ma tête, c'est l'imprudence, je n'ai pas été prudent

4. donc vous pensez que la cause est personnelle ?

Cas Z : je n'ai pas été prudente et quelqu'un a su bien profiter de mon imprudence. Maintenant je me pose les questions pour savoir : est-ce que c'est un membre de ma famille qui est à l'origine ? Est que ... je ne sais pas, je suis dépassé, je suis dépassé ... elle coule les larmes....

5. Pensez-vous que votre problème de santé résulterait d'un mauvais sort qu'on aurait lancé sur vous ?

Cas Z : peut-être, je ne sais pas trop, je ne peux pas vraiment savoir mais je sais que j'étais imprudente.

6. Pensez-vous que votre problème de santé serait simplement la conséquence de la fatalité ?

Cas Z : Ça peut être ça, même si c'est ça ou quoi, on est obligé de faire avec

7. Croyez-vous qu'une puissance extérieure serait à l'origine de votre problème de santé ?

Cas Z : Non, pas du tout

8. Pourrait-on dire que votre problème de santé est juste lié à u une cause personnelle ?

Cas Z : personnelle ! J'ai fait quoi ? Non.

9. Peut-on penser que vous avez hérité votre problème de vos parents ?

Cas Z : mes parents n'ont pas eu ça, ni personne dans ma famille

10. Peut-on dire que c'est le choc traumatique ou un accident qui vous aurait entraîné dans cette situation ?

Cas Z : ce n'est pas ça. J'ai juste été imprudente dans ma conduite

Moi : comment vivez-vous cette situation ?

Cas Z : j'ai peur de tomber dans un endroit qu'il ne fallait pas, en plus ça m'attriste surtout à cause du fait que ma famille et mon entourage m'a abandonné. Et comme je vous ai dit plus haut, la vie n'a plus d'importance pour moi. Ma fille et ma petite fille... je ne sais pas, je ne sais pas