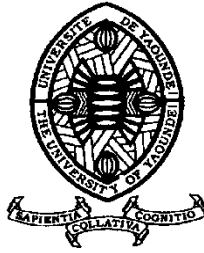


UNIVERSITE DE YAOUNDE I

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

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

LABORATOIRE DE PSYCHOLOGIE DU
DÉVELOPPEMENT ET DU MAL
DÉVELOPPEMENT



UNIVERSITY OF YAOUNDE I

POSTGRADUATE SCHOOL FOR THE
SOCIAL AND EDUCATIONAL
SCIENCES

DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR THE
SOCIAL SCIENCES

LABORATORY OF DEVELOPMENTAL
PSYCHOLOGY AND POOR
DEVELOPMENT

LES SIGNIFIANTS CULTURELS DANS LE VECU DE L'ANXIETE CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER

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

Spécialité : Psychopathologie et Clinique

Mémoire présenté et soutenu le 29 Juillet 2022

Par :

VOUNDI Clovis Junior

Jury :

Président : TSALA TSALA Jacques-Philippe

Professeur

Université de Yaoundé

Rapporteur : NGUIMFACK Léonard

Maitre de Conférences

Université de Yaoundé

Membre : BITOGO Joseph

Chargé de Cours

Université de Yaoundé

Septembre 2022



SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	ii
REMERCIEMES.....	v
RÉSUMÉ.....	vi
ABSTRACT.....	vii
LISTE DES TABLEAUX.....	viii
LISTE DES ANNEXES.....	ix
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES.....	x
INTRODUCTION GENERALE.....	1
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE.....	5
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE.....	6
1.1 CONTEXTE DE L'ETUDE.....	7
1.2 FORMULATION DU PROBLEME ET QUESTION DE RECHERCHE.....	10
1-3 QUESTION DE RECHERCHE.....	19
1.4 HYPOTHESE DE L'ETUDE.....	19
1.5 OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	20
1-6 INTERETS DE L'ETUDE.....	20
CHAPITRE 2 : LES ENJEUX PSYCHOLOGIQUES DE LA MALADIE CANCEREUSE SUR L'INDIVIDU.....	21
2.1 DÉFINITION ET CLARIFICATION DES CONCEPTS.....	22
2.2 ÉTAT DES LIEUX SUR LE CANCER.....	27
2-3 VÉCU PSYCHOLOGIQUE DU CANCER.....	33
2.4 MALADIES GRAVES ET VÉCU ANXIEUX.....	39
2.6. LA REPRESENTATION DU CANCER EN AFRIQUE.....	44
CHAPITRE 3 : INSERTION THEORIQUE DE L'ETUDE.....	46
3.1. LES MODÈLES THEORIQUES DE L'ANXIÉTÉ.....	47
3.2. LES THÉORIES DES SIGNIFIANTS CULTURELS.....	54
3.4. ANXIÉTÉ ET SIGNIFIANTS CULTURELS.....	68
DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE.....	70
CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....	71
4.1 BREF RAPPEL DE LA PROBLEMATIQUE.....	72
4.2 LE SITE DE L'ÉTUDE.....	74
4.2.1 Justification.....	74
4.3 LES PARTICIPANTS.....	76

4.4 MÉTHODE DE RECHERCHE : MÉTHODE CLINIQUE	77
4.5 LE DÉROULEMENT DES ENTRETIENS.....	84
6.6 DIFFICULTÉS RELATIVES À LA COLLECTE DES DONNÉES	84
6.7. CONSIDÉRATION ÉTHIQUE.....	85
CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS	85
5.1 PRÉSENTATION DES PARTICIPANTS	86
5.3 SIGNIFIANTS CULTURELS ET INTERPRÉTATION DE LA MALADIE.....	95
5.4. DES SIGNIFIANTS CULTURELS AU VECU DE L'ANXIÉTÉ	100
CHAPITRE 6 : INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS.....	106
6.1 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS.....	107
6.2 APPLICATION DE LA THEORIE DU RELATIVISME CULTUREL A LA COMPREHENSION DES RESULTATS	108
6.3 DISCUSSION DES RÉSULTATS	112
6.4 IMPLICATIONS ET PERSPECTIVES	117
CONCLUSION GENERALE.....	118
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	122
ANNEXES	136
TABLE DES MATIERES.....	159

A

Ma mère scientifique

Mme NNOMO Julienne

Epse

ONAMBELE

REMERCIEMES

Au terme de ce travail de recherche, nous adressons des remerciements

Au Pr NGUIMFACK Léonard qui l'a dirigé. Nous lui sommes reconnaissant pour sa disponibilité, ses enseignements, ses conseils et pour tout le savoir qu'il a mis à notre disposition ;

Au Pr EBALE MONEZE Chandel pour ses enseignements sur la recherche ;

Au Dr KONFO TCHOLONG Clémence Idriss pour toute son aide et ses conseils durant l'élaboration de chaque partie de cette recherche ;

Au Dr OVAMBE MBARGA Guy-Bertrand pour ses encouragements ;

A tous les enseignants du Département de Psychologie de l'Université de Yaoundé I pour les enseignements qu'ils ont toujours mis à notre disposition depuis la première année de licence ;

A tout le personnel de l'hôpital central de Yaoundé, notamment ceux du service d'hématologie qui nous ont aidés durant la collecte des données ;

A Mme ONANA née MENGUE ONDOUA Marie pour son soutien de toute nature depuis le début de cette recherche ;

A la sœur YONG Médiatrix pour son soutien de toute nature ;

A mes enfants Aaël VOUNDI KANGUE et Velzida VOUNDI MENGUE qui ont su supporter la privation de la chaleur paternelle dans le but de terminer cette recherche.

A tous les membres de notre famille pour le soutien de toute nature ;

A tous nos amis, particulièrement à : ATEBA Rachel, EBENE EKOTTO, MENGUE ASSILA, OBOUNOU DOMINIQUE, MINLO GASTON, MBIDA MEKOULOU pour leur soutien et leur encouragement ;

A Mlle BOUOPDI NANA Adjanie pour tout son soutien et son aide dans la réalisation de ce travail de recherche.

Enfin à toute personne qui pense avoir contribué à la réalisation de ce travail de recherche

RÉSUMÉ

Cette étude intitulée : « *les signifiants culturels dans le vécu de l'anxiété chez les patients atteints de cancer* » trouve son fondement dans le constat selon lequel la maladie dans l'imaginaire populaire en Afrique noire, a une origine culturelle (Sow, 1977-1978 ; Tsala Tsala, 1989 ; Bacqué 2008). Ainsi, le discours sur le cancer emprunte souvent aux représentations culturelles qui meubles les pensées des personnes dans cette société. Le cancer est une maladie chronique dont les séquelles sur la vie psychique et sociale des individus (malades et son environnement) sont indéniables. Alors, les études sur la prise en charge de cette maladie devraient déborder l'aspect biologique et intégrer les éléments du fonctionnement psychique du malade et son entourage. Déjà nous savons avec Arpin (2007) que le psychisme se fonde et s'organise sur la base de la culture. De là, à penser que l'intégration des éléments du fonctionnement psychique dans les soins offerts au malade de cancer impliquerait l'intégration des signifiants culturels en vigueur dans la culture de celui-ci comme l'indique les auteurs tels que Sow (1977) ; Rôheim (1978). Or en observant les malades de cancer en état anxieux à l'hôpital, nous avons constaté que leur discours sur la maladie est amplement imprégné des croyances mystico-religieuses, mais surtout d'un sentiment de culpabilité nourrit par des us et coutumes. Par conséquent la souffrance psychique liée au cancer qu'est l'anxiété chez ces patients questionnerait l'importance de la culture dans sa dynamique, c'est-à-dire sa structuration et son évolution. Alors le problème qui se pose dans cette étude est celui de la contribution de la culture à travers ses signifiants dans le vécu anxieux (structuration et évolution) chez le malade de cancer. L'objectif dans cette étude est d'étudier les processus par lesquels les signifiants culturels du malade de cancer contribuent au vécu anxieux chez ce dernier. Ainsi, Nous avons donc posé la question de savoir : *comment les signifiants culturels du malade de cancer contribuent-ils à son vécu anxieux de la maladie ?* Pour répondre à cette question, nous avons formulé l'hypothèse suivante : *les signifiants culturels du malade de cancer alimentent son vécu anxieux de la maladie par le truchement de l'échec de symbolisation chez ce dernier.* Pour ce faire, nous avons fait recours à la méthode clinique. Les données ont été collectées par le biais des entretiens semi-directifs auprès de trois personnes souffrant de cancer rencontrées au service d'hématologie de l'HCY. Lesdites données ont fait l'objet d'une analyse thématique de contenu. Les résultats obtenus ont montré que la maladie cancéreuse entraîne une souffrance psychique qu'est l'anxiété, se traduisant par l'altération de la jouissance à la vie, une profonde tristesse, la perte de plaisir, et donc les signifiants culturels alimenteraient par le truchement de l'échec de symbolisation (la rigidité des us et coutume, la transgression des rites et bien d'autres). Ces résultats ont été interprétés à la base de la théorie du relativisme culturel de Sow (1977-1978) et discuter à la lumière des études antérieures

Mots clés : signifiant culturel ; vécu ; anxiété ; cancer

ABSTRACT

This study entitled: `` cultural signifiers in the experience of anxiety in cancer patients`` starts from the fact that cancer is one of the most formidable chronic diseases which affects the individual both physically and psychologically. Its diagnosis is difficult to accept by the patient, which leads him to mobilise resources to identify the various causes himself. Misfortune always coming from outside, the sick people will attribute their suffering to the exogenous invoices, summarised in the cultural elements. Although the question has already been approached in this sense, in particular as a lever for easing the psychic tension generated by suffering, none of them approached the question that these same cultural signifiers would be a source of anxiety and panic, therefore anxious experience. Hence, this study poses the problem of the role of cultural signifiers in the experience of anxiety in cancer patients. From this problem, arises the following research question: how do cultural signifiers fuel the anxiety experience in cancer patients. In response to this question, we formulated the following research hypothesis: The cultural signifiers, by virtue of place they occupy in the psychic organisation, feed the anxious experience so that the conflictual relationship, the anguish of persecution, the relation of witchcraft, occupy a very important place in the psychic organisation. Thus, our objective is to understand the psychic processes by which cultural signifiers feed the anxiety experience in cancer patients. To do this, we used the clinical method. The data were collected through semi structured interviews with three people suffering from cancer met in the Hematology department of CHU. Said data were subjected to a thermal content analysis. The results obtained showed that the cancerous diseases has enormous repercussions on the psychological level of the individuals and this manifests its self in different ways. First of all, the anxiety of castration which characterises them. The constraints linked to the treatment make them captives, which prevents them from continuing to carry out their activities. The feeling of fear and panic very prevalent. They attribute their suffering to a witchcraft relationship. And as a result, the symptoms manifested are a result of this interpretation that patients give of their disease. They therefore have a firm conviction that their illnesses come from the other and that they can pass from life to death at

any time. This justifies their anxious experience. These results were interpreted on the basis of anxiety cultural theory and discussed in light of previous studies.

Key words: cultural signifiers; lived; anxiety; cancer

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : caractéristiques des participants.....	77
Tableau 2 : modèle d'analyse conceptuel	82

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE	137
ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN	139
ANNEXE 3 : Corpus d'entretien avec Jeanne	141
ANNEXE 4 : Corpus d'entretien avec Nadine	147
ANNEXE 5 : Corpus d'entretien avec Anne	158

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

CIM : Classification Internationale des Maladie.

CIRC : Centre International de la Recherche sur le Cancer

DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux.

ECA : Epidémiologie Catchment Aréa.

GCO : Global Cancer Observatory

LCC : Ligue Contre le Cancer

LM : Lymphome Malin

LN-H : Lymphome Non-Hodgkinien

O.R.L : Oto-Rhino-Laryngée.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

S-K : Sarcome de Kaposi

SSTPT : Syndrome de Stress Post traumatique

T.A.G : Trouble Anxieux Généralisés

T.O.C : Trouble Obsessionnel Compulsif

T.R.E : Thérapie Rationnelle Emotive.

INTRODUCTION GENERALE

Le dernier rapport de l'organisation mondiale de la santé (OMS 2020) sur le cancer nous indique que ce dernier est considéré aujourd'hui comme l'une des maladies les plus mortelles dans le monde entier. En terme de chiffres, on dénombre que le monde entier compte un peu plus de 46,6 millions de personnes vivant avec le cancer. Soit un taux de décès de 64,8 % par an (OMS, 2020). D'ici 2025, l'OMS estime une augmentation de cas de cancer d'environ 19,3 millions de nouveaux cas du cancer par an.

Aujourd'hui, les hommes et les femmes combinés, constituent près de la moitié des nouveaux cas et plus de la moitié des décès par cancer dans le monde en 2018 surviennent en Asie en partie, parce que la région concentre près de 60% de la population mondiale. (OMS, 2018). L'Europe concentre 23,4% du total de cas de cancer dans le monde et 20,3% des décès dus au cancer, alors qu'elle représente que 9% de la population mondiale (OMS, 2018). Les Etats-Unis comptent 13,3% de la population en 2018, mais concentrent 21,0% de l'incidence et 14,4% de la mortalité dans le monde.

Contrairement aux autres régions, les proportions de décès par cancer en Asie et en Afrique (57,3% et 7,3% respectivement) sont plus élevées que les proportions de cas d'incidence (48,4% et 5,8% respectivement), car ces régions enregistrent d'une part, une fréquence plus élevée de certains types de cancer associé à un pronostic plus défavorable et d'autre part, des taux de mortalité eux aussi plus élevés, en plus d'un accès limité aux services diagnostiques et aux traitements opportuns dans de nombreux pays. (OMS, 2018).

En Afrique, par contre, les estimations en 2008 selon l'OMS faisaient état de 571 000 nouveaux cas de cancer (318 femmes/253 hommes). Pour le Centre International de la Recherche sur le Cancer (CIRC, 2012), les formes les plus répandues en Afrique, d'abord chez les hommes étaient le cancer de la prostate (13,7%), le cancer du foie (11,5%), le sarcome de Kaposi (8,7%), le cancer de l'ŒSOPHAGE (6,2%) et le lymphome non-hodgkinien (6,2%). Chez la femme, les formes les plus répandues sont le cancer du col de l'utérus (23,8%), le cancer du sein (21,3%), le cancer du foie (4,7%), le sarcome de Kaposi (3,8).

Au Cameroun, le nombre et l'augmentation des nouveaux cas du cancer n'est pas à négliger. Selon le rapport de l'OMS 2014, l'incidence annuelle serait de 15 mille nouveaux cas et la prévalence est estimée à 25 mille malades. Le registre du cancer à Yaoundé estime l'incidence ajustée selon l'âge à 107 nouveaux cas pour 100 000 milles habitants (45

hommes/62 femmes). Les formes les plus répandues de manière générale sont le cancer du sein (18,5%), le cancer du col de l'utérus (13,8%), les lymphomes malins (LM) représentent 11,9%, le cancer de la prostate (7,5%), le sarcome de kaposi (6,9%), le cancer du foie (2,9%) et le cancer colorectal (2,9%). Sur une population estimée à près de 24 678 233 habitants, le Cameroun enregistre en 2018, 15 759 nouveaux cas et 10 533 décès. Soit un taux de valence de 27 048 nouveaux cas d'ici 2023. (GLOBOCAN, 2018).

Ce qui précède témoigne de l'intérêt des multiples recherches basées sur le cancer. Cette maladie engendre ainsi chez le patient un ensemble de répercussion. Les répercussions peuvent être non seulement physique, mais aussi psychologique. Les troubles psychologiques généralement observés chez les patients cancéreux sont les troubles anxieux et dépressifs (Rutledge et al., 2006). Dans le cadre de cette recherche, notre attention particulière s'est portée sur les troubles anxieux en présence dans les maladies cancéreuses. Plusieurs études étaient déjà faites sur l'importance ou la présence des troubles anxieux dans les maladies cancéreuses (Van't Spijker, 1997 ; Manzanera ; 2003 ; Stiegelis et al, 2004 ; Bennel et Badger, 2005 ; Fritzscher et 2005) ; (Mitchell et al, 2013). Ces études ont montré que les patients cancéreux développent toujours pour la plus parts des troubles psychologiques de la catégorie anxieuse, ce qui justifie de plus en plus l'état de mal être de ces patients.

Suite à cet état de mal-être physique et psychologique, les personnes malades vont interroger un ensemble de paramètres pour saisir les causes possibles de leur souffrance afin de mieux combattre la maladie. Les études antérieures ont montré que la culture constitue un mobile important de lecture des différentes causes du cancer (Bacqué, 2008 ; Moulin, 2005 ; Bacqué et moulin 2008). Car pour ces auteurs, la maladie cancéreuse est une maladie de la sorcellerie, mystique. Suite à cela, le malade intègre sa culture sans la recherche du sens attribué à sa maladie. Cette recherche du sens participe à la grille de lecture avec laquelle nous interprétons et donnons un sens à tout ce qui nous arrive au quotidien (Moro, 2004). La culture est dès lors un tout, indissociable à la vie de la personne, elle va s'appuyer sur les signifiants culturels pour interpréter et donner un sens à tous ce qui lui arrive. À la suite de cela, naissent de nombreuses interrogations sur la place de la dimension culturelle dans le vécu de l'anxiété chez les patients cancéreux.

Bien qu'il existe des travaux qui rendent compte de la compréhension du vécu anxieux dans la maladie cancéreuse, comme celle de la place de la culture dans le processus d'élaboration psychique et de mentalisation, fort est de constater que ces études antérieures

n'ont pas interrogé dans les processus de compréhension de l'alimentation du vécu anxieux, l'échec de symbolisation de la maladie cancéreuse chez ces patients atteints de cancer. Autrement dit La contribution de la culture dans le vécu de l'anxiété chez les patients cancéreux.

C'est dans la logique de questionner la dimension culturelle afin d'appréhender les processus psychiques par lesquels les signifiants culturels du malade contribuent à son vécu anxieux de la maladie que cette étude s'intitule : *les signifiants culturels dans le vécu de l'anxiété chez les patients atteint de cancer*.

Par cette formulation, cette étude vise à appréhender les processus psychiques par lesquels les signifiants culturels du malade de cancer contribuent au vécu anxieux de ce dernier.

Pour atteindre l'objectif ainsi formulé, l'étude est divisée en deux grandes parties ayant chacune trois chapitres : La première partie intitulée cadre théorique comprend le premier chapitre intitulé problématique de l'étude, le deuxième chapitre intitulé : les enjeux psychologiques de la maladie cancéreuse sur l'individu (revue de la littérature) et le troisième chapitre intitulé Fondements théoriques de l'étude (insertion théorique). La deuxième partie quant à elle traite du cadre méthodologique et opératoire. Elle comprend le quatrième chapitre intitulé méthodologie de l'étude, le cinquième chapitre intitulé présentation et analyse des résultats et le sixième chapitre intitulé interprétation et discussion des résultats.

PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE

CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE

1.1 CONTEXTE DE L'ETUDE

Le cancer est l'une des maladies chroniques qui est au cœur des politiques mondiales de la santé. Le nombre de personnes reçues par an préoccupe le monde entier. Selon le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) publié en 2012, environ 14,1 millions de nouveaux cas ont été enregistré et 8,2 millions de décès la même année par Cancer. Les statistiques publiées par le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC, 2012) et GLOBOCA 2012, viennent encore confirmer ces chiffres qui sont largement supérieurs aux derniers statistiques obtenues en 2008, soit 12,7 millions de cas d cancer et 8,2 millions de décès liés au cancer survenus en 2012. Selon l'OMS, le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) estimait la prévalence pour 2012, montrant que le monde entier comptait un peu plus 36,6 millions de personnes vivantes, âgées de plus de 15 ans, chez qui l'on avait diagnostiqué un Cancer au cours des 5 dernières années.

Toujours au rapport de GLOBOCAN 2012, l'on prévoyait en 2012 une augmentation substantielle de 19,3 millions de nouveaux cas du cancer par an d'ici 2025, pour des raisons de croissance exponentielle de la démographie et du vieillissement de la population mondiale. Plus de la moitié de tous les cancers (56,8%) et des décès par cancer (64,8%) en 2012 ont été enregistrés dans les régions les moins développées et ces proportions augmenteront d'ici 2025.

En 2018, les chiffres relatifs au nombre de personnes diagnostiquées positives au cancer ne sont que grandissant. Selon le CIRC dans son rapport rendu publique et publié dans la base de données GLOBOCAN (2018), le nombre de nouveaux cas de Cancer est déjà à 18,1 millions et 9,6 millions de décès par Cancer, contrairement au dernier rapport sur les statistiques publiées en 2012, Soit 14,1 millions de nouveaux cas et 8,2 millions de décès du cancer. Ces statistiques ont été recensées sur 185 pays et pour 36 types du cancer. Ce même rapport montre qu'un homme sur huit et une femme sur dix dans le monde développe le cancer au cours de leur vie, et un homme sur huit et une femme sur onze meurent de cette maladie (GLOBOCAN, 2018). A l'échelle mondiale, le nombre total de personnes vivant avec un cancer dans les cinq ans suivant le diagnostic, est estimé à 43,8 millions (CIRC, 2018). Cette augmentation exponentielle est toujours liées à une forte expansion démographique et vieillissement de la population. Cela va sans doute de pair avec le niveau

de vie des populations dans les pays pauvres, donc leur hygiène n'est pas contrôlée (OMS, 2018).

Les tendances mondiales montrent que pour les hommes et les femmes combinés, près de la moitié des nouveaux cas et plus de la moitié des décès par cancer dans le monde en 2018 surviennent en Asie en partie, parce que la région concentre près de 60% de la population mondiale. (OMS, 2018). L'Europe concentre 23,4% du total de cas de cancer dans le monde et 20,3% des décès dus au cancer, alors qu'elle ne représente que 9% de la population mondiale (OMS, 2018). Les Etats-Unis comptent 13,3% de la population en 2018, mais concentrent 21,0% de l'incidence et 14,4% de la mortalité dans le monde.

Contrairement aux autres régions, les proportions de décès par cancer en Asie et en Afrique (57,3% et 7,3% respectivement) sont plus élevées que les proportions de cas d'incidence (48,4% et 5,8% respectivement), car ces régions enregistrent d'une part, une fréquence plus élevée de certains types de cancer associé à un pronostic plus défavorable et d'autre part, des taux de mortalité eux aussi plus élevés, en plus d'un accès limité aux services diagnostiques et aux traitements opportuns dans de nombreux pays. (OMS, 2018).

En Afrique, par contre, les estimations en 2008 selon l'OMS faisaient état de 571 000 nouveaux cas de cancer (318 femmes/253 hommes). Pour le CIRC, (2012), les formes les plus répandues en Afrique, d'abord chez les hommes étaient le cancer de la prostate (13,7%), le cancer du foie (11,5%), le sarcome de Kaposi (8,7%), le cancer de l'œsophage (6,2%) et le lymphome non-hodgkinien (6,2%). Chez la femme, les formes les plus répandues sont le cancer du col de l'utérus (23,8%), le cancer du sein (21,3%), le cancer du foie (4,7%), le sarcome de Kaposi (3,8).

Au Cameroun, le nombre et l'augmentation des nouveaux cas du cancer n'est pas à négliger. Selon le rapport de l'OMS 2014, l'incidence annuelle serait de 15 mille nouveaux cas et la prévalence est estimée à 25 mille malades. Le registre du cancer à Yaoundé estime l'incidence ajustée selon l'âge à 107 nouveaux cas pour 100 000 milles habitants (45 hommes/62 femmes). Les formes les plus répandues de manière générale sont le cancer du sein (18,5%), le cancer du col de l'utérus (13,8%), les lymphomes malins (11,9%), le cancer de la prostate (7,5%), le sarcome de kaposi (6,9%), le cancer du foie (2,9%) et le cancer colorectal (2,9%). Sur une population estimée à près de 24 678 233 habitants, le Cameroun

enregistre en 2018, 15 759 nouveaux cas et 10 533 décès. Soit un taux de valence de 27 048 nouveaux cas d'ici 2023 (GLOBOCAN, 2018).

Toutes ces statistiques sont très alarmantes et suscitent l'intérêt des multiples recherches basées sur le cancer. Les mesures sont ainsi prises pour améliorer la prise en charge normale des personnes atteintes de cette maladie chronique. Ces mesures d'accompagnement mise en place par l'organisation mondiale de la santé dans le suivi et le dépistage systématique chez les jeunes filles sont. Les freins liés à un suivi des patients reposent sur la montée démographique et la non sensibilisation des personnes sur les dangers et les conséquences liés à la maladie. (OMS, 2019). Au Cameroun par exemple, un plan de prise en charge des personnes souffrant de cancer a été mis en place le 04 février 2020 par le ministère de la santé public.

Aujourd'hui, l'annonce d'un diagnostic à une maladie chronique engendre au sein des familles et de l'entourage du malade des dysfonctionnements, tant psychologiques, morales que sociales. Suite à ce diagnostic, le patient se voit couper du monde ; voir mort avant de mourir. Celui du cancer par exemple, est encore plus accentué, car causant le plus grand nombre de décès par an (OMS, 2019). Il engendre un traumatisme autant chez le malade que son entourage, car le diagnostic positif est immédiatement associé à l'idée de mort, d'où l'angoisse de mort imminente qui caractérise cette population (Nguimfack, 2016). L'individu qui souffre d'une maladie chronique, n'est pas une entité isolée, mais un être qui vit et agit au sein d'une société, laquelle la considère souvent comme n'existant plus, ou que sa souffrance engendre un dysfonctionnement au sein de celle-ci. Ainsi, Nguimfack (2016) a montré que le malade du cancer n'est pas une entité isolée, il fait partie d'un environnement familial dans lequel il agit et est agi. On comprend par-là que, les personnes atteintes de maladies chroniques, en dehors d'être stigmatisées, leur souffrance affecte en grande partie son entourage, soit proche ou éloigné. Ackermann (1966) et Lemaire (1989), cité par Nguimfack (2016), estiment que la personne en souffrance est à considérer conjointement avec ses proches, notamment dans la part psychique d'elle-même qui reste profondément active chez les proches, les mouvements conscients, préconscients et inconscients qui les mobilisent, et le système qu'ils constituent au travers des rituels et des mythes qui leur sont communs.

Le malade et sa famille souffrent au même titre et vivent la maladie en terme de traumatisme. La prise en charge des personnes souffrant de maladies chroniques n'est pas à négliger. Le caractère couteux de celle-ci pousse de nombreuses familles et patients aux

tendances suicidaires. Le plus souvent, l'on attribue la maladie à un membre de la famille ou à une origine externe. Elle est souvent vécue comme la réponse à une demande des ancêtres de réparer une transgression d'une norme ancestrale adressée à la famille du malade (Tsala Tsala, 2009). On comprend par-là que, quel que soit le type de maladie chronique que l'on peut avoir, l'impact de son vécu est considérable pour le malade que son environnement qui tant bien que mal, cherche à étendre la souffrance de la maladie aux causes exogènes.

Ainsi, chez le malade cancéreux les répercussions psychologiques sont observées en fonction de la façon dont l'individu vit sa maladie et le sens qu'il donne à celle-ci. Ce qui nous amène à interroger le vécu anxieux chez les patients cancéreux en lien avec la culture. Le choix de l'anxiété comme objet de cette étude repose sur le fait que, celle-ci est la pathologie psychologique la plus souvent observée chez les personnes souffrant d'une maladie grave. Dans une méta-analyse (144 études), Mitchell et al. (2013) ont montré que les troubles anxieux étaient particulièrement importants chez les malades du cancer (12,8% à 23,6%) vs sujets contrôle (9,8% à 18,5%). Bennett et Badger (2005) ont établi une revue de la littérature sur les troubles anxio-dépressifs présents chez les patients atteints d'un cancer et indiquent que 48% des patients cancéreux, tous cancers confondus, souffrent d'anxiété. D'autres études ont montré que 51% des personnes atteintes d'un cancer souffrent de détresse psychologique. Plus précisément, de 10 à 20% sont anxieuses avant le traitement et de 21 à 54% pendant et après le traitement. Certaines développent des troubles de l'adaptation (28,3%), une agoraphobie (15%), un trouble anxieux généralisé (TAG 9%), un trouble panique (6%), un S.S.P.T (5%), des phobies spécifiques (2,3%), des T.O.C (1,1%) ou des troubles de la personnalité (1,1%) (Manzanera et al., 2003 ; Stiegelis et al., 2004 ; Fritzscher et al., 2005). D'après la méta-analyse de Van't Spijker et al. (1997), la symptomatologie anxieuse se manifeste chez 12 à 42% des sujets au moment du traitement, et de 2 à 49% un an après le traitement.

1.2 FORMULATION DU PROBLEME

Les phénomènes anxieux observés en cancérologie rendent compte d'une grande richesse clinique renvoyant à des niveaux d'analyse sensiblement différents qu'il importe de bien discriminer et d'expliquer en vue de mieux comprendre leur incidence sur la santé.

Le terme « anxiété » désigne un vécu émotionnel pénible, caractérisé par des manifestations somatiques et neurovégétatives (tachycardie, tremblements, sudation, etc.),

mais aussi par des pensées potentiellement dépressogènes tels que le sentiment de perte de contrôle ou d'impuissance (Bridou & Aguerre, 2010). Selon le modèle cognitif de Beck et Emery (1985), le niveau d'anxiété état (ensemble de réactions émotionnelles secondaires et momentanées) est envisagé comme le produit d'une équation complexe entre plusieurs paramètres subjectifs : l'importance de la menace perçue, majorée par la sévérité des conséquences délétères imaginées et/ou minorées par le sentiment de contrôle ressenti à l'égard de la situation stressante. Il importe autrement dit de dissocier la perception du danger du malaise émotionnel qui peut en résulter. Notons en outre que l'anxiété est qualifiée de pathologique lorsqu'elle cause des perturbations significatives (détresse psychologique, sidération de la pensée, altération de la qualité de vie et du bien-être, baisse d'estime de soi, désadaptation, repli sur soi, etc.), lorsqu'elle tend à s'intensifier et à se pérenniser, lorsqu'elle semble disproportionnée au regard des risques biomédicaux réellement encourus ou fausse leur appréciation, ou encore, lorsqu'elle tend à perdurer malgré les réassurances médicales.

La question du vécu anxieux dans les maladies chroniques est très ancienne. Plusieurs auteurs (Dew & al., 2005 ; Schelling et al., 2004 ; Freud (1939) ; (Ronan Le Naour, 2007) se sont intéressés aux manifestations anxieuses généralement observées auprès des patients atteints des maladies chroniques ou grave.

Dans les maladies du Cœur par exemple, le stress, la dépression et l'anxiété peuvent énormément affecter la capacité d'un patient à se rétablir après une maladie cardiovasculaire (Gray et al 2001). Les personnes qui souffrent d'anxiété à la suite d'une crise cardiaque sont susceptibles de subir une autre crise cardiaque que ceux également atteints d'une maladie cardiaque, mais donc la santé mentale est bonne.

Dans le cancer en particulier, les manifestations anxieuses laissent transparaître un traumatisme chez le malade qui vit désormais le poids de la maladie. Si aujourd'hui, le pronostic des cancers est très variable, suivant le type de tumeur, son stade de développement, n'implique plus systématiquement la mort. Les travaux antérieurs (Bacqué, 2006, 2008 ; Moulin, 2005, Nguimfack, 2016) montrent que, pour les malades atteints d'un cancer, le sentiment développé est plutôt celui de la condamnation, car le cancer est pour eux une mort à brève échéance. Avec la maladie, l'individu est brutalement confronté au fait qu'il va mourir, il doit affronter cette réalité qui était précédemment pour lui à proprement parler « impensable ». Cette impensable rend impossible une représentation de notre mort. C'est la confrontation à sa propre mort, qui constitue en quelque sorte la toile de fond du cancer, elle

s'accompagne par ailleurs d'un ensemble de bouleversement au niveau du fonctionnement psychologique de l'individu d'où le vécu anxieux.

Les études de Gray et al (1997) effectuées au Canada montre que, sur tous les canadiens qui reçoivent le diagnostic de cancer, 42% développent de l'anxiété. Leurs symptômes incluent de l'insomnie, de la colère, une faible concentration. Pour eux, beaucoup de personnes atteintes du cancer trouvent qu'il est plus difficile de composer avec les émotions qu'elles ressentent qu'avec les symptômes physiques de la maladie. En outre, si leur maladie mentale n'est pas traitée, les personnes atteintes du cancer sont plus susceptibles d'être hospitalisée.

Les travaux de Bridou et Aguerre (2010) ont montré que plusieurs facteurs peuvent être à l'origine du vécu anxieux dans les maladies graves. Ils rappellent par-là que les manifestations de l'anxiété sont fonction de l'élément déclencheur de cette anxiété, en fonction de l'objet de la peur s'il est bien défini ou pas. De ce fait, Il convient en outre de distinguer les manifestations anxieuses en lien avec des peurs bien identifiées (peur de la maladie, des traitements, des conséquences du cancer, de la souffrance, de la mort) de l'anxiété anticipatoire (peur d'avoir peur), plus diffuse et moins centrée sur un objet phobogène, caractérisée par des appréhensions et des inquiétudes, voire des soucis pathologiques (Bridou et Aguerre, 2010).

Le premier type d'anxiété considéré ci-avant serait plutôt de nature réactionnelle, généré par la confrontation brutale à un danger réel. Il est par exemple couramment observé au moment de l'annonce du diagnostic de cancer, sachant qu'il s'agit d'une expérience extrêmement angoissante, pouvant parfois donner lieu à un véritable état de stress post-traumatique (Taylor et al, 1991). Ils montrent également que le vécu anxieux chez les patients cancéreux peut aussi être alimenté par les aspects contraignants et pénibles des traitements pour le cancer et leurs effets secondaires indésirables (douleur, fatigue, perte de cheveux, etc.) observés au cours de soins (Bridou et Aguerre, 2010). De plus, cela peut également s'observer par la difficulté d'opérer un choix entre plusieurs options thérapeutiques constituant une source de crainte importante, tout particulièrement si la décision finale du patient n'est pas approuvée par son médecin (Bridou et Aguerre 2010).

Pour les cancéreux en phase terminale, les études de Roth et Massie (2007) ainsi que celles de Solkovskis et al (1997) ont plutôt montrer que le fait de recevoir des soins palliatifs

amène les cancéreux bien souvent à développer une peur de la douleur et à redouter la perte d'autonomie. Chez les hommes, c'est surtout le cancer de la prostate qui concentre bon nombre de peurs en rapport ou non avec leur sexualité (peur d'avoir des difficultés érectiles, de voir son corps se féminiser, de devenir incontinent) et génère par leur entremise une grande souffrance psychologique (Bouregha et May-Levin, 2007). Pour autant, notons que beaucoup de recherches menées actuellement en oncologie ne spécifient pas la nature des objets phobogènes des personnes cancéreuses, faute d'arriver à en cerner véritablement la nature (Consedine et al. 2004), ce qui soulève notamment la question de leur conscientisation et de leur évaluation.

Le second type d'anxiété résulte plutôt d'un profond sentiment d'incertitude et d'imprévisibilité face à l'avenir, prégnant chez les personnes en attente fébrile de diagnostic, mais aussi chez les cancéreux en phase de rémission et les « survivants » (comme on les appelle communément dans la littérature scientifique) qui peuvent avoir constamment l'impression de vivre avec une « épée de Damoclès » suspendue au-dessus de leur tête, symbolisant leur peur de la récurrence (Sirois et al. 2003). Cette dernière prend fréquemment la forme d'une anticipation anxieuse de scénarios catastrophiques hypothétiques, plus ou moins probables, qui pourraient s'actualiser si la maladie réapparaissait (Whitaker et al 2008 ; Whitaker et al 2009 ; Walker et Furer, 2008).

Les sujets d'inquiétudes tels que le montrent Whitaker et al (2009) et Walker et Furer, (2008) portent autrement dit principalement sur les conséquences négatives éventuelles d'une récurrence cancéreuse (souffrance physique et morale, déchéance et dépendance physique, déliquescence des liens sociaux, mort, peine causée aux proches, etc.). Il s'agirait en oncologie d'une des formes d'anxiété les plus délétères sur le plan psychologique et l'une des plus souvent rapportées, à des degrés divers, par les sujets cancéreux en voie de guérison, quel que soit le type de cancer qu'ils présentent (Whitaker et al 2009 ; Walker et Furer, 2008). Des sensations physiologiques inexplicables, des effets secondaires inattendus (fatigue, douleur), des examens médicaux de contrôle laissant dans l'expectative, des propos alarmistes tenus sur des forums d'échange Internet, ou encore, le décès d'un proche seraient des facteurs déclencheurs et/ou de maintien susceptibles d'entretenir et de majorer ces anticipations anxieuses. Lorsqu'elle est massive, la crainte de la récurrence et de ses corrélats s'accompagne généralement d'un sentiment d'être livré à soi-même, décourage à demander de l'aide, contrecarre l'usage d'examen médicaux visant à investiguer la progression de la

maladie et/ou tend à majorer la crainte des résultats (Sirois et al 2003). Elle s'amenuiserait toutefois au fil du temps pour céder progressivement la place à d'autres types d'appréhensions, comme la peur de développer d'autres types de cancers et/ou de présenter ultérieurement des séquelles des traitements chimiothérapeutiques ou radiothérapeutiques préalablement endurés (Deimling et al 2006).

En dehors des facteurs évoqués plus haut, Plusieurs autres facteurs psychologiques semblent prédisposer à s'inquiéter pour sa santé, et plus spécifiquement, à craindre le cancer. Une propension à l'instabilité émotionnelle (névrosisme) est tout d'abord observée chez les personnes cancéreuses qui tendent à multiplier les consultations médicales pour tenter (en vain) de se rassurer (Amelang, 1997). S'attribuer la responsabilité de la survenue d'un cancer peut aussi alimenter un sentiment de culpabilité, source importante d'anxiété (Cousson-Gélie et al 2005). D'ailleurs, un bon moyen de l'évincer momentanément peut être d'attribuer la survenue de sa maladie à des causes environnementales liées au mode de vie moderne (nuage radioactif de Tchernobyl, ondes électromagnétiques, etc.). Se persuader (à tort) que les maladies graves affectent préférentiellement autrui peut par ailleurs procurer un sentiment d'invulnérabilité somatique.

Par la suite, notons que l'anxiété est une réponse fréquente face à une menace qui peut être adaptative ou devenir pathologique à certains niveaux ou dans certaines circonstances. Même si les critères diagnostiques de l'anxiété sont bien définis, ces critères sont difficiles à appliquer aux patients atteints de cancer étant donné que la menace du cancer est bien réelle et que la symptomatologie anxieuse peut se confondre avec certains symptômes liés au traitement tels que la fatigue, la perte d'appétit (Lafaye, 2009). Pour le même auteur, le cancer, que l'on peut qualifier d'incertain et de dangereux, est un terrain fertile à l'apparition de l'anxiété sous plusieurs formes et intensités différentes (anxiété comorbide, anxiété réactionnelle).

Holland (1989) estime qu'il est normal d'avoir un niveau d'anxiété élevé durant une période de 7 à 10 jours après l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Pour Stark et House (2000), il est habituel que les patients aient des pensées de mort récurrentes après l'annonce du diagnostic ou de la rechute, mais elles sont anormales au cours de la rémission. Ils estiment également qu'il est important de préciser que le degré de la menace varie en fonction de l'histoire du cancer (évolution du cancer, rechute, cas de cancer familiaux). La notion d'anxiété est donc difficile à définir en oncologie où il est nécessaire de prendre en

compte à la fois l'histoire de l'anxiété (origine, facteur déclencheur, moment d'apparition, intensité) et l'histoire du cancer. Nordin et Glimelius (1999), montrent que l'anxiété persistante peut être identifiée très tôt après le diagnostic. Selon eux, une anxiété qui persiste pendant trois semaines après la consultation de diagnostic prédit un niveau élevé d'anxiété six mois après. De plus, la prévalence des troubles anxieux après le diagnostic de cancer diminue dans les années qui suivent (Fallowfield, 1994), sans pour autant revenir au niveau de la population générale, même après un traitement curatif (Loge et al., 1997). Ceci est en accord avec l'étude de Wells et al. (1988), qui indique que l'anxiété pathologique est une affection commune chez les patients atteints de cancer.

La totalité du parcours qu'impose le cancer est pour le patient une source importante d'anxiété. Ainsi, on peut relever l'anxiété liée à l'attente du diagnostic (Holland, 1998) ou du résultat de la biopsie (Wirshing, 1985), l'anxiété liée à l'observance (Heller, 2003), aux effets secondaires (Sachs, 1997) ou à la fin du traitement quand le patient se retrouve livré à lui-même avec un sentiment d'être abandonné par le personnel soignant, et l'anxiété liée à la rechute ou la récurrence pendant la période de rémission (syndrome de Damoclès défini par Koocher et O'Malley, 1981). Ainsi, les craintes les plus couramment associées au cancer sont celles de la mort, de l'incertitude, celles de la douleur, de perdre le contrôle ou d'être abandonné. Il y a des appréhensions plus spécifiques selon les types de cancer ou les traitements subis. En effet, certains cancers, comme les cancers O.R.L, qui entraînent des changements physiques visibles (laryngotomie par exemple), ou certains traitements, comme la chimiothérapie qui induit des effets secondaires visibles (perte de cheveux par exemple), entraînent des modifications de l'image du corps importantes qui sont très angoissantes car elles altèrent l'intégrité corporelle et le sentiment d'identité du malade, qui ne se reconnaît plus à travers cette image de lui mutilée (Lafaye, 2009).

De ces études antérieures, nous retenons que l'anxiété est l'une des affections psychologiques majeures présentes dans la quasi-totalité des maladies graves en générale et dans le cancer en particulier (Farrokhyar, Masshall, Easterbrook et Irvine, 2006 ; Bennebroek Evertsz et al 2012). Celle-ci serait alimentée soit par l'attente du diagnostic (Holland, 1998 ; Taylor et al, 1991 ; Nguimfack, 2016), à l'observance thérapeutique (Heller, 2003), aux effets secondaires du traitement (Sachs, 1997 ; Bridou et Aguerre, 2010 ; Roth et Massie, 2007 ; Solkovskis et al, 1997) ; la rechute ou la récurrence pendant la période de rémission (Koocher et

O'Malley 1981,). Des travaux antérieurs, qui se sont intéressés à l'anxiété, on note que bien qu'ils présentent les causes de l'anxiété, la dimension culturelle n'est pas abordée.

Selon l'approche cognitivo-comportementale et la théorie du vécu subjectif de Vermeersch (1997), le vécu anxieux chez les patients atteints de maladie grave est appréhendé comme la réponse à un mauvais traitement de l'information, qui va engendrer une détresse émotionnelle chez le sujet malade et impacter sur son comportement. Les symptômes somatiques sont les plus conséquents et miment à s'y méprendre les symptômes physiques consécutifs de la maladie, ce qui rend leur identification, en tant que manifestation de l'anxiété complexe (Philippin, 2009). D'un point de vue cognitif, des pensées récurrentes mettant en scène les aspects liés aux conséquences de la maladie comprenant des peurs de la mort, de la dépendance, de l'infirmité (Philippin, 2009). Selon Miller et Massie (2006), le style de pensée de ces patients anxieux serait caractérisé, soit par une tendance à la surgénéralisation, c'est-à-dire à avoir la conviction qu'une issue défavorable est absolument inévitable, soit par un catastrophisme, signifiant qu'ils se perçoivent comme étant impuissant et désespéré dans une telle situation. De manière générale, l'approche cognitivo-comportementale montre que les troubles anxieux dans les maladies graves sont dues à l'interprétation catastrophique des symptômes somatiques qui entraînent le patient dans un cercle vicieux (Miller et Massie, 2006). Les différents symptômes ressentis par le patient font l'objet d'une interprétation catastrophique. Cette interprétation pathologique est source d'une anxiété qui elle-même, peut culminer en un état de panique incoercible (Miller et Massie, 2006 cité par Philippin, 2009) autrement dit, pour cette approche, les troubles anxieux sont le fait d'un conditionnement.

La théorie du relativisme culturel de Sow (1977, 1978) postule qu'aucune maladie ne peut avoir un sens en dehors du contexte socioculturel où elle se développe ; par ailleurs, les attitudes et les prises en charge sont toujours en lien avec ce sens. En effet, Sow (1977) réitère que sa théorie met l'accent sur l'interprétation de la maladie selon trois registres en Afrique : l'action intentionnelle d'un mauvais esprit –sorcier- et effet du fétichage-maraboutage ou empoisonnement ; l'action intentionnelle des ancêtres et de Dieu ; la discordance avec les signifiants culturels tels que les symboles, les valeurs, les conduites culturelles et les troubles de la vie communautaire élargie.

Il fait une clarification et une conceptualisation de la cosmogonie anthropologique africaine, afin de déterminer dans chaque univers les possibles compréhensions des

comportements suivant les descriptions du micro, méso et macrocosmos. De là à comprendre que la maladie dans l'imaginaire populaire en Afrique Noire a ses origines à l'extérieur de l'individu et non à l'intérieur de son corps, même quand c'est ce dernier qui est atteint. D'après Tsala Tsala (1989) « dans la plupart des traditions du Cameroun et des pays de l'Afrique centrale, la maladie est rarement une donnée individuelle. Elle est toujours la manifestation directe ou indirecte d'un désordre cosmique ayant des effets immédiats sur l'organisation sociale et sur les rapports interpersonnels entre individus du même groupe ». Ici, les peuples ont une conception molaire ou globale de la maladie qui n'est pas interprétée comme un simple désordre organique mais comme un phénomène social, c'est-à-dire un « mal-être » dans la culture. Elle est un indicateur de conflit ou de perturbation des rapports sociaux. Cette conception de la maladie qui est prépondérante dans les sociétés africaines pose le problème du rapport psychisme/ société. C'est que le psychisme de chaque individu est culturellement structuré et codé. Dans son activité et son fonctionnement, le psychisme s'organise autour des éléments qui fondent ce codage culturel. Il s'agit des éléments comme les pratiques, les croyances, les représentations culturelles, les légendes, les mythes, les rites, les interdits, bref les valeurs que nous appelons globalement ici les signifiants culturels.

Ces signifiants culturels qu'on peut aussi appeler « organisateurs socioculturels » sont aussi ce qui oriente le comportement, les modes de pensée et les manières de sentir d'un individu appartenant à une société ou à une culture donnée. Ainsi, face à une maladie, l'individu la pense en fonction de ses signifiants culturels et les processus psychiques mis en place se ressource de ces mêmes signifiants culturels. Ces derniers sont un fond sur lequel se dessine une forme, autrement dit le fonctionnement psychique de l'individu dans son groupe culturel prend forme sur les signifiants culturels qui meublent ou président à l'organisation de ce groupe. Dans ce sens la maladie ne peut être comprise que lorsque l'on a pris en compte ces signifiants culturels ou organisateurs culturels et leur influence sur le psychisme de l'individu. En revanche, les processus qui entrent dans l'activité psychique d'un individu malade (activités de représentation, de mentalisation, de réaménagement psychique par exemple) doivent être analysés dans leur articulation avec ces signifiants culturels (organisateur socioculturels). C'est pourquoi, Nguimfack (2016) soutient que tout matériel culturel apporté en clinique par un patient est d'abord et avant tout un matériel psychique. Le patient vit avec ce matériel au quotidien et celui-ci oriente son comportement, sa façon de penser, de sentir et d'agir, bref structure sa façon d'être (son existence). Dans cette perspective, Nguimfack (2016) explique par exemple que « l'évocation de la sorcellerie

par la famille comme cause de son malheur [...] ne saurait être considérée par un thérapeute appelé à travailler sur les interactions familiales comme un non-sens. Elle fait partie du matériel psychique avec lequel les membres de cette famille fonctionnent, matériel psychique qui oriente leurs pensées (cognitions), leurs comportements et leurs émotions. ». Ici, Nguimfack donne un statut particulier au matériel culturel apporté en clinique par un patient. Si quelqu'un évoque la sorcellerie, les croyances ou la malédiction pour expliquer ses misères voire ses postures face à ces dernières, il s'agit là, pour lui, d'un élément qui structure culturellement son fonctionnement psychique en ce moment-là.

L'idéal en pratique ou en recherche serait, d'analyser la place qu'il donne dans son fonctionnement psychique à la sorcellerie, aux croyances ou à la malédiction qu'il évoque. En procédant ainsi, on pourra accéder aussi aux processus psychiques mis en œuvre dans les comportements, face à la maladie et son traitement dans leur connotation culturelle. C'est dans cette perspective que ladite réflexion sur l'implication des signifiants culturels dans le vécu anxieux chez les patients atteints de cancer

Cependant, dans l'imaginaire populaire de la maladie en Afrique, celle-ci a toujours une origine culturelle (Devereux, 1970-1972 ; Sow, 1977-1978 ; Tsala Tsala, 1989, Moro, 2004 ; Bacqué, 2008, Nguimfack, 2016-2021). Ainsi, le discours sur le cancer emprunte souvent aux représentations culturelles qui meubles les pensées des gens dans cette société. Le cancer est une maladie chronique dont les séquelles sur la vie psychique et sociale des individus (malades et son environnement) sont indéniables. Alors, les études sur la prise en charge de cette maladie devraient déborder l'aspect biologique et intégrer les éléments du fonctionnement psychique du malade et son entourage. Déjà nous savons avec Arpin (2007) que le psychisme se fonde et s'organise sur la base de la culture. De là, à penser que l'intégration des éléments du fonctionnement psychique dans les soins offerts au malade de cancer impliquerait l'intégration des signifiants culturels en vigueur dans la culture de celui-ci comme l'indique les auteurs tels que Sow (1977) ; G. Róheim (2008). Or en observant les malades de cancer en état anxieux à l'hôpital, nous avons constaté que leur discours sur la maladie est amplement imprégné des croyances, mystico-religieuse, mais surtout d'un sentiment de culpabilité nourri par des us et coutumes. Par conséquent la souffrance psychique liée au cancer qu'est l'anxiété chez ces patients questionnerait l'importance de la culture dans sa dynamique, c'est-à-dire sa structuration et son évolution. Alors le problème

qui se pose dans cette étude est celui de la contribution de la culture à travers ses signifiants dans le vécu anxieux (structuration et évolution) chez le malade de cancer.

1-3 QUESTION DE RECHERCHE

L'objectif de cette étude étant d'étudier les processus par lesquels les signifiants culturels du malade de cancer contribuent au vécu anxieux chez ce dernier, nous posons donc la question de savoir : *comment les signifiants culturels du malade de cancer contribuent –ils à son vécu anxieux de la maladie ?*

1.4 HYPOTHESE DE L'ETUDE

Comme le souligne Moro (2004), la culture permet un codage de l'ensemble de l'expérience vécue par un individu, elle permet d'anticiper le sens de ce qui peut survenir et donc de maîtriser la violence de l'imprévu, et par conséquent du non-sens. La culture met à la disposition du sujet, une grille de lecture du monde, mouvante et souple mais toujours présente quoique parfois en danger d'effacement ou de non-contenance dans des situations de rupture. Ce codage est un processus constitué d'inférences complexes, inférences ontologiques mais aussi des inférences de causalité, permettant de donner un sens à un événement répertorié.

Selon Kaës et al., (2005), « la culture est à ce niveau interne, l'ensemble des dispositifs de représentations symboliques dispensateurs de sens et d'identité, et à ce titre organisateur de la permanence d'un ensemble humain, des processus de transmissions et de transformation. Elle comporte nécessairement un dispositif d'autoreprésentation, qui implique la représentation de ce qui n'est pas elle, de ce qui lui est étranger, ou de ce qui lui est attribué ». La culture apparaît alors comme un ensemble plus ou moins partagé de savoirs, savoir-faire et savoir être, relatif à un univers culturel. En les distinguant d'un autre groupe (Di & Moro, 2008).

Nous inspirant du postulat de Kaes et al (1998) qui affirme que : La culture est à ce niveau interne, l'ensemble des dispositifs de représentations symboliques dispensateurs de sens et d'identité, et à ce titre organisateur de la permanence d'un ensemble humain, des processus de transmissions et de transformation. Elle comporte nécessairement un dispositif d'autoreprésentation, qui implique la représentation de ce qui n'est pas elle, de ce qui lui est étranger, ou de ce qui lui est attribué. Dans le cancer par exemple, le sens que les patients

donnent à leur souffrance collabore avec les axes de réflexion précédant. Allant dans ce sens, nous avons formulé l'hypothèse suivante : *les signifiants culturels du malade de cancer augmentent son vécu anxieux de la maladie par le truchement de l'échec de symbolisation chez ce dernier.*

1.5 OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'objectif de cette étude est d'appréhender les processus psychiques par lesquels les signifiants culturels alimentent le vécu anxieux des patients atteints de cancer.

1-6 INTERETS DE L'ETUDE

Pour présenter les intérêts de cette étude, nous allons les regrouper en deux catégories à savoir : l'intérêt sur le plan scientifique et l'intérêt sur le plan social

1.6.1 Intérêt scientifique

Les travaux antérieurs qui se sont attardés sur le vécu anxieux chez les patients souffrants de cancer mettaient l'accent sur la souffrance physique, sur les conditions de prise en charge médicales, sur le type de relation entretenue par les membres de la famille, sans toutefois mettre l'accent sur l'importance des signifiants culturels dans la compréhension et le traitement des troubles anxieux observés chez les patients atteints de cancer. Cette étude aura donc pour intérêt d'interroger la place des signifiants culturels dans le vécu de l'anxiété chez les patients cancéreux, ainsi que leur prise en soin.

1.6.2 Intérêt social

Sur le plan social, ce travail aura pour intérêt d'amener les populations à s'informer sur le fonctionnement de la maladie cancéreuse avec les différents degrés qu'il faut prendre en compte pour comprendre la maladie et son vécu. Cette compréhension qui devrait prendre en compte la culture sans laquelle l'africain ne peut s'affirmer comme membre d'une société.

**CHAPITRE 2 : LES ENJEUX
PSYCHOLOGIQUES DE LA MALADIE
CANCEREUSE SUR L'INDIVIDU**

Le cancer englobe un groupe de maladies se caractérisant par la multiplication et la propagation anarchiques des cellules anormales (LCC, 2016). Cette maladie à la fois chronique et la plus mortelle (OMS,2020) est digne d'intérêt, car elle engendre en moyenne 31% de décès chez les hommes et 21% Versus 38% chez les femmes par an. Ainsi, il sera question dans ce chapitre de définir et clarifier les concepts clés, ensuite parler du cancer proprement dit, le vécu psychologique du cancer, maladie grave et vécu anxieux et enfin les signifiants culturels dans le vécu de la maladie grave.

2.1 DÉFINITION ET CLARIFICATION DES CONCEPTS

Dans cette partie de notre mémoire, il sera question de définir les concepts clés en rapport avec notre sujet de recherche. Il s'agira entre de la définition de : signifiant, culture, signifiants culturels, vécu et anxiété.

2.1.1 Signifiant

Pour Lacan (1954), le signifiant est en quelque sorte le symbolique. Pour le démontrer, il s'inspire des travaux de Ferdinand de Saussure qui suggère de considérer la langue comme un système et propose une théorie du signe qui unit un concept à une image acoustique. Ceci dit, pour Ferdinand de Saussure, le « *signifiant est l'image du stimulus* ». En psychanalyse, le « signifiant » correspond à un élément du discours, repérable au niveau conscient et inconscient, il représente l'individu et le détermine. De manière générale, le « *signifiant* » est la représentation durale, stockée en mémoire à long terme, d'un stimulus signe en usage dans la langue telle qu'elle est connue par les locuteurs.

2.1.2 Culture

La culture dans son étymologie vient du mot latin « *cultura* », dérivé du verbe colere, habilitier, cultiver. Pour Boukhalat, (2017), la culture désigne l'action de cultiver l'esprit et

l'enrichir par l'ensemble des connaissances acquises par un individu. Selon le dictionnaire LA TOUPIE, la culture est l'ensemble des savoir-faire, des traditions, des coutumes propres à un groupe humain, à une civilisation. Pour Tylor (1871), le mot culture a été associé aux sociétés dites primitive, objet de ses investigations et le mot civilisation aux sociétés dites les plus évoluées et en particulier à la société occidentale. La culture apparaît ainsi comme étant un ensemble complexe qui comprend le savoir, les croyances, l'art, l'éthique, les lois, les coutumes et toute autre aptitude et habitude acquise par l'homme comme membre d'une société (Tylor, 1871). Pour Clifford Geertz (1885), la culture est le « moyen par lequel l'homme, en développant, à travers les techniques, les arts, et la religion, tente de rendre compte de son expérience interprétative du monde ».

Toute culture définit des catégories qui permettent de lire le monde et donner un sens aux événements du monde, c'est choisir des catégories communes pour percevoir le monde de manière ordonnée. Ces mondes fondent la pertinence des représentations pour un groupe donné (Moro et Baubet, 2003). Tous ces éléments épars sont structurés de manière cohérente par des représentations. Ces représentations sont les interfaces entre le dedans et le dehors, elles sont le résultat de l'appropriation par les individus de systèmes d'origine de pensées, d'origine culturelle. Elles permettent l'expérience subjective. Le sujet va dans ce sens incorporer ses représentations culturelles, et, les reparties à partir de ses propres mouvements, ses conflits internes et ses traits de personnalités » (Moro et Baubet, 2003, p. 182).

Ainsi la culture met à la disposition de l'individu une grille de lecture du monde qui lui permet d'anticiper le sens de ce qui peut survenir et donc de maîtriser la violence de l'imprévu. Aussi, c'est un système instable et ouvert en perpétuelle transformation, dynamique (Adjani, 2020). Dans ce sens le changement est le mode d'être de la culture. (Dahoun 2005, p. 212) (Rouchon, 2007).

La culture prescrit les règles, des limites et des codes. Aussi elle indique le permis et l'interdit. La culture définit les données tels que le rythme de vie, les habitudes alimentaires, les limites de contact et distance corporelles, les tabous sexuels, la retenue, l'exubérance des gestes (Corréa, 2005, p160). Dans chaque culture, existe des modèles de normalités et des modèles d'inconduites (Linton, 1936 ; Nathan, 1986). C'est-à-dire des manières normales d'être normale et de manières normales d'être anormale. (Devereux 1970, 1972, Zempléni, 1998).

La culture est dispensatrice de sens. Aussi, elle propose un réseau d'énoncés de croyance de mythes, de légende, de représentations et de chaîne associatives (Bouopdi, 2020). Les mythes par exemple sont constitutifs de chaque culture ont un rôle très important pour la richesse et la souplesse du comportement psychique (Kaës, 2005). Ils étoffent le préconscient en représentation multiple, pour l'élaboration intrapsychique des conflits. Ce sont des ressources de figurabilité pour faciliter la représentation des conflits intrapsychiques (Kaës, 2005, p. 71). Dans le cadre de cette recherche, nous appréhendons la culture comme un ensemble constitué des représentations, des lois, des us et coutumes qui définissent une société et par lesquels les pensées et les modes de croyance sont envisagés comme références.

2.1.3 signifiant culturel

La revue de la littérature n'offre pas assez d'information sur le groupe de mots « signifiant culturel ». Néanmoins, Bouopdi (2020) le définit comme étant « *la perception qu'a un individu d'un phénomène en fonction de sa culture, mais qui n'est pas elle* ». Il s'agit, des représentations qui appartiennent à l'individu mais qui ont trouvé leur base signifiante dans la culture.

Le signifiant culturel désigne l'ensemble des encodages faits par une personne ; qu'il met sur pied afin de lire et comprendre la société à laquelle il fait partie. Donc, toutes les situations et évènements, phénomènes qui lui arrivent sont interprétés, analysés par rapport à ce qui a déjà trouvé sens à ses yeux.

Dans le cadre de cette étude nous définissons le signifiant culturel comme l'ensemble des croyances, des connaissances, des coutumes, des stéréotypes que les individus ont de leur environnement, de leur société ou de leur culture.

2.1.4 Vécu

Selon le dictionnaire français Reverso (2018), le vécu est le sentiment de revivre exactement une situation vécue antérieurement. Hachette (2000 : 777) quant à lui, définit le vécu comme ce qui « s'est passé ou qui aurait se passer réellement ». Pour Vermersch (1997), est qualifié de vécu tout ce qui a été effectivement vécu par une personne. Pour parler de vécu, l'expérience doit appartenir effectivement à une et une seule personne. Même si l'évènement a touché plusieurs personnes à la fois, le vécu reste personnel, individuel, unique, singulier. Pour Vermersch (1997), si la description de vécu suppose de se référer à

un vécu, cela signifie donc qu'il a effectivement appartenu à la vie d'un sujet, ce qui permet de rejeter ce qui a été imaginé, et ce qui est générique. Pour l'auteur, certes, l'acte d'imaginer, est un vécu et peut donc être décrit. Mais pour lui, le contenu de l'imaginaire, même s'il désigne et décrit un vécu, n'est pas un vécu. Il souligne qu'imaginer que je traverse la Manche à la nage fait référence à un vécu possible, mais le seul vécu que je vis est celui d'imaginer cet acte de traversée. Donc tout ce qui est romanesque, fantaisie, ne fait pas partie de l'étude du vécu dans la mesure où il ne réfère pas à un acte effectivement vécu. En revanche on peut étudier le vécu propre à l'acte d'imaginer. Mais cette conception rejetant l'imaginaire se heurte à la sémiologie de certaines pathologies, particulièrement certains troubles anxieux, qui se caractérisent principalement par des pensées intrusives, en rapport avec des situations qui n'ont pas été réellement vécues, mais dont le simple fait d'être imaginées, ont autant d'influence sur la vie psychique que les situations réellement vécues.

La réduction du vécu au ressenti lors d'une expérience physique ou réelle est une approche qu'on qualifie de matérialiste, et sur ce, dénature l'essence même du concept de vécu, qui est un ressenti purement psychologique, et qui peut être dissocié des processus physiologiques qui le sous-tendent tels que la mémoire et le traitement de l'information (Mbangmou, 2020). Sur ce, nous pensons que ce qui caractérise le vécu, ce n'est pas la mémoire, mais le souvenir. Par exemple, le fait qu'un apprenant se souvienne qu'en cours, l'enseignant leur avait dit qu'une telle tâche sur la peau peut être signe d'un cancer, peut produire des émotions et des réactions très différentes de celles qu'on avait présentées pendant le cours. Ce qui rejoint la théorie cognitive de Schachter et Singer (Cités par Tavis & Wade, 2007), mettant le traitement de l'information au-dessus de l'information elle-même dans le processus de production des émotions [Emotion = f (traitement de l'information)]. Ceci montre que le vécu puise ses matériaux dans les sensations fournies par les organes de sens (un son, un objet, un goût, une pression, une douleur, une odeur, etc.), puis, les meuble d'émotions et de sentiments. Le vécu, ce retour sur l'expérience, varie d'un moment de narration à un autre, en fonction de l'état mental et physique du sujet. Ainsi, nous envisageons la notion de vécu dans ce travail selon l'angle de Mbangmou (2018), qui aborde ce concept selon trois éléments à savoir le vécu cognitif, le vécu émotionnel et le vécu comportemental. Sur ce, nous envisageons le vécu dans ce travail comme l'ensemble des cognitions, émotions et comportements ressentis et présentés par un individu dans une situation donnée, situation dont les souvenirs et leurs évocations tendent plus ou moins à l'actualiser.

2.1.5 Anxiété

En 1871, Freud parlait de névrose d'angoisse dont l'une des manifestations était l'attaque d'angoisse. Selon lui, le mécanisme de la névrose d'angoisse est à rechercher dans la dérivation de l'excitation sexuelle somatique à distance du psychisme et dans une utilisation anormale de cette excitation qui en est la conséquence. Puis, en 1915, il est le premier à définir les bases psychologiques de l'anxiété dans son approche psychodynamique. Il observe trois sortes d'anxiétés différentes : l'inquiétude générale, la peur reliée à un objet et les symptômes dus à l'anxiété.

Pour Freud, il y a anxiété quand les mécanismes de défense ne bloquent plus les conflits enterrés. Il existe donc la névrose d'angoisse (anxiété générale et troubles paniques), la névrose phobique (agoraphobie, phobies spécifiques et sociales) et la névrose obsessionnelle (T.O.C). Selon Janet (1889), il s'agit d'une peur sans objet, d'un sentiment d'attente, de crainte d'un danger mal défini.

Dans l'approche cognitivo-comportementale, l'anxiété est une réponse émotionnelle apprise, entretenue et déclenchée face à certains stimuli environnementaux, une évaluation de la situation menaçante et de ses propres ressources jugées comme insuffisantes. En 1976, Borkovek parle d'anxiété cognitive qui peut être opérationnalisée en termes de pensées négatives, d'images négatives, de saute d'attention et de baisse de concentration.

Dans un même temps, Spielberger (1983) différencie :

- l'anxiété trait qui est « une disposition comportementale acquise qui prédispose un individu à percevoir une grande variété de circonstances, objectivement non dangereuses, comme menaçantes et à y répondre par des réactions d'anxiété disproportionnelles par rapport à l'ampleur du danger objectif »,
- l'anxiété état qui est « un état émotionnel caractérisé par un sentiment subjectif d'appréhension perçue consciemment et accompagnée ou associée avec une activation ou une augmentation de la vigilance du système nerveux autonome »

Enfin en 1992, Gould et Krane indiquent que « l'anxiété est considérée comme l'impact émotionnel ou la dimension cognitive du stress » et qu'il s'agit d'une « réaction émotionnelle généralement déplaisante qui accompagne le stress ».

Dans le cadre de cette étude, nous pouvons retenir à partir des définitions qui précèdent que l'anxiété est comme un état stable ou temporaire qui possède une composante émotive et une composante cognitive.

2.2 ÉTAT DES LIEUX SUR LE CANCER

2.2.1 Définition

Le « Cancer » est un terme général désignant toutes maladies pour lesquelles certaines cellules du corps humain se divisent d'une manière incontrôlée. C'est une maladie caractérisée par une prolifération cellulaire anormale au sein d'un tissu normal de l'organisme. Ces cellules dérivent toutes d'un même clone, cellule initiatrice du cancer, qui a acquis certaines caractéristiques lui permettant de se diviser indéfiniment. Au cours de l'évolution de la maladie, certaines cellules peuvent migrer de leur lieu de production et former des métastases (Lafaye, 2009).

2.2.2 Etiologie du cancer

Plusieurs facteurs sont à l'origine du déclenchement d'un cancer. Selon les rapports de l'OMS rendus publics dans (cancérologie-info, 2017), on retient entre autre :

-les virus, qui représentent 15% des cancers humains. Nous ne citerons que certains d'entre eux comme le virus d'Epstein-Barr qui est associé à la maladie de Burkitt et à la maladie de Hodgkin (type de lymphome), le virus de l'hépatite B et C qui jouent un rôle important dans le cancer primitif du foie, le papillomavirus qui est impliqué dans le cancer du col de l'utérus et le virus VIH du SIDA qui est associé à une augmentation du risque de SK et LN-H.

- les parasites, comme le schistosoma haematobium que l'on trouve fréquemment dans les eaux de l'Afrique de l'est, qui transmet à l'homme la Biharziose, facteur de risque important dans le cancer épidermoïde de la vessie.

- les rayonnements qui sont susceptibles de provoquer des mutations débouchant sur des cancers divers. On constate, par exemple, une augmentation des cancers cutanés chez les sujets exposés au soleil d'une façon excessive, et une augmentation des cancers thyroïdiens chez les personnes ayant été victimes du nuage radioactif dû à l'explosion du réacteur de la centrale nucléaire de Tchernobyl, qui a provoqué la libération massive de césium et d'iode radioactifs.

- les hormones, en particulier les œstrogènes, représentent un facteur de risque important dans les cancers gynécologiques (utérus, sein...).
- les corps chimiques tels que le tabac, l'alcool, l'amiante, les nitrites et de nombreux corps chimiques présents dans l'environnement interviennent dans l'apparition et le développement de cancers.
- les habitudes alimentaires, comme l'excès de certaines graisses, peuvent augmenter le risque de certains cancers.
- les facteurs génétiques joueraient un rôle incontestable dans les cancers appelés « héréditaires » ou « familiaux », mais ces cancers liés à une transmission génétique restent rares. Dans les cas de cancer du côlon et du sein, la transmission génétique ne représente que 5% des cas. Actuellement, beaucoup d'études sont en cours sur les facteurs génétiques dans les cas de cancer, ce qui permet une approche des mécanismes d'action de ces gènes dans la carcinogenèse et laisse entrevoir les multiples possibilités de la thérapie génique.

2-2-3 Type de cancer

Du point de vue physiopathologique, le processus cancérigène peut se développer dans chaque niveau de l'organisme. Il existe plusieurs types de cancers, qui peuvent être classés soit par leur site d'apparition, soit par leur mode d'apparition, ou encore par leur évolution et leur traitement, pourtant, on a pour habitude de parler du cancer comme une seule maladie (Mbangmou, 2020). Selon le système ou l'organe atteint, on peut avoir :

- Le cancer du pancréas
- Le cancer du sein (chez la femme et chez l'homme)
- Le cancer du côlon
- Le cancer de l'ovaire
- Le cancer du corps de l'utérus
- Les cancers de la peau de type non-mélanome
- Les tumeurs et les métastases cérébrales
- Le lymphome hodgkinien (malade de Hodgkin)
- Le cancer des os
- Le cancer du foie
- Le cancer du poumon

- Le myélome multiple
- Le cancer du rein
- Le cancer du pénis
- Le cancer de la thyroïde
- Le cancer des tissus mous
- Le cancer de l'anus
- Le cancer de la vessie
- Le cancer de l'intestin grêle
- Le cancer de la vésicule et des voies biliaires
- Le cancer du col de l'utérus
- Le mélanome
- Le cancer du testicule
- Le cancer du larynx
- Le cancer chez l'enfant
- Les leucémies
- Le cancer de l'estomac
- Le mésothéliome malin
- Le cancer de la cavité buccale
- Le lymphome non hodgkinien
- Le cancer de la prostate
- Le cancer de l'œsophage

Selon leur mode de propagation dans le corps, on a les tumeurs bénignes et malines.

Les tumeurs bénignes ne sont pas vraiment cancéreuses, c'est à dire qu'elles ne contaminent pas les organes proches et ne font que les repousser. Elles ont une évolution généralement limitée, et n'installent pas leurs cellules sur d'autres sites, raison pour laquelle elles ne font pas de métastases (Mbangmou, 2020). Les tumeurs bénignes peuvent malgré tout poser des problèmes selon l'endroit où elles se situent, comme celles touchant le tympan par exemple, qu'elles peuvent endommager, ou les intestins qu'elles peuvent complètement boucher.

Les tumeurs malignes font exactement le contraire des tumeurs bénignes : elles envahissent toute la région, infiltrent les parties avoisinantes et surtout elles envoient des

métastases dans d'autres endroits de l'organisme. Elles peuvent devenir volumineuses et récidivent parfois après être retirées. Cependant, ces tumeurs cancéreuses ne sont pas toujours fatales car, tout dépend surtout de leur degré d'extension, de la précocité du traitement et du type de cellules qui les constituent (Mbangmou, 2020).

2.2.4 Traitement

Comme principaux traitements du cancer, on a la chirurgie, la chimiothérapie, les thérapies ciblées, la radiothérapie et l'hormonothérapie.

Tous ces traitements ont pour but d'éliminer les cellules cancéreuses. Ils procèdent soit localement, c'est-à-dire seulement sur les cellules cancéreuses de l'organe atteint, soit par voie générale, couvrant l'ensemble des cellules anormales présentes dans l'organisme. Les thérapies ciblées ou spécifiques sont sélectives et s'attaquent à une cible précise dans la cellule cancéreuse (Mbangmou, 2020).

Pour les traitements locaux, on a la chirurgie et la radiothérapie, alors que la chimiothérapie et l'hormonothérapie des traitements dits généraux.

- Chirurgie : souvent le premier traitement L'intervention chirurgicale est la thérapie la plus ancienne de traitement des cancers. C'est encore actuellement bien souvent le premier recours proposé aux malades chez qui un cancer a été diagnostiqué, car elle est proposée dans environ 80 % des cas.

Son principe : il est très simple ! Une fois la tumeur localisée, on vous opère pour la retirer.

Son objectif attendu : éliminer la tumeur et les éventuelles cellules cancéreuses présentes à proximité de celle-ci. Plus la tumeur est petite, plus les chances de succès sont importantes.

Sa pratique : l'intervention est pratiquée par un chirurgien polyvalent ou spécialiste de l'organe touché. Elle peut être réalisée sous anesthésie générale (vous êtes complètement endormi) ou sous anesthésie locale (seule la zone d'intervention est insensibilisée) ; tout dépend de la localisation de la tumeur. Le type d'intervention et la technique utilisée par le chirurgien sont également adaptés en fonction de chaque situation particulière.

-Chimiothérapie : agir avec des médicaments La chimiothérapie est un traitement reposant sur la prise d'une substance chimique.

Le principe : vous donner un ou plusieurs médicaments actifs contre les cellules cancéreuses. De nombreux médicaments anticancéreux (on dit aussi antitumoraux) ont été mis au point, notamment depuis les années 70. Ces médicaments agissent soit en détruisant les cellules cancéreuses, soit en arrêtant leur multiplication. Certains d'entre eux sont plus actifs contre un type de cancer plutôt que d'autres.

L'objectif : éliminer, où qu'elles se trouvent, les cellules cancéreuses présentes dans l'organisme. La chimiothérapie peut ainsi servir à réduire la taille d'une tumeur avant une opération chirurgicale, à limiter les risques de récidives après l'intervention chirurgicale ou à traiter des localisations secondaires de la tumeur.

En pratique : la majorité des médicaments de chimiothérapie se présente sous une forme liquide qui est injectée directement dans une veine. Ils sont ainsi administrés par voie intraveineuse au cours de perfusions. Pour faciliter les perfusions, il est fréquent de recourir à un cathéter. C'est un dispositif implanté sous la peau (au cours d'une petite intervention chirurgicale). Il est muni d'un tuyau qui est directement relié à une veine. Il existe aussi des médicaments de chimiothérapie qui se prennent par voie orale (par la bouche). Dans certains cas, la chimiothérapie peut être administrée en intramusculaire ou directement dans la tumeur ou dans une cavité de l'organisme où les cellules cancéreuses se sont développées ou par voie orale. Le traitement par chimiothérapie peut comprendre un seul ou plusieurs médicaments. Le choix du ou des médicaments dépend notamment de la localisation du cancer, du stade de la maladie et de l'état général de la personne. Le traitement est administré au cours de cycles (ou cures) sur un ou plusieurs jours. Lorsque la chimiothérapie est administrée par voie intraveineuse, il est généralement nécessaire de se rendre à l'hôpital pour les perfusions. Les médicaments de chimiothérapie par voie orale se prennent en revanche à domicile. Après chaque cycle, une période de repos est prévue, ce qui permet à l'organisme de récupérer. La chimiothérapie s'accompagne généralement d'effets indésirables, qui sont connus, leur intensité peut varier et leur prise en charge est bien définie. Des consultations régulières permettent au médecin cancérologue de contrôler l'efficacité du traitement et de s'assurer que l'organisme le supporte aussi bien que possible. La durée du traitement par chimiothérapie dépend de son efficacité et de sa tolérance. Elle est habituellement de plusieurs mois.

-Thérapies ciblées : une médecine personnalisée Jusqu'à récemment, pour un même diagnostic de maladie, les médecins prescrivaient le même traitement à tous les patients. Mais les individus sont différents les uns des autres sur le plan biologique. Et il existe plusieurs formes, plusieurs sous-types d'une même maladie possédant chacun leur propre « signature moléculaire ». Aujourd'hui, de nouvelles thérapies dites « ciblées » permettent dans certains cas une médecine personnalisée qui consiste à choisir le traitement le plus adapté en fonction du profil biologique du patient et des caractéristiques moléculaires de sa maladie. Mesurer un marqueur biologique pour adapter la dose d'un médicament relève de la médecine personnalisée. C'est en cancérologie que cette médecine a connu de grands développements, grâce à la connaissance approfondie du fonctionnement de la cellule cancéreuse.

-Radiothérapie : l'exposition à des rayons La radiothérapie est l'un des traitements les plus fréquemment employés dans la prise en charge des cancers. Plus de la moitié des personnes atteintes d'un cancer reçoivent ce type de traitement.

Le principe : il consiste à exposer les cellules cancéreuses à des rayons. Cette exposition provoque une transformation des cellules qui perdent alors leur faculté à se multiplier. Seule la zone où se trouve la tumeur est exposée aux rayons afin d'éviter au maximum que des cellules saines ne soient-elles aussi touchées.

L'objectif : là encore, il s'agit d'éliminer le plus possible de cellules cancéreuses. Comme la chimiothérapie, la radiothérapie peut être réalisée avant ou après une intervention chirurgicale. Dans le premier cas, le but est de diminuer la taille de la tumeur afin d'augmenter les chances de retirer toutes les cellules cancéreuses au cours de l'opération. Dans le second cas, l'objectif est de détruire les éventuelles cellules cancéreuses restantes et ainsi de réduire les risques de récurrences.

En pratique : le plus souvent, la radiothérapie est externe ; les rayons sont émis par un appareil pendant que vous êtes allongé, sans bouger, sur une table. Les séances durent quelques minutes et sont répétées sur plusieurs jours. Au préalable, la zone exposée aura été soigneusement délimitée pour cibler spécifiquement la tumeur. Il existe une autre forme de radiothérapie dite interne. Dans ce cas, les rayons sont émis par un implant placé (au cours d'une intervention chirurgicale) à proximité de la tumeur. Le type et la quantité de rayons prescrits par votre médecin ainsi que le nombre de séances sont notamment déterminés en

fonction du type de cancer dont vous êtes atteint, de la taille de la tumeur et de sa localisation dans votre corps.

-Hormonothérapie : une action indirecte Ce type de traitement repose, comme pour la chimiothérapie, sur la prise de médicaments.

Le principe : certains cancers sont sensibles à l'action d'hormones naturellement produites par l'organisme. C'est fréquemment le cas pour les cancers du sein et de la prostate. Les cellules cancéreuses ont tendance à se multiplier plus vite en présence de ces hormones. L'idée est donc de bloquer la production ou l'activité de ces hormones.

L'objectif : contrairement aux autres formes de traitement des cancers, l'hormonothérapie ne vise pas à détruire directement les cellules cancéreuses. Il s'agit de vous donner des médicaments qui soit bloquent la production hormonale, soit s'opposent à son action. Cela permet ainsi de réduire la croissance des cellules cancéreuses.

En pratique : l'hormonothérapie est utile uniquement si le cancer est sensible aux hormones (on dit alors qu'il est hormono-sensible). C'est le cas si les cellules cancéreuses possèdent à leur surface des récepteurs spécifiques à ces hormones. L'étude de la tumeur permet de le déterminer. Si tel est le cas, le traitement repose sur la prise d'un médicament par voie orale. Le type de médicament, la dose prescrite et la durée du traitement sont adaptés à chaque situation.

2-3 VÉCU PSYCHOLOGIQUE DU CANCER

La maladie cancéreuse ne saurait laisser l'individu indifférent sur le plan psychologique. Considérée comme l'une des affections dangereuses et mortelles, elle laisse développer auprès des individus un dysfonctionnement psychique.

2-3-1 Les conséquences liées à l'annonce du diagnostic

Comme le souligne Nguimfack (2016), l'annonce du diagnostic de cancer confronte l'individu à un traumatisme qui engendre une mort imminente. Cette annonce devient donc vécue comme un traumatisme. Notons qu'en psychologie, on parle de traumatisme lorsqu'un événement implique un "avant" et un "après", de sorte que la vie de la personne, ainsi que la façon dont elle appréhende le passé, le présent et l'avenir, s'en trouve totalement bouleversée (Bouopdi, 2020). Le traumatisme confronte surtout le sujet à la perspective de la

mort, la sienne ou celle d'un proche (dans le cas d'une transplantation rénale). Tous ces facteurs peuvent déboucher sur un conflit psychique (Lefebvre, 2005). Dans cette perspective, Giraudet, 2006 estime que le chamboulement psychique survient dès l'annonce de la maladie qui « est une minute éternelle qui laisse une empreinte indélébile dans la vie et la façon de vivre du patient » ; car chaque patient se souvient avec amertume et exactitude le jour et l'heure et même les circonstances à partir desquelles il a appris sa maladie chronique. L'annonce est un véritable choc psychologique, pour le patient qui s'exprime en générale à travers une charge émotionnelle violente qui induit trois types d'effets à savoir : un acte de baptême d'une maladie, ensuite un changement d'identité car « apprendre que l'on a une maladie chronique c'est aussi apprendre que l'on est malade » et enfin, l'annonce de la maladie nécessite un travail du deuil de l'état de santé antérieur (Girauchet, 2006). Cette situation s'avère nécessaire dans la mesure où il permet au patient de s'accepter tel qu'il est maintenant et de construire le futur. Parler de la maladie, de la mort est difficile car il faut aborder les « non-dits ».

Pour ce faire, Ruzniewski (1995) cite trois exemples d'annonce du diagnostic au patient et après les avoir analysés conclut par le fait qu'il n'y a pas une seule manière d'annoncer la maladie. Mais que la méthode utilisée doit être en accord avec les mécanismes de défense et les capacités d'intégration du patient, lui révélant de façon graduelle et à son propre rythme les données relatives à sa maladie afin qu'il puisse progressivement l'intégrer et l'assimiler. Mieux chaque patient s'adapte aux informations que l'on lui donne. Et que l'annonce de la vérité ne se résume pas qu'à des mots et que chacun réagit en fonction de ses propres défenses face à l'angoisse générée par le diagnostic. Donc « *le moment de l'annonce est générateur de souffrances pour le soigné qui se retrouve confronté à la maladie, et qui sait que celle-ci sera la cause de sa mort. Jusque-là, sa mort était fantasmée, à présent, elle a un nom, une forme et une cause. Aux souffrances engendrées par la maladie se surajoutent les souffrances enfouies liées à son inexorable mort et à l'angoisse qu'elle engendre* » (Barthélemy, 2008, p.13 cité par Chaabna & Meddour, 2018).

2-3-2 La qualité de vie

Actuellement, les recherches sur la qualité de vie sont élaborées dans l'optique somatique et psychique des répercussions des maladies ou des traitements sur la vie quotidienne des patients. Cependant, le retentissement de la maladie sur la vie quotidienne du patient peut se comprendre de différentes manières, en terme d'état de santé, de capacités

fonctionnelles, d'état psychologique, d'interactions sociales ou de statut économique. Le Corroller-Soriano et al. (2008), indiquent que, deux ans après le diagnostic de cancer, en comparaison à la population générale, le pourcentage de patients atteints de cancer (N = 3882), ayant une altération de la qualité de vie physique et mentale, est important. De plus, ces auteurs montrent que les niveaux de qualité de vie physique et mentale diffèrent en fonction de la localisation du cancer. Les patients atteints du cancer de poumon par exemple ont une qualité de vie physique de 61,1% par rapport à la population générale, tandis d'autres ont une qualité de vie mentale de 53, 5%. Ceci témoigne de la séquence directe que la maladie cancéreuse a sur le vécu de l'individu. Ceci dit, qu'en est-il de l'état émotionnel ?

2-3-3 L'état émotionnel

L'anxiété et la dépression sont deux symptômes fréquemment identifiés chez les personnes atteintes de cancer et auxquelles nous nous sommes intéressées au cours de cette étude. Dans un premier temps, nous définirons ces deux concepts puis nous observerons, à travers la littérature, l'importance de ces troubles psychologiques chez les patients atteints de cancer. En ce qui concerne l'anxiété, nous y reviendrons. Tout de même, intéressons-nous d'abord à d'autres affections mentales liées au cancer.

2.3.3.1 Historique de la dépression

La notion de maladie dépressive n'apparaît que tardivement dans la terminologie psychiatrique. Avant le milieu du XIX siècle, le terme de dépression caractérisait certains traits symptomatologiques, tandis que celui de mélancolie se rapportait à une maladie (Beauchesne, 1993). Au cours du XX siècle, la dépression acquiert le statut d'une entité nosologique. Les modèles comportementaux de la dépression analysent les mécanismes dépressifs dans une perspective behavioriste qui conçoit la dépression comme un comportement inadapté résultant d'un apprentissage et pouvant donc être modifié comme tout autre comportement.

Le modèle de Lewinsohn (Lewinsohn 1969 a, b ; Lewinsohn 1971 a, b ; Lewinsohn 1974 a, b ; Lewinsohn 1980 a, b, c) repose sur les paradigmes du conditionnement opérant et de l'apprentissage social, et met l'accent sur la diminution des renforcements positifs dans le développement et le maintien de la dépression. La diminution des renforcements positifs dépend de facteurs externes (l'environnement est objectivement appauvri : perte d'objet, situations de séparation) et de facteurs internes (le répertoire comportemental du sujet est

restreint ce qui ne lui permet plus d'accéder à des renforcements potentiels : incompetence sociale).

Le modèle de Seligman de l'impuissance apprise (1975) montre que l'organisme apprend les contingences existantes entre des réponses instrumentales et les conséquences de ces réponses. Quand le renforcement est identique en présence ou en l'absence de réponses, l'organisme réalisant que réponses et renforcements sont indépendants, conclut qu'il n'y a pas de contrôle sur les conséquences, d'où la passivité (déficit motivationnel), le pessimisme (trouble cognitif) et l'atteinte thymique (changement émotionnel).

Rehm (1977) développe une théorie de l'autocontrôle dans la dépression et considère que les capacités d'autocontrôle chez les sujets déprimés sont perturbées. Chez les sujets déprimés, les autoévaluations de soi-même sont privilégiées et négatives ; l'auto-observation prend en compte les résultats immédiats et non les résultats à long terme ; l'autopunition est élevée et l'auto-renforcement est faible (les renforcements sont diminués du fait de la disparition des activités agréables). L'agent causal de la dépression serait un déficit cognitif au niveau des attentes de résultats et au niveau d'une baisse d'estime de soi.

Ellis (1962 et 1977) développe la « Thérapie Rationnelle Émotive » et Beck (1967 et 1976) introduit le paradigme du traitement de l'information et propose la thérapie cognitive de la dépression. La dépression est conçue comme un désordre de la pensée et résultant d'une perturbation des processus cognitifs. La perturbation émotionnelle résulte de la distorsion de la pensée, et les symptômes dépressifs de l'activation de schémas cognitifs psychologiques internes.

En 1990, Young regroupe les différents schémas en 4 classes :

- autonomie-dépendance : une personne ne peut fonctionner seule ;
- ne pas pouvoir donner l'affection ou l'attention adéquate ;
- sentiment de déficience : le sujet pense ne pas pouvoir être aimé des autres ;
- exigences vis-à-vis de ses propres comportements, ce qui entraîne l'insatisfaction et le sentiment de ne pas être parfait.

Les différents modèles présentés, permettent de mettre à jour la complexité du concept de dépression. Toutefois, le modèle présenté par Young (1990) nous semble le plus

pertinent car regroupe les points forts des modèles précédents tout en se concentrant sur le sujet et les interactions qu'il a avec le monde extérieur.

2.3.3.2 Définition

Parmi les nombreuses définitions de la dépression, nous avons choisi de retenir celle de Jean Delay (1946), bien qu'ancienne, pour sa simplicité de compréhension mais aussi parce qu'elle montre bien que la dépression n'est pas statique mais qu'elle évolue au cours du temps et en fonction de ce que nous sommes. Selon Delay (1946) « L'humeur thymie est une disposition affective de base qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur ».

Dans la dépression, l'état thymique a perdu sa capacité de modulation. C'est un état qui se maintient dans le sens de la tristesse, de la douleur morale, avec des perceptions d'impuissance globale, de fatalité, d'indignité, d'auto-dépréciation pouvant aller jusqu'au suicide. Le ralentissement psychomoteur traduit une perte de l'élan vital, d'intérêt et de plaisir pour presque toutes les activités. Cette situation d'« attente sans savoir quoi » crée un état d'anxiété, de tension interne qui peut se traduire par de l'irritation, de l'agitation, des sursauts, et parfois des passages à l'acte hétéro-agressifs ou suicidaires (Baune et Reveillere, 1996). La dépression se caractérise par deux éléments :

- la perte de l'état vital avec un ralentissement psychomoteur,
- l'humeur dépressive avec l'insatisfaction, la dévalorisation, l'autodépréciation, la culpabilité et une forte douleur morale.

Les symptômes somatiques se traduisent par l'asthénie, l'amaigrissement, des douleurs, des insomnies ou hypersomnies. Elle s'accompagne aussi d'anxiété, d'irritabilité, de délires mélancoliques et parfois conduit au suicide.

Le trouble dépressif majeur se caractérise essentiellement par une évolution clinique consistant en un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs. Selon le DSM-IV (Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux, 2003), la dépression n'est présente que si la personne présente au moins cinq symptômes parmi les neuf du critère A et que la durée soit au moins de deux semaines. A la différence du DSM-IV, les critères diagnostiques pour la recherche de la Classification Internationale (CIM) ; (OMS, 1992) comprennent dix items (la perte de l'estime de soi est différenciée de la culpabilité inappropriée). La CIM-10 propose

une série de critères indépendants pour chaque degré de sévérité d'un épisode dépressif majeur : le seuil pour l'épisode léger est de 4 symptômes sur 10, de 6 symptômes sur 10 pour l'épisode moyen et de 8 symptômes sur 10 pour l'épisode sévère.

2.3.3.3 Epidémiologie

Les troubles thymiques comptent parmi les troubles mentaux les plus fréquents. Ils se situent au troisième rang après les troubles phobiques et l'abus ou la dépendance alcoolique, d'après l'enquête ECA (Epidemiologic Catchment Area, 1986). La prévalence sur la vie entière varie entre 10% (Kovess et al., 1993) et 17 % (Kessler et al., 1994). En France, Rouillon (1989) indique une prévalence à un an de 3,4% chez les hommes et de 6 % chez les femmes.

2.3.4 L'angoisse, mort, castration

Les difficultés psychologiques des personnes cancéreuses sont liées au fait que leur maladie soit mortelle. La découverte de la maladie confronte donc le patient à sa propre mort (Nguimfack, 2016). Les premiers moments de cette découverte induisent des bouleversements sociaux, psychologiques, des contraintes qui conduisent le sujet à diminuer son activité au quotidien. Cela le conduit à se détacher du monde et à ne plus l'investir. Certains patients cancéreux présentent quelquefois des préoccupations hypocondriaques excessives, ou se plaignent de la qualité des services qui leur sont prodigués et même par rapport aux professionnels de santé (infirmier, oncologues, ...). Ceci cache la plupart du temps une peur imminente de la mort qui ne peut s'exprimer en tant que telle. On peut en outre observer des manifestations phobiques par rapport à un type précis chirurgie ou à une infirmière. C'est en réalité un moyen de déplacer l'angoisse sur un objet extérieur, afin de mieux évacuer et contrôler cette angoisse.

L'angoisse étant l'une des affections courantes chez les personnes atteintes de cancer, On ne peut donc pas parler de douleur du patient cancéreux sans aborder sa souffrance psychologique. Contrairement à d'autres souffrances, le cancer oblige le patient à adopter un style de vie différente des autres malades qui est le stress et l'angoisse.

Par ailleurs l'angoisse de mort est omniprésente : la gravité de l'affection conduit à deux alternatives : subir un traitement lourd et contraignant où mourir. Cette survie artificielle fait émerger une angoisse permanente et constante. L'idée de mort menace de la perte des

liens unissant l'individu à son entourage ; elle peut être par ailleurs masquée par la banalisation et la routine des soins se déroulant selon un rythme immuable (Sanchez, 1989, cité par Falet, 2002).

2.4 MALADIES GRAVES ET VÉCU ANXIEUX

Comme on l'a dit plus haut, l'anxiété et la dépression sont des affections psychologiques les plus présentes chez les patients atteints de maladies graves. Dans cette partie, nous nous intéressons uniquement à l'anxiété.

2.4.1. Émergence du concept de l'anxiété

En 1871, Freud parlait de névrose d'angoisse dont l'une des manifestations était l'attaque d'angoisse. Selon lui, le mécanisme de la névrose d'angoisse est à rechercher dans la dérivation de l'excitation sexuelle somatique à distance du psychisme et dans une utilisation anormale de cette excitation qui en est la conséquence. Puis, en 1915, il est le premier à définir les bases psychologiques de l'anxiété dans son approche psychodynamique. Il observe trois sortes d'anxiétés différentes : l'inquiétude générale, la peur reliée à un objet et les symptômes dus à l'anxiété.

Pour Freud, il y a anxiété quand les mécanismes de défense ne bloquent plus les conflits enterrés. Il existe donc la névrose d'angoisse (anxiété générale et troubles paniques), la névrose phobique (agoraphobie, phobies spécifiques et sociales) et la névrose obsessionnelle (T.O.C). Selon Janet (1889), il s'agit d'une peur sans objet, d'un sentiment d'attente, de crainte d'un danger mal défini.

Dans l'approche cognitivo-comportementale, l'anxiété est une réponse émotionnelle apprise, entretenue et déclenchée face à certains stimuli environnementaux, une évaluation de la situation menaçante et de ses propres ressources jugées comme insuffisantes. En 1976, Borkovek parle d'anxiété cognitive qui peut être opérationnalisée en termes de pensées négatives, d'images négatives, de saute d'attention et de baisse de concentration.

Dans un même temps, Spielberger (1983) différencie :

- l'anxiété trait qui est « une disposition comportementale acquise qui rédispose un individu à percevoir une grande variété de circonstances, objectivement non dangereuses, comme

menaçantes et à y répondre par des réactions d'anxiété disproportionnelles par rapport à l'ampleur du danger objectif »,

- l'anxiété état qui est « un état émotionnel caractérisé par un sentiment subjectif d'appréhension perçue consciemment et accompagnée ou associée avec une activation ou une augmentation de la vigilance du système nerveux autonome »

Enfin en 1992, Gould et Krane indiquent que « l'anxiété est considérée comme l'impact émotionnel ou la dimension cognitive du stress » et qu'il s'agit d'une « réaction émotionnelle généralement déplaisante qui accompagne le stress ».

2.4.2 Définition

Depuis l'apparition du concept d'anxiété, beaucoup d'auteurs l'ont défini en faisant référence à leur propre champ théorique. La définition proposée par Guelfi (1993) nous semble être celle qui est le plus en accord avec le champ théorique de la psychologie de la santé, qui s'intéresse plus aux symptômes anxieux qu'à la pathologie anxieuse proprement dite, que l'on retrouve en psychiatrie ou en psychopathologie.

Selon Guelfi (1993), « L'anxiété normale ou pathologique est un ensemble de réactions émotionnelles qui se traduisent habituellement par des symptômes subjectifs somatiques ou psychiques, par des modifications comportementales et par des signes physiologiques objectifs ».

L'anxiété est un état de tension interne, dont l'expression subjective est à la base de peurs, de craintes, d'appréhensions. C'est une réaction d'alerte physiologique et vitale de l'organisme face à la menace. Elle peut représenter un phénomène émotionnel pathologique et invalidant. C'est un vécu interne de danger imminent qui s'accompagne systématiquement de signes somatiques d'hyperactivité du système nerveux autonome. Dans l'anxiété, les facteurs de déclenchement sont mal différenciés, difficiles à identifier et à exprimer. L'appréhension concerne une situation construite en partie sur des éléments réels, mais aussi à partir d'une reconstruction mentale où le sujet a effectué une sélection préférentielle des indices de danger et a laissé de côté les signaux de sécurité. Un objet, une situation peuvent faire surgir automatiquement un état d'anxiété démesuré. Cet état permanent de peur, de crainte et d'insécurité va perturber l'activité du sujet qui pourra être contraint à répéter des pensées, des comportements. Le sujet anxieux vit un sentiment d'insécurité, de désarroi, qui

peut l'amener à douter de ses capacités, à les sous-estimer et à manquer de confiance en lui. Les principales caractéristiques de la pensée du sujet anxieux sont la menace physique ou psychologique, la vulnérabilité, la perte de contrôle. Les altérations pathologiques des processus cognitifs sont la conséquence de ces représentations anxieuses. Elles se manifestent par une propension à traiter les événements menaçants, des inférences arbitraires, une maximalisation des dangers, une minimalisation des situations sécurisantes et une personnalisation des stimuli externes en lien avec la vulnérabilité.

L'anxiété se caractérise, selon Ferreri et al. (2001) par :

- un versant physique : tension musculaire, inhibition motrice,
- un versant neurovégétatif : palpitations, tachycardie, sensation de vertige, d'étourdissement, bouffées de chaleur, de froid, sudation, rougeur ou pâleur, nausées, boule dans l'estomac, diarrhées, problèmes digestifs, besoin d'uriner,
- un versant comportemental : activation ou inhibition comportementale (right or flight symptom),
- un versant cognitif : détournement des processus de traitement de l'information à la faveur des messages menaçants (pensées, attention, réflexion, élaboration, prise de décision...),
- un versant émotionnel : peur, crainte, appréhension, anticipation d'un danger, sentiment de vulnérabilité.

Les symptômes sont inadaptés quantitativement (intensité ou répétition des symptômes, troubles de l'adaptation), qualitativement (déclenchement anormal d'une réaction anxieuse en dehors d'une situation dangereuse, déclenchement spontané) ou les deux à la fois.

2.4.3 Épidémiologie

Dans la population générale, la prévalence de l'anxiété à six mois est de 9%, avec une prédominance féminine (deux tiers) ; la prévalence sur la vie est de 20 à 25 % avec une prédominance féminine, 12% chez les hommes et 22% chez les femmes (Lépine et al. 1993). Il est à noter que la prévalence diffère en fonction du trouble anxieux. En effet, pour le trouble panique, la prévalence sur la vie est de 3 à 3,5%, et de 2 à 2,5% à six mois et un an (Lépine et al. 1993) ; pour les phobies spécifiques, la prévalence vie entière est de 9 à 11%,

10,5% chez les hommes et de 23,2% chez les femmes (Lépine et al. 1993) ; pour les phobies sociales, la prévalence ponctuelle est de 1,2 à 2,2% sur la vie, 2,1% pour les hommes et 5,4 pour les femmes (Lépine et al. 1993), et pour les T.O.C, la prévalence ponctuelle sur six mois oscille entre 0,7 et 2,2% sans aucune différence entre les hommes et les femmes (Myers et al., 1984).

2.5. ANXIÉTÉ ET MALADIE CHRONIQUES

La question du vécu anxieux dans les maladies chroniques est très ancienne. Plusieurs auteurs (Dew et al., 2005 ; Schelling et al., 2004 ; Freud (1856-1939) ; Ronan Le Naour, 2007) se sont intéressés aux manifestations anxieuses généralement observées auprès des patients atteints des maladies chroniques ou grave. Les recherches effectuées par les Canadiens en 2014 dans le domaine de la Cardiopathie montrent que près de 50% des insuffisants cardiaques souffrent à un moment ou à un autre de leur maladie d'un épisode dépressif ou d'anxiété (Rutledge et al., 2006). Le plus souvent, après un geste de revascularisation myocardique, 60% des patients se disent anxieux (Dew et al., 2005 ; Schelling et al., 2004).

Dans les maladies du Cœur par exemple, le stress, la dépression et l'anxiété peuvent énormément affecter la capacité d'un patient à se rétablir après une maladie cardiovasculaire (Gray et al 2001). Les personnes qui souffrent d'anxiété à la suite d'une crise cardiaque sont susceptibles de subir une autre crise cardiaque que ceux également atteints d'une maladie cardiaque, mais donc la santé mentale est bonne.

Dans le cancer en particulier, les manifestations anxieuses laissent transparaître un traumatisme chez le malade qui vit désormais le poids de la maladie. Si aujourd'hui, le pronostic des cancers est très variable, suivant le type de tumeur, son stade de développement, n'implique plus systématiquement la mort. Les travaux antérieurs (Bacqué, 2006, 2008 ; Moulin, 2005, Nguimfack, 2016) montrent que, pour les malades atteints d'un cancer, le sentiment développé est plutôt celui de la condamnation, car le cancer est pour eux une mort à brève échéance. Avec la maladie, l'individu est brutalement confronté au fait qu'il va mourir, il doit affronter cette réalité qui était précédemment pour lui à proprement parler « impensable ». Cette impensable rend impossible une représentation de notre mort. C'est la confrontation à sa propre mort, qui constitue en quelque sorte la toile de fond du cancer, elle

s'accompagne par ailleurs d'un ensemble de bouleversement au niveau du fonctionnement psychologique de l'individu d'où le vécu anxieux.

L'anxiété est une réponse fréquente face à une menace qui peut être adaptative ou devenir pathologique à certains niveaux ou dans certaines circonstances. Même si les critères diagnostiques de l'anxiété sont bien définis, ces critères sont difficiles à appliquer aux patients atteints de cancer étant donné que la menace du cancer est bien réelle et que la symptomatologie anxieuse peut se confondre avec certains symptômes liés au traitement (fatigue, perte d'appétit ...). Le cancer, que l'on peut qualifier d'incertain et de dangereux, est un terrain fertile à l'apparition de l'anxiété sous plusieurs formes et intensités différentes (anxiété comorbide, anxiété réactionnelle). Il est donc difficile d'identifier la nature et la sévérité de l'anxiété, de même que la relation entre cancer et anxiété.

Holland (1989) estime qu'il est normal d'avoir un niveau d'anxiété élevé durant une période de 7 à 10 jours après l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Pour Stark et House (2000), il est habituel que les patients aient des pensées de mort récurrentes après l'annonce du diagnostic ou de la rechute, mais elles sont anormales au cours de la rémission. Ils estiment également qu'il est important de préciser que le degré de la menace varie en fonction de l'histoire du cancer (évolution du cancer, rechute, cas de cancer familiaux). La notion d'anxiété est donc difficile à définir en oncologie où il est nécessaire de prendre en compte à la fois l'histoire de l'anxiété (origine, facteur déclencheur, moment d'apparition, intensité) et l'histoire du cancer. Nordin et Glimelius (1999), montrent que l'anxiété persistante peut être identifiée très tôt après le diagnostic. Selon eux, une anxiété qui persiste pendant trois semaines après la consultation de diagnostic prédit un niveau élevé d'anxiété six mois après. De plus, la prévalence des troubles anxieux après le diagnostic de cancer diminue dans les années qui suivent (Fallowfield, 1994), sans pour autant revenir au niveau de la population générale, même après un traitement curatif (Loge et al., 1997). Ceci est en accord avec l'étude de Wells et al. (1988), qui indique que l'anxiété pathologique est une affection commune chez les patients atteints de cancer.

Bennett et Badger (2005) ont établi une revue de la littérature sur les troubles anxiodépressifs présents chez les patients atteints d'un cancer et indiquent que 48% des patients cancéreux, tous cancers confondus, souffrent d'anxiété. D'autres études ont montré que 51% des personnes atteintes d'un cancer souffrent de détresse psychologique. Plus précisément, de 10 à 20% sont anxieuses avant le traitement et de 21 à 54% pendant et après

le traitement. Certaines développent des troubles de l'adaptation (28,3%), une agoraphobie (15%), un trouble anxieux généralisé (9%), un trouble panique (6%), un S.S.P.T (5%), des phobies spécifiques (2,3%), des T.O.C (1,1%) ou des troubles de la personnalité (1,1%) (Manzanera et al., 2003 ; Stiegelis et al., 2004 ; Fritzscher et al., 2005).

D'après la méta-analyse de Van't Spijker et al. (1997), la symptomatologie anxieuse se manifeste chez 12 à 42% des sujets au moment du traitement, et de 2 à 49% un an après le traitement.

La totalité du parcours qu'impose le cancer est pour le patient une source importante d'anxiété. Ainsi, on peut relever l'anxiété liée à l'attente du diagnostic (Holland, 1998) ou du résultat de la biopsie (Wirshing, 1985), l'anxiété liée à l'observance (Heller, 2003), aux effets secondaires (Sachs, 1997) ou à la fin du traitement quand le patient se retrouve livré à lui-même avec un sentiment d'être abandonné par le personnel soignant, et l'anxiété liée à la rechute ou la récurrence pendant la période de rémission (syndrome de Damoclès¹⁹ défini par Koocher et O'Malley 1981.). Ainsi, les craintes les plus couramment associées au cancer sont celles de la mort, de l'incertitude, celles de la douleur, de perdre le contrôle ou d'être abandonné. Il y a des appréhensions plus spécifiques selon les types de cancer ou les traitements subis. En effet, certains cancers, comme les cancers O.R.L.(Oto-rhino-laryngée), qui entraînent des changements physiques visibles (laryngotomie par exemple), ou certains traitements, comme la chimiothérapie qui induit des effets secondaires visibles (perte de cheveux par exemple), entraînent des modifications de l'image du corps importantes qui sont très angoissantes car elles altèrent l'intégrité corporelle et le sentiment d'identité du malade, qui ne se reconnaît plus à travers cette image de lui mutilée.

2.6. LA REPRESENTATION DU CANCER EN AFRIQUE

En Afrique, il existe deux types de classification qui recoupent la maladie naturelle ou de l'hôpital et la maladie indigène qui relève de la médecine africaine. Cette distinction détermine l'itinéraire thérapeutique de ces derniers. (Ezembe, 2009). Par ailleurs, quand la guérison est trop longue à venir, ils estiment que ce n'était pas une maladie de l'hôpital, ils vont alors trouver un thérapeute traditionnel. Le terme de maladie indigène ou autochtone est difficile à cerner, mais il marque, d'une manière inconsciente, le refus de la population africaine de mettre cette catégorie d'affections dans la nosologie classique de la médecine moderne.

Pourquoi maladie indigène ? Parce qu'elle est localisée dans un espace culturel et même géographique bien déterminé. Au Cameroun par exemple, la possession par la « Mamy Water » (sirène) est une affection hystérique qui ne touche que les populations de pêcheurs du littoral de Douala, elle ne se soigne qu'en médecine traditionnelle (Bouopdi, 2020). Sous le terme de maladie indigène, il ne faut pas s'attendre à une classification précise d'états morbides permettant de faire un diagnostic précis. Toutes les maladies peuvent devenir indigènes : une fracture survenant après une querelle avec des voisins peut le devenir. La difficulté réside dans le seuil à définir ou les symptômes à examiner. Guimerra (1977) pense que « ces maladies se caractérisent par des fonctions signifiantes, chacune d'elles est en effet un signe, elles apportent à la société un message. Pour le décoder, le groupe des aînés et/ou les médecins spécialistes doivent se reporter à la logique de leur système social ».

2.6.1. La conception magico-religieuse

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

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

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

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

CHAPITRE 3 : INSERTION THEORIQUE DE L'ETUDE

3.1. LES MODÈLES THEORIQUES DE L'ANXIÉTÉ

La question de l'anxiété préoccupe beaucoup de chercheurs tant en ce qui concerne la recherche de son étiologie qui n'est jusqu'ici pas très connue, qu'en ce qui concerne sa prise en charge. Parler de l'anxiété revient à présenter les différents modèles théoriques à partir desquels on peut appréhender cette pathologie. Dans cette partie de travail de recherche, il sera question de présenter quelques théories ou modèles explicatifs de l'anxiété à savoir : la théorie biologique de l'anxiété ; la théorie cognitivo-comportementale ; l'approche structurale de la personnalité et enfin l'approche psychodynamique de la psychanalyse.

3.1.1 la théorie biologique

Dans une approche biologique de l'anxiété, il est à noter que les structures anatomiques en jeu dans l'anxiété concerneraient essentiellement le diencephale, le système limbique et septo-hippocampique avec l'amygdale.(Le Naour, 2007) L'utilisation des médicaments dans l'anxiété repose aussi sur les hypothèses biologiques, elles concernent certains récepteurs particuliers (complexes GABA et récepteurs aux benzodiazépines) et sur les expérimentations d'autres systèmes représentés par le jeu des monoamines cérébrales, notamment de la sérotonine et de la noradrénaline (Penochet, 1998).

Ainsi, L'approche biologique de l'anxiété aborde les réactions chimiques et nerveuses qui ont lieu au niveau du cerveau, notamment au niveau du lobe temporal et le lobe frontal qui ont un lien avec les comportements anxieux. On parle alors de stress lorsque la réponse du système nerveux est excessive face à une stimulation quelconque (Kapsambelis, 2009).

Les réponses neurobiologiques de peur sont adaptatives et ont une valeur de “survie” chez le sujet normal. Cependant, elles peuvent parfois être désadaptées par leur intensité ou par leur durée lorsqu’elles sont activées de manière chronique, entraînant dans ce cas les réactions pathologiques au stress observées dans les troubles anxieux. Les modifications de l’activité catécholaminergique ne sont pas constantes dans l’anxiété, mais la plupart des études retrouvent une augmentation des concentrations plasmatiques et urinaires de catécholamines parfois proportionnelle à l’intensité des symptômes, et ce aussi bien chez les patients psychiatriques que médicaux (Boulenger & Bisserbe, 1991). Elles sont souvent élevées à l’état de base dans le trouble panique (TP), le trouble anxieux généralisé (TAG), les phobies sociales et les troubles anxio-dépressifs mixtes, encore appelés subsyndromiques (Cameron & Nesse, 1988). Il a été montré, de plus, que les concentrations urinaires de catécholamines se normalisaient chez ces patients lorsque leur anxiété diminuait ou qu’ils recevaient un traitement anxiolytique. Des résultats préliminaires suggèrent notamment que, dans le TP, une dysrégulation du système noradrénergique puisse se produire par le biais d’un dysfonctionnement des récepteurs α -2 adrénergiques présynaptiques au niveau central (Boulenger & Bisserbe, 1991 ; Cameron et al, 1990 ; Charney & al, 1984). La réponse de l’axe HHCS semble varier selon le type de trouble anxieux et s’opposer à celle constatée dans les états dépressifs. Les concentrations plasmatiques d’ACTH sont normales ou élevées chez des patients présentant un TP. En revanche, une hypersécrétion de CRH, avec émoussement de la réponse ACTH au CRH, a été constatée dans le PTSD (Brenner & al, 1984). Le CRH semble être particulièrement impliqué dans les réactions physiologiques associées aux émotions par son action directe sur l’amygdale (Davis M, 1997).

Des travaux étudient actuellement l’impact d’antagonistes des récepteurs CRH comme traitement potentiel des troubles anxieux et dépressifs (Behan & al, 1996 ; Charney DS, 1999). Une diminution de la concentration de 5-HT plasmatique et de son métabolite urinaire (5-HIAA) a été mise en évidence chez les patients souffrant de troubles anxieux. Ces dysrégulations sérotoninergiques, observées dans la phobie sociale (Stein MB, 1998) et dans le TAG (Germine M & al, 1992), pourraient expliquer en partie l’efficacité des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) dans ces troubles. Des anomalies de la fonction dopaminergique ont également été suggérées, hypothèse renforcée par les données nouvelles de la neuroimagerie (Stein MB, 1998). En effet, un stress aigu augmente la libération de DA et de ses métabolites dans plusieurs aires cérébrales, particulièrement dans le cortex préfrontal médian. Une forte concentration d’acide homovanillique a été retrouvée chez les

paniqueurs présentant un niveau élevé d'anxiété et des attaques de panique fréquentes (Charney DS, 1999 ; Cameron & al, 1988). Le système GABAergique, par le biais d'une altération fonctionnelle des récepteurs benzodiazépiniques, semble également impliqué lors des TP où une diminution de ces récepteurs centraux a pu récemment être mise en évidence (Charney, 1999). D'autres systèmes neuro-endocriniens sont impliqués dans les troubles anxieux, comme en témoigne l'élévation des concentrations plasmatiques de GH ou de prolactine chez les patients phobiques confrontés à un stimulus anxiogène (Cameron OG & al, 1988). Les variations de la symptomatologie anxieuse observées lors de la grossesse ou du cycle menstruel illustrent aussi l'implication de l'axe gonadotrope dans la physiopathologie de l'anxiété (Mcleod DR & al 1992). Cependant, il faut mentionner l'existence de résultats variables selon les études, ce qui oblige à considérer d'autres paramètres dans l'analyse des données, comme les différences interpersonnelles, les phénomènes d'habituation et les sous-populations de patients, en fonction de la nature des différents troubles anxieux.

Ainsi, on retient que l'approche biologique de la pathologie anxieuse et les techniques de neuro-imagerie ont permis de mettre en évidence certains des mécanismes impliqués dans le déclenchement et l'évolution des syndromes anxieux. Ces mécanismes intéressent la plupart des grands systèmes physiologiques de l'organisme et témoignent de modifications importantes de l'activité du système nerveux, central et périphérique, par l'intermédiaire de processus neurochimiques distincts.

3.1.2. La théorie cognitivo-comportementale

Selon cette approche des troubles anxieux, l'interprétation catastrophique de ses symptômes somatiques entraîne le patient dans un cercle vicieux (Penochet, 1998). Pour les comportementalistes, le symptôme névrotique est un comportement appris et mal adapté. L'accent est mis sur le conditionnement névrotique, c'est-à-dire sur les réponses d'anxiété et de comportements régressifs présentés par l'animal conditionné dans des situations expérimentales qui le déroutent.

Cet apport cognitiviste pose comme hypothèse relative au conditionnement le fait que, *« pour des raisons probablement d'origine cognitive, les différents symptômes somatiques ressentis par le patient font l'objet d'une interprétation catastrophique. Cette interprétation pathologique est source d'une anxiété qui, elle-même, va aggraver les symptômes somatiques »*

et entraînent un cercle qui, par moment peut culminer en un état de panique ».
(Clément,1998)

À la base de l'anxiété, il y a un défaut dans le traitement de l'information. La surestimation du danger et la sous-estimation de ses capacités d'adaptation déclenchent un schéma de danger qui influence l'interprétation du soi, de la réalité, et qui renforce respectivement la symptomatologie anxieuse. Les symptômes anxieux deviennent une menace pour l'individu, alimentant l'idée d'un réel problème physique ou psychologique. L'effet de ce mécanisme est, en outre, le sentiment de vulnérabilité que le sujet perçoit de lui-même et qui le conduit à renforcer les niveaux d'anxiété.

Le modèle cognitif de l'anxiété développé par plusieurs auteurs (Clark et Wells, 1995-1997, Wells et Matthews, 1994), représente les progrès de la thérapie cognitive dans le domaine des troubles anxieux. Selon ce modèle, l'anxiété dépend, d'une part, d'un processus inadapté d'apprentissage dans un contexte social, et d'autre part, d'attitudes de renforcement du comportement erroné qui contribuent au maintien du problème.

Le modèle cognitivo-comportemental prédit que les symptômes de l'anxiété sont principalement déterminés par des évaluations dysfonctionnelles et catastrophiques qui sont faites à la fois de l'événement et de l'activation physiologique qui en résulte ;

« Le modèle cognitivo-comportemental considère l'anxiété comme une émotion apprise, résultant d'apprentissages antérieurs erronés et inadaptés, développés notamment sur le principe du conditionnement à la fois répondant (développement des troubles anxieux après confrontation à une situation traumatisante) et opérant (renforcement par évitement de la situation) ... le sujet anxieux va traiter sur le plan cognitif et valider de façon inadaptée et erronée son sentiment de danger imminent et incontrôlable, ce qui aura pour effet de renforcer la réponse anxieuse. » (Groulier, 2016, p. 21).

Entre un individu et un autre, il y a des différences personnelles dans la tendance à éprouver un état d'anxiété. Certains sujets sont plus susceptibles que d'autres d'évaluer certains événements, comme une menace à partir de laquelle il est nécessaire de se défendre. Ceci parce qu'ils utilisent des schèmes cognitifs, les « lentilles » à travers lesquelles ils regardent le monde, qui amplifie d'une part la dangerosité des situations, d'autre part leur incapacité à les affronter.

En conséquence, et d'un point de vue cognitif, la tendance à l'anxiété est due à :

- la perception de la réalité comme extrêmement dangereuse ;
- la perception de soi comme incapable de faire face au danger.

Ces deux facteurs représentent une composante de la vulnérabilité : ils poussent l'individu à surveiller en permanence les indications possibles sur la présence ou l'absence d'une menace. La personne anxieuse effectue des contrôles constants sur son environnement (compris comme réalité externe, les autres ou son propre corps selon le désordre manifesté) toujours en état d'alerte, dès qu'il détecte un signal d'un danger possible, il concentre toute son attention dessus (attention sélective) en ignorant tous les autres éléments qui pourraient lui servir de réconfort (Foa et al., 1991). Toutes les énergies mentales sont concentrées sur l'élément de danger à tel point que le sujet effectue de vraies erreurs de raisonnement, ce que (Beck et coll., 1985) appellent des erreurs ou des distorsions cognitives.

En raison de ces distorsions cognitives, le sujet anxieux surestime, à la fois, la possibilité et l'événement redouté et l'étendue de la gravité de celui-ci. Par conséquent, pour se protéger du risque éventuel, la personne déclenchera des réactions d'évitement comportemental et les stratégies comportementales de protection. Bien qu'à court terme, ces comportements produisent une réduction de l'anxiété (Vaillancourt et Bouffard, 2009).

Clark et Wells (1995, 1997) ont proposé un modèle cognitif détaillé de l'anxiété, basé sur un modèle d'autorégulation de la vulnérabilité émotionnelle. Selon ce modèle, la caractéristique centrale de la phobie sociale est le fort désir de donner une bonne impression de soi aux autres, mais ce désir est remis en question par le sentiment de ne pas avoir la capacité de réussir. Cette insécurité est marquée par des attitudes négatives envers la performance, les stratégies comportementales protectrices et les procédures d'évitement. Les sujets anxieux, plutôt que de se concentrer sur la situation sociale et la rétroaction des autres, se concentrent sur eux-mêmes et utilisent l'information qu'ils obtiennent de leur auto-observation pour évaluer comment ils font et ce que les autres pensent d'eux. L'attention directe à soi-même, associée à des comportements protecteurs et à l'évitement, renforcent cette autoévaluation négative et incitent les autres à percevoir le sujet sous un jour négatif, influençant la performance du sujet dans le contexte social.

Le modèle de Clark et Wells met un accent particulier sur l'attention à l'auto-focus et l'utilisation de l'information interne pour construire une impression déformée et négative d'un

soi observable. Selon le modèle cognitif de l'anxiété avancé par Clark et Wells (1995, 1997) quand une personne vit une situation publique, il se produit la séquence suivante d'événements : la situation active les croyances relatives d'échec potentiel de la performance, cela amène le sujet à percevoir un danger et à nourrir des pensées négatives. Les pensées négatives sont associées à l'activation de l'anxiété sous forme de symptômes somatiques ou cognitifs, et deviennent des sources de danger supplémentaires. La stratégie défensive conduit à se concentrer sur soi-même et sur son propre comportement.

3.1.3 Approche structurale de la personnalité

Cet autre aspect est digne d'intérêt dans le domaine explicatif de l'anxiété. Selon cette approche, les troubles anxieux surviennent fréquemment sur les personnalités dites pathologiques. L'organisation de la personnalité est en effet inhérente à un mode de fonctionnement particulier, ce qui permet de faire un diagnostic structural (Loubère, 1998 cité par Le Naour, 2007). Les capacités d'élaboration, les capacités de mentalisation dépendent essentiellement de la personnalité.

3.1.4 Approche psychodynamique

Etant donné que l'anxiété est constante dans les états névrotiques, il faut rappeler que ce concept de névrose fonde son unité sur une approche dynamique du fonctionnement mental (Le Naour, 2007). La névrose, selon Freud, est une maladie globale de la personnalité impliquant tout à la fois la présence de symptômes et d'une organisation pathologique du caractère. L'anxiété, dans ces états névrotiques, se réfère à la culpabilité, à la punition et à la crainte. Le point de départ de l'élaboration Freudienne est un modèle simple, celui des névroses actuelles, où l'angoisse est interprétée comme un surcroît de tensions psychique liées à un désordre de la vie sexuelle actuelle. Ce qui est considéré comme pathogène est la carence de mentalisation de l'excitation somatique court-circuitant la symbolisation et le langage (Pénochet, 1998 cité par Le Naour, 2007).

Pour Lacan, l'angoisse est angoisse de l'innommable et elle surgit lorsque l'expérience ne peut être mise en mots. A ce premier modèle de l'angoisse-tension, succède celui des psychonévroses de défense, construit à partir de l'hystérie, et qu'il relie à des conflits sous-jacents issus de l'histoire (Le Naour, 2007). Les symptômes observés sont l'expression « symbolique » de conflits. Le conflit intrapsychique inconscient peut toujours se résumer à une opposition entre le principe de plaisir qui recherche l'abaissement des

tensions par la satisfaction de la pulsion et le principe de la réalité qui y fait obstacle. L'élaboration d'un compromis par le moi du sujet entre les exigences du ça « réservoir » des pulsions et celles de la réalité ne permet qu'aucune satisfaction partielle au prix d'une anxiété dont l'intensité reste en rapport avec celle du conflit (Pénochet, 1998 cité par Le Naour, 2007).

« Le développement de l'angoisse conduisant à l'état de détresse correspond à une faillite du moi. L'étude de la théorie psychanalytique de l'angoisse conduit ainsi à proposer une séparation entre l'angoisse mentale qui est un affect lié à des représentations mentales sans manifestations viscérales et l'angoisse somatique ou tension physique qui se décharge par les voies classiques (réactions viscérales, endocrinométaboliques et motrices automatiques). Cette angoisse somatique ne se manifeste pas dans le moi et signe même sa défaillance. Ce n'est pas un affect et elle n'est pas représentée. Elle peut surgir de façon habituelle dans les névroses actuelles » (Dejours, 1998)

La psychanalyse est une approche thérapeutique basée sur l'observation que les individus ignorent souvent beaucoup des éléments de base de leurs émotions et de leurs comportements. L'approche psychanalytique considère le symptôme de l'anxiété comme la conséquence d'un conflit interne (Servant, 2005). En effet, la théorie psychanalytique : interprète la symptomatologie anxieuse comme le résultat de conflits inconscients non résolus. Le sujet avec de tels conflits, a tendance à mettre en place des mécanismes de défense pour restaurer son propre équilibre intrapsychique et empêcher que des pensées et des sentiments inacceptables ne réapparaissent dans la conscience (Canceil et al., 2004). Ces facteurs inconscients peuvent être une source de difficulté, se manifestant parfois sous la forme de symptômes reconnaissables, d'autres fois par des traits de personnalité problématiques, des difficultés affectives ou relationnelles, des troubles de l'humeur ou l'estime de soi.

La psychanalyse fonde sa méthode de traitement sur la conception de processus mentaux inconscients : à l'origine, c'est Freud qui développa les premiers modèles de l'esprit, repensés et retravaillés après lui par un nombre considérable d'analystes experts. Le traitement psychanalytique peut révéler comment ces facteurs inconscients affectent les relations et les modèles de comportement actuels, les ramener à leurs origines historiques,

révéler comment ils ont influencé leur vie au fil du temps, et aider l'individu à mieux faire face à sa propre réalité.

Au fur et à mesure que la personne parle, des indices des sources inconscientes des difficultés actuelles commencent à apparaître. Le thérapeute peut ainsi aider à clarifier ces indices, que la personne affine, corrige, et enrichit en ajoutant d'autres pensées et sentiments.

3.2. LES THÉORIES DES SIGNIFIANTS CULTURELS

3.2.1. La théorie de la relation conflictuelle

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

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

Dans cette perspective en tenant compte du cadre anthropologique, et des implications symbolique et traditionnelle majeures, Sow (1977) situe ses contenus, ses modalités, ses termes et ses pratiques dans un cadre bien défini, celui de l'Afrique. En effet le concept de maladie est intimement lié à l'organisation et à la dynamique de la personnalité (organisation

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

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

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

La compréhension des croyances et mentalités collectives ainsi que celle de l'imaginaire collectif est d'une importance capitale pour envisager les problèmes de la personne-personnalité. Sow (1977) esquisse les fondements théoriques d'un savoir

psychiatrique africain original, recherche quels sont les éléments, les ressorts intimes et les mécanismes propres de la psychologie et de la psychopathologie africaines quotidiennes, et ce en fonction du projet anthropologique précis et spécifique qui les sous-tend.

Pour lui la conception africaine de la folie et par extension à tout ce qui arrive de malheureux est basée sur la notion fondamentale de conflit dans les réseaux de relations qui structurent en profondeur l'existence totale actuelle du patient. Pour comprendre comment s'élaborent les troubles de la personnalité, il faut donc connaître les dimensions constituantes de la personne africaine, pour cela, l'auteur nous dresse un vaste schéma des principaux éléments constitutifs de la personne personnalité. D'autre part, il rappelle la fréquence, en Afrique, du thème de persécution, contrastant avec la rareté des thèmes d'indignité, de culpabilité et de dévalorisation. Cette notion va lui permettre de formuler son hypothèse de travail : « *la violence subie par Ego va engendrer un désordre qui est constitué par une triple relation polaire* » :

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

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

La notion de conflit dynamique de relation avec un tiers persécuteur est le thème central de l'étiologie des troubles mentaux et/ou somatiques en Afrique. Puisque le trouble ou la maladie est synonyme de conflit en milieu traditionnel et le patient apparaît comme victime mais en même temps comme révélateur d'un désordre dans la bonne marche du groupe. C'est en ce sens qu'il est vecteur d'une signification importante pour tous. Selon lui :

Pour tout dire, articuler le statut théorique du trouble mental revient essentiellement à situer ses contenus, modalités, thèmes et pratiques dans leurs propres cadres anthropologiques. C'est ainsi qu'à notre sens, il devient possible de leur conférer une signification et une cohérence structurale adéquates. Mais ce cadre, permettant l'intelligibilité optimale du trouble mental, se fonde lui-même sur les catégories traditionnelles majeures. On en arrive ainsi à toute une perspective culturelle spécifique, incluant elle-même les données fondamentales concernant l'Être et les données humaines de l'existence, tant il est vrai que le trouble mental renvoie, en dernière analyse, à ces deux niveaux.

3.2.1.1 La structuration de la personne-personnalité : les Constituantes de la personne-personnalité

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Par ailleurs dans la thérapie africaine, il faut toujours prendre en compte les paramètres sexe et âge. Car la sexualité et ou la virilité du garçon, est d'abord celle du groupe avant d'être celle de l'individu. C'est dire une fois de plus toute l'importance de la communauté

dans la compréhension et la thérapie de la pathologie, et ceci laisse voir que « le problème qui demeure toujours est celui de l'altérité ».

Selon Sow (1977) :

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

3.2.1.2 Les repères socioculturels de l'expérience de soi en milieu traditionnel Africain (Sow 1978)

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

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

Au niveau psychologique et psychopathologique, les difficultés et contradictions sont toujours actuelles, conçues dans le cadre d'un développement incessant, car l'individualité est en devenir dans une existence vécue comme un déploiement ordonné. C'est ce qui explique que le statut de personne plein n'est réellement acquis qu'avec la vieillesse qui se rapproche de l'ancestralité. Par ailleurs, seule une anthropologie envisageant la personnalité comme un

système vivant des rapports sociaux comme système d'interaction avec l'ordre du symbolique permet d'appréhender l'expérience africaine de soi.

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

Au demeurant, l'expérience se construit à travers une initiation, des rites initiatiques, une vivification sur les plans collectif et individuel en : des intérêts sociologiques, existentiels, intellectuels et métaphysiques. Ainsi, l'homme africain n'a de valeur que lorsqu'il est intégré dans son environnement culturel, qui régit et définit son fonctionnement psychique ses rapports avec l'extérieur. Voilà pourquoi l'individu et la société forment une chaîne interrompue d'agencements ; Et la personne est définie par rapport à sa communauté d'appartenance dans laquelle il y'a déjà un certain ordre établi par les autres qu'il doit respecter. Pour ainsi dire, la folie ou le trouble psychique ne survient que lorsqu'il y a violation de cet ordre dans la communauté. Alors la maladie avait un sens qui ne pouvait être intelligible en dehors du contact culturel et religieux propre à l'ethnie considérée ; qu'il s'agisse de diagnostic ou de guérison, seul le déploiement d'une chaîne de signifiés à laquelle le malade et son groupe adhèrent sans réserve contribue à le rendre opérationnel.

3.2.1.3 Symboles originels et dynamiques de la personne-personnalité en Afrique

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

Nous comprenons donc ainsi l'importance du sacré dans la culture et la pensée des Africains car elle permet de saisir les rapports intimes entre certains thèmes traditionnels et la représentation de la folie rappelant les temps primordiaux, chaotiques, préculturels. Pour les

Africains il existe des choses et des êtres qui ont une place réelle et importante, un nom dans la hiérarchie des représentations culturelles et donc dans un univers ordonné.

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

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

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

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

3.2.1.4 Angoisse de persécution et interprétation persécutive

La persécution colore toute la psychiatrie africaine ; et est l'explication de tout ce qui trouble l'ordre, désorganise les relations, atteint l'individu dans son être physique mental ou spirituel. Toujours explicité dans les névroses, souvent même dans les maladies

psychosomatiques et dans les situations vécues de façon douloureuse ou désagréable elle est éprouvée par l'individu malade et proposé par sa famille ou son entourage voire par des guérisseurs.

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

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

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

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

Le sorcier invisible vide de l'intérieur la personne dont il dévore le double. Il mange son fit (foi et composante de la personne : force vitale énergie organisée et courage). Le sorcier peut aussi atteindre l'individu à travers l'ombre de celui-ci projeté sur le sol ou par la trace de ses pas ou simplement par un regard, par un geste qui l'effleure. La victime dévitalisée meurt au bout de quelque temps.

- Le repas anthropophagique

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

En milieu traditionnel africain toute maladie suppose l'intervention de puissance persécutives et donc exige le recours aux rites traditionnels de guérisons ou de propitiation. Dans les sociétés traditionnelles africaines l'accent est mis sur l'importance de la religion des

ancêtres qui propose une solution rituelle aux problèmes. Elle fait voir dans l'occurrence du mal un signe divinatoire ; elle relève également dans les origines de la vie la source d'une autorité qui unit les vivants et les morts dans une même communauté transmise de génération en génération.

3.2.1.5 La relation africaine de la sorcellerie

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

La sorcellerie doit être exorcisée, expulsée radicalement de la société comme quelque chose d'extérieure à elle. Autrement dit, la sorcellerie du sorcier n'est ni problème de morale théorique ni un problème de morale religieuse, mais bien de morale sociale pratique, c'est-à-dire de relation de coexistence conflictuelle intracommunautaire. Si, d'une part, l'effort prophylactique déployé contre les effets maléfiques de la sorcière européenne était d'ordre technique.

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

Dans les sociétés matrilineaires la sorcellerie a une conception plus large. Elle est liée au problème de la circulation, de la distribution de l'échange du bien communautaire le plus

précieux à savoir la substance humaine. De ce fait, la sorcellerie apparaît inséparable de la structure matrilinéaire c'est ainsi que la sorcellerie au sens large des structures inclut de manière précise le champ de la maladie mentale ce qui n'est pas le cas dans les sociétés de structure patrilinéaire.

3.2.1.6 Vers la notion de champ conflictuel dynamique en milieu traditionnel

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

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

Il pose l'individualiste comme constitué par 3 éléments en relations étroites avec trois pôles culturels fondamentaux (famille, ancêtre communauté) qui définissent les éléments stables de la culture traditionnelle par conséquent, pour lui, « *le diagnostic de trouble mental en contexte traditionnel africain est toujours un diagnostic de structure relationnel dynamique c'est-à-dire qu'il cherche à mettre en évidence et à préciser la nature le niveau et le sens du conflit entre le dehors (pôle relationnel) et le dedans (principe interne vital, vie végétative corps).*

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

l'intermédiaire des médiateurs (génies, esprits) du mésocosmos puissant invisible mais partout présent parmi les humains ».

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

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

3.2.1.7 La notion de conflit dynamique en milieu traditionnel

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

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

La sorcellerie africaine est une modalité conflictuelle de relations humaines. La société traditionnelle a besoin au niveau même du fonctionnement de ses institutions, du

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

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

La structure de l'individualité est, traditionnellement, conçue comme un ensemble composé d'élément en relation étroite avec les trois pôles constitués par l'ancestralité, la famille, la communauté et tout un réseau de convergences qui lui donnent sa consistance. Dans le monde traditionnel, les questions que l'on se pose sont toujours, des questions portant sur le « pourquoi » que sur le « comment » des phénomènes. Parce que, finalement, ce qui est en question essentiellement, dans une société humaine, c'est la cohérence du lien culturel qui conditionne tout le reste beaucoup plus que la loi naturelle, en tant que tel, et pour elle-même. Le « souci » centrale concerne l'homme et non pas les objets naturels extérieurs à lui.

3.2.2 La perspective de Devereux

Devereux né en Hongrie en 1908 et meurt à Paris en 1987, ayant émigré en France à l'âge de dix-huit ans. Sa formation initiale est une formation de physicien. Élève de Mauss à l'Institut d'ethnologie de Paris, psychanalyste et ethnologue. Devereux est l'une des grandes figures des sciences humaines du XXe siècle. (Laplantine, 2002) par ailleurs considéré comme le fondateur de l'ethnopsychiatrie, qu'il appelle aussi « ethnopsychanalyse » selon le contexte.

Devereux père de l'ethnopsychiatrie tel qu'elle se présente aujourd'hui. Il s'inspire de la psychanalyse et de l'anthropologie car tout comme son prédécesseur Roheim (1943), tout homme à une culture. Mais dans sa théorie, il observe comme principe de base, le principe de l'universalité du psychisme. Ici, il cherche à donner un statut à tous les êtres humains tant sur le plan éthique que scientifique, en rapport à leur psychisme et la culture. Dans cette perspective, l'universalité se résume juste à des approximations. Ainsi, malgré la pluralité des cultures on en trouve tout de même une certaine ressemblance partagée par toute la communauté. (Rouchon, 2007)

De ce principe de base reliant les différences au même niveau, Devereux met sur pied une méthode qui va dans le même sens : le complémentarisme. « *Le complémentarisme n'exclut aucune méthode, aucune théorie valable, il les coordonne* » (Devereux, 1972, p. 27). Mieux, "tout phénomène est redevable d'au moins deux explications, une explication psychologique et une explication ethnologique. Mais cette double démarche ne peut être menée simultanément". (Laplantine, 2002). Cette méthode rend compte de ce que certains phénomènes humains nécessitent une double analyse obligatoire qui ne peut être tenue simultanément. Ainsi, en ethnopsychiatrie tel que l'appréhende Devereux, il est obligatoire de tenir compte de deux discours (anthropologie et psychanalyse) mais de manière non simultanée. Dans cette lancée, il devient alors possible de complémentariser l'analyse ethnologique d'un fait par une approche psychologique mais on ne peut pas les réduire l'une à l'autre. (Rouchon, 2007)

Dans la pratique clinique, Devereux (1978) met sur pied 3 types de thérapies en ethnopsychiatrie ;

- Thérapie intraculturelle : le thérapeute et son patient appartiennent à la même culture. Mais le thérapeute tient compte de dimensions socio-culturelles des troubles du patient et du déroulement de la thérapie.
- Thérapie interculturelle : ici, bien que le patient et le thérapeute n'appartiennent pas à la même culture, le thérapeute connaît bien la culture de l'ethnie du patient et l'utilise comme levier thérapeutique.
- Thérapie métaculturelle : le thérapeute et patient appartient à deux cultures différentes mais il comprend en revanche, le concept de culture et l'utilise dans l'établissement du diagnostic et dans la conduite du traitement.

De ce qui précède, la thérapie métaculturelle la plus aboutie et la plus privilégié nécessite juste « *une reconnaissance systématique de la signification générale et de la variabilité de la culture, plutôt que sur la connaissance des milieux spécifique du patient et du thérapeute* ». (Devereux, 1969 ; Moro, 2004 ; Rouchon, 2007).

3.4. ANXIÉTÉ ET SIGNIFIANTS CULTURELS

Lorsqu'on intègre les données des signifiants culturels dans une perspective de compréhension des troubles anxieux, on comprend que tout part du traitement de l'information selon l'approche cognitive. De plus, les manifestations anxieuses, comme le souligne Clément (1998) reposent sur une surestimation du danger. Cependant, dans une perspective anthropologique, le danger est perçu ici comme un élément externe qui vient à arracher notre liberté, notre autonomie et notre épanouissement. Dans le cancer par exemple, le malade se retrouve dans une posture d'une mort prochaine, qui serait causée par un interdit transgressé (Bacqué, 2008).

Ce danger ressenti va ainsi susciter chez le patient un état de panique. Il va alors se développer chez le patient cancéreux une surestimation du danger, mettant en péril ses capacités d'adaptation, une interprétation de soi, de la société et qui renforce respectivement la symptomatologie anxieuse. Le sens que le patient donne à sa maladie en lien avec la sorcellerie et le maraboutage, va favoriser un changement dans sa relation avec son entourage. Ainsi, les symptômes anxieux deviennent une menace pour l'individu, alimente l'idée réelle d'une atteinte spirituelle. L'effet de ce mécanisme est en outre, le sentiment de vulnérabilité que le sujet perçoit de lui-même et qui le conduit à renforcer les liens entre lui et ses ancêtres inébranlables.

Comme le souligne Clark et Wells (1995 ; 1997), la maladie cancéreuse active les croyances d'échec potentiel de la performance, ce qui amène le sujet malade à percevoir un danger et à nourrir des pensées négatives. Ces pensées négatives sont aussi liées à l'idée d'une mort proche, si jamais le lien entre lui et l'ancêtre inébranlable n'est encore rétabli, véritable cause de sa souffrance.

Les tenants de l'approche psychanalytique envisagent l'anxiété comme étant le résultat d'une crainte, d'une menace, d'une culpabilité et même d'une punition. Parlant de punition, on s'accorde avec Sow (1977) que la maladie mentale en elle-même est perçue comme le résultat d'une punition ou d'une correction infligée par un de nos connaissances,

proches ou ancêtres, suite à une transgression ou faute lourde commise. Plus qu'un conflit interne comme le souligne Servant (2005), l'anxiété résulterait aussi d'un conflit externe. Les forces en oppositions ne sont pas que celles du ça et du moi, mais également du surmoi avec l'intériorisation de la dimension externe à l'individu. La maladie cancéreuse qui est à la base une maladie biologique, trouve une certaine étiologie exogène. A cet effet, le malade se sent abattu, atteint mystiquement et se doit de se défendre et de se justifier. Ce désir de se défendre engendre un sentiment de vulnérabilité, de culpabilité et crainte, ce qui conduit le patient aux troubles anxieux.

Comme le souligne Sow (1977), les actants du mal sont localisés dans le mésocosmos, d'où ils opérèrent, et le trouble mental se définit comme un conflit exprimant les péripéties et les contradictions vécues, par la personne concrète dans ses relations avec le mésocosmos. Allant dans ce sens, on comprend que le vécu anxieux chez les patients cancéreux trouve toute sa pertinence dans un registre culturel bien défini, tant que la maladie en elle-même est porteuse de sens ou de connotation mystico-religieuse. De plus, Sow (1977) montre que le trouble mental, aussi soit-il est basé sur la notion de conflit dans les réseaux de relation qui structurent en profondeur l'existence totale du patient. Parler du vécu anxieux dans un registre culturel, revient donc à reconnaître la pertinence des manifestations culturelles chez les patients cancéreux.

**DEUXIEME PARTIE :
METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE**

**CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE DE
L'ETUDE**

Dans le cadre de cette étude qui porte sur le vécu anxieux en rapport avec les signifiants culturels, il sera question pour nous de présenter le cadre méthodologique dans lequel celle-ci s'inscrit. Mais avant, nous allons rappeler quelques éléments liés au cadre épistémologique de cette étude, notamment la problématique, la question de recherche et l'hypothèse de recherche. Par la suite nous nous intéresserons au cadre institutionnel et clinique de l'étude, sans toutefois oublier le cadre méthodologie choisie ainsi que les raisons de son choix et enfin présenter quelques considérations éthiques et les difficultés rencontrées au courant de ce travail de recherche.

4.1 BREF RAPPEL DE LA PROBLEMATIQUE

4.1.1 Rappel du problème

Le cancer est l'une des maladies chroniques qui est au cœur des politiques mondiales de la santé. Le nombre de personnes reçu par an préoccupe le monde entier. Selon le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) publié en 2012, environ 14,1 millions de nouveaux cas ont été enregistré et 8,2 millions de décès la même année par Cancer. Les statistiques publiées par le Centre International de Recherche sur le Cancer

(CIRC, 2012) et BLOBOCA 2012, viennent encore confirmer ces chiffres qui sont largement supérieurs aux derniers statistiques obtenues en 2008, soit 12,7 millions de cas de cancer et 8,2 millions de décès liés au cancer survenus en 2012. Selon l'OMS, le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) estimait la prévalence pour 2012, montrant que le monde entier comptait un peu plus 36,6 millions de personnes vivantes, âgées de plus de 15 ans, chez qui l'on avait diagnostiqué un Cancer au cours des 5 dernières années.

Aujourd'hui, l'annonce d'un diagnostic positif face à une maladie chronique engendre au sein des familles et de l'entourage du malade des dysfonctionnements, tant psychologiques, morales que sociales. Suite à ce diagnostic, le patient se voit couper du monde ; voir mort avant de mourir. Celui du cancer par exemple, est encore plus accentué, car causant le plus grand nombre de décès par an (OMS, 2019). Il engendrerait un traumatisme autant chez le malade que son entourage, car le diagnostic positif est immédiatement associé à l'idée de mort, d'où l'angoisse de mort imminente qui caractérise cette population (Nguimfack, 2016).

Ainsi, chez le malade cancéreux les répercussions psychologiques sont observées en fonction de la façon dont l'individu vit sa maladie et le sens qu'il donne à celle-ci. Ce qui nous amène à interroger le vécu anxieux chez les patients cancéreux en lien avec la culture. Le choix du vécu anxieux comme objet de cette étude repose sur le fait que, celui-ci serait beaucoup plus manifeste au sein des personnes atteintes de maladie grave en général et du cancer en particulier. Dans une méta-analyse (144 études), Mitchell et al. (2013) ont montré que les troubles anxieux étaient particulièrement importants chez les malades du cancer (12,8% à 23,6%) vs sujets contrôle (9,8% à 18,5%).

L'approche cognitivo-comportementale montre que les troubles anxieux dans les maladies graves sont dues à l'interprétation catastrophique des symptômes somatiques qui entraînent le patient dans un cercle vicieux (Miller et Massie, 2006). Les différents symptômes ressentis par le patient font l'objet d'une interprétation catastrophique. Cette interprétation pathologique est source d'une anxiété qui elle-même, peut culminer en un état de panique incoercible (Miller et Massie, 2006 cité par Philippin, 2009) autrement dit, pour cette approche, les troubles anxieux sont le fait d'un conditionnement. Or nous avons constaté lors des entretiens avec des patients cancéreux que leur vécu anxieux était dû à une relation de sorcellerie, une interprétation persécutive en lien avec le maraboutage. De ce constat naît le problème du *rôle des signifiants culturels dans le vécu de l'anxiété chez les patients atteints de cancer*.

4.1.2 Rappel de la question de recherche et de l'hypothèse

Cette recherche envisage une compréhension du vécu anxieux en rapport avec les signifiants culturels, autrement dit, nous cherchons à appréhender le rôle des signifiants culturels dans le vécu de l'anxiété chez les patients atteints du cancer. Pour guider cette recherche, la question de recherche est la suivante : *en quoi les signifiants culturels du malade de cancer contribuent-ils à son vécu anxieux de la maladie ?* L'hypothèse de recherche est la suivante : *les signifiants culturels du malade de cancer alimentent son vécu anxieux de la maladie par le truchement de l'échec de symbolisation.*

4.1.3 Rappel de l'objectif de l'étude

Dans cette étude, nous nous sommes donnés pour objectif d'appréhender les processus psychiques par lesquels les signifiants culturels augmentent le vécu anxieux chez les patients atteints de cancer.

4.2 LE SITE DE L'ÉTUDE

Cette étude s'est déroulée à l'Hôpital Central de Yaoundé (HCY) qui est l'un des centres hospitaliers qui dispose un service d'hématologie assez consistant et aigu, et donc la prise en charge est consistante et permanente.

4.2.1 Justification

L'Hôpital Central de Yaoundé (HCY) est un centre hospitalier de référence de la ville de Yaoundé qui offre les soins de qualité sur la quasi-totalité dans les domaines de santé. Il dispose d'un service de qualité dans la prise en charge du cancer, dans lequel on y retrouve des médecins spécialisés et psychologues. Il accueille chaque année des étudiants de la faculté de médecine, des écoles infirmiers et des étudiants en psychologie dans le cadre des stages pratiques. Le choix de ce site pour notre étude se justifie par le fait que c'est le lieu où nous avons fait les premières observations qui nous ont poussées à envisager cette recherche. En plus de cela, le site de la recherche est d'autant plus approprié pour pouvoir passer des entretiens avec les participants, en prenant en compte leur particularité et état de santé.

Dès lors, ce terrain apparaît très approprié dans le cadre de notre étude, car il nous donne la possibilité de pouvoir faire une recherche en milieu hospitalier.

4.2.2 Présentation de l'Hôpital Central de Yaoundé (HCY)

L'Hôpital Central de Yaoundé fut créé en 1933, initialement comme hôpital de jour. Il a subi plusieurs modifications et est aujourd'hui un établissement de soins de deuxième catégorie ; qui met au service des patients une équipe médicale et paramédicale spécialisée dans le domaine de la médecine générale, et présente en outre de multiples atouts, du point de vue de la situation géographique, de la possibilité d'une complémentarité ; de l'existence d'un plateau technique acceptable, de la disponibilité des personnels médicaux 24h/24h et de l'autonomie des services.

L'HCY est situé au quartier centre-ville, rue 2.008 derrière la CENAME (Centrale Nationale de Médicaments Essentiels) et non loin du camp sic Messa. Avec une capacité de 650 lits toutes spécialités confondues dont 140 pour la chirurgie, de 70 médecins, de 408 personnels para-médicaux et de 114 personnels administratifs, il est composé de 5 grandes unités de spécialisation, à savoir :

- Unité de chirurgie et spécialités ;
- Unité d'accueil Anesthésie et réanimation Urgences ;
- Unité de Gynécologie obstétrique ;
- Unité de médecine et spécialités ;
- Unité technique ;
- Un bloc administratif et financier.

C'est aussi l'un des grands centres camerounais de référence du traitement du VIH/SIDA, et il est à l'origine de l'initiation de plusieurs grands programmes de santé publique dont tout récemment la campagne de diagnostic et traitement de la cataracte, ainsi que la prévention et le traitement du paludisme. Il dispose également d'un centre de recherche performant, notamment en ce qui concerne le VIH/SIDA.

L'HCY s'est donné comme missions : adapter son offre de soins, pour exercer au mieux ses missions de service public hospitalier ; améliorer sa gouvernance et son efficacité ; mobiliser les ressources nécessaires à la réussite de son projet d'établissement ; assurer la décentralisation de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH dans les unités de prise en charge de la région du centre, ce qui est opérationnel aujourd'hui.

4.3 LES PARTICIPANTS

4.3.1 Critères de sélection

Pour sélectionner les participants de cette étude, nous avons utilisé la technique d'échantillonnage par choix raisonné. Cette technique consiste à sélectionner les participants en fonction du jugement du chercheur, par rapport au caractère typique ou atypique. De plus, le choix de cette technique, se justifie par le fait que l'étude prenne en compte la subjectivité de l'individu et que le phénomène étudié n'est pas représentatif de l'ensemble de la population. La sélection des participant et jugée sur un certain nombre de paramètres, repartis en critères d'inclusion et d'exclusion.

- Critères d'inclusion

- Etre typique de la population (être diagnostiqué positif au cancer e avoir un vécu anxieux) ;
- Avoir une expérience vécue du phénomène ;
- Etre à mesure de s'exprimer sans difficultés ;

4.3.2 Echelle d'évaluation de l'anxiété de Spielberger

Nous avons choisi dans le cadre de cette recherche d'associer à la technique de sélection des participants, une passation des deux échelles d'évaluation de l'anxiété de Spielberger. L'une qui évalue l'anxiété-Etat et l'autre qui évalue l'anxiété-Trait.

L'échelle d'anxiété-Etat de Spielberger (STAI forme Y1) évalue les sentiments d'appréhension, la tension, la nervosité et l'inquiétude que le sujet ressent au moment de la situation de compétition ou de souffrance (Bacqueaert, 2018). Elle est constituée de 20 items allant dans un échelonnement de Likert (de pas du tout à beaucoup). Elle est passée en auto ou hétéro-évaluation. Les réponses obtenues permettent de savoir si l'anxiété du patient interfère avec la situation anxiolytique. Chez la femme par exemple, la moyenne est de 37 et chez l'homme de 42. Si vous avez un score en dessus de la moyenne, on conclut que votre anxiété interfère avec la situation stressante (Bacqueart, 2018).

L'échelle d'anxiété-Trait de Spielberger (STAY forme Y2) évalue les caractéristiques générales, stables de la personnalité du sujet sans rapport avec la situation spécifique. Elle est

aussi composée de 20 items avec un échelonnement de Likert (pas du tout à beaucoup). La moyenne chez les femmes est de 47.13 chez les femmes et de 39.27 chez les hommes. Elle peut aussi être passée en auto ou hétéro-évaluation.

4.3.3 Caractéristiques des participants

Nous allons présenter les caractéristiques des participants de cette étude dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : caractéristiques des participants.

Participants	ANNE	JEANNE	NADINE
Age	54 ANS	32 ANS	37 ANS
Genre	FEMININ	FEMININ	FEMININ
Religion	PROTESTANTE	PROTESTANTE	CATHOLIQUE
Rand de la fratrie	5/11	4/6	1/6
Ethnie	BASSA'A	NSO	BANE
Situation matrimoniale	MARIEE	Célibataire	Célibataire
Profession	PLEG-HE	COMMERCANTE	CADRE CONTRACTUEL

4.4 MÉTHODE DE RECHERCHE : MÉTHODE CLINIQUE

4.4.1 Définition de la méthode clinique

Fernandez & Pedinielli (2006), nous renseignent que la méthode clinique est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes du sujet souffrant et elle doit se centrer sur le cas c'est-à-dire l'individualité, mais sans pour autant s'y résumer. Elle s'inscrit dans la lancée visant la reconnaissance et la nomination de certains états, aptitudes et comportements dans le but de composer une thérapie, une mesure d'ordre social ou éducatif ou une forme de conseil permettant une aide une modification positive de l'individu. Ici, le phénomène n'est pas isolé, mais plutôt replacé dans la dynamique individuelle.

On qualifie donc de méthode clinique, toute méthode :

Qui vise à recueillir des informations fiables dans le domaine clinique (étude, évaluation, diagnostic, traitement, de la souffrance psychique ou des difficultés d'adaptations) et qui réfère en dernière instance ces informations à la dimension individuelle. La méthode clinique se compose d'une série de techniques qui peuvent être utilisées tant dans la pratique que dans la production des connaissances certaines visant le recueil du matériel (entretien par exemple) alors que d'autres sont des outils de traitement de l'information recueillie (analyse de contenu par exemple). L'ensemble de ces techniques a pour objet d'enrichir la connaissance d'un individu (Fernandez & Pedinielli, 2006).

Ainsi, dans le cadre de notre étude, nous utiliserons la méthode clinique. Il s'agit d'un dispositif méthodologique qualitatif car le matériel recueilli au cours des entretiens correspond à des données cliniques. Ce choix méthodologique permet de rendre compte de la façon la plus synthétique de l'ensemble des paramètres interdépendants inhérents à une même réalité : la dynamique développementale, le contexte psychosocial et les processus psychiques en œuvrent chez les personnes souffrantes du cancer. Ainsi, au travers de cette démarche, essentiellement clinique, le but est d'obtenir un matériel qui soit le plus riche, le plus fin possible tout en assumant les difficultés pouvant découler d'une telle approche pour ce qui est du traitement et de l'analyse des données.

L'objectif de cette étude étant d'appréhender les processus psychiques par lesquels les signifiants culturels alimenteraient le vécu anxieux, La méthode clinique paraît ainsi la plus appropriée ; Car, « *la psychologie clinique désigne à la fois un domaine (celui de la psychopathologie) et une méthode (clinique) qui s'insère dans une activité pratique visant la reconnaissance et la nomination de certains états, aptitudes, comportement dans le but de proposer une thérapeutique, une mesure d'ordre social ou éducatif ou une forme de conseil permettant une aide, une modification positive de l'individu* » (Fernandez & Pedinielli, 2006).

De ce fait, la méthode clinique donne des orientations concrètes aux chercheurs grâce à son objet de recherche. Toujours dans cette logique de l'homogénéité, de la saisie globale de la situation et de l'individu, la subjectivité du chercheur n'est pas écartée, mais analysée afin que les objectifs soient atteints et surtout dans le respect du protocole et éviter tous biais.

4.4.2 L'étude de cas

Nous avons montré plus haut que la méthode clinique serait la plus appropriée pour comprendre les phénomènes cliniques, notamment le vécu anxieux chez les patients atteints de cancer c'est-à-dire comprendre l'expérience subjective, la souffrance psychique singulière et les processus en œuvre dans ce fonctionnement, ainsi que la thérapeutique ou la thérapie. Il s'avère donc que la méthode de « cas » est concordante avec ce paradigme. Elle permet de rendre compte de la complexité des aspects opérants dans les processus singuliers du cas étudié, d'analyser de façon approfondie ces processus et d'interpréter les données d'après un cadre théorique établie (Lessard-Herbert, Croyette et Boulin, 1997). Grâce à ces caractéristiques, cette méthodologie de l'étude de cas devient un outil essentiel de la recherche en psychologie clinique. Elle repose ainsi sur le paradigme compréhensif.

L'étude de cas rend ainsi compte de la singularité, de la subjectivité et de la totalité de la situation. Elle ne vise pas une généralisation de ses résultats, mais la compréhension du phénomène (Pedinieuli et Fernandez, 2010). En examinant les conditions de scientificité de l'étude de cas, Stiles(2004) précise :

Contrairement à la recherche armée par des batteries de tests statistiques (ANOVA, Khi-2, T et Z se student, F de Fisher), l'étude de cas véhicule des résultats qui s'expriment en mots, plutôt qu'en chiffre, transmet l'empathie et la compréhension subjective, plutôt qu'une analyse froide et détachée, situe les données dans un contexte individualisé plutôt dans la sphère des valeurs absolues, cherche à bâtir des bons exemples, plutôt que des échantillons représentatifs et parfois à responsabiliser le patient, plutôt qu'à simplement l'observer. (Stiles, 2004).

Ce sont là les valeurs essentielles d'une clinique au plus près du sujet, de sa singularité et de son unicité irréductible que l'étude de cas permet de défendre tout en offrant des éléments de réflexion sur les invariants du fonctionnement psychique. Passeron et Revel (2005) soulignent que :

Si ma pensée par cas a longtemps été sous-estimé, c'est parce qu'elle dérogeait à l'exigence moyen d'unification, d'homogénéisation et de formalisation de l'argument, qui semblait les canons de toute science véritable. Aussi bien sa réhabilitation méthodologique est elle-même récente, contemporaine de la remise en cause des paradigmes naturalistes et logicistes en sciences humaines

Le cas est donc indissociable du référentiel qui l'a produit. Ainsi, le cas ne saurait préexister, aux concepts qui ont participé intimement à sa construction et en conditionne sa saisie. Par ailleurs, si nos référentielles théoriques diffèrent sur de nombreux points à savoir : épistémologique, étiologique et technique, ils ont en commun le respect inconditionnel de la parole du patient, l'attention portée à sa singularité de trajectoire, de confiance en son potentiel évolutif, et le décentrement par rapport à son symptôme.

D'après Passeron et Revel (2005), deux traits caractérisent un cas : la singularité et l'utilisation du récit pour décrire cette singularité et préciser son contexte d'apparition. L'implication du chercheur est centrale, elle est une caractéristique essentielle de la méthode clinique, inscrit dans un paradigme « compréhensif » qui considère l'influence entre l'objet d'étude et le sujet qu'il étudie (Fernandez et Catteuw, Lessard-Hubert et al, 1997 ; Mucchielli, 2004 ; Pédinieuli et Fernandez, 2010).

4.4.3 Les outils et techniques de collecte des données

L'entretien est le meilleur outil de recueil des informations sur la souffrance ou les difficultés du sujet en apportant des éléments sur ce à quoi il a été réellement ou imaginativement confronté, mais aussi sur sa position à l'égard de ces faits ainsi que sur ce qu'il attend du psychologue, sur la place qu'il lui donne (Montreuil & Doron, 2006). Cette place de choix qu'il occupe l'est encore plus dans le domaine de la recherche. En effet, un entretien suit un protocole rigoureux à suivre pour mener à bien cette investigation. C'est dans cette perspective que Blanchet (cité par Fernandez & Catteuw, 2001, p.75) affirme :

Un entretien entre deux personnes, un interviewer et un interviewé conduit et enregistré par l'interviewer ; ce dernier ayant pour objectif de favoriser la production d'un discours linéaire de l'interviewé sur un thème défini dans le cadre d'une recherche.

Compte tenu du fait que nous cherchons à comprendre les phénomènes psychiques par lesquels les signifiants culturels alimentent le vécu anxieux chez les patients atteints de cancer, l'entretien s'avère nécessaire dans la mesure où l'on veut avoir accès à la manière avec laquelle le participant donne sens à sa situation de malade. L'entretien favorise l'expression du sujet, et de ce cas émerge de façon spontanée la subjectivité du malade de cancer et les représentations de cette maladie. En le faisant, il procède par verbalisation et non à travers des données numériques.

De plus, le choix de l'entretien et plus particulièrement l'entretien semi-directif se justifie par le fait que nous voulons avoir des informations sur comment les signifiants culturels alimentent le vécu anxieux chez les patients atteints de cancer ; autrement dit, de saisir le sens que les patients donnent à leur vécu anxieux en rapport avec les signifiants culturels. Comme le souligne Fortin (2006) l'entretien semi-directif fournit au répondant l'occasion d'exprimer ses sentiments et ses opinions sur le sujet traité. Le but est de comprendre le point de vue du répondant.

La recherche n'étant pas un travail du hasard, et nécessitant un travail rigoureux, respectant les canons de la démarche scientifique, il est important pour nous de choisir un instrument de collecte des données adapté au contexte de la recherche et à l'objectif de cette recherche.

4.4.4 Instruments de collecte des données

4.4.4.1 Le guide d'entretien

Blanchet et Gotmn (2007) définissent le guide d'entretien comme un « *ensemble organisé de fonctions d'opérateurs et d'indicateurs qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer* ». Dans le cadre de ce travail, nous avons formulé un guide d'entretien constitué de quatre (04) thèmes présentés comme suit :

Préambule

Présentation du participant

THEME 1 : cancer et ses retentissements

THEME 2 : le vécu anxieux

THEME 3 : les signifiants culturels/structuration de la personne personnalité

THEME 4 : signifiants culturels/vécu anxieux

4.4.4 Technique d'analyse des données : analyse de contenu

Dans le cadre de cette étude, nous avons fait le choix de l'analyse de contenu. Il s'agit d'une méthode de traitement des données. D'après Gagnon (2012), l'analyse de contenu est un ensemble d'instruments méthodologiques de plus en plus raffinés et en constante

amélioration, s'appliquant à des discours extrêmement diversifiés et fondés sur la déduction ainsi que l'inférence. L'opération tient à sélectionner, condenser, catégoriser, regrouper et organiser l'information. C'est donc une mise en ordre systématique du contenu manifeste d'un discours (Berelson cité par Giust- Desprairies & Lévy, 2003) que nous avons mis en place. Fallery et al. (2007, cité par Gagnon, 2012), précisent qu'une analyse de contenu consiste à lire un corpus, fragment par fragment, pour en définir le contenu, en le codant, selon des catégories qui peuvent être construites et améliorées au cours de la lecture. Ainsi, nous avons fait usage de l'analyse thématique de contenu pour analyser les données qualitatives (paroles) qui ont été recueillies.

Pour Pedinielli (1994), l'analyse thématique est avant tout descriptive. Elle procède par le découpage du discours et le recensement des thèmes principaux qui peuvent faire l'objet d'analyses différentes selon les questions et les objectifs de recherche. Elle permet d'examiner la signification des mots et de reconstruire le sens de leurs phrases. Pour ce qui relève de notre étude, nous avons procédé en trois étapes essentielles : la retranscription des données, le codage des informations et le traitement des données.

Tableau 2 : modèle d'analyse conceptuel

Concepts	Dimensions	Composantes	Indicateurs
Vécu anxieux	Comportemental	L'angoisse de séparation	Perte des membres très chers ; perte d'une partie de son corps
	Emotionnel	Une profonde tristesse, l'anhédonie	Les pleurs, altération de la jouissance à la vie, sentiment de tête vide, etc.
	Cognitif	Système de connaissance consciente de la maladie.	Le rôle des facteurs biologiques ; le rôle de l'environnement
		Système de de connaissance inconsciente de la	Non maîtrise de la maladie. Absence de connaissance des

		maladie	facteurs déclencheurs de la maladie
	Physiologique	Contraintes liées à la maladie	Les douleurs intenses,
Signifiants culturels et interprétation de la maladie	Interprétation	La relation de sorcellerie	Une main invisible impliquée dans la maladie.
	Perception culturelle de la maladie	La rigidité de la culture, le choc des croyances, des cultures.	Un mobile de ressource et de connaissance par lequel les personnes malades s'informent.
	Recours aux rites et traitement culturel	le maraboutisme/ transgression des us et coutumes	Recherche d'un soulagement, voire de la guérison
Signifiants culturels /anxieux	ECHEC DE SYMBOLISATION	VECU ANXIEUX DE LA MALADIE	Inadéquation entre la maladie et ses croyances ; incapacité à mettre les mots sur la souffrance ; l'opposition entre les cultures.

Pour procéder à cette analyse, nous avons construit une grille d'analyse, élaborée en fonction de la visée théorique qui déterminera les consignes de recueil des données. En effet, le canevas établi pour l'enquête nous a fourni a priori les thèmes principaux et le travail d'inventaire nous a donné des catégories a posteriori. Le choix de ces catégories, obéissant à certaines règles techniques d'exclusion mutuelle, de pertinence, d'homogénéité et d'efficacité, est le fait du chercheur. Nous avons établi des catégories descriptives renvoyant à des variables du texte, exclusives les unes des autres, en découpant et en organisant le discours des participants (Poirier, Clapier-Valladon & Raybaut, 1996).

Pour Mucchielli, 2006, l'analyse thématique, se situe dans le cadre des analyses logico sémantiques. Ces méthodes effectuent « un classement logique des contenus après l'explicitation des valeurs sémantiques de ces contenus. » (Cité par Vanoutrive & al., 2012).

L'analyse thématique du discours consiste à découper ce qui d'un entretien à l'autre se refait à un thème. Autrement dit, il revient au chercheur à obtenir des indicateurs qui puissent résumer les multiples sens des messages dans un discours. C'est une technique qui se veut objective dans la mesure où elle s'intéresse aussi bien au contenu qu'à ses conditions d'émission (participant) et/ou de réception (chercheur). Elle permet de dégager la structure, les processus et les thématiques propres à chacun des participants. Le texte est découpé en unité d'enregistrement d'ordre psychologique, renvoyant parfois à des unités supérieures qualifiées en général de thème. Cela revient à des proportions raisonnables tout en conservant son sens. Cela permet aussi et peut-être même surtout de comparer ce texte avec d'autres textes. Les discours singuliers sont ainsi détruits et structurés.

4.5 LE DÉROULEMENT DES ENTRETIENS

Les entretiens ont été faits avec les participants qui répondaient aux critères d'inclusion mentionnés plus haut. Les rencontres ont été faites dans la salle d'hospitalisation, un cadre familier pour nos participants, et où la situation de recherche venait s'imbriquer sans trop de changement. Par ailleurs la salle d'hospitalisation est la seule dont nous disposions, car en dehors de cette dernière, il est difficile, voire impossible de pouvoir avoir accès aux participants.

Les entretiens débutaient directement après la prise de contact avec les participants, et la passation de l'échelle de l'échelle d'évaluation de l'anxiété de Spielberger qui nous permettait de sélectionner nos participants à cette étude. Pour être déclaré anxieux ou anxieuse, il fallait que le score obtenu à cette échelle soit de 47.13 chez les femmes et 39.27 chez les hommes, pour un total de 20 items. Cette prise de contact consiste à nous présenter et à donner les modalités de nos échanges. Nous les débutons une fois que les premiers soins étaient terminés. Chaque entretien avec les participants durait en moyenne 35 minutes.

6.6 DIFFICULTÉS RELATIVES À LA COLLECTE DES DONNÉES

La première difficulté rencontrée pendant la collecte des données était relative à l'accès aux participants. En effet nous avons fait plus de deux mois pour qu'on nous donne l'accès à l'hôpital central car la période de demande de stage cadrait aux congés du Directeur. C'est seulement à son retour qu'on a pu avoir accès à l'hôpital.

L'autre difficulté était relative à l'accès aux participants qui répondait aux critères d'inclusion. Venant à la chimiothérapie sur un rendez-vous de trois semaines, nous étions obligés de laisser le temps écoulé.

6.7. CONSIDÉRATION ÉTHIQUE

Les règles éthiques ont été prises en compte pendant l'entretien. D'abord, le respect de la personne en situation cancéreuse. Ce dernier s'est fait à plusieurs niveaux c'est le cas avec la présentation du formulaire de consentement éclairé ; il donne le choix au participant de poursuivre ou non l'entretien qui a suivi. D'un autre côté les entrées du guide d'entretien tenaient compte de leur dignité et ne les mettaient à aucun moment en danger. Pour ce faire, une fiche de consentement éclairé a été mise à la disposition des participants. De plus, le contenu des entretiens est resté anonyme et confidentiel. Par ailleurs étant donné que nous nous intéressons au vécu anxieux ; celui-ci peut réveiller de la souffrance de la part des participants. C'est pourquoi nous nous sommes assurés de leurs adhésions volontaires. Dans cette perspective, nous avons pris en compte tous l'ensemble des comportements, verbaux et non-verbaux des répondants

Ce chapitre cinquième porte sur la présentation, l'analyse et l'interprétation des résultats que nous avons obtenus auprès de trois participants. Pour les soucis de confidentialité, nous avons décidé de les nommer Jeanne, Anne et Nadine. Pour ce faire, il sera question de faire une brève présentation des participants avant de procéder à une analyse thématique des entretiens.

5.1 PRÉSENTATION DES PARTICIPANTS

5.1.1 Jeanne

Jeanne est âgée de 32 ans et est originaire de Bingo dans la région Nord-Ouest camerounaise. De religion protestante, elle est issue d'une fratrie de six enfants dont est la quatrième née. Elle arrête les études après le CAP et se lance dans le commerce jusqu'au moment où elle tombe malade. Bien avant, Jeanne est une fille travailleuse et est responsable d'une famille car ayant perdu ses deux parents, elle était obligée d'arrêter l'école pour exercer dans le secteur du commerce afin de pouvoir avoir de quoi nourrir sa petite famille donc elle en a la charge. C'est en septembre dernier qu'elle va constater une boule au niveau

de sa joue gauche et donc elle va banaliser en disant que c'est de l'angine. C'est seulement après quatre examens de confirmation qu'elle va apprendre qu'elle souffre d'un cancer Lymphome. Actuellement elle suit des chimiothérapies et est déjà à la cinquième.

5.1.2 Anne

Anne est âgée de 54 ans et est originaire la Lekié, dans la région du centre du Cameroun. Marié à un Bulu, Anne est mère de cinq (05) enfants et occupe le sixième rang dans la fratrie. De religion protestante, elle est une croyante et fervente servante de Dieu. Au niveau professionnel, elle est Professeur des Lycée d'Enseignement Général (PLEG) Hors Echelle depuis plus de 3 ans et occupe actuellement un rand de censeur depuis 20 ans déjà. Elle reçoit le diagnostic de sa maladie depuis 2018 qui fait état d'une Leucémie chronique à la première phase. Mais de 2018 à 2020 elle perd sa maman qui n'avait pas, jusqu'à sa mort connaissance de quoi souffre sa fille. Le début du traitement faisait état d'une chimio orale car n'étant pas encore avancée. Elle va d'abord arrêter le traitement pour faute d'argent, avant de revenir plus tard suite à un paludisme aigu qui l'hospitalise au moment des entretiens. Actuellement elle est à sa deuxième chimiothérapie.

5.1.2 Nadine

Nadine est âgée de 37 ans et mère de deux enfants. D'origine BANE dans la région du centre Cameroun, elle est l'aînée d'une fratrie de six enfants et de religion catholique romaine. Issue d'une famille monogamique, elle va bénéficier de la tendre affection de ses deux parents, modèle de sa réussite scolaire, assortir d'une Maîtrise en droit des affaires et est actuellement cadre contractuel au ministère de la fonction publique. La maladie commence en novembre 2020, mais elle ne va pas s'y attarder car pour elle, elle vient de sevrer sa fille et du coup elle constate une boule au niveau de son sein. Lorsqu'elle tombe enceinte de sa deuxième fille qu'on va lui prescrire une mammographie, qu'elle va faire. Mais elle arrête tout et se dit qu'il faudrait d'abord accoucher et voir le véritable problème plus tard, jusqu'à ce qu'elle va apprendre par le médecin qu'elle a une tumeur au niveau du sein gauche. Aussi tôt appris, elle s'est lancée dans les chimiothérapies avec l'aide de son papa. Après avoir fait six cures, elle va d'abord arrêter suite à la maladie de sa maman qui va finalement décéder suite au diabète. Deux mois après elle va rechuter et conduit immédiatement à l'hôpital ou elle est actuellement au moment des entretiens.

5.2 LE VÉCU ANXIEUX DE LA MALADIE

La question du vécu anxieux dans la maladie cancéreuse ne laisse pas l'individu indifférent, car il plonge le malade dans un état de panique et d'angoisse. Toutefois, l'annonce de la maladie cancéreuse affecte non seulement la personne malade, mais aussi son entourage. Ce qui va engendrer des éprouvés tant individuels que collectifs.

5.2.1 Annonce de la maladie

Le moment de l'annonce du cancer est le plus difficile à vivre. Car c'est le moment le plus crucial de la vie d'un individu. Un moment où le malade apprend pour la première fois qu'il va devoir vivre avec une maladie considérée comme inguérissable (Nguimfack, 2016). Généralement à ce stade, les patients investissent mentalement sur la maladie à travers les premiers symptômes. L'annonce est faite par un médecin oncologue suite à des examens de contrôle approfondis.

En ce qui concerne nos participants, l'annonce de la maladie se faisait soit en présence d'un membre de la famille, soit seul. Pour Anne par exemple, elle a reçu l'annonce de sa maladie étant toute seule : *« Je suis toute seule et je suis désemparée parce que le médecin de Nkongsamba a eu la maladresse de me faire comprendre que ça s'apparente à une Leucémie »*.

Même Jeanne, lorsqu'elle a reçu le diagnostic de sa maladie, elle était seule, *« j'étais seule, je parlais seule »*. Le fait d'être seul permet déjà au patient de garder une certaine distance face à l'entourage et d'accepter désormais sa maladie et une vie qui va basculer du jour au lendemain. Cela relève aussi de la confiance en soi, du courage de pouvoir lui-même faire part de sa maladie à son entourage. C'est l'un des moments les plus difficiles et dangereux parce que, le malade est confronté à tout genre de penser et de réaction, c'est pourquoi parfois, d'autres se font accompagner. C'est le cas de Nadine lorsqu'elle affirme : *« lorsqu'on m'annonce la maladie, j'étais venue avec ma tante ... »*. Ce moment de l'annonce qui est une étape cruciale ne laisse pas l'individu différent en terme des éprouvés.

5.2.2 éprouvés et contraintes imposées

5.2.2.1 les facteurs socio-économiques

La question des facteurs socio-économiques pose un véritable problème dans le traitement des maladies cancéreuses. Que la personne soit financièrement stable ou pas, le coût élevé du traitement de cancer engendre un autre conflit qui peut induire chez le patient un état de panique et d'anxiété. Chez Nadine et Anne, la question du coût élevé des soins a été soulevée. Malgré que le traitement de la maladie soit subventionné, des difficultés surviennent toujours. C'est pour cela que chez Nadine, elle dit : « *je suis malade, il devrait avoir de l'argent pour qu'on me traite, c'est coûteux il y a des scanners qui vont souvent à 150.000f et plus ; donc c'est cette phase qui est un peu difficile* ».

De même chez Anne, le coût élevé de la maladie ne laisse personne indifférent, même chez les fonctionnaires. Cela ressort dans ses propos lorsqu'elle dit que :

Le major m'a plutôt dit que ça va me faire 950.000fcfa par séance. J'ai une séance toutes les trois semaines et au total six séances. Donc un rappel calcul m'a amené à voir ce qu'il fallait apprêter ; or moi je suis fonctionnaire et comme tout bon fonctionnaire, j'ai une dette à la banque, donc je voyais déjà ... comme maintenant, puisque je vous disais que tous mes médicaments étaient déjà finis et je ne sais pas ce qui est en train de se passer dans mon corps. On m'a prescrit un médicament, la chimio orale. Ce médicament coûte 25000F, je ne l'ai pas encore acheté. Ce médicament a pour fonction de freiner un peu la prolifération des globules blancs, et je ne pouvais pas encore acheter

Par ce qui précède, on comprend que le coût élevé de la maladie engendre un état de panique. La phrase inachevée d'Anne le démontre à suffisance.

5.2.2.2 contraintes liées à l'annonce

Aujourd'hui, l'annonce d'un diagnostic positif face à une maladie chronique engendre au sein des familles et de l'entourage du malade des disfonctionnements, tant psychologiques, morales que sociales. Suite à ce diagnostic, le patient se voit couper du monde ; voir mort avant de mourir. Celui du cancer par exemple, est encore plus accentué, car causant le plus grand nombre de décès par an (OMS, 2019). Il engendre un traumatisme autant chez le malade que son entourage, car le diagnostic positif est immédiatement associé à l'idée de mort, d'où l'angoisse de mort imminente qui caractérise cette population (Nguimfack, 2016).

5.2.2.3 Sentiment de peur et de panique

En situation de cancer, l'annonce de la maladie crée chez l'individu des éprouvés tant en ce qui concerne son acceptation, mais aussi en ce qui concerne les contraintes liées au traitement. Par exemple chez Jeanne c'est un sentiment de panique qui va l'animer. Voilà pourquoi elle dit :

J'ai dit ouf, je suis d'abord parti m'asseoir quelque part toute seule. Je réfléchissais que haha je suis [.....] mais j'ai été, ça m'a pas beaucoup dérangé parce que quand on m'a annoncé, on m'a dit que c'est traitable.

Le sentiment de peur éminente n'est pas en reste. Les patients ayant reçu le diagnostic du cancer développent une peur qui résulte de l'expérience qu'elles ont de la maladie. Cette panique peut induire des comportements tels que les pleurs au moment de l'annonce. C'est le cas avec Nadine lorsqu'elle affirme que :

Voilà au début, lorsque j'ai vu la boule j'ai eu peur », « je suis rentrée à la maison ce jour, j'ai pleuré toutes les larmes de mon corps, et après je me suis ressaisie...] j'ai une peur très dure de caractère, j'ai un caractère très nerveux, je suis très colérique à la limite. [...]

Tout comme Nadine, Anne va aussi développer ce sentiment de peur qui va l'amener à dire : « *je suis toute seule et je suis désemparée parce que le médecin de Nkongsamba a eu la maladresse de me faire comprendre que ça s'apparente à une Leucémie* ». Par la suite elle présente deux situations qui traduisent une peur pouvant déboucher sur un vécu traumatique. C'est dans ce sens qu'elle affirme que :

J'ai subi deux bonne tensions, deux situations de stress, d'angoisse intense ; oui c'est-à-dire quand on vous entendez angoisse, vous êtes angoissée au point de vous effrayer de tout vous ne faites rien, c'est-à-dire vous avez peur de tout. J'ai vécu cela à deux reprises et en espace de quatre mois [...]. Quand je parle d'angoisse c'est que si j'avais eu la possibilité de me cacher, je l'aurais fait. J'avais peur qu'on vienne me chercher, j'ai tout imaginé, je voyais déjà les policiers et tout, donc... ouff s'était très intense... je ne mangeais plus, je ne dormais pas parce que je savais qu'à tout moment on peut venir me chercher [...] j'avais peur des rencontres que je pouvais faire.

Toujours dans la même logique de peur éminente, Jeanne va développer un sentiment de panique et de tristesse, pour exprimer le désarroi que va causer la situation cancéreuse. Ce qui permet de ressortir un sentiment de culpabilité. Pour cela elle dit que :

Ça fait 20 jours que je me sens mal. Donc c'est depuis un certain temps là qu'on ne fait que me transfuser le sang mais le taux ne monte pas. On a déjà fait jusqu'à quatre cures ais rien. Voilà comme hier on m'a transfusé mais ça ne monte pas. Dons c'est ça mon problème depuis un certain temps. C'est ça qui a commencé à me faire me sentir mal trop comme ça. Donc c'est mon problème maintenant, le sang, le sang ...] Mais la peur, oui comme j'ai déjà duré dans la maladie donc je me dis que hum, seulement que je souffre et je me lamente pour cette souffrance que je ressens dans mon corps.

5.2.2.4 Angoisse de séparation

Les personnes souffrant de cancer développent pour la plupart l'angoisse de castration. Celle-ci se manifeste par la peur de la séparation qui pourrait être faite soit par le non changement de l'état de santé qui va mettre le patient sous l'incapacité à exercer au quotidien les tâches qui l'incombaient, soit à prendre soin de ses proches ou même à se séparer d'un membre de son corps, lorsqu'on souffre par exemple d'un cancer du sein. Chez Nadine par exemple, cette angoisse de séparation est perçue à partir des propos suivants : « *je leur ai demandé si on coupe mon sein ? Parce que j'apprends souvent que quand c'est le cas, on coupe le sein [...]* ». Toujours pour exprimer ce désir de perte, elle fait allusion à son travail qu'elle risquerait de perdre, surtout qu'elle dit avoir trop souffert pour l'avoir ; ses enfants aussi auxquels elle est trop attachée. A cet effet, elle va dire :

J'ai des enfants, des trois enfants, je vais les laisser avec qui ? j'ai mon boulot là je me suis battu à l'avoir surtout dans un pays comme le Cameroun ou ce n'est pas évident d'avoir un », « oui justement [...], mais de retrouver ma santé pour pouvoir m'occuper de mes enfants, parce que être orphelin de père, c'est un peu passable, mais de mère c'est un peu compliqué. Donc je ne veux pas laisser mes enfants, car moi-même je suis resté orpheline de mère, mais j'étais déjà grande. Ma première fille a déjà 10ans, la dernière, la dernière 4 ans. Quand je laisse les petits enfants comme ça, c'est la pérennisation de la même chose que j'ai vécu [...] et je me dis quand je vais les laisser, ils iront vivre avec qui ? l'oncle ou la tante ? alors est-ce que ça vaut

donc la peine d'y aller ? que je lâche prise ? non non !! vraiment c'est leur problème ils auront les comptes à rendre à Dieu.

Cette angoisse de castration est aussi observée chez Anne. Pour elle, étant restée la mère de la famille, toute séparation pourrait engendrer un dysfonctionnement psychologique en elle. D'autant plus que la maladie en elle-même est source de séparation. Aussi, son travail et ses devoirs affectifs de mère ou grand-mère se trouvaient effriter. A cet effet elle déclare que :

Je ne sais pas comment définir le sentiment qui m'animait à ce moment-là, mais ce que je sais c'est que j'étais [...] je venais de recevoir mon deuxième petit fils, il était âgé de deux ou trois semaines. Donc tout m'est passé devant les yeux. J'ai vu immédiatement, parce que dans la tête [...] et j'ai vu comment je n'allais plus jouir de ma famille, tout ça m'est passé par la tête. Ma fonction même, parce que je suis censeur [...].

5.2.2.5 L'irritabilité

Une la personne tombée malade, la personne cancéreuse développe un sentiment d'irritabilité. Ce dernier se met en colère et devient triste à tout moment. Ce sentiment est soutenu par la perception de la maladie qui engendre donc la connotation désigne la mort. Chez Nadine, cela s'observe à travers les expressions telles :

Je suis très colérique de nature. Je ne peux pas dire invivable, mais il m'arrive de fois de rester calme, de ne pas vouloir parler à personne. J'aime par exemple que lorsqu'on doit toucher à ma chose, qu'on me demande toujours. Donc j'ai mes principes à moi et par rapport à ça je ne sais pas si c'est mon rang dans la fratrie qui me fait être comme ça ; j'ai une peur très très dure de caractère donc j'ai un caractère très nerveux, je suis très colérique à la limite. Je me fâche très vite mais je me calme aussi très vite. Et quand je me fâche, vraiment c'est insupportable et quand je me fâche, les autres disent souvent que je suis très insupportable.

Cette irritabilité s'accompagne pour la plupart du temps par une forte inquiétude. Le participant se pose beaucoup de questions, et du fait qu'il ne trouve pas de réponses à ces questions, il va ainsi s'irriter. On peut clairement l'observer chez nos participants. D'abord chez Nadine, cela s'exprime dans l'extrait suivant :

et lorsque je pense encore à tout cela, j'ai encore plus peur, je me dis que ma vie pourrait basculer du jour au lendemain ; parce que s'ils ont pu m'atteindre avec cette maladie, ils peuvent toujours finir avec ma vie]. Voilà autant de choses qui me font avoir d'autres idées. Si je savais que ma maladie, était simple, je n'allais pas m'inquiéter.

Chez Anne par contre, son inquiétude est relative à la peur de transmettre la maladie à ses enfants. Et cette inquiétude l'amène à une interrogation pour en savoir mieux. C'est ce qui ressort lorsqu'elle dit : « je lui ai posé trois questions : la première est-ce que c'est congénital ? *Est-ce qu'il y a des chances que j'ai transmis ça à mes enfants ? [...], la deuxième question, est-ce que c'est contagieux ? [...], et la dernière, est-ce que je peux guérir ?* ». L'ensemble de ces interrogations traduit le sentiment d'inquiétude qui anime ces participants suite à l'annonce de la maladie. Cette inquiétude est tout aussi observée chez Jeanne par l'expression :

Je me pose souvent la question que pourquoi moi ? C'est tout puisque je ne peux pas ...] Ça fait 20 jours que je me sens mal. Donc c'est depuis un certain temps là qu'on ne fait que me transfuser le sang mais le taux ne monte pas. On a déjà fait jusqu'à quatre cures ais rien. Voilà comme hier on m'a transfusé mais ça ne monte pas. Dons c'est ça mon problème depuis un certain temps. C'est ça qui a commencé à me faire me sentir mal trop comme ça. Donc c'est mon problème maintenant, le sang, le sang ...] Mais la peur, oui comme j'ai déjà duré dans la maladie donc je me dis que hum, seulement que je souffre et je me lamente pour cette souffrance que je ressens dans mon corps.

5.2.2.6 Contraintes liées aux soins

La prise en charge des malades de cancer engendre des dysfonctionnements physiologiques auprès des malades. Ceci est dû au fait que la maladie peut conduire à l'extraction d'une partie du corps du malade qui engendre des douleurs énormes. Dans ce sens, les patients ne restent pas indifférents face aux soins reçus. En ce qui concerne nos participants, le vécu de la douleur n'a pas manqué d'être soulevé ; ce qui conduit même à un état de panique. On peut le ressortir dans les propos de Jeanne lorsqu'elle affirme :

Seulement les douleurs qui me font paniquer comme tout à l'heure ; [...] oui comme là maintenant je me sens très mal. Très fatiguée jusqu'à. J'ai très mal.

Parfois je m'assois comme vous m'avez trouvé là tout à l'heure ; donc il faut qu'on me soulève seulement.

Par la même occasion, la maladie, une fois installée, va engendrer d'autres dysfonctionnements qui sont liées à la souffrance, et entraînent de ce fait un malaise qui va rendre le patient emprise aux douleurs. C'est ce qui ressort dans les propos de Nadine lorsqu'elle dit :

Deux jours après qu'on m'ait annoncé que je vais commencer les chimiothérapies, je me suis réveillée, je marchais, mais en fin de journée je ne marchais plus. J'ai donc cru que c'était passager, mais en fait ça pris le coup. Toute ma partie inférieure là ça ne donnait pas. Je commande dans ma tête que pieds lève-toi, le pied dit : je ne me lève pas [...] jusqu'à près de quatre mois sans marcher ».
Par la suite elle dit «

Au début je n'arrivais pas à m'asseoir, parce que comme je l'ai dit, toute ma partie inférieure n'allait pas bien. J'avais un sérieux problème de dos, d'ailleurs je l'ai encore mais ce n'est plus très accentué. [...] c'était très douloureux, bizarrement à un moment donné on a voulu me faire un examen, [...] ». « Aucune vraiment à part les douleurs. Parce qu'après les douleurs je me sens souvent mieux. Et puis je me dis que les douleurs c'est par rapport au fait que le remède va jusqu'au niveau où il y a la maladie et fait son travail

5.2.2.7 Le sentiment de mort imminente

La maladie cancéreuse en elle-même a une connotation péjorative, qui lorsqu'on est déjà atteint, on avance déjà vers la mort (Bacqué, 2008). Ce sentiment de mort, une fois installé va bouleverser le coup de vie du malade et entraîne un dysfonctionnement de l'état psychologique du patient. Le traitement en ce moment n'aura plus d'effet, en dehors d'être palliatif, car se sentant déjà en fin de vie. Chez nos patients, ce sentiment de mort imminente a été relevé à travers les verbatim sortis de nos entretiens. A cet effet, Anne affirme : « *j'avais ma mère qui était hypertendue, mon papa qui était hémiplégique et je me voyais mourante avant eux* ». De plus par ce sentiment de mort qui anime Anne, elle va faire un rêve dans lequel elle verra sa petite sœur morte, et qui va lui dire qu'en fait son heure de mourir n'est pas encore proche. Cette angoisse imminente de mort va être substituée dans ce rêve par des

propos tels qu'elle dit : « *tu penses vraiment que c'est le moment nous tous on doit se rassembler ici maintenant ? [...] à moi de lui dire : chasse moi alors ...* ».

De même que le sentiment de mort est perçu chez Nadine, cela est tout aussi le cas chez Jeanne. Pour elle le moment de la maladie est arrivé comme un coup de foudre. On dirait l'arrêt de vivre et chaque fois que les douleurs persistent, les idées de mort s'installent. A cet effet, elle dit :

Parfois quand je me sens mal comme maintenant, je me demande si c'est la mort qui est déjà proche. Comme maintenant, je viens de demander à ma sœur tout à l'heure que comme corps pèse déjà là, est-ce que je pourrais encore me lever ?; parfois la mort ! je me dis qu'avec toutes ces douleurs si je vais m'en sortir ? et quand ce sentiment de mort me traverse l'esprit, je me sens très très vide. Je commence à penser peut-être à mes enfants, quand je pars là ils vont faire comment ? Autant de choses...

Le fait pour les patients d'avoir déjà mis du temps dans la maladie les amène à se poser beaucoup de questions donc les réponses tournent autour d'une idée de mort. C'est ce qui amène Jeanne à dire : « [...] *mais la peur, oui comme j'ai déjà duré dans la maladie donc je me dis que hum... bon seulement que je souffre et je me lamente pour cette souffrance que je ressens dans mon corps* ».

5.3 SIGNIFIANTS CULTURELS ET INTERPRÉTATION DE LA MALADIE

La culture apparaît comme un mobile de ressource et de connaissance par lequel, les personnes malades s'informent et trouvent les solutions vis-à-vis des situations qu'elles traversent. Dans le cadre de la maladie mentale, par exemple le travail d'élaboration et de mentalisation jouerait un rôle très important dans le processus de mise en sens de la maladie. Ce travail ne permet pas seulement au patient de surmonter l'angoisse générée par la souffrance physique, mais peut également jouer en défaveur du maintien de l'équilibre psychique. A cet effet, le cancer qui revêt d'entrée de jeux une connotation péjorative, trouve une interprétation culturelle assez élevée qui, déjà pour Moulin (2005) est une mort certaine qui résulterait d'un conflit en rapport avec les interdits culturels. Ceci conduit donc à une opération de mise en sens de la souffrance du patient.

5.3.1 Perception culturelle de la maladie

En tant qu'entité vivant au sein d'un environnement et ayant des relations avec les membres de cet environnement, les personnes atteintes de cancer, ne manquent pas de trouver une interprétation à leur souffrance, surtout dans le contexte africain où la maladie, quel que soit sa nature trouve une interprétation culturelle. Cette interprétation intègre une dimension symbolique donc le sens revêt un vaste champ culturel. Ce symbole de la maladie confère à l'individu malade la capacité de mettre l'invisible dans le visible à travers la représentation (Bouopdi, 2020). Ces symboles ou signifiants constituent la base de la vie psychique de l'individu et proviennent de l'environnement ou de la culture à laquelle cet individu appartient. Ceci du fait qu'il y a une double structuration psychique et culturelle de l'individu. De là, en contexte culturel, la maladie ne paraît pas comme un événement isolé, mais comme un fait social dont l'expression est construite selon les représentations prédominantes du malheur, de la vie et de la mort (Bouopdi, 2020). Ainsi, la compréhension de la maladie nécessite un « décodage ». Face à la maladie, un processus d'attribution du sens se met en place. Ce sens se construit à partir des représentations culturelles disponibles au sein de la société ; dans les sociétés traditionnelles, les symboles jouent un rôle très important voire primordial.

C'est ainsi que face au cancer et à la souffrance induite par son traitement, le travail de mise en sens en rapport avec les signifiants culturels se fait ressentir. La perception culturelle de la maladie trouve toute sa place et présentée par les patients d'une manière implicite ou explicite. Cette perception culturelle de sa maladie s'exprime d'une manière comme une autre en fonction des verbatim de chaque participant.

Pour Anne par exemple, elle n'exprime pas de manière explicite que sa souffrance résulterait d'une force culturelle invisible, mais elle relate des faits qui, pour elle seraient à l'origine de sa maladie. Il s'agit des fortes pressions externes résultant des tensions avec son voisinage. Des menaces du pasteur qui ont conduit à un état de stress favorisant par la suite le développement d'un cancer. C'est ce qui ressort de ces propos, lorsqu'elle dit :

Les causes sont multiples, mais moi je soupçonne certaines causes pour moi parce que, vous allez m'excuser parce que je ne vais pas aller dans les détails, mais j'ai subi deux bonnes tensions, deux situations de stress, d'angoisse intense ; oui c'est-à-dire quand vous entendez angoisse, vous êtes angoissées au point de vous effrayer de tout vous ne faites rien, c'est-à-dire que vous avez peur de tout. J'ai vécu

ça à deux reprises en espace de quatre mois et c'est au terme de ça qu'on m'a annoncé la maladie.

Par la suite, dans son récit ressort des pressions énormes de son environnement proliférant des menaces de mort sur sa personne. Ce qui l'amène à soupçonner sans toutefois le reconnaître, d'une main mise dans sa maladie. Suite à cela elle dit :

J'avais peur qu'on vienne me chercher, j'ai tout imaginé, je voyais même déjà les policiers venir et tout, donc ... ouf c'était très intense [...] j'avais peur des rencontres que je pouvais faire. Et une fois de plus c'est moi qu'on localise, les menaces à gauche, les menaces à droite comme ça tout le temps. On a d'abord assiégé la maison de l'ami qui lui a présenté la chose, diabétique de son état chaque fois il m'appelle, il me dit que la glycémie a augmenté, ceci est monté ceci est descendu..... C'est toi le psychologue, voilà la situation que je te présente. Le premier problème n'est pas résolu, voilà qu'il y a un deuxième qui n'est pas le moindre ? C'est-à-dire que ces deux situations..... [...], il y avait un pasteur et c'est le pasteur qui m'appelait pour me menacer. Il me dit « écoute madame vous ne pouvez pas dire que vous ignoriez ce que votre marie a fait, vous vous êtes surement entendu, donc sachez que la foudre et machin machin, » vous savez que [elle baisse la tête]. Parce ce que, « je peux même laisser votre époux hein, vous pouvez perdre un membre de votre famille hein vous pouvez, vous pouvez et vous-même vous pouvez, et puis je sais où vous êtes, vous êtes au lycée bilingue, vous êtes..... [elle expire]. Bon voilà la situation.

En ce qui concerne Jeanne par contre, elle présente d'une part une ignorance des causes culturelles de sa maladie et refuse même d'admettre que sa maladie a une origine culturelle. A cet effet, elle dit :

les chose des ancêtres moi je ne suis pas trop dedans puisque je ne fais pas trop dans le traditionnel. [...]. Mais je sais que les gens qu'on m'a dit que c'est une maladie de l'indigène. C'est pour cette raison que depuis que je suis malade, les gens m'ont déjà proposé des remèdes de l'indigène plusieurs fois, mais je n'ai pas encore accepté l'autre là. ». Beaucoup de gens ont déjà essayé de me convaincre de dire que c'est quelqu'un qui m'a fait cette maladie, mais je reste dans l'optique que si c'est une personne, puisque je ne veux pas accuser quelqu'un, Dieu lui-même va répondre à la personne.

D'autre part, elle présente son caractère assez difficile dans les relations avec son entourage, caractère qui pourrait amener ces derniers à avoir un regard critique sur elle. Ce qui pourrait expliquer l'origine de sa maladie. Cela ressort dans les verbatim lorsqu'elle affirme que : *« je ne sais vraiment pas, puisque je ne côtoie pas mon entourage. Mais c'est vrai que les gens ne m'aiment pas aussi trop à cause de ce caractère. Et si jamais ma maladie provient d'un règlement de compte du fait de mon caractère, ah c'est Dieu seul qui sait. »*.

Pour Nadine, elle est sûre et certaine que sa maladie n'est pas simple. Elle connaît que le cancer existe mais reconnaît aussi que le cancer peut juste être la transposition de ce qui a été fait dans le noir. C'est ce qui l'amène à dire :

Je pense pour moi, [...]. Bon ce que j'ai toujours pensé concernant ma maladie c'est qu'il y a eu quelque chose, je ne sais pas ce que c'est mais il y a eu quelque chose qui s'est produite. A l'hôpital on me fait comprendre que c'est le cancer, mais je doute fort que ce soit quelque chose qui me soit arrivée du jour au lendemain comme ça que j'ai le cancer. Pour moi je me suis dit que, à part si ça commence par moi, pour atteindre les autres, que ça commence par moi pour être héréditaire dans la famille, mais avant ça je ne sais pas si quelqu'un avait eu ça mais à ma connaissance pas du tout. Je me suis toujours dit qu'il y a eu une main invisible, il y a eu quelque chose qui s'est produite, ce n'est pas simple, ce n'est pas simple mais bon comme il faut qu'on donne toujours le nom à la clinique, cliniquement parlant, on a accroché que c'est le cancer ; mais cette histoire-là, hum !

Toujours pour montrer que sa maladie a une origine mystique, elle dit : *« je ne peux pas te donner l'avis général. Je donne mon avis. Ma conception est que me concernant, la maladie dont je souffre a un nom clinique : le cancer. Mais je me dis qu'il y a eu quelque chose qui s'est produite, j'ai peut-être subi un mauvais sort. Ça c'est ce à quoi je pense. »*.

Généralement, lorsque la maladie a une origine mystique, les patients font face à des difficultés de tout genre dans l'optique de rendre encore la souffrance atroce. Ainsi des blocages en terme financier et même dans le processus d'avancement du traitement est perçu. On peut le retrouver dans le cas de Nadine qui soulève un blocage à tous les niveaux de sa maladie. Elle dit :

Et à un moment je me dis, vu le déroulement des choses, concernant ma maladie là, je me dis... je suis encore plus convaincu que j'ai subi un mauvais sort. Parce que je suis malade, il devrait avoir de l'argent pour qu'on me traite, c'est coûteux mais pas si coûteux que ça, un camerounais moyen peut supporter le coût de cette maladie, ce qui est souvent un peu coûteux là c'est les examens parce ce qu'on te demande de faire un check-up, il y a des scanners qui vont souvent à 150.000f et plus, donc c'est cette phase qui est souvent un peu difficile, mais lorsqu'on dit que le traitement proprement dit, ne va pas à plus de 150.000f, au fait le mien ne part pas au-delà de ce montant. Donc je me dis qu'un camerounais moyen peut bien s'en sortir. Mais ce qui me dérange souvent c'est que papa travaillant son argent tranquillement, nous avant des blocages financiers, c'est-à-dire qu'il y a même un moi là qu'au lieu de lui virer son argent, on lui fait comprendre que, en fait du moins il n'y avait pas d'argent, il fallait qu'on attende le mois qui a suivi. Donc mon père s'est endetté pour qu'on puisse me faire passer la cure. Donc vous voyez tout cela à une explication ; [...] Donc il y a beaucoup de blocages financiers, et pourquoi ces blocages ? pour que la maladie puisse reprendre son ampleur. Parce qu'on nous dit que le remède qu'on nous donne c'est pour en finir avec ça. Lorsque le corps ne reçoit donc pas de traitement, qu'est-ce qui se passe ? c'est pour recommencer à zéro. Et on dit souvent quoi ? Chrétienement parlant, qu'un démon qui se réveille vient avec une autre force qui est imaginable, et vient même avec 7 autres et t'enfoncent automatiquement vers le chaos. Donc c'est tout ça là et je me dis ce n'est pas sérieux.

Fort du constat de tout ce qui précède, les participants sont obligés d'emprunter les voies de la tradition pour essayer d'atténuer leur souffrance. D'où le traitement traditionnel du cancer.

5.3.2 Recours aux rites et traitement culturel

L'étiologie culturelle de la maladie auquel les patients adhèrent dès l'annonce, s'accompagne d'un type particulier de comportement. Ces comportements résultent de l'interprétation catastrophique que ces personnes donnent à leur maladie. Prenons d'abord le cas de Nadine. Pour elle il y a une main mise dans sa maladie, et par conséquent elle cherche à associer un traitement indigène dans son processus thérapeutique. C'est alors qu'elle affirme :

À l'indigène, bon si ce n'est que concernant ma maladie, il y a eu beaucoup de conseil à gauche et à droite, nouvellement connue et ne sachant où mettre la main, on m'a vraiment conseillé beaucoup de choses ; du corossol ; une herbe qui part toujours se greffer à l'avocatier ; aloès-Véra qu'on m'a conseillé, le citron, le roi des herbes, bon le dernier traitement qu'on m'avait donné c'était le jus du Corossol avec à l'intérieur les noix de muscades, le citron et le miel. Bon ça m'aide vraiment lorsque je prends ça de manière récurrente, ça m'aide vraiment. Mais lorsque j'arrête puisque c'est aussi très coûteux, je ressens.

Anne par contre, malgré le fait de ne pas reconnaître entièrement les causes culturelles de sa maladie, va tout de même faire recours à certains rites qu'on lui proposa dans le village de son mari. C'est pour cela qu'elle dit :

[...] Ce que je peux dire là déçu c'est que je viens de vous dire que je suis un peu Bassa'a et du littoral. J'ai épousé un homme du Sud et tout récemment il y avait une réunion dans le village de mon mari et j'y suis allée. Il y avait beaucoup de choses à faire. J'ai une coépouse qui enlevait les habits du veuvage, bon pendant les assises, on a évoqué mon problème. Ce qui m'est revenu c'est (elle sourit), bon je ne sais pas comment analyser cela mais quand il y a ce genre de grand malade, on achète la chèvre, le coq et les petits trucks, on part voir les patriarches et puis ils font des rites, et puis bon par la suite, il ; je ne sais pas moi, bref tout médicament que tu prends par la suite va te soigner.

Jeanne quant à elle a refusé tout traitement traditionnel et s'est plutôt confiée à Dieu. La prière est devenue ainsi son âme de combat. Car comme elle le dit, si elle est devenue malade, c'est la volonté de Dieu et il ne peut pas accepter qu'elle meure de cette manière. C'est ce qui l'amène à dire : « [...] je remets mon état de santé à Dieu. C'est la prière qui me garde jusqu'à maintenant car si bien même quelqu'un veut m'atteindre, il y a la prière qui puisse me protéger. C'est depuis un an que je suis malade donc ce n'est que la prière qui me soutien. ».

5.4. DES SIGNIFIANTS CULTURELS AU VECU DE L'ANXIETE

Lorsqu'on intègre les données des signifiants culturels dans une perspective de compréhension des troubles anxieux, on comprend que tout part du traitement de l'information selon l'approche cognitive. De plus, les manifestations anxieuses, comme le

souligne Clément (1998) reposent sur une surestimation du danger. Cependant, dans une perspective anthropologique, le danger est perçu ici comme un élément externe qui vient à arracher notre liberté, notre autonomie et notre épanouissement. Dans le cancer par exemple, le malade se retrouve dans une posture d'une mort prochaine, qui serait causée par un interdit transgressé (Bacqué, 2008), ou par une force mystique et spirituelle, d'où la relation de sorcellerie.

5.4.1. La relation de sorcellerie

Généralement, les participants attribuent le cancer à une pratique mystique, de sorcellerie. Cette perception de la maladie engendre chez ces derniers un vécu anxieux qui s'accompagne des douleurs inexplicables, des troubles de sommeil, des battements de cœurs accélérés, d'une peur imminente. Ces symptômes traduisent la peur du patient d'être atteint de nouveau, car comme le souligne Nadine : « *si je savais que ma maladie était simple, je n'allais pas m'inquiéter* ». Et cette inquiétude traduit le fait qu'elle pourrait être attaquée à nouveau. Surtout qu'elle a une ferme conviction que sa maladie est le résultat d'une main mise ; c'est ce qui l'amène à dire que : « *... j'ai déjà une idée de qui il s'agit, je me dis que si Dieu a permis que je sache qui ils sont, ça veut dire qu'il, a déjà un autre programme pour moi.* ». Convaincu d'être véritablement atteint, la peur et l'inquiétude, principales facteurs de l'anxiété vont s'installer. A cet effet elle dit :

Je ne peux pas te donner l'avis général, [...], ma conception est que me concernant, la maladie dont je souffre à un nom clinique : le cancer ; mais je me dis qu'il y a eu quelque chose qui s'est produite, j'ai peut-être subi un mauvais sort. Ça c'est ce à que je pense, et lorsque je pense à tout cela, j'ai encore plus peur. Je me dis que ma vie pourrait basculer du jour au lendemain ; parce que s'ils ont déjà pu m'atteindre avec cette maladie, ils peuvent toujours finir avec ma vie.

Aussi, le fait pour certains patients ne pas admettre que leur souffrance a une origine culturelle, mais doute de l'origine de leur maladie nous amène à interroger l'aspect mystique et invisible. Car certaines personnes remettent en cause le diagnostic médical et refusent d'admettre une quelconque cause culturelle. Ce caractère ambivalent entraîne aussi un vécu anxieux, car le malade ne sait véritablement pas l'origine de sa maladie. C'est le cas avec Jeanne qui sera encore plus anxieuse, car ignorant les véritables causes de sa maladie. C'est ce qui l'amène à dire : « *seulement les douleurs qui me font paniquer comme tout à l'heure.*

Même comme je ne sais pas toujours d'où provient cette maladie. Si c'est naturel ou pas. C'est aussi ce qui me fait peur. Les mauvaises idées me traversent l'esprit en ce moment ». On voit ici à quel point la relation de sorcellerie engendre un état de panique, de peur chez le malade.

De plus, cette peur d'être atteint de nouveau amène les malades de cancer à avoir des battements de cœur accélérés, car à tout moment, il se dit d'être attaqué. Tout petit bruit les effraye et restent de plus en plus vigilant. Cela est présent chez Nadine lorsqu'elle affirme :

Moi j'ai constamment cela. Pas par rapport au traitement, mais comme on dit souvent que mon sang a fait un tour en brousse, mais j'ai constamment cela. Je suis très susceptible de nature [...] ; oui oui ça me met mal alaise. [...] Si quelqu'un crie, hum c'est parti pour moi. Tu vois la petite qu'on amène là, ses cris me dérangent beaucoup et ça fait beaucoup battre mon cœur... mais lorsque ça me tombe du coup, là je crois que l'arrêt cardiaque est proche.

Cette peur d'être atteint de nouveau qui se traduit par des battements de cœur atroces engendre une hyper vigilance qui est couplée par les troubles de sommeil chez Nadine : « *je dors généralement un peu bien ; dans l'ensemble, c'est un peu bien* ». Ce même problème d'hyper vigilance engendrant un trouble de sommeil est tout aussi observé chez Jeanne. Elle dit à cet effet : « *pas vraiment, c'est un problème que j'ai ; je ne dors pas bien.* »

Chez Anne par contre, le sentiment d'être attaquée est de plus en plus élevé, ce qui se traduit par les expressions liées à la panique et la peur. Ayant vécu des moments de menaces de mort, d'être poursuivie, elle est convaincue que c'est cela qui est à l'origine de sa maladie. A cet effet, la peur vécu n'est pas liée aux conséquences de la maladie cancéreuse, mais aux menaces externes qu'elle a subies. C'est cela qui l'amène à dire :

Je ne mangeais plus, je ne dormais pas parce que j'avais peur qu'à tout moment on peut venir me chercher. Même quand je rentrais du travail le vendredi, je ressortais seulement le lundi pour aller au travail, [...] j'avais peur des rencontres que je pouvais faire ; » ; « j'avais peur qu'on vienne me chercher, j'ai tout imaginé ; je voyais déjà même les policiers venir me chercher ». « [...], mais j'ai subi deux bonnes tensions, deux situations de stress, d'angoisse intense ; oui c'est-à-dire quand vous entendez angoisse, vous êtes angoissée au point de vous effrayer de tout, vous ne faites rien, c'est-à-dire que vous avez peur de tout [...]

Ce qui précède montre à quel point la relation de sorcellerie connote le vécu anxieux chez les personnes atteintes de cancer. Par le sens que ces personnes donnent à leur souffrance, la sorcellerie vient colorer leur vécu anxieux, qui à son tour laisse entrevoir l'angoisse de persécution.

5.4.2 Angoisse de persécution et sentiment de vulnérabilité

Comme le souligne Clark et Wells (1995 ; 1997), la maladie cancéreuse active les croyances d'échec potentiel de la performance, ce qui amène le sujet malade à percevoir un danger et à nourrir des pensées négatives. Ces pensées négatives sont aussi liées à l'idée d'une mort proche, si jamais le lien entre lui et l'ancêtre inébranlable n'est encore rétabli, véritable cause de sa souffrance.

Chez nos participants par exemple, le caractère exogène de la maladie, et les complications que celle-ci engendre alimentent une fois de plus leur vécu anxieux. Le sentiment de persécution est ainsi envisagé, car les complications relatives au traitement témoigneraient une fois de plus une corrélation avec le mystique, une main externe. Généralement, les patients soulignent un blocage financier malgré les moyens disponibles. Nadine le souligne dans les propos suivants :

Je suis encore plus convaincu que j'ai subi un mauvais sort. Parce que je suis malade, il devrait avoir de l'argent pour qu'on me traite, c'est coûteux mais pas si coûteux que ça, un camerounais moyen peut supporter le coût de cette maladie, ce qui est souvent un peu coûteux là c'est les examens parce ce qu'on te demande de faire un check-up, il y a des scanners qui vont souvent à 150.000f et plus, donc c'est cette phase qui est souvent un peu difficile, mais lorsqu'on dit que le traitement proprement dit, ne va pas à plus de 150.000f, au fait le mien ne part pas au-delà de ce montant. Donc je me dis qu'un camerounais moyen peut bien s'en sortir. Mais ce qui me dérange souvent c'est que papa travaillant son argent tranquillement, nous avant des blocages financiers, c'est-à-dire qu'il y a même un moi là qu'au lieu de lui virer son argent, on lui fait comprendre que, en fait du moins il n'y avait pas d'argent, il fallait qu'on attende le mois qui a suivi. Donc mon père s'est endetté pour qu'on puisse me faire passer la cure. Donc vous voyez tout cela à une explication. [...] Donc il y a beaucoup de blocages financiers, et pourquoi ces blocages ? Pour que la maladie puisse reprendre son ampleur. Parce qu'on nous dit que le remède qu'on nous donne

c'est pour en finir avec ça. Lorsque le corps ne reçoit donc pas de traitement, qu'est-ce qui se passe ? C'est pour recommencer à zéro. Et on dit souvent quoi ? Chrétiennement parlant, qu'un démon qui se réveille vient avec une autre force qui est imaginable, et vient même avec 7 autres et t'enfoncent automatiquement vers le chaos. Donc c'est tout ça là et je me dis ce n'est pas sérieux. Voilà autant de choses qui me font avoir d'autres idées. Si je savais que ma maladie était simple, je n'allais pas m'inquiéter, mais quand je vois tout ce qui se passe, je comprends que quelque chose ne va pas.

Anne présente aussi les blocages financiers comme un moyen de persécution. Elle qui est un fonctionnaire hors échelle, se trouve dans les difficultés de se trouver assez de moyens pour pouvoir s'acheter les médicaments et les frais d'hospitalisation. Ce qui témoigne qu'une main invisible, malgré son refus d'accuser qui que ce soit est présente dans sa maladie. Raison pour laquelle elle dit : *« je n'ai pas encore commencé, c'est ce que le médecin me disait là tout à l'heure parce que là maintenant par exemple tous mes médicaments sont finis, je n'ai plus de traitement j'occupe un lit que je paie chaque jour, bon je ne sais même plus ce que je fais là [...] ».*

Les tenants de l'approche psychanalytique envisagent l'anxiété comme étant le résultat d'une crainte, d'une menace, d'une culpabilité et même d'une punition. Parlant de punition, on s'accorde avec Sow (1977) que la maladie mentale en elle-même est perçue comme le résultat d'une punition ou d'une correction infligée par un de nos connaissances, proches ou ancêtres, suite à une transgression ou faute lourde commise. Plus qu'un conflit interne comme le souligne Servant (2005), l'anxiété résulterait aussi d'un conflit externe. Les forces en oppositions ne sont pas que celles du ça et du moi, mais également du surmoi avec l'intériorisation de la dimension externe à l'individu.

La maladie cancéreuse qui est à la base une maladie biologique, trouve une certaine étiologie exogène. A cet effet, le malade se sent abattu, atteint mystiquement et se doit de se défendre et de se justifier. Ce désir de se défendre engendre un sentiment de vulnérabilité, de culpabilité et crainte, ce qui conduit le patient aux troubles anxieux.

Tous nos participants font face à ce sentiment de vulnérabilité, d'être atteint mystiquement quel que soit le moyen d'accompagnement. Ils se trouvent désormais exposés à eux même et tout peut les renverser car ayant déjà été atteint par les sorciers. Même les

maladies opportunistes sont susceptibles de les conduire à la mort. Ce sentiment de vulnérabilité engendre un vécu anxieux, la peur de mourir, la peur d'être séparée avec les membres de la famille, les enfants et bien d'autres. Cela est présent premièrement dans les propos de Nadine lorsqu'elle dit : *« je me dis que ma vie pourrait basculer du jour au lendemain, car s'ils ont déjà pu m'atteindre avec cette maladie, ils peuvent toujours finir avec ma vie [...] ; si je savais que ma maladie était simple, je n'allais plus m'inquiéter ; parce que je me dis que si je les affronte dans mon état, quelqu'un a encore des moyens de me faire quelque chose. Etant le maillon faible qui est déjà blessé, quelqu'un va encore m'appuyer en bas, [...] »*.

Ensuite chez Anne lorsqu'elle dit : *« j'ai beaucoup de maladies opportunistes, parce que je suis un personnage qui devrait toujours être protégé parce que tout peut me renverser ; le palu que vous pouvez soigner en cinq jours, moi je le soigne pratiquement en deux mois. Donc voilà un peu la situation. »*.

Tout comme chez Nadine et Anne, Jeanne est tout aussi soumise à ce sentiment de vulnérabilité. Même les simples douleurs qu'elle ressent l'amène à penser à la mort : *« parfois quand je me sens mal comme maintenant, je me demande si c'est déjà la mort qui est proche »*. Remettant en question son caractère assez compliqué dans les relations avec son environnement, elle dit que ces personnes peuvent toujours avoir le dessus sur elle :

Surtout que je ne côtoie pas trop mon entourage. Et si ma maladie provient d'un règlement de compte du fait de mon caractère, ah c'est Dieu qui sait. » « Ça fait vingt jours que je me sens mal. Donc depuis un certain temps là on ne fait que me transfuser le sang mais le taux ne monte pas. On a déjà fait jusqu'à quatre fois mais rien ; voilà comme hier on m'a transfusé mais ça ne monte pas. Donc c'est mon problème depuis un certain temps. C'est ça qui a commencé à me faire sentir mal. Pourtant avant je ne me sentais pas trop comme ça, [...] ».

Le fait pour elle de ne pas véritablement cerner les causes de sa souffrance, amène Jeanne à plus de panique, à être plus vulnérable, car elle ne sait pas sur quel élément s'appuyer pour s'en sortir. Voilà pourquoi elle dit : *« ... même comme je ne sais pas toujours d'où provient cette maladie. Si c'est naturel ou pas. C'est aussi ce qui me fait peur. Les mauvaises idées me traversent l'esprit en ce moment »*. Le simple fait de se poser cette

question laisse déjà transparaître le domaine mystique, culturel de la souffrance de Jeanne malgré les faits implicites qu'elle présente.

CHAPITRE 6 : INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS

Le présent chapitre est consacré à l'interprétation et à discussion des résultats obtenus. Pour ce faire, nous allons procéder à la synthèse desdits résultats, puis nous les interpréterons sur la base des fondements théoriques de cette étude. Par la suite, une discussion sera faite au

regard des recherches antérieures. Enfin nous présenterons les implications et les perspectives de notre étude.

6.1 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

L'analyse thématique des résultats nous a fait ressortir deux thèmes : la souffrance psychique qu'est l'anxiété et la perception des signifiants culturels

Les résultats obtenus ont montré que la maladie cancéreuse a des répercussions sur la vie psychique du malade qui se traduisent par l'anxiété à travers une profonde tristesse, une altération de la jouissance pour la vie conduisant à une anhédonie, des pleurs énormes et bien d'autres. Parlant justement de ce vécu anxieux, les résultats ressortent également une profonde tristesse, un sentiment de tête vide et qui anime l'ensemble des malades cancéreux.

A côté de cela, on note la perception des facteurs culturels dans la souffrance des malades. Effet, le sens attribué à la maladie dépend de chacune de nos participants. Pour certaines, il en est ressorti que leur maladie résulte d'une force invisible, d'une main mise, bref des facteurs externes liés à leur environnement. Seulement, nos participants ne parviennent pas à intégrer cela dans le processus de prise en charge, car comme disent-ils, la souffrance ne saurait être la résultante d'une transgression d'un rite manqué. Ainsi, nos participants n'arrivent pas à donner un sens aux différents rites, aux us et coutumes ce qui traduit leur incapacité à mettre les mots sur leur maladie, et justifie de ce fait l'échec de symbolisation

La perception culturelle de la maladie ne laisse pas le malade indifférent. Cela engendre chez la personne cancéreuse un dysfonctionnement psychique coloré au sens que ce dernier attribue à sa souffrance. Ce qui laisse transparaître un état anxieux en relation avec la culture.

En effet les personnes malades ne s'en passent pas d'attribuer l'origine de leur maladie à une quelconque cause externe. Pour le cas de nos patients (Jeanne, Nadine et Anne), ils n'ont pas manqué de montrer l'une après l'autre que leur souffrance n'a rien à avoir avec le naturel. Seulement, l'élément déclencheur de celle-ci n'a pas une source déterminée. De cette perception, les participants, à partir de leur obédience religieuse ne parviennent pas à faire le lien entre leur maladie et le traitement traditionnel proposé.

Pour Nadine, sa maladie résulterait d'une main mise, d'une influence mystique en relation avec son voisinage d'une part, et en conséquence d'une quelconque irresponsabilité de sa part, suite à la désobéissance et du non-respect des rites et principes de son environnement. Elle met ainsi en avant son caractère jeune et les contraintes liées à la jeunesse (Friandise) et l'impact de son environnement proche qui ne voulait plus d'elle. Suite à cela, elle développe un sentiment de peur, d'angoisse, d'irritabilité, et tout ceci conduisant à la vulnérabilité.

Anne par contre attribue sa souffrance à des menaces et des situations angoissantes qu'elle a traversée durant un moment de sa vie. Des menaces allant aux promesses de mort et d'atteinte familiale. Ce qui va l'amener une fois dans la maladie à développer un sentiment d'angoisse, de panique et de peur imminente d'être atteint de nouveau ou de perdre encore un membre de sa famille.

Jeanne aussi soulève cet aspect externe à sa maladie, donc la cause serait la résultante de son caractère assez difficile dans les relations sociales, ce qui va amener les personnes de son entourage à lui lancer un mauvais sort, résultant d'un règlement de compte.

À la suite du sens ainsi attribué à leur souffrance, des comportements nouveaux s'installent laissant lieu d'un vécu anxieux caractérisé par la peur, la colère, la tachycardie, aux troubles du sommeil, au sentiment d'irritabilité, et d'invulnérabilité.

6.2 APPLICATION DE LA THEORIE DU RELATIVISME CULTUREL A LA COMPREHENSION DES RESULTATS

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

Ainsi, confronté aux maladies chroniques telles que le cancer, ce travail de transformation est enclenché pour maîtriser la souffrance associée aux angoisses et au

déplaisir induit par la maladie et ses contraintes. En effet, la maladie et ses contraintes constituent un ensemble d'affects qui génèrent du déplaisir, or le travail de l'appareil psychique consiste à la production du plaisir et à la réduction du déplaisir afin de se maintenir et de ne pas s'effondrer (effondrement psychique).

Pour faire face à ce déplaisir, un travail de transformation et de liaison de l'énergie libre est mis sur pied par cet appareil. Ce travail ne se fait pas « ex nihilo », il s'appuie sur le système de représentations, mieux sur la grille de lecture du monde structurée par la culture d'appartenance du sujet.

En parlant de ces éléments culturels ou de cette grille de lecture du monde, Lacan (Palmier, 1972 ; Vanier, 1998) utilise le concept de signifiant qui est par la suite élargi au symbole. Le signifiant est caractérisé par sa présence ou son absence, la trace porteuse de sens, le support matériel du discours. De là, nous comprenons que les réactions, les agissements que le sujet mène au quotidien ne sont que la somme d'une chaîne de signifiants qu'il a acquis tout au long de son évolution et donc ses agissements et même les interprétations qu'il en fait ne peuvent se faire en dehors de cette chaîne de signifiants préalablement inscrite à ce sujet.

Ainsi, comme le souligne Juignet (2003), le symbole se transforme en langage lorsqu'il est en plus libéré de la contingence d'une matérialité trop forte à quoi s'associe la permanence d'un sens, d'un concept. Ainsi naît l'univers du sens. De là, nous comprenons que la première opération effectuée par l'appareil psychique est la symbolisation ou la mise en sens de la situation ou des affects. Comme le mentionne Pelsser (1989) cité par Bitsi (2005), la symbolisation renvoie à la capacité qu'a un être humain de représenter et de se représenter.

Le sens donné à la souffrance est fonction des signifiants ou symboles dont ils disposent. C'est ainsi que les participants expliquent la souffrance par des signifiants ou symboles relatifs à leur culture. Pour l'une (Nadine) le sens, le symbolique qu'il en fait appel à des forces suprêmes qui se seraient battues afin qu'il ait la vie sauve. Car sur le plan des traditions, il fait tous les rites, respecte ses dieux. Mais alors, le combat prend place parce qu'il y a dans le monde proche de lui ses paires, avec un "mauvais ventre" (Nguimfack, 2016) qui le persécutent qui sont jaloux de lui ; d'où le combat.

Or le travail de symbolisation comme on vient de le montrer avec ces auteurs participe de la stabilisation de la souffrance psychique que peut générer la maladie cancéreuse chez un individu. Toutefois, le travail d'élaboration psychique est une activité subjective et singulière en fonction des individus. Lorsque ce travail n'est pas fait, c'est-à-dire que si les signifiants culturels ne sont pas symbolisés, ils vont créer un malaise au sein de l'appareil psychique de l'individu (Arpin, 2007).

Les africains étant des êtres culturellement structurés et le psychisme se fondant et s'organisant autour de la culture de chaque africain (Arpin, 2007), on peut à cet effet observer certaines réactions des individus vis-à-vis de la culture. C'est le cas avec nos participants la perception de leur maladie ne concorde pas avec le sens attribué à celle-ci. La culture doit ainsi jouer un rôle de stabilisateur de l'attention psychique chez l'individu malade.

Mais il y a à noter que certains signifiants culturels deviennent trop gênants et trop rigides pour le sujet au point où il n'arrive plus à s'y adapter. Ces signifiants-là créent un malaise chez ce dernier. Ce malaise se traduit dans le cadre du cancer dont souffrent nos participants par de l'anxiété. L'anxiété donc il est question ici n'est plus celle directement liée au corps malade, mais aussi parce qu'on lui dit que sa maladie provient d'un rite ou coutume transgressé. Or l'individu appartenant à une culture bien précise et ayant grandi dans une autre se trouve donc dans l'entre-deux des cultures, soit une culture chrétienne et l'autre purement culturelle. Il se crée ainsi un blocus au niveau de la symbolisation parce que les deux cultures ne concordent pas, ce que Arpin (2007) appelle un « choc de culture ». À travers ceci, on comprend certaines réactions de nos participants, notamment Anne et Jeanne qui évoquent la religion comme le socle de croyance, mais appartenant à une culture Bantou où la maladie cancéreuse a une certaine représentation culturelle. À partir de ce choc clairement perçu, l'imaginaire de l'individu se trouve en contraction avec la réalité culturelle, ce qui crée un échec de symbolisation de la maladie, se traduisant dans le cadre de ce travail par le vécu anxieux.

Aussi, la maladie cancéreuse à entrainer une indépendance, une séparation avec les membres de la famille et même de leur milieu professionnel et de certaines envies. Suite à cette indépendance et séparation le malade se trouver diminuer de son autonomie, de sa liberté, ce qui conduit à des pensées négatives, suscitant un état de panique ou de mort certaine (Bacqué, 2008).

Ce danger ressenti va ainsi susciter chez le patient un état de panique mettant en péril ses capacités d'adaptation, une interprétation de soi, de la société et qui renforce respectivement la symptomatologie anxieuse. Ce qui précède a été perçu dans les propos de Nadine et Jeanne qui n'ont pas ignoré leur implication personnelle dans le développement de leur maladie, favorise ainsi une atteinte par le sorcier. Le sens que le patient donne à sa maladie en lien avec la sorcellerie et le maraboutage, va favoriser un changement dans ses relations avec son entourage. Les participants de cette étude ont tour à tour montré l'importance de leur retrait social, car étant déjà atteint, l'ennemi peut profiter des temps de faiblesse pour achever le travail commencé. Ainsi, les symptômes anxieux deviennent une menace pour l'individu, alimente l'idée réelle d'une atteinte spirituelle. L'effet de ce mécanisme est en outre, le sentiment de vulnérabilité que le sujet perçoit de lui-même et le danger qui résulte des interactions avec les personnes de son environnement.

Comme le souligne Clark et Wells (1995 ; 1997), la maladie cancéreuse active les croyances d'échec potentiel de la performance, ce qui amène le sujet malade à percevoir un danger et à nourrir des pensées négatives. Dans un premier temps, nos participants ont développé ces sentiments de peur au moment de l'annonce et pendant la maladie. En plus de cela, ces pensées négatives sont liées à l'idée d'une mort proche et certaine, car les complications liées au traitement et aux moyens financiers témoignent d'une main mise dans le déclenchement de la maladie et le coût de celle-ci. A cet effet, Sow (1977) s'est proposé d'élaborer une théorie du relativisme culturel propre aux peuples d'Afrique noire ; qui stipule que l'Africain appartient à un univers pan structuré où chacun a un rôle bien précis à jouer dans la société. Où tout est lié. De ce fait le trouble qu'il soit psychologique ou non rend compte de la rupture relationnelle à un niveau du système.

Les forces en opposition ne sont pas que celles du ça et du moi, mais également du surmoi avec l'intériorisation de la dimension externe à l'individu. Cette dimension interne traduit toute la pertinence des symptômes représentations que les patients font de leur maladie et souffrance. La perception externe renvoie au caractère exogène du danger, de son développement et son atteinte sur la personne. La maladie cancéreuse qui est à la base une maladie biologique, trouve une certaine étiologie exogène. A cet effet, le malade se sent abattu, atteint mystiquement et se doit de se défendre et de se justifier. Ce désir de se défendre engendre un sentiment de vulnérabilité, de culpabilité et crainte, ce qui conduit le patient aux troubles anxieux.

Comme le souligne Sow (1977), les actants du mal sont localisés dans le mésocosmos, d'où ils opèrent, et le trouble mental se définit comme un conflit exprimant les péripéties et les contradictions vécues, par la personne concrète dans ses relations avec le mésocosmos. Allant dans ce sens, on comprend que le vécu anxieux chez les patients cancéreux trouve toute sa pertinence dans un registre culturel bien défini, tant que la maladie en elle-même est porteuse de sens ou de connotation mystico-religieuse. De plus, Sow (1977) montre que le trouble mental, aussi soit-il est basé sur la notion de conflit dans les réseaux de relation qui structurent en profondeur l'existence totale du patient. Parler du vécu anxieux dans un registre culturel, revient donc à reconnaître la pertinence des manifestations culturelles chez les patients cancéreux.

Par ce qui précède, nous comprenons que l'anxiété a une collaboration étroite avec les signifiants culturels. La connaissance de la maladie et ses répercussions sur l'individu trouve toute sa pertinence dans une interprétation culturelle, donnant ainsi lieu un déséquilibre psychique donc les véritables symptômes sont les manifestations du vécu anxieux.

6.3 DISCUSSION DES RÉSULTATS

Cette étude avait pour objectif d'appréhender les processus par lesquels les signifiants culturels alimentent le vécu anxieux des patients atteints de cancer. Les résultats obtenus et analysés à la fin laissent entrevoir que les signifiants culturels joueraient un rôle dans l'alimentation du vécu anxieux à travers le truchement de l'échec de symbolisation, traduit dans cette étude par le vécu anxieux. Seulement, cette alimentation du vécu anxieux va de soi et se manifeste de manière différente en fonction de l'imaginaire de chaque individu. Ainsi, l'échec de symbolisation de la maladie suite à un choc des représentations culturelles va alimenter le vécu anxieux chez l'individu malade, laissant ainsi entrevoir un sentiment de vulnérabilité élevé. C'est donc à partir de ces résultats obtenus que nous faisons une confrontation avec ceux des études antérieures. Celle-ci se fera sur la base d'une comparaison qui permettra de ressortir les points divergents et convergents en justifiant toutefois à l'aide des approches théoriques, méthodologiques et contextuelles les divergences obtenues. Nous allons organiser cette divergence en trois niveaux : la souffrance psychique, la perception des signifiants culturels dans la maladie cancéreuse et la dynamique des signifiants culturels dans le vécu anxieux.

6.3.1 La souffrance psychique

La survenue de la maladie cancéreuse a causé automatiquement la souffrance psychique chez nos participants. Celle-ci s'est manifestée à plusieurs niveaux, générant de l'angoisse, de l'anxiété, de la peur, de la panique et même du sentiment de vulnérabilité. Toutefois, les études antérieures nous indiquent que la maladie cancéreuse laisse toujours un vécu psychique dégradé et amorce. L'annonce du diagnostic de cancer confronte l'individu à un traumatisme qui engendre une mort imminente. Cette annonce devient donc vécue comme un traumatisme (Nguimfack, 2016). Notons qu'en psychologie, on parle de traumatisme lorsqu'un événement implique un "avant" et un "après", de sorte que la vie de la personne, ainsi que la façon dont elle appréhende le passé, le présent et l'avenir, s'en trouve totalement bouleversée (Bouopdi, 2020). Dans ce cas, les thèses de Nguimfack (2016) et Bouopdi (2020) sont vérifiées, car pour chacune de nos participantes le moment de l'annonce a été vécu comme un traumatisme, une mort évidente et proche, car cette dernière constitue un choc psychologique qui conduit à une charge émotionnelle violente qui induit trois types d'effets à savoir : un acte de baptême de la maladie ; changement d'identité ; un travail de deuil de l'état de santé antérieure. (Giraudet, 2006).

Les difficultés psychologiques des personnes cancéreuses sont liées au fait que leur maladie soit mortelle. La découverte de la maladie confronte donc le patient à sa propre mort (Nguimfack, 2016). Les premiers moments de cette découverte induisent des bouleversements sociaux, psychologiques, des contraintes qui conduisent le sujet à diminuer son activité au quotidien. Cela le conduit à se détacher du monde et à ne plus l'investir. Ceci est tout à fait vérifié car chez toutes nos participantes, cette angoisse de séparation et de détachement a été observée. Que ce soit chez Nadine, Anne ou Jeanne, se voir séparer de leurs enfants, travaux et familles alimentaient de plus en plus l'état de mal être.

Par ailleurs l'angoisse de mort est omniprésente : la gravité de l'affection conduit à deux alternatives : subir un traitement lourd et contraignant ou mourir. Cette survie artificielle fait émerger une angoisse permanente et constante. L'idée de mort menace de la perte des liens unissant l'individu à son entourage ; elle peut être par ailleurs masquée par la banalisation et la routine des soins se déroulant selon un rythme immuable (Sanchez, 1989, cité par Falet, 2002).

En ce qui concerne la perception de soi, nous avons observé chez nos participantes que celle-ci est morcelée, d'une part au moment de l'attente des résultats. Cela résulte d'un

déficit cognitif résultant de la peur d'être annoncé positive. A ceci s'installe une dépression primaire caractérisée par le sentiment de mort et de panique. Ceci vient donc confirmer cette conception de Rehm (1977) lorsqu'il montre que chez les sujets déprimés, les autoévaluations de soi-même sont privilégiées et négatives ; l'auto-observation prend en compte les résultats immédiats et non les résultats à long terme ; l'autopunition est élevée et l'auto-renforcement est faible (les renforcements sont diminués du fait de la disparition des activités agréables).

Les travaux de Caron (2008) montrent que l'annonce de diagnostic de cancer est aussi marquée par le sceau de la rupture : rupture temporelle dans la vie du patient qui crée un nouveau calendrier avant et après l'annonce, « rupture existentielle », mais aussi rupture de son intégrité psychique. L'irruption du réel « maladie » crée, en effet, un état de sidération psychique, enfermant le patient dans ce temps de « l'instantanéité de l'annonce », tel un trou dans le temps qui aspire le passé et l'avenir » (Caron, 2008). Le temps du traumatisme que Le Poulichet (1994) décrit comme un « temps dénudé et inhabitable » pour le Moi (p. 121).

6.3.2 La perception des signifiants culturels dans la maladie cancéreuse

Suite aux résultats obtenus, il en est sorti que la maladie cancéreuse a une origine anthropologie et culturelle. Nos patients n'ont cessé d'attribuer leur souffrance à une relation de sorcellerie, du mysticisme, du maraboutage et bien d'autres aspects qui peuvent être internes ou externes à eux. Jeanne, Nadine et Anne, n'ont pas manqué de montrer l'une après l'autre que leur souffrance n'a rien à avoir le naturel. Cette perception des choses était déjà abordée dans les études antérieures. La recherche de l'étiologie de la maladie s'enracine pendant longtemps dans une certaine exogénéité : le mal ne peut venir que de l'extérieur, il sera appelé le « malin » ou encore associé à un animal ou à la « bête » (Bacqué, 2008).

S'appuyant sur le modèle interprétatif de la maladie selon Laplantine (1986), cette perception de la maladie selon nos participants s'avère pertinente. En effet, Laplantine (1986) propose un modèle conceptuel dans les représentations de la maladie, pour le compte de l'anthropologie. Il dresse une liste de quatre modèles explicatifs de la maladie de façon générale. À savoir : le modèle ontologique/ relationnel, le modèle exogène/ endogène, le modèle additif/ soustractif et le modèle maléfique/ bénéfique. Dans le cadre de notre étude, on observe des correspondances entre le modèle exogène/ endogène par rapport à la façon de penser, chez une de nos participantes : Anne. Car pour elle, elle n'y est pour rien. Si elle est malade, c'est à cause de son marie et ses actions dans l'entourage, ce qui qui a ouvert une

voix aux ennemis de son mari afin de s'attaquer à elle. On observe également des correspondances entre le modèle ontologique/relationnel par rapport à la façon de penser chez deux de nos participantes : Jeanne et Nadine. Pour elles, leur caractère social assez compliqué envers les personnes leur environnement et les moments jouissant de leur jeunesse auraient favorisé les personnes de leur entourage à les atteindre mystiquement.

Bacqué (2008) explique que la maladie peut être vécue comme la conséquence de « comportements pathogènes », d'un environnement toxique, d'une transmission génétique mais aussi comme une épreuve de vie ou une punition imposée par Dieu, ou encore comme le témoignage somatique d'un vécu psychique douloureux.

6.3.3 La dynamique des signifiants culturels dans le vécu anxieux.

La perception culturelle de la maladie ne laisse pas le malade indifférent. Cela engendre chez la personne cancéreuse un dysfonctionnement psychique coloré au sens que ce dernier attribue à sa souffrance.

En effet, nos participants ne s'en passent pas d'attribuer l'origine de leur maladie à une quelconque cause externe. Pour le cas de nos patients (Jeanne, Nadine et Anne), ils n'ont pas manqué de montrer l'une après l'autre que leur souffrance n'a rien à voir de naturel. Ce qui alimente une fois de plus leur vécu émotionnel et anxieux. Cette anxiété est due au fait que le malade de cancer déjà atteint mystiquement se sent vulnérable, de plus en plus en danger.

Pour Nadine, sa maladie résulterait d'une main mise, d'une influence mystique en relation avec son voisinage d'une part, et en conséquence d'une quelconque irresponsabilité de sa part, suite à la désobéissance et du non-respect des rites et principes de son environnement. Elle met ainsi en avant son caractère jeune et les contraintes liées à la jeunesse (Friandise) et l'impact de son environnement proche qui ne voulait plus d'elle. Suite à cela, elle développe un sentiment de peur, d'angoisse, d'irritabilité, et tout ceci conduisant à la vulnérabilité.

Anne par contre attribue sa souffrance à des menaces et des situations angoissantes qu'elle a traversées durant un moment de sa vie. Des menaces allant aux promesses de mort et d'atteinte familiale. Ce qui va l'amener une fois dans la maladie à développer un sentiment d'angoisse, de panique et de peur imminente d'être atteint de nouveau ou de perdre encore un membre de sa famille.

Cependant, les études antérieures n'ont pas évoqué la dimension des signifiants culturels dans le vécu de l'anxiété chez les patients atteints de cancer. Bennett et Badger (2005) ont établi une revue de la littérature sur les troubles anxiodépressifs présents chez les patients atteints d'un cancer et indiquent que 48% des patients cancéreux, tous cancers confondus, souffrent d'anxiété. D'autres études ont montré que 51% des personnes atteintes d'un cancer souffrent de détresse psychologique. Plus précisément, de 10 à 20% sont anxieuses avant le traitement et de 21 à 54% pendant et après le traitement. Certaines développent des troubles de l'adaptation (28,3%), une agoraphobie (15%), un trouble anxieux généralisé (9%), un trouble panique (6%), un S.S.P.T (5%), des phobies spécifiques (2,3%), des T.O.C (1,1%) ou des troubles de la personnalité (1,1%) (Manzanera et al., 2003 ; Stiegelis et al., 2004 ; Fritzscher et al., 2005).

Or, la totalité du parcours qu'impose le cancer est pour le patient une source importante d'anxiété. Ainsi, les études antérieures ont relevé que les différentes formes de l'anxiété peuvent varier : l'anxiété liée à l'attente du diagnostic (Holland, 1998) ou du résultat de la biopsie (Wirshing, 1985), l'anxiété liée à l'observance (Heller, 2003), aux effets secondaires (Sachs, 1997) ou à la fin du traitement quand le patient se retrouve livré à lui-même avec un sentiment d'être abandonné par le personnel soignant, et l'anxiété liée à la rechute ou la récurrence pendant la période de rémission (syndrome de Damoclès¹⁹ défini par Koocher et O'Malley 1981.). Ainsi, les craintes les plus couramment associées au cancer sont celles de la mort, de l'incertitude, celles de la douleur, de perdre le contrôle ou d'être abandonné. Il y a des appréhensions plus spécifiques selon les types de cancer ou les traitements subis. En effet, certains cancers, comme les cancers O.R.L, qui entraînent des changements physiques visibles (laryngotomie par exemple), ou certains traitements, comme la chimiothérapie qui induit des effets secondaires visibles (perte de cheveux par exemple), entraînent des modifications de l'image du corps importantes qui sont très angoissantes car elles altèrent l'intégrité corporelle et le sentiment d'identité du malade, qui ne se reconnaît plus à travers cette image de lui mutilée.

Ce qui précède laisse donc entrevoir toute la pertinence de cette étude qui a exploré une autre dimension de compréhension des troubles anxieux fréquemment observés dans les maladies chroniques en générale et dans le cancer en particulier.

6.4 IMPLICATIONS ET PERSPECTIVES

6.4.1 Implications

Le cancer est une maladie qui touche l'individu dans tous les domaines de sa vie. Elle engendre de la souffrance tant sur le plan physique que psychologie auprès des malades. Les différentes causes de cette maladie sont légions et la part du culturel n'est pas à négliger. En ce qui concerne ses répercussions sur l'individu, notamment sur le plan psychique, on peut alors voir le vécu anxieux.

Ainsi, les études effectuées dans le cadre de cette recherche nous ont permis de découvrir une autre dimension susceptible d'alimenter le vécu des patients atteints de cancer à travers le sens qu'ils attribuent à leur souffrance et le rôle de la culture. La relation de sorcellerie, le maraboutage et le fétichisme sont les mobiles qui alimentent le vécu anxieux chez ces personnes. Celle-ci, plus qu'un moyen de symbolisation la souffrance ou de mentalisation, elle s'avère être une autre modalité capable de générer de l'angoisse, de la panique et même de la peur chez le malade. D'où la pertinence théorique de la représentation de la maladie.

A travers cette découverte, ces résultats vont permettre à la communauté scientifique, aux spécialistes de la santé mentale, ainsi que de la médecine générale d'avoir un autre angle de lecture de la maladie cancéreuse en générale et ses éventuelles répercussion sur le plan physique et psychologique chez le malade. Ce qui permettra une prise en compte du malade et de la maladie de façon holistique et globale dans le processus clinique de la maladie.

6.4.2 Perspectives

L'objectif de cette étude était d'appréhender les processus par lesquels les signifiants culturels alimentent le vécu anxieux chez les patients atteints de cancer. A la fin de celle-ci, nous avons vu exactement à travers l'échec de symbolisation qui peut se traduire par le choc des culturels et le caractère trop rigide des us et coutumes que le malade de cancer développe un vécu anxieux en rapport avec sa culture

Ainsi, pour continuer de questionner le rôle de la culture dans le processus de compréhension du vécu anxieux, notamment dans les maladies chroniques, nous souhaitons à la longue mener une étude clinique qui va mobiliser les ressources nécessaires dans le processus de prise en charge des patients, prenant en compte la dimension culture de

l'individu et les différentes croyances auxquelles il adhère dans l'amélioration des soins en psychologie clinique. Partant de l'hypothèse d'Arpin (2007), lorsqu'il parle de la formation en clinique des groupes « transculturels » dans l'élaboration des matériaux thérapeutiques en clinique, il sera question pour nous concilier dans le processus thérapeutique de l'individu, la dimension culturelle à laquelle il appartient et ses différentes représentations de la maladie dans le contexte de sa structuration et de son évolution.



CONCLUSION GENERALE

Cette étude porte sur : *les signifiants culturels dans le vécu de l'anxiété chez les personnes atteintes de cancer*. Nous avons inscrit celle-ci dans le volet de la psychopathologie. Le cancer est une maladie chronique causé par la multiplication anarchique des cellules dans l'organisme de l'individu. Causant le plus grand nombre de décès dans le monde, cette maladie est au cœur des politiques de santé et sa prise en charge suscite un intérêt particulier.

Toutefois, les causes de cette maladie ne font pas l'unanimité chez les chercheurs, car plusieurs l'attribuent à des causes tant exogènes qu'interne. Cependant, notre objectif n'était pas d'appréhender les véritables causes du cancer, mais de nous intéresser à la dimension culturelle dans la compréhension du vécu anxieux qui est généralement fréquent dans toutes les pathologies du cancer.

C'est donc dans cette logique que cette étude a posé le problème de la contribution des signifiants culturels dans le vécu de l'anxiété chez les patients atteints de cancer. Ce problème a été concrétisé par la question de recherche suivante : *comment les signifiants culturels du malade de cancer contribuent-ils à vécu anxieux de la maladie ?* De cette question, nous avons formulé l'hypothèse suivante : *les signifiants culturels du malade de cancer alimentent son vécu anxieux de la maladie par le truchement de l'échec de symbolisation*. L'objectif dans cette étude était d'étudier les processus par lesquels les signifiants culturels du malade de cancer contribuent au vécu anxieux chez ce dernier.

Sans être les premiers à aborder cette thématique du vécu anxieux dans la maladie cancéreuse, notre deuxième chapitre, considéré comme la revue de la littérature a porté sur la clarification de certains concepts clés. Par la suite nous avons abordés les problématiques générales observées dans la maladie cancéreuse, partant de son étiologie à son traitement, tout en abordant les types de cancer. Dans la même logique, nous avons présenté les travaux de plusieurs auteurs parlant des répercussions psychologiques de la maladie cancéreuse sur

l'individu, dont les plus fréquentes sont la dépression et l'anxiété (Mitchell, 2013). Faisant face au cancer, la qualité de vie du patient est altérée par les contraintes relatives aux soins et aux exigences médicales. Aussi par le sens que ce dernier accorde à sa maladie et aux types de relations qu'il entretient désormais avec son entourage. L'anxiété devient donc une réponse fréquente face à une menace qui peut être adaptative ou devenir pathologique à certains niveaux ou dans certaines circonstances. Même si les critères diagnostiques de l'anxiété sont bien définis, ces critères sont difficiles à appliquer aux patients atteints de cancer étant donné que la menace du cancer est bien réelle et que la symptomatologie anxieuse peut se confondre avec certains symptômes liés au traitement (fatigue, perte d'appétit ...). Le cancer, que l'on peut qualifier d'incertain et de dangereux, est un terrain fertile à l'apparition de l'anxiété sous plusieurs formes et intensités différentes (anxiété comorbide, anxiété réactionnelle). Il est donc difficile d'identifier la nature et la sévérité de l'anxiété, de même que la relation entre cancer et anxiété. C'est ce qui nous a conduits à questionner la dimension culturelle afin de déceler un autre angle de lecture de la compréhension du vécu anxieux dans la maladie cancéreuse. Ceci nous a amené à présenter l'approche de la maladie, dans laquelle Laplantine (1986) a exposé une classification selon quatre modèles d'interprétation de la maladie : le modèle ontologique/ relationnel, le modèle exogène/ endogène, le modèle additif/ soustractif et le modèle maléfique/ bénéfique.

Dans l'explication théorique, nous nous sommes servis d'une part, des théories explicatives de l'anxiété dans les maladies chroniques en générale et dans le cancer en particulier, d'autre part, des théories Ethno psychanalytique dans la compréhension du vécu anxieux. Dans les théories de l'anxiété, notamment la théorie cognitivo-comportementale, nous avons vu avec Pénocet (1998) que l'interprétation catastrophique de ses symptômes somatiques entraînent le patient dans un cercle vicieux, ce qui alimente son vécu anxieux. Cet apport cognitiviste pose comme hypothèse relative au conditionnement le fait que, *« pour des raisons probablement d'origine cognitive, les différents symptômes somatiques ressentis par le patient font l'objet d'une interprétation catastrophique. Cette interprétation pathologique est source d'une anxiété qui, elle-même, va aggraver les symptômes somatiques et entraînent un cercle qui, par moment peut culminer en un état de panique »*. (Clément, 1998). Avec les théories ethno psychanalytiques, nous avons vu avec la théorie de la relation conflictuelle (psychopathologie africaine) que ce qui arrive de douloureux (maladie, malheur etc.) à un individu est interprété comme étant le résultat d'une agression extérieure en Afrique. Ainsi, le

sens donné au cancer et la souffrance y afférente seraient en lien avec cette relation conflictuelle dans ce contexte.

Pour atteindre notre objectif, nous avons fait usage de la méthode clinique. Le choix de cette méthode s'est justifié par sa capacité à fournir une analyse en profondeur des phénomènes dans leur contexte. Suivant nos critères d'inclusion et d'exclusion, trois participants ont été sélectionnés sur l'ensemble des personnes suivies à l'HCY. Il s'est agi de trois personnes atteintes de cancer, notamment du cancer du sein, d'une leucémie leucocytaire et d'un cancer du lymphome. (Nadine, Anne et Jeanne). Les données proprement dites ont été collectées par le biais des entretiens semi-directifs. Pour les analyser, nous avons fait recours à l'analyse de contenu thématique.

Suite à cette analyse, les résultats obtenus ont montré que la maladie cancéreuse a des répercussions énormes sur le plan psychologique de l'individu, entraînant à cet effet une souffrance psychique dont la traduction est le vécu anxieux dans cette étude. Cette anxiété résulte de la rigidité des éléments culturels à être intégrés par les malades de cancer pour mieux vivre la maladie, prenant la culture de ce fait comme un levier d'alimentation de la souffrance psychique. Le choc au niveau des croyances, conduit à l'échec de symbolisation des signifiants culturels et alimentent de ce fait le vécu anxieux chez le malade de cancer. Ce choc résulte de l'opposition entre la perception culturelle de la maladie, et les croyances magico-religieuses de cette maladie, ainsi que la transgression des us et coutumes propres à une culture.

Ces résultats interprétés à la lumière de la théorie du relativisme culturel Sow (1977-1978) mette en exergue la fonction des signifiants culturels dans l'alimentation du vécu anxieux chez les patients atteints de cancer. Effet, en contexte africain, pour interpréter et donner un sens à ce qui arrive de malheureux à l'instar du cancer, la personne du fait de la structuration de la personne-personnalité et de l'angoisse de persécution (interprétation persécutive) comprend la situation comme étant dû à l'attaque d'un tiers persécuteur. Ce qui rend compte de cette relation conflictuelle entre Ego et les différents pôles constitutifs de la personne-personnalité.

Ainsi, pour continuer de questionner le rôle de la culture dans le processus de compréhension du vécu anxieux, notamment dans les maladies chroniques, nous souhaitons à la longue mener une étude clinique qui va mobiliser les ressources nécessaires dans le

processus de prise en charge des patients, prenant en compte la dimension culture du malade et les différentes croyances auxquelles il adhère pour instaurer un cadre thérapeutique adéquat. (Arpin, 2007)



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Aerni, A., Traber, R., Hock, C., Roozendaal, B., Schelling, G., Papassotiropoulos, A., Nitsch, R. M., Schnyder, U., & de Quervain, D. J.-F. (2004). Low-Dose Cortisol for Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder. *American Journal of Psychiatry*, *161*(8), 1488- 1490.
- Agathe, L. (2017). *Vécu subjectif de la maladie de Crohn et facteurs psychosociaux prédictifs de la rechute : vers une approche intégrative*. Université de Bourgogne Franche-Comté.
- Amelang, M. (1997) Using personality variables to predict cancer and heart disease. *Eur J Pers* *11*,319–42
- Anaïs Lafaye (2009). Effets acteurs–partenaires du soutien social et des stratégies de
- Arpin, S. (2007). Introduction. *Le Divan Familial*, *19* (2), 7-11.
- Autès, M. (1973). Devereux, Georges, Ethnopsychanalyse complémentariste. *Revue française de sociologie*, *14*(4), 564- 566.
- Bacqué, M. –F. (2005). Pertes, renoncements et intégrations : les processus de deuil dans les cancers. *Revue Francophone de psycho-oncologie*, *4*(2), 117-123.
- Bacqué, M.-F. (2008). Les représentations archaïques des cancers traités par les biotechnologies. *Revue Francophone de psycho-oncologie* (2), 225—233.

- Beck, A.T., et Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias : a cognitive perspective*. Basic books.
- Bennett, G., Badger, T.A. (2005). Depression in men with prostate cancer. *Oncology nursing forum*, 32, 545-556.
- Bergeret, J. (1974). *La personnalité normale et pathologique*. Bordas.
- Bibliographie. (2003). *Analyse Freudienne Presse*, 8(2), 195- 198.
- Bitsi, J.A. (2005). *Processus de symbolisation et appartenances culturelles*. Thèse de doctorat. Université Lumière Lyon 2.
- Boudon, M. (2000). *Comprendre les Identités culturelles*. Comprendre. PUF.
- Bounet D (2000). Au-delà du gène et de la culture. *Homme Migr* 2000 ; 1125 (1) : 23-38
- Bouopdi Nana, A. (2020). *Signifiants culturels et élaboration psychique de la souffrance chez les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique : une étude de cas*. [Travail de mémoire non Publié]. Université de Yaoundé 1
- Bouregha A, May-Levin F (2007). Anxiété et cancer de la prostate. *Psychooncology* 1,162–8
- Bridou, M., & Aguerre, C. (2010). Spécificités, déterminants et impacts de l'anxiété liée au cancer : Revue de question des apports de l'approche cognitivo-comportementale. *Psycho-Oncologie*, 4, 26- 32. <https://doi.org/10.1007/s11839-010-0250-x>
- Caron, R. (2008). L'annonce d'un diagnostic de cancer : quels enjeux psychiques ? *Ethique et Santé* (5), 186-191.
- Centre international de Recherche contre le Cancer (2018). Rapport Biennal. Dans *IARC Biennal reports*. 978-832-2102-9
- CIRC. OMS. (2008). *Données mondiales sur le cancer*. GLOBOCAN.
- CIRC. OMS. (2012). *Données mondiales sur le cancer*. Globocan
- CIRC. OMS. (2018). *Données mondiales sur le cancer*.
- Clark, D. M. (2001). A cognitive perspective on social phobia. In *International handbook of*

social anxiety : Concepts, research and interventions relating to the self and shyness

(p. 405- 430). John Wiley & Sons Ltd.

Clark, D., Adrien, W., Paul, S., John, L., Ann, h., et Michael. (1995). Social phobia : The role of in-situation safety behaviors in maintaining anxiety and negative beliefs. *Behavior thérapy*, 26(1), 153-161.

Clément, P. (1998). Aspect cognitivo-comportemental. *Santé mentale* ; 28 : 27-8.

Consedine, N.S., Magai, C., Krivoshekova, Y.S., et al. (2004). Fear, anxiety, worry, and breast cancer screening behaviour: a critical review. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 13(3):501–10.

Cousson-Gélie F, Bruchon-Schweitzer M, Dilhuydy J-M, et al (2005). Impact du contrôle perçu, de l'attribution causale interne et du contrôle religieux sur la qualité de vie et l'évolution de la maladie de patientes atteintes d'un premier cancer du sein. *Rev Fr Psychooncology* 4:288–91.

Cousson-Gélie, F., Bruchon-Schweitzer, M., Dilhuydy, J., Irachabal, S., & Lakdja, F. (2005). Impact du contrôle perçu, de l'attribution causale interne et du contrôle religieux sur la qualité de vie et l'évolution de la maladie de patientes atteintes d'un premier cancer du sein. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 4, 288- 291.

Couvreur, C. (1990). Abstract. *Revue francaise de psychanalyse*, 3, 875- 882.

Deimling GT, Bowman KF, Sterns S, et al (2006) Cancer-related health worries and psychological distress among older adult, longterm cancer survivors. *Psychooncology* 15:306–20

Deimling, G. T., Bowman, K. F., Sterns, S., Wagner, L. J., & Kahana, B. (2006). Cancer-related health worries and psychological distress among older adult, long-term cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 15(4), 306- 320. <https://doi.org/10.1002/pon.955>

Dejours C. (1998). *Le corps entre biologie et psychanalyse*. Paris : Payot.

Derouin, R., Fritzsche, B., & Salas, E. (2005). E-Learning in Organizations. *Journal of Management - J MANAGE*, 31, 920- 940.

- Devereux, G. (1961, 1969). *Ethnopsychiatrie des indiens mohaves. Les empêcheurs de penser en rond*. Paris, Synthelabo. Devereux, G. (1970). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris : Gallimard.
- Devereux, G. (1972). *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris : Flammarion.
- Devereux, G. (1973). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris : Gallimard.
- Dew K., Keefe V. et Small K. (2005). Choosing to work when sick : workplace presenteeism. *Social science and medicine*, vol.60, P. 2273-2282.
- Di, C., & Moro, M.R. (2008). Conflit des cultures dans la constitution de soi apport de l'approche ethnoculturelle. *Information sociale*, 145, 16-24.
- Falet, D. (2002). *La douleur aiguë chez le patient hémodialyse chronique. Résultats d'une enquête de prévalence réalisée au centre hospitalier régional Clémenceau à Caen* (Thèse de doctorat). Université de Caen.
- Fallowfield, L.J., Hall, A., Maguire, G.P., Baum, M. (1990). Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *British Medical Journal*, 301, 575-580
- Fédération mondiale pour la santé (2010). *Mental health and chronic physical illness*, P.7
- Fernandez, L. & Pardinielli, J.L. (2006, mars). *La recherche en psychologie clinique*.
- Ferrere, R. (2015). *Les enjeux psychologiques de la maladie cancéreuse chez la femme en période périnatale : Le devenir mère à l'épreuve du cancer* [Phdthesis, Université Sorbonne Paris Cité].
- Freud, A. (1936). *Le Moi et les mécanismes de défense*. Paris: PUF.
- Freud, S. (1894). *Les psychonévroses de défense*. Paris: PUF.
- Freud, S. (1894). *Les psychonévroses de défense*. Paris: PUF. □ Freud, S. (1967). *La vie sexuelle*. Paris : PUF
- Freud, S. (1915). *Considérations actuelles sur la guerre et la mort. Essais de Psychanalyse* . (1981, Éd.) Paris: Payot.

- Gagnon, Y.C. (2012). L'étude de cas comme méthode de recherche. Presses de l'université du Québec.
- Géza Róheim. (1972). *Origine et fonction de la culture*. Paris: Gallimard.
- Giraudet, J. S. (2006). Annonce du diagnostic de maladie chronique à un patient. *Synoviale*, 151.
- Global Cancer Observatory (2018). International variation in oesophageal and gastric cancer survival 2012-2014 : différence by histological subtype and stage at diagnostic (an ICBP SURVMARK-2 population-based study).
- Gray, R. E., Fitch, M., Davis, C., & Phillips, C. (1997). Interviews with men with prostate cancer about their self-help group experience. *Journal of Palliative Care*, 13(1), 15- 21.
- Gray, R. E., Fitch, M., Davis, C., & Phillips, C. (2000). Challenges of participatory research : Reflections on a study with breast cancer self-help groups. *Health Expectations*, 3(4), 243- 252.
- Gray, R., Fitch, M., Davis, C., & Phillips, C. (1997). A qualitative study of breast cancer self-help groups. *Psycho-Oncology*, 6(4), 279- 289.
- Guerraoui, Z. (2013). *GEORGES DEVEREUX, Essai d'ethnopsychiatrie générale , Paris, Gallimard, 1977, 1-83 et 84-106*. Dunod.
- Heller, R. F., Edwards, R., & McElduff, P. (2003). Implementing guidelines in primary care : Can population impact measures help? *BMC Public Health*, 3(1), 7. Holland, J. C. (1989). Anxiety and cancer : The patient and the family. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 50(11, Suppl), 20- 25.
- Holland, J. C. (1999). Practice guidelines for the management of psychological distress. *Oncology* (13), 459-507.
- Holland, J. C., & Reznik, I. (2005). Pathways for psychosocial care of cancer survivors. *Cancer*, 104(S11), 2624- 2637.

Holland, J. C., Kash, K. M., Passik, S., Gronert, M. K., Sison, A., Lederberg, M., Russak, S.

M., Baider, L., & Fox, B. (1998). A brief spiritual beliefs inventory for use in quality of life research in life-threatening illness. *Psycho-Oncology*, 7(6), 460- 469.

Implementation of NCCN Distress Management Guidelines by Member Institutions in :

Journal of the National Comprehensive Cancer Network Volume 5 Issue 1 (2007).

International variation in oesophageal and gastric cancer survival 2012–2014 : Differences by histological subtype and stage at diagnosis (an ICBP SURVMARK-2 population-based study) | Gut.

Jacobsen, P. B., & Ransom, S. (2007). Implementation of NCCN Distress Management

Guidelines by Member Institutions. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 5(1), 99- 103.

Juignet, P. (2003). Summary. *Cliniques mediterraneennes*, 68(2), 131- 144.

Kaës, R. et al. (2005). Différence culturelle et souffrance de l'identité. Paris : Dunod.

Kaës, R., Ruiz, C.O., Douville, O., Eiguer, A., Moro, M.R., Revah-Levy, A., & Lecourt, E. (2005). Différence culturelle et souffrances de l'identité. Paris : Dunod.

Kapsambelis, V. (2009). Les troubles de l'humeur et la psychanalyse. *Le Journal des psychologues*, 273(10), 32- 35.

Koocher, G., O'Malley, J. (1981). The Damocles Syndrome: Psychosocial consequences of surviving childhood cancer. New-York: McGraw-Hill.

Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (1967). Vocabulaire de la psychanalyse. Paris : PUF.

Laplantine, F. (1986). Anthropologie de la maladie. Paris : Payot.

Linton, R. (1977). Fondement culturel de la personnalité. *Science de l'éducation*, 11, 138.

Loge, J.H., Abrahamsen, A.F., Ekeberg, O., Hannisdal, E., Kaasa, S. (1997). Psychological distress after cancer cure: a survey of 459 Hodgkin's disease survivors. *British Journal of Cancer*, 76, 791-796.

- Loubères S. (1998). Passage à l'acte suicidaire et organisation de la personnalité. *Journal des psychologues* ; 158 : 64-5.
- Mallet, D., Vanheems, D., Soyeux, S., Herbaut, A., & Chekroud, H. (2005). Imaginaire social, science et croyance. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 4(4), 253- 260.
- Manzanera et al (2003). *Nontoxicogenic Strains of Pseudomonas syringae pv. Phaseolicola are main cause of Halo Blight of Beans in Spain and Escape Current Dedection Methods*. Phtopathology.
- Margiane B et Colette A. (2010). Spécificités, déterminants et impacts de l'anxiété liée au cancer : revue de question des apports de l'approche cognitivo-comportementale. *Dans psycho-oncologie, décembre*.
- Massie, M. J. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *Journal of the National Cancer Institute. Monographs*, 32, 57- 71.
- Masson, A. (2004). Contribution psychanalytique à la réflexion sur l'après-cancer : Vers la conceptualisation du statut d'être-à-risque. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 3, 91- 96.
- Mbangmou, R.S. (2018). *Manifestations oniriques et dynamique psychophysiologiques : contribution des rêves dans la genèse des troubles psychosomatiques chez l'adulte*. Mauritius : Editions universitaires européennes.
- Mbangmou, R.S. et Nguimfack, L. (2020). Etude corrélationnelle entre le contenu onirique et les symptômes somatiques : une approche biomédicale de l'interprétation des rêves. *Congrès du sommeil, Lille 2020, communication*.
- Mauer, A. M. (1981). The Damocles Syndrome : Psychosocial Consequences of Surviving Childhood Cancer. *JAMA*, 246(11), 1258.
- Mboua, P. C., Keubo, F. R. N., & Bianke, P. (2018). L'anxiété du patient en situation de maladie grave : La réponse palliative. *Revue internationale de soins palliatifs*, 33(3), 149- 152.

- Miller, K., & Massie, M. J. (2006). Depression and Anxiety. *The Cancer Journal*, 12(5), 388- 397.
- Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2013). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings : A meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet. Oncology*, 12(2), 160- 174.
- Moro, M. R. (2002). *Enfants d'ici venus d'ailleurs*. La Découverte.
- Moro, M. R. (2015). La nécessité transculturelle aujourd'hui pour une société « bonne » pour tous. *Le Carnet PSY*, 188(3), 18- 21.
- Moro, M.R. & Baubet, T (2003). Un lieu métissé d'accueil et de soins des migrants : le dispositif de la psychiatrie transculturelle à l'hôpital avicenne (Bobigny). *Psychiatrie et migration*. Paris : Masson.
- Moro, M.R. & Baubet, T. (2003). *Psychiatrie et migration*. Paris : Masson.
- Moro, M.R. (1994). L'universel au risque du particulier. Vers une psychiatrie métissée. *Synapse*, 108, 1-2.
- Moro, M.R. (2007). La construction de l'identité de l'enfant et de sa famille en situation de migration.
- Moulin, P. (2005). Imaginaire social et Cancer. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 4, 261- 267.
- Murillo, M., & Holland, J. C. (2004). Clinical practice guidelines for the management of psychosocial distress at the end of life. *Palliative & Supportive Care*, 2(1), 65- 77.
- Naour, R. L. (2007). Troubles anxieux : diversité des approches théoriques. *L'information psychiatrique*, 83(9), 775- 780.
- Nguimfack, L. (2016). Familial experience in the diagnosis of cancer and familial psychological dynamic. *Cahiers critiques de therapie familiale et de pratiques de reseaux*, 57(2), 27- 47.

- Nguimfack, L. (2016). Psychothérapie des familles camerounaises confrontées à la sorcellerie
Intervention systémique auprès de la famille d'un enfant délinquant. *Thérapie Familiale*, 37(3), 293- 305.
- Nguimfack, L. et Ovambé M. (2020). La résilience sur les signifiants culturels chez les soldats psychotraumatisés de guerre en Afrique : vers une modélisation en psychologie clinique. *Psychologie clinique* ; 50 : 177-189.
- Nguimfack. L. Les signifiants culturels dans l'adoption des comportement critiques face à la COVID-19 au Cameroun : réflexion et esquisse de solution pour une interprétation thérapeutique. *Conduite humanitaire et pratiques psychologiques*, Edi. Cheikh Anta Diop, Douala Août 2021, ISBN : 978-343-10598-7
- Nikcevic, A. V., Kuczmierczyk, A. R., & Bruch, M. (2009). *Formulation and Treatment in Clinical Health Psychology*. Routledge.
- Nordin, K., & Glimelius, B. (1999). Predicting delayed anxiety and depression in patients with gastrointestinal cancer. *British Journal of Cancer*, 79(3), 525- 529.
- O.M.S. (1992). CIM-10/ICD-10 : Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic
- Organisation mondiale de la santé. (2012). Cancer : prévention et prise en charge de l'épidémie : rapport d'une consultation de l'OMS ;
- Organisation mondiale de la santé. (2018). Cancer : prévention et prise en charge du cancer : rapport d'une consultation de l'OMS.
- Organisation mondiale de la santé. (2020). Cancer : prévention et prise en charge de l'épidémie : rapport d'une consultation de l'OMS.
- Ovambe M. (2020). Les signifiants culturels dans le processus de résilience chez les soldats psychotraumatisés de guerre : cas des militaires engagés dans la lutte anti-terroriste à l'Extrême-Nord Cameroun. *Université de Yaoundé*.
- Palmier, J-M. (1972). Lacan. Le Symbolique et l'Imaginaire. Paris.
- Patrick, D. L., Ferketich, S. L., Frame, P. S., Harris, J. J., Hendricks, C. B., Levin, B., Link, M. P., Lustig, C., McLaughlin, J., Ried, L. D., Turrisi, A. T., Unützer, J., Vernon, S.

- W., & National Institutes of Health State-of-the-Science Panel. (2003). National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement : Symptom Management in Cancer: Pain, Depression, and Fatigue, July 15-17, 2002. *Journal of the National Cancer Institute*, 95(15), 1110- 1117.
- Pedinielli, J.-L. (1994). *Introduction à la psychologie clinique*. Nathan.
- Pelsser, R. (1989). Qu'appelle-t-on symboliser ? Une mise au point. *Bulletin de Psychologie*, XLII, 392, 714-726.
- Pénochet JC. (1998). Les troubles anxieux, les défis de l'anxiété. *Santé mentale* ; 28 : 19-26.
- Philippin, Y. (2009). Thérapie cognitive comportementale en soins palliatifs. *InfoKara*, 24(1), 11- 26.
- Pierre C et al (2018). L'anxiété du patient en situation de maladie grave : la réponse palliative. *Revue internationale de soin palliative*. pp 149-152
- Quintrec, J.-S. G.-L. (2010). L'annonce diagnostique dans la maladie chronique. *Education Thérapeutique du Patient - Therapeutic Patient Education*, 2(2), S223- S227.
- R, P., & PELSSER R. (1989). Qu'appelle-t-on symboliser ? Une mise au point. *BULLETIN DE PSYCHOLOGIE*, 392, 714- 726.
- Rachel F. (2015). Les enjeux psychologiques de la maladie cancéreuse chez la femme en période périnatale : le devenir mère à l'épreuve du cancer. *Psychologie. Université Sorbonne Paris*. Français. NNT: 2015USPCB187. tel-01860727
- Renée E. Derouin, Barbara A. Fritzsche et Eduardo S (2005). E-Learning in organizations. *Journal of management*, 920 : 13.
- Rico, A., López, R., Asensio, C., Aizpún, M. T., Asensio-S-Manzanera, M. C., & Murillo, J. (2003). Nontoxic Strains of *Pseudomonas syringae* pv. *Phaseolicola* Are a Main Cause of Halo Blight of Beans in Spain and Escape Current Detection Methods. *Phytopathology*, 93(12), 1553- 1559.

- Róheim, G. (1978). *Psychanalyse et anthropologie : culture, personnalité, inconscient*. Paris : Gallimard
- Roth, A. J., & Massie, M. J. (2007). Anxiety and its management in advanced cancer. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 1(1), 50- 56.
- Rouchon, J.-F., Reyre, A., Taïeb, O., & Moro, M. R. (2009). Resumen. *L'Autre*, 10(1), 80- 89.
- Rouchon, J.-F. (2007). La notion de contre-transfert culturel : enjeux théoriques, cliniques et thérapeutiques (Thèse de doctorat). Paris : Université de Nantes.
- Rutledge, T., Reis, V. A., Linke, S. E., Greenberg, B. H., & Mills, P. J. (2006). Depression in Heart Failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 48(8), 1527- 1537.
- Sachs, L. (1997). Risk as diagnosis: implication for the quality of life. . In J. A. Levy, Jasmin, C., Bez, G. (Ed.), *Cancer, AIDS, and quality of life*. (pp. 107-113). New York: Plenum Press.
- Salkovskis, P. M., & Rimes, K. A. (1997). Predictive genetic testing : Psychological factors. *Journal of Psychosomatic Research*, 43(5), 477- 487.
- Saussure, F. (1915). *Cours de linguistique générale*. Paris: Payot.
- Schelling G., Amanda A., Rafael T., Christoph H. et Benno R.(2004). Low-dose cortisol for symptoms of posttraumatic stress disorder. *American journal of psychiatry*, 161(8),1488-1490.
- Servant, D. (2005). *L'enfant et l'adolescent anxieux. Les aider à s'épanouir*. Paris : Odile Jacob
- Servant. D (2005). Gestion du stress et de l'anxiété : concepts médicaux et psychologiques, diagnostic, prise en charge et traitement. *Masson, Paris, pp. 182*.
- Sirois, F., Melia-Gordon, M., & Pychyl, T. (2003). « I'll look after my health, later » : An investigation of procrastination and health. *Personality and Individual Differences*, 35, 1167- 1184.

- Sokolowski, M. S., Hans, S. L., Bernstein, V. J., & Cox, S. M. (2007). Mothers' representations of their infants and parenting behavior : Associations with personal and social-contextual variables in a high-risk sample. *Infant Mental Health Journal*, 28(3), 344- 365.
- Sow, I. (1977). *Psychiatrie Dynamique Africaine*. Paris : Payot.
- Sow, I. (1977). *Psychiatrie dynamique africaine*. Payot.
- Sow, I. (1978). *Structures anthropologiques de la folie en Afrique noire*. Paris : Payot.
- Spielberger, C.D. (1983). *Manual for the State-Trait anxiety inventory (STAI)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Stark, D. P. H., & House, A. (2000). Anxiety in cancer patients. *British Journal of Cancer*, 83(10), 1261- 1267.
- Stiegelis, H. E., Hagedoorn, M., Sanderman, R., Van der Zee, K. I., Buunk, B. P., & Van den Bergh, A. C. M. (2003). Cognitive adaptation : A comparison of cancer patients and healthy references. *British Journal of Health Psychology*, 8(3), 303- 318.
- Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA (1991) The alexithymia construct: a potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics* 32,153–64.
- Taylor, G. J., Michael Bagby, R., & Parker, J. D. A. (1991). The Alexithymia Construct : A Potential Paradigm for Psychosomatic Medicine. *Psychosomatics*, 32(2), 153- 164.
- Taylor, S. (2004). Understanding and treating health anxiety : A cognitive-behavioral approach. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11(1), 112- 123.
- Thomas, L.-V. (1979). Sow (Ibrahima) Les Structures anthropologiques de la folie en Afrique noire. *Archives de Sciences Sociales des Religions*, 47(2), 302- 302.
- Tsala, J.-P. (2009). *Famille africaine en thérapie : clinique de la famille camerounaise*. Paris : L'Harman.
- Tsala, J.-P. (1989). De la demande thérapeutique au Cameroun. *Revue de médecine psychosomatique*, 19, 109-124.

- Tsala, J.-P. T. (2007). Resumen. *Le Divan familial*, 19(2), 31- 46.
- van't Spijker, A., Trijsburg, R. W., & Duivenvoorden, H. J. (1997). Psychological Sequelae of Cancer Diagnosis : A Meta-analytical Review of 58 Studies after 1980. *Psychosomatic Medicine*, 59(3), 280- 293.
- Vanier, A. (1998). Lacan. Les belles lettres. Paris.
- Walker, J. R., & Furer, P. (2008). Interoceptive Exposure in the Treatment of Health Anxiety and Hypochondriasis. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22(4), 366- 378.
- Wells, A. & Clark, D. M. (1998). Social phobia: A cognitive approach. In G. C. L. Davey (Ed.), *Phobias: A handbook of description, treatment and theory* (pp. 3–26). Chichester, Sussex: Wiley.
- Whitaker, K. L., Brewin, C. R., & Watson, M. (2008). Intrusive cognitions and anxiety in cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(5), 509- 517.
- Whitaker, K. L., Watson, M., & Brewin, C. R. (2009). Intrusive cognitions and their appraisal in anxious cancer patients. *Psycho-Oncology*, 18(11), 1147- 1155.
- World Health Organization. (1994). *CIM-10/ICD-10 : Classification internationale des maladies. Dixième révision. Chapitre V(F), Troubles mentaux et troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*. Organisation mondiale de la Santé.

ANNEXES

ANNEXE 1 : CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE

Je soussigné : _____ déclare accepter librement et de façon éclairée, à participer comme sujet à l'étude intitulé les signifiants culturels dans le vécu de l'anxiété chez les patients atteints de cancer.

Sous la direction du Pr NGUIMFACK Léonard (Maître de conférence à l'université de Yaoundé I). Dont le chercheur est VOUNDI Clovis Junior pour l'année académique 2020/2021.

L'objectif de l'étude est d'appréhender les processus psychiques par lesquels les signifiants culturels alimentent le vécu anxieux des patients atteints de cancer.

Engagement du participant : l'étude va consister en des entretiens cliniques avec le participant.

Engagement du chercheur : nous nous engageons à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies. Aussi nous nous engageons également à fournir aux participants tout le soutien permettant d'atténuer les effets négatifs pouvant découler de la participation à cette recherche.

Liberté du participant : le consentement que vous vous apprêtez à signer pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le participant.

Information du participant : vous participant avez la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche.

Confidentialité des informations : toutes les informations concernant le participant seront conservées de façon anonyme et confidentielle. La transmission des informations concernant le participant pour l'expertise ou pour la publication scientifique sera elle aussi anonyme.

Déontologie et éthique : le promoteur et l'investigateur principal s'engagent à préserver absolument la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations concernant le participant.

Signatures précédées de lu et approuvé

Le participant

Le chercheur

ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN

Préambule

Une fois vous êtes en Master II psychopathologie et clinique, vous êtes amené à faire une étude scientifique. C'est dans ce contexte que nous sommes là aujourd'hui. Mais nous tenons à vous dire que votre participation à cette étude libre. Les données recueillies dans cette recherche auront une seule visée, celle d'enrichir la science. Ainsi, nous vous garantissons une totale confidentialité par rapport à nos différents échanges. Je vous remercie !!

- Présentation du participant
 - Age..... - Obédience religieuse
.....
 - Ethnie..... - Rang dans la fratrie
 - Sexe..... - Type de
famille.....
 - Situation matrimoniale - Niveau d'étude.....
 - Profession

THEME 1 : cancer et ses retentissements

- Contexte et circonstances de l'annonce
- Personnes présentes au moment de l'annonce
- Les éprouvés suite à l'annonce

- Contraintes relatives aux soins
- Durée de la chimiothérapie
- Douleur ressentie
- Nombre de rendez-vous par mois
- Imprévus

THEME 2 : le vécu anxieux

- Les sentiments d'appréhension ;
- La tension ;
- Le sentiment de nervosité ;
- Le sentiment de peur et de panique ;
- La tachycardie ;
- Trouble de sommeil.

THEME 3 : les signifiants culturels/structuration de la personne personnalité

- La connaissance de sa culture ;
- La perception culturelle de sa maladie ;
- Les représentations culturelles de la maladie ;
- Le rôle de la culture dans le traitement de la maladie.
- Axe vertical (relation avec les ancêtres)
- Axe horizontal (relation avec les autres, famille élargie, communauté, société)
- Axe ontogénétique (relation avec soi-même, famille restreinte)

THEME 4 : signifiants culturels/vécu anxieux

- Etiologie culturelle de l'anxiété
- Représentations culturelles de l'anxiété due au cancer
- Sens donné à l'anxiété due au cancer
- Anxiété et relation avec ses ancêtres, sa culture (macrocosmos)
- Anxiété et relation avec le monde invisible, imaginaire (mésocosmos)
- Anxiété et relation avec son quotidien, son entourage (microcosmos).

ANNEXE 3 : Corpus d'entretien avec Jeanne

Etudiant : une fois de plus bonjour madame et merci d'avoir accepté prendre part à cette étude. Comme je l'ai dit je suis étudiant chercheur travaillant sur le sujet les signifiants culturels dans le vécu de l'anxiété chez les patients atteints de cancer. Alors pour commencer, pouvez-vous me parler des circonstances d'annonce de votre maladie ?

Jeanne : nous en septembre ça va faire bientôt un an que je suis dans la maladie. C'est en septembre passé que j'avais commencé à voir la boule qui sort sur ma joue. J'ai cru que c'était, comment on appelle ça ? si c'est l'angine comme ça. J'ai mis ce qu'on dit qu'on met souvent là après l'autre est sortie de l'autre côté, puis je suis allée à l'hôpital. On m'a d'abord prescrit les antibiotiques et ils m'ont fait faire quelques examens, puis on me dit de revenir dans 4 jours. Je suis revenue dans 4 jours c'était toujours là. On m'envoie à Gynéco. Je suis arrivée là-bas la docteure que j'ai trouvée a dit qu'elle doit d'abord faire une biopsie, j'ai dit que je ne veux pas qu'on coupe ma face. C'est comme ça que je suis rentée. On m'a encore indiqué un autre hôpital là-bas à Tropicana, je suis allée et c'est comme ça qu'arrivée là-bas aussi le docteur que je trouve là-bas me propose que j'aille faire une ponction, on m'envoie à Mvog-Mbi il y a un laboratoire là-bas j'ai oublié le nom. Arrivé là-bas, ils ont une branche là au palet des verres à Obili ils m'ont dit que c'est là-bas qu'on peut faire ça. Je suis allée là-bas on a fait la ponction et on m'a dit d'attendre 3 semaines, j'ai attendu c'est sorti, ils m'ont

dit que c'est une inflammation sévère. Ils m'ont prescrit les antibiotiques j'ai pris mais les autres ganglions ne font que sortir. Je quitte là-bas maintenant je suis parti dans un centre des sœurs là-bas à Ekounou, ils m'ont fait faire quelques examens aussi. Puisque celle qui était à Gynéco m'a fait faire le bassin de la tuberculose. C'est sorti à 15% positive. Donc quand je suis arrivé à Ekounou là-bas, ils ont fait des examens là-bas et comme ils n'ont rien trouvé, ils m'ont mis sur le traitement de la tuberculose. J'ai pris ça pendant deux semaines et ça me menaçait. Je suis allée là-bas et je leur ai dit que je ne pouvais plus prendre ça. Ils ont d'abord su que c'est qui me dérange mais quelle est la preuve ? (Elle s'allonge sur son lit avant de continuer de parler) ; ils ont dit que je parte au centre Jamot pour faire les examens approfondis là-bas. Je suis quitté là il y a ma tante qui est médecin qui m'a dit de partir à Bamenda faire les examens là-bas. Je suis allée à Bingo, ils ont fait le test et ils ont aussi fait la ponction là là-bas, ils me disent que c'est le cancer Lymphome. On a commencé la chimio. J'ai fait la chimio quatre fois et la première fois qu'on a fait tous les ganglions sont partis, la deuxième fois ça recommencé, la troisième fois ça pousse. Bon il n'y a pas de changement quoi. Et là on m'a dit que la quatrième fois que si je reviens et que ça n'a pas changé, ils vont changer les médicaments. Je suis arrivée on voulait changer les médicaments mais le plus grand docteur là-bas a demandé qu'on ne change pas de médicament, mais qu'on approfondi les recherches. Ils ont encore fait la ponction avec quelques examens que j'y ignore. C'est là où ils trouvent que ce n'est pas le cancer Lymphome mais plutôt de la Leucémie aigu. Ils m'ont transféré à l'hôpital central. Dans tout ceci, je ne sentais pas mal. Donc je n'avais pas de malaise, donc rien. Miantenant c'était un jeudi on me dit de venir au plus vite ici, ils ont même fait la lettre de transmission, comme mais choses était au village, je suis monté jeudi là pour prendre. Vendredi soir, j'ai commencé à avoir des crises. Bon je me suis couché et les pieds et les bras ont commencé à faire mal, très mal que samedi je ne pouvais plus marcher. Je ne pouvais plus utiliser ni mes mains, ni mes pieds. C'est là où on me prend dimanche on me ramène ici à Yaoundé. Je ne pouvais plus marcher, je ne pouvais plus rien. Lundi on m'amène donc ici et on m'interne. Nous étions encore dans l'ancien bâtiment. J'ai fait trois semaines ici, on me donnait les antidouleurs en faisant des examens quoi, pour voir ce qui ne va pas quoi. Donc ils ont refait tout étant ici, donc tous les examens que j'ai faits étant à Bigolo. Ils ont donc dit que c'était la Leucémie là (elle fait un ouf de soulagement).

Etudiant : vous étiez seul lorsqu'on vous annonce le diagnostic ?

Jeanne : j'étais seul, je parlais seul.

Etudiant : et quels étaient les éprouvés ressentis lors de l'annonce ?

Jeanne : j'ai dit que ouuffff, je suis d'abord partie m'asseoir quelque part seule. Je réfléchis que haha je suis ... mais j'ai été, ça ne m'a pas trop dérangé parce que quand on m'a annoncé, on m'a dit que c'est traitable. Donc je n'étais pas trop secoué parce qu'on m'a dit que c'est traitable.

Etudiant : la première chimio mettait combien de temps ?

Jeanne : c'était à J21 donc ça mettait 21 jours.

Etudiant : est-ce que qu'il vous arrive de vous sentir beaucoup plus fatiguer ?

Jeanne : oui comme là maintenant je me sens très mal. Très fatiguée jusqu'à. J'ai très mal. Parfois je m'asseoir comme vous m'avez trouvé assise là tout à l'heure donc il faut qu'on me soulève seulement.

Etudiant : vous dormez beaucoup ?

Jeanne : pas vraiment. C'est aussi un problème que j'ai, je ne dors pas vraiment.

Etudiant : en dehors des problèmes de sommeil, il vous arrive d'avoir un battement rapide de cœur ?

Jeanne : ô lalalala oui oui même là maintenant ça fait poup poup poup. Tout le corps.

Etudiant : vous vous sentez aussi en colère à tout moment ?

Jeanne : non non je n'ai pas l'autre symptôme là.

Etudiant : et la peur alors ?

Jeanne : parfois quand je me sens mal comme maintenant je me demande si c'est déjà la mort qui est déjà proche. Comme je suis de demander à ma sœur tout à l'heure que comme mon corps pèse déjà là, est ce que je pourrais encore me lever ?

Etudiant : et ça vous arrive en espace de combien de temps ?

Jeanne : l'autre là vient de commencer. Ça fait peut-être 25 jours que je me sens comme Ça.

Etudiant : qu'est-ce qui vous met souvent dans cet état ?

Jeanne : je ne panique pas trop, que je veux dire que je panique ; mais la peur, oui comme j'ai déjà duré dans la maladie donc je me dis que hum, bon seulement que je souffre et je me lamente pour cette souffrance que je ressens dans mon corps.

Etudiant : pouvez-vous me parler de la conception culturelle du cancer ?

Jeanne : je n'en sais rien rein hein, je n'avais jamais expérimenté ça jusqu'à ce que je suis victime aujourd'hui. Donc je n'en sais rien. Je ne peux pas expliquer à quelqu'un que le cancer est comme ça, ou ça fait comme ça, vraiment je ne peux pas.

Etudiant : quelle est selon vous vous l'origine de votre maladie ?

Jeanne : je me suis déjà posée cette question hein, mais je ne trouve pas de réponse. Je me pose souvent la question que pourquoi moi ? c'est tout puisque je ne peux pas

Etudiant : ça veut dire que vous n'avez aucune connaissance sur l'origine de votre maladie ?

Jeanne : non je ne connais pas je ne connais pas. Je connais seulement qu'on a dit que j'ai le cancer, bon c'est tout.

Etudiant : et que disent les gens de votre entourage concernant le cancer ?

Jeanne : je les entends parler du cancer mais je ne savais pas que ça pouvait aussi être comme ça. Moi j'ai même refusé d'admettre que c'est ça au départ mais puisque c'est qu'on me dit j'accepte aussi. Ils disaient que le cancer c'est la maladie du village. C'est vrai que quand on vous dit que vous avez le SIDA vous paniquez, mais mieux encore le SIDA que le cancer, vraiment. Car je souffre énormément.

Etudiant : donc vous n'avez aucune connaissance culturelle du cancer ?

Jeanne : non je ne connais pas. Mais je sais qu'on m'a dit que c'est une maladie de l'indigène. C'est pour cette raison que depuis que je suis malade, les gens m'ont déjà proposé des remèdes de l'indigène plusieurs fois. Mais je n'ai pas encore accepté l'autre là.

Etudiant : comment vous vous sentez maintenant dans votre maladie ?

Jeanne : off je ne sens rien parce que ça fait 20 jours que je me sens mal. Donc depuis un certain temps là on ne fait que me transfuser le sang mais le têt de monte pas. On a déjà fait jusqu'à quatre cures mais rien. Voilà comme hier on m'a transfusé mais ça ne monte pas. Donc c'est ça mon problème depuis un certain temps. C'est ça qui a commencé à me faire me

sentir mal. Pourtant je ne me sentais pas mal trop comme ça. Donc c'est ça mon problème maintenant, le sang, le sang.

Etudiant : il vous arrive de penser que votre état de santé actuel dépendrait des types de relations que vous entretenez avec les autres ?

Jeanne : je ne sais vraiment pas, surtout que je côtoie pas trop mon entourage. Mais c'est vrai que les gens ne m'aiment pas aussi trop à cause de ce caractère. Et si jamais ma maladie provient d'un règlement de compte du fait de mon caractère, ah c'est Dieu seul qui sait.

Etudiant : vous priez beaucoup ?

Jeanne : beaucoup même car je remets mon état de santé à dieu. C'est la prière qui me garde jusqu'à maintenant car si bien même quelqu'un veut m'atteindre, il y a que la prière qui puisse me protéger. C'est depuis un an que je suis malade donc ce n'est que lui qui me soutien.

Etudiant : il vous arrive de penser que Dieu vous a laissé dans les mains du diable ?

Jeanne : non je n'ai jamais pensé que Dieu m'a abandonné. Jamais, euh je pense ça il va me frapper là maintenant. Puisque c'est grâce à lui que je suis toujours en vie.

Etudiant : et que pensez-vous de vos ancêtres par rapport à votre maladie ?

Jeanne : les choses des ancêtres, moi je ne suis pas trop dedans, puisque je ne fais pas trop dans le traditionnel.

Etudiant : la peur donc vous avez fait allusion tout à est-elle en relation avec votre maladie ou autre chose ?

Jeanne : seulement les douleurs qui me font paniquer comme tout à l'heure-là. Même comme je ne sais pas toujours d'où provient cette maladie. Si c'est naturel ou pas. C'est aussi ce qui me fait peur. Les mauvaises idées me traversent l'esprit en ce moment-là.

Etudiant : Ces mauvaises idées c'est quoi ?

Jeanne : parfois la mort. Je me dis qu'avec toutes douleurs si je vais m'en sortir. Et quand ce sentiment de mort me traverse l'esprit, je me sens très vide. Je commence à penser peut-être à mes enfants, quand je pars là ils vont faire comment ? autant de chose...

Etudiant : qu'est-ce qui vous amène souvent à vous ressentir mieux ?

Jeanne : c'est la prière ! je commence souvent à prier, à parler à Dieu ne pas me faire ça. C'est la seule chose qui me calme. Dès que je me mets en prière, le sentiment de mort disparaît.

Etudiant : il ne vous est pas arrivé un jour de dire que Dieu lui-même a voulu que vous soyez malade ?

Jeanne : non Dieu ne peut accepter que son enfant soit malade. Parfois la maladie arrive pour t'éprouver, ou bien pour montrer quelque chose au monde. A part ça non il ne peut pas. Pour mon cas, je ne sais vraiment ce qui est à l'origine de ma souffrance mais je sais que ça ne peut pas être la volonté de Dieu.

Etudiant : depuis que vous êtes malade, vous avez déjà pensé que c'est quelqu'un qui vous a fait cette maladie ?

Jeanne : beaucoup de gens ont déjà essayé de me convaincre de dire que c'est quelqu'un qui m'a fait cette maladie, mais je reste dans l'optique que si c'est une personne, puisque je ne veux pas accuser quelqu'un, Dieu lui-même va répondre à la personne.

Etudiant : nous avons terminé, merci d'avoir répondu à nos questions bonne fin de journée à vous.

Jeanne : d'accord merci.

ANNEXE 4 : Corpus d'entretien avec Nadine

Etudiant : bonjour madame !

Nadine : bonjour !

Etudiant : je me nomme Clovis junior Voundi, étudiant en master II en psychologie en psychologie, option psychopathologie et clinique de l'université de Yaoundé I. Nous sommes là pour un entretien qui nous permet d'avoir certaines informations pour la finalisation de notre travail de recherche. Votre participation à ces entretiens est libre. Donc vous n'êtes pas obligée de répondre à toutes nos questions et ne vous sentez pas forcer car il n'y a aucun risque que vous courrez en ne pas répondre. De plus il n'y a ni de bonnes ou de mauvaises réponses.

Nadine : pas de soucis, je suis libre et disponible à vous répondre. Mais ça ne dérange pas comme je suis couché ?

Etudiant : non pas du tout.

Nadine : d'accord merci

Etudiant : pouvez-vous me parler des circonstances d'annonce de votre maladie ?

Nadine : en fait je tombe enceinte, avant j'avais déjà eu une petite boule sur mon sein gauche, mais comme je venais de sevrer mon fils, je me suis dit que c'est le lait qui s'est coagulé, quoi ? Bref je n'en sais rien. Bon juste après je tombe enceinte de ma fille et lorsque je commence à faire des visites, on me fait comprendre que ce sont de nodules et qu'il faut que je fasse des examens à propos. On m'a prescrit une mammographie, ce que je suis allé faire. De là, ils m'ont dit que j'aille au centre pasteur ^pour un autre examen approfondi, et moi n'ayant pas assez d'argent, car il fallait que je gère la grossesse, je me suis dit que j'ai même pas envie de mettre la tête là-bas parce que ça va tellement me..... psychologiquement je serais peut être abattu qui sait, je me suis dit qu'il faut que j'accouche d'abord puisqu'il m'avait déjà préparé que forcément je ne pourrai pas allaiter mon enfant, bon il n'avait même pas besoin de me dire parce que j'avais déjà dans ma tête qu'avec l'histoire, bon je ne sais pas ce c'est et je n'ai même pas envie de savoir ce que c'est mais lorsque ma fille va naître je ne vais pas lui donner mon sein. Je m'étais donc déjà préparé psychologiquement qu'elle sera sur alimentation artificielle. Alors c'est après donc mon accouchement, étant déjà un peu ressaisi, financièrement parlant que j'ai commencé à chercher de quo il s'agit en fait. Après j'ai continué avec les examens, les examens jusqu'à ce qu'on m'annonce en fait que j'ai une tumeur au niveau de mon sein gauche. J'ai dit ah bon ? il n'y a pas de souci, je leur ai demandé si on va couper mon sein parce que j'apprends souvent que quand c'est le cas on coupe le sein, ils m'ont dit non, c'est pas encore à ce niveau madame, c'est pas encore à ce niveau. On a approfondi les examens jusqu'à ce qu'ils me mettent sur chimio. A cette époque-là je marchais encore très bien et quand tu me voyais tu ne pouvais pas imaginer que je suis malade. Deux jours après qu'on m'ait annoncé que je vais commencer les chimio, je me suis réveillé, je marchais, mais en fin de journée je ne marchais plus. J'ai donc cru que c'était passager mais en fait ça pris le coup. Toute ma partie inférieure là ça ne donnais pas. Je commande dans ma tête que pieds lève-toi le pied dit « je ne me lève pas ». Donc c'est comme ça que je suis donc devenu, pratiquement en décembre, jusqu'à près de quatre mois sans marcher. C'est au mois de mars que je commence à faire comme un enfant qui vient d'apprendre à marcher, et même jusqu'à présent j'apprends à marcher. Donc c'est un peu ce qui s'est passé de manière globale.

Etudiant : c'était en qu'elle année que vous avez commencé la maladie ?

Nadine : nous sommes en cette année, parce que c'est en novembre 2020 que je tombe comme ça paralysée. Alors c'est en mars 2021 que je recommence à marcher. Mais si non

j'avais déjà commencé la tumeur. Je l'ai commencé en décembre et c'est quand je tombe que ça commencé à inquiéter les uns et les autres que j'ai commencé la chimio en décembre. J'ai fait 6 cures après on a eu un problème, ma maman aussi est tombée malade, diabétique et elle-même on a failli couper son pied car elle a subi des opérations, ça allait mais jusqu'à ce qu'elle décède le 02 aout de cette année. Je m'attendais déjà à une phase ou on devait faire des examens, et puis un check-up arrive et me voilà en train de faire encore deux mois sans traitement. Ça repris de l'ampleur et je suis revenue et on m'a encore remis sur chimio. Maintenant je suis à ma troisième séance de chimio.

Etudiant : et lorsqu'on vous annonce la maladie vous êtes seule ?

Nadine : lorsqu'on m'annonce la maladie, j'étais venue avec ma tante mais je suis entrée dans le bureau du docteur moi seule. Elle est restée là au couloir, c'est juste après qu'elle est encore entrée dans le bureau. Bon pour dire vrai je ne sais pas comment je vais vous dire. Dans mon état d'âme, je pense que j'étais préparé psychologique, je ne sais pas hein, mais je n'étais pas si affolée ou affaiblie psychologiquement. Lorsqu'on me l'a dit, c'est arrivé non, on va faire comment ? il faudrait juste qu'on se batte pour pouvoir vaincre. J'aurai appris que les uns ou certains s'en sortent, pas tous mais certains, donc je me mets déjà dans la tête que je vais m'en sortir, c'est clair. J'ai des enfants, des trois enfants, je vais les laisser avec qui ? j'ai mon boulot là je me suis battu à l'avoir surtout dans un pays comme le Cameroun ou ce n'est pas évident d'avoir un.

Etudiant : lorsque vous avez commencé les chimio, les douleurs vous ont conduit à quel niveau ?

Nadine : au début je n'arrivais pas à m'asseoir parce comme je l'ai dit toute ma partie inférieure n'allait pas bien. J'avais un sérieux problème au dos ; D'ailleurs je l'ai encore mais ce n'est plus très accentué. C'est pour cela que je disais qu'au début je me n'assaillais pas de moi-même, je ne pouvais pas m'asseoir. Pour m'asseoir, je soutenais de mes deux bras le matelas pour m'asseoir. Puisque lorsqu'on avait fait le scanner, on a vu que j'avais une double fracture au niveau de la colonne vertébrale, de os, bref à deux endroit différents. Donc ce n'était pas évident pour moi, c'était très très douloureux bizarrement à un moment donné on a voulu me faire un examen, ou je sais pas trop là où on voulait prendre la moelle épinière. J'ai ne dit qu'ici pas, on va me prendre la moelle épinière qu'il y a quoi ? je suis pas moi dedans. J'ai dit je ne sais pas comment tu vas faire là-bas mais il faut que tu te classe bien là-bas

dedans au niveau de mon dos. Je pense que je suis venu ici pour un problème particulier, j'ai une tumeur carcérale je ne veux pas les histoires des os. C'est vrai qu'on m'avait déjà dit que le cancer du sein attaque les os mais je ne voulais pas entendre l'autre là. Je veux que comme tu es venu, que tu rentres, je ne veux pas de problème avec toi.

Etudiant : la relation avec le corps médical est comment ?

Nadine : elle a toujours été bonne. Je n'ai jamais eu un problème avec les médecins, mais avant lorsqu'on veut par exemple faire la cure et qu'ils ne s'y attendaient pas, parce qu'il y a un problème de communication entre les médecins et les infirmiers, lorsqu'ils ne sont pas préparés psychologiquement à me traiter ça dérange un peu.

Etudiant : même avec les membres de la famille ?

Nadine : non je n'ai pas un problème. C'est vrai que moi-même j'avais décidé de m'éclipser un peu de rester en retrait, ce n'est pas tout le monde qui le sait.

Etudiant : les raisons de votre retrait c'est quoi ?

Nadine : généralement je me dis souvent, en fait je me suis toujours dit que lorsque beaucoup de gens ne sont pas au courant de certaines choses, surtout les choses aussi complexes comme celles-là, tu peux facilement t'en sortir. Lorsque beaucoup de gens sont donc au courant d'un certain nombre de choses, il faut que tu te rassure que tout le monde a un même cœur que toi. C'est-à-dire que tout le monde veut que tu t'en sortes et lorsque parmi ces gens-là il y a certaines qui disent ah elle mérite ça comme on a l'habitude de le dire chez nous les Ewondo (elle reprend cela en Ewondo), tu vois un peu le genre, s'il y a déjà une personne qui dit ça voilà un point noir quelque part. Il suffit qu'ils se retrouvent là, deux ou trois, c'est des expressions « tu vois la fille là comment, on fait ça comment ? » tu vois c'est des expressions comme telle que je ne veux pas ; donc je pense comme les blancs, pour mieux vivre, vivons caché. Tu peux avoir ta petite histoire en bas en bas en bas, c'est pour toi non ? dès que tu dis même si c'est à une seule personne et la personne va aller parler à l'autre ainsi de suite.

Etudiant : depuis que vous avez commencé les chimio, quelle complication avez-vous eu ?

Nadine : aucune vraiment jusqu'ici à part les douleurs. Parce qu'après les douleurs je me sens souvent mieux. Et je me dis que les douleurs c'est par rapport au fait que le remède va jusqu'au niveau où il y a la maladie et fait son travail.

Etudiant : il vous arrive que votre cœur plus qu'à la normale à tout le temps ?

Nadine : moi j'ai constamment cela. Pas par rapport au traitement mais comme on dit souvent que mon sang a fait un tour en brousse, moi j'ai constamment cela. Je suis très susceptible de nature à dire que même lorsqu'on veut m'annoncer une nouvelle, il faut vraiment qu'on me prépare mais lorsque j'ai déjà mis ça dans ma tête hein ça ne fera ni chaud ni froid. Mis à part ça, j'ai toujours eu ça. Si quelqu'un crie, humm c'est parti pour moi.

Etudiant : ça veut dire que tout vous frustre ?

Nadine : oui ça me met mal à l'aise. Tu vois la petite qu'on d'amener là, (une patiente qui va faire les soins) ses cris me dérangent beaucoup et ça beaucoup batte mon cœur. Je sais ce qu'est la douleur car j'en ai déjà eu assez donc je ne supporte pas que quelqu'un cris de douleur à côté de moi. Je suis une personne de situation mais quand j'ai déjà mis que la situation est comme ça c'est bon là. Même si on a déjà mis quoi d'autre là je n'ai plus peur. Mais lorsque ça me tombe du coup, là je crois que l'arrêt cardiaque est proche.

Etudiant : vous dormez bien ?

Nadine : je dors généralement un peu bien. Dans l'ensemble c'est un peu bien. Comme je vous dit que j'ai eu un problème je marchais pas donc ce n'est pas évident pour moi de me tourner sur le lit. Je dors mais quand les douleurs prennent de l'ampleur c'est pas évident pour moi de dormir.

Etudiant : vous avez dit tout à l'heure que vous étiez déjà préparé psychologiquement. Qu'est-ce qui a motivé cette préparation psychologique ?

Nadine : lorsque je suis allée faire la mammographie, j'ai regardé l'expression du visage de la personne qui me faisait cela, et puis je lui dis sincèrement qu'il faut me dire la vérité. Il me dit que la situation ne se passe pas très bien mais comme je n'ai pas envie de donner un résultat et que ça ne soit pas confirmé, par après, c'est mieux que vous alliez faire des examens approfondis mais par rapport à ce que j'ai vu ça ne se présente pas bien. J'ai donc commencé à travailler mon psychique de telle en sorte que tout ce qu'on me dira je devrais l'admettre. J'ai aussi vu ma grand-mère qui m'a dit une fois que les choses que tu vois là tu vas entendre les gens dire que peut-être c'est le cancer. J'ai dit quoi ?? j'ai donc commencé à faire des recherches sur comment ça se passe, qu'est-ce c'est ? à faire même des paraisons, lorsque je vois les seins de celle qui sont atteintes de ça je compare à ma part et ça devient

comme si c'est déjà ça. Donc lorsque j'ai donc eu la confirmation que c'était ça que je me dis haha c'est arrivé qu'est ce qui me surprend encore là ? mais au début de ma maladie.....
(Une garde malade entre et on décide d'arrêter pour une minute)

Etudiant : mais on peut dire qu'au début....

Nadine : voilà a début on peut dire que lorsque j'ai vu la boule j'ai eu peur. Mais je me suis dit que comme je sortais du sevrage avec ma fille ; bon mon fils et ma dernière fille n'ont pas un grand écart je l'ai allaité pratiquement 17 mois comme les femmes d'avant là. Donc mon fils lorsque je sèvre et que je découvre ça quelques mois après je me dis que ça peut être ça ; parce généralement j'ai beaucoup de lait et ça m'arrive souvent, donc je me suis dit que ça doit être ça encore. Il suffit d'un peu d'eau chaude là. Mais j'ai fait ça, ça ne passait. Mais lorsque je suis tombé enceinte de ma fille et que l'on me dit non que ce sont des nodules, ça ne se voit pas très bien mais que l'on espère que c'est pas à quoi l'on pense. Je suis quitté de là je n'ai pas voulu savoir ce à quoi il pensait. C'est quand je suis allée faire la mammographie que le monsieur là attire mon attention, parce qu'il affiche une mine bizarre, voir même de crainte. Je suis rentée à la maison ce jour, j'ai pleuré toutes les larmes de mon corps mais bon après je me suis ressaisie et dire que c'est arrivé. Je vais faire comment ? je me suis retrouvé ici après on m'a dit qu'il faut que je fasse des examens et bon après les examens, lorsqu'on interprétait le médecin me fait comprendre que c'est une tumeur, bref c'est le cancer du sein, elle est déjà de type deux.

Etudiant : il vous arrive souvent d'être nerveuse ?

Nadine : je suis très colérique de nature. Je ne peux pas dire invivable mais il m'arrive de fois de rester calme, de ne pas vouloir parler à personne. J'aime par exemple que lorsqu'on doit toucher à ma chose, qu'on me demande toujours. Donc j'ai mes principes à moi et par rapport à ça je ne sais pas si c'est mon rang dans la fratrie qui me fait être comme ça ; j'ai une peur très très dure de caractère donc j'ai un caractère très nerveux, je suis très colérique à la limite. Je me fâche très vite mais je me calme aussi très vite. Et quand je me fâche, vraiment c'est insupportable et quand je me fâche, les autres disent souvent que je très insupportable.

Etudiant : et depuis que vous êtes malade, il vous arrive un sentiment de panique ?

Nadine : ahhhhha ça ne peut pas manquer du fait que par exemple tu arrives à l'hôpital après tu attends des cris à côté wowoowow (sa tante être pour savoir comment elle se sent, puis son téléphone sonne). Oui comme je le disais tu arrives à l'hôpital pour prendre ta dose

tranquillement après tu entends à côté woowooowo, après ce n'est plus ça tu entends déjà couvert le drag qu'on part..... j'ai subi cela dans l'autre bâtiment où on était deux fois, vraiment ce n'est pas bien. Bon mis à part ça quand je ressens les douleurs je me dis mais attends, je ne devrais plus ressentir ce genre de douleurs, on dirait que le médicament ça ne donne pas, est-ce que, parfois il m'arrive de me poser les questions de savoir si je vais vraiment y arriver, est-ce que,,,,, vraiment c'est un peu ça, juste un peu de crainte face à des moments de faiblesse si on peut le dire ainsi ;

Etudiant : qu'est-ce que tu en sais de ta culture de manière générale ?

Nadine : de manière générale, je n'en sais trop rien. Pour te dire vrai parce que ni à Yaoundé parce que grandi dans pratiquement 6 régions sur 10 parce qu'il y a que le grand nord et la région de l'Est de que je ne connais pas, le reste je connais. Mais pour te dire que, même mon village paternel je ne connais pas, j'ai jamais mis les pieds, donc là ne me demande pas parce que je n'ai jamais mis mes pieds. Le village de ma mère c'est ici, là à Mvog-Mbi au niveau de la chapelle. Donc si c'est que tu me demandes comme c'est déjà la ville je n'ai jamais vu les gens là aller au champ parce qu'il y a même pas de champs là-bas, donc pour te dire que culture monté et descendu vrai je ne sais même pas trop hein. Tout ce que je sais c'est que chez nous nous, chez mon père par exemple, le langage n'est pas pratiquement le même, c'est-à-dire la manière de parler éwondo, parce que nous, nous sommes BANE, donc c'est un peu ça.

Etudiant : généralement le traitement des maladies se passe comment là-bas ?

Nadine : de manière indigène ?

Etudiant : oui à l'indigène

Nadine : à l'indigène, bon si ce n'est que concernant ma maladie, il y a eu beaucoup de conseil à gauche et à droite, nouvellement connue et ne sachant où mettre la main, on m'a vraiment conseillé beaucoup de choses ; du corossol ; une herbe qui part toujours se greffer à l'avocatier ; aloès-Véra qu'on m'a conseillé, le citron, le roi des herbes, bon le dernier traitement qu'on m'avait donné c'était le jus du Corossol avec à l'intérieur les noix de muscades, le citron et le miel. Bon ça m'aide vraiment lorsque je prends ça de manière récurrente, ça m'aide vraiment. Mais lorsque j'arrête puisque c'est aussi très coûteux, je ressens.

Etudiant : maintenant quelle perception avez-vous de votre maladie ?

Nadine : je pense pour moi, je ne sais pas hein, peut-être elle peut être simple, ça peut arriver, peut-être que c'est héréditaire, si déjà il y a eu un membre dans ta famille qui a eu ça. Comme je ne connais pas du côté de mes aïeux, mais j'ai jamais appris que, quand je dépasse ma grand-mère là, je n'ai jamais appris que quelqu'un d'entre eux a eu ça. Bon ce que j'ai toujours pensé concernant ma maladie c'est qu'il y a eu quelque chose, je ne sais pas ce que c'est mais il y a eu quelque chose qui s'est produite. A l'hôpital on me fait comprendre que c'est le cancer, mais je doute fort que ce soit quelque chose qui me soit arrivée du jour au lendemain comme ça que j'ai le cancer. Pour moi je me suis dit que, à part si ça commence par moi, pour atteindre les autres, que ça commence ce par moi pour être héréditaire dans la famille, mais avant ça je ne sais pas si quelqu'un avait eu ça mais à ma connaissance pas du tout. Je me suis toujours dit qu'il y a eu une main invisible, il y a eu quelque chose qui s'est produite, ce n'est pas simple, ce n'est pas simple mais bon comme il faut qu'on aille toujours le nom à la clinique, cliniquement parlant, on a accroché que c'est le cancer ; mais cette histoire-là,

Etudiant : dans la culture BANE il y a aussi une conception mystique du cancer comme dans d'autres cultures ?

Nadine : je ne peux pas te donner l'avis général. Je donne mon avis. Ma conception est que me concernant, la maladie dont je souffre à un nom clinique « le cancer » mais je me dis qu'il y a eu quelque chose qui s'est produite, j'ai peut-être subi un mauvais sort. Ça c'est ce à quoi je pense. Et lorsque je pense à tout cela, j'ai encore plus peur ; je me dis que ma vie pourrait basculer du jour au lendemain ; parce que s'ils ont déjà pu m'atteindre avec cette maladie, ils peuvent toujours finir avec ma vie. Et à un moment je me dis, vu le déroulement des choses, concernant ma maladie là, je me dis,,, je suis encore plus convaincu que j'ai subi un mauvais sort. Parce que je suis malade, il devrait avoir de l'argent pour qu'on me traite, c'est coûteux mais pas si coûteux que ça, un camerounais moyen peut supporter le coût de cette maladie, ce qui est souvent un peu coûteux là c'est les examens parce ce qu'on te demande de faire un check-up, il y a des scanners qui vont souvent à 150.000f et plus, donc c'est cette phase qui est souvent un peu difficile, mais lorsqu'on dit que le traitement proprement dit, ne va pas à plus de 150.000f, au fait le mien ne part pas au-delà de ce montant. Donc je me dis qu'un camerounais moyen peut bien s'en sortir. Mais ce qui me dérange souvent c'est que papa travaillant son argent tranquillement, nous avant des blocages financiers, c'est-à-dire qu'il y a

même un moi là qu'au lieu de lui virer son argent, on lui fait comprendre que, en fait du moins il n'y avait pas d'argent, il fallait qu'on attende le mois qui a suivi. Donc mon père s'est endetté pour qu'on puisse me faire passer la cure. Donc vous voyez tout cela à une explication. A part ça, là où on restait comme on était en location avant d'aller nous installer dans notre propre compte comme mon père était en construction, cette dame se lève un matin disant qu'on nous fasse sortir de la maison, papa n'étant pas encore prêt, il faut enlever les choses mais aller les mettre où ? maman étant déjà décédé, tout ça montre que quelque chose s'est produite. Afin on voulait absolument que je parte, on ne voulait même plus me sentir dans les cinq mètres de la maison. Donc il y a beaucoup de blocages financiers, et pourquoi ces blocages ? pour que la maladie puisse reprendre son ampleur. Parce qu'on nous dit que le remède qu'on nous donne c'est pour en finir avec ça. Lorsque le corps ne reçoit donc pas de traitement, qu'est-ce qui se passe ? c'est pour recommencer à zéro. Et on dit souvent quoi ? Chrétienement parlant, qu'un démon qui se réveille vient avec une autre force qui est imaginable, et vient même avec 7 autres et t'enfoncent automatiquement vers le chaos. Donc c'est tout ça là et je me dis ce n'est pas sérieux. Voilà autant de choses qui me font avoir d'autres idées. Si je savais que ma maladie était simple, je n'allais pas m'inquiéter, mais quand je vois tout ce qui se passe, je comprends que quelque chose ne va pas. Mais bon j'ai dit une seule chose, peu importe ce que c'est et qui l'a fait lorsque j'ai été créé, personne n'était là. Dieu me façonnait là-bas aucune personne sur terre n'était là, alors aucune personne sur terre n'a aussi le droit de de vie ou de mort sur moi, aucune personne. S'il arrive que je parte, c'est que Dieu en a décidé ainsi. Si c'est que ce n'est pas lui qui a décidé, ils auront beau tout faire, ils vont me malmenier, mais je vais m'en sortir.

Etudiant : pensez-vous à un moment que Dieu vous a laissé à la merci de vos ennemis ?

Nadine : non je ne pense pas. Vous savez, il y a aussi erreurs qu'on commet, et je me dis le diable profite souvent de nos petits moments de faiblesses pour nous atteindre. Il se sert toujours de nous pour nous atteindre. Si tu ne permets pas qu'il entre dans ta vie, il ne le fera pas. Donc de manière inconscient ou consciente, c'est clair que j'ai laissé la porte ouverte et il est entré. Je vais mettre ça sur le dos de quelqu'un d'autre mais je me dis aussi que lorsque Dieu ne veut pas que ça t'arrive, ça ne va pas t'arriver. Peut-être il y a une leçon derrière ça c'est sûr, peut-être qu'il faut que je prenne vraiment conscience d'un certain nombre de choses et j'arrête aussi un certain nombre de bêtises parce qu'il y a certaines bêtises que j'ai faites et je suis consciente.

Etudiant : vous dites avoir fait certaines erreurs qui peuvent être le fruit de ce que vous vivez actuellement ?

Nadine : oui !! mais je pense que ce n'est pas vis-à-vis d'eux. Comme on dit souvent que lorsqu'on est jeune, lorsqu'on grandit, on arrive à l'âge de la puberté, on est plus friande tout, à ce niveau je dirai oui ! il m'est arrivée d'être un peu friande, désordonnée, d'aimer la vie, d'aimer la fête, oubliant certains principes du genre, il faut aller à l'église, il faut prier son Dieu ; c'est-à-dire que je me lève un matin comme un mouton, sans prier, puisqu'il y a que le mouton qui se lève et cherche les herbes. Il ne sait pas qu'il y a un signe de croix ; personne n'est sûr que comme je dors là, je vais me réveiller, donc je me dis que comme,,, j'ai perdu le fil de mes idées. Je me dis que j'ai fait des erreurs forcément dans ma jeunesse et peut-être ça me coûte aujourd'hui

Etudiant : et qu'est-ce que vous pensez faire pour corriger ces erreurs ?

Nadine : je cherche d'abord à me remettre. Déjà avec ma maladie il y a bon nombre de choses que je fais plus parce que dans l'incapacité de le faire et parce que je ne pense pas que Dieu va seulement me juger puisque je suis dans l'incapacité de marcher ou de me balader, mais je pense que comme je prie tout le temps qu'il m'aide à me remettre sur pieds et que je reprenne la même vie, là vraiment il va dire mais attend un peu ma fille tu te moques de qui ? mais bon tu vois. En ce moment-ci, pendant que je suis donc malade, comme il sonde les cœurs et sculpte les reins, je pense que tout va se passer au niveau de mon comportement. Comment est-ce que je me comporte avec les uns et les autres, parce qu'il ne faut pas seulement voire comment les autres font, mais comment est-ce que tu marches avec les autres.

Etudiant : s'il vous arrive donc souvent de panique, ce n'est pas cause de la maladie, mais parce que vous vous dites que ces personnes qui ont dû vous attaqué peuvent vous atteindre à tout moment ?

Nadine : oui justement puisque ce n'est pas une simple maladie. Mais je me dis que Dieu seul saura prendre ma défense. Je n'en veux pas à qui que ce soit, chacun sait pourquoi il fait quelque chose. Ils ont leur raison que je n'approuve pas, mais je ne suis plus au niveau ou je vais mais m'accrocher, mais de retrouver ma santé pour pouvoir m'occuper de mes enfants, parce que être orphelin de père, c'est un peu passable, mais de mère, c'est un peu compliqué. Donc je ne veux pas laisser mes enfants, car moi-même je suis resté orpheline de mère, mais

j'étais déjà grande. Ma première fille à 10 ans, la dernière à 4 ans. Quand je laisse les petits enfants comme ça, ça c'est de la pérennisation de la même chose que j'ai vécu, de la sorcellerie, et je me dis quand je vais les laisser, ils iront vivre avec qui ? l'oncle, la tante ? alors est-ce que ça vaut donc la peine d'y aller ? que je lâche prise ? non non !! vraiment c'est leur problème ils auront des comptes à rendre à Dieu.

Etudiant : il vous arrive d'avoir peur qu'ils peuvent aller au-delà de la simple maladie ?

Nadine : non je pense que je suis déjà parce que j'ai déjà une petite idée de qui il s'agit, je me dis que Dieu a permis que je sache qui ils sont, ça veut dire qu'il a déjà un autre programme pour moi. Car s'il ne voulait pas que je sache, j'allais toujours avoir peur. Mais maintenant, je prends des précautions et du recul envers ces personnes afin d'éviter désormais tout contact. Donc quand ils décident d'attaquer encore maintenant, ils auront leur part de sentence avec Dieu car je me suis déjà ressaisi et j'ai pris conscience de mes erreurs. Donc je reste trop méfiante.

Etudiant : vous ne pensez pas aller demander pardon à ces personnes-là afin d'éviter de continuer de souffrir ?

Nadine : je préfère d'abord me remettre avant d'aller arranger quoi que ce soit. Parce que chaque fois je me dis que si je les affronte dans mon état, quelqu'un a encore des moyens de me faire quelques choses. Etant le maillon faible qui est déjà blessé, quelqu'un va encore m'appuyer en bas, donc je me dis tout ça, ça sera après avoir retrouvé ma santé.

Etudiant : merci d'avoir répondu à toutes nos questions.

Nadine : merci aussi. Au départ j'étais très fatigué, j'avais sommeil, mais là je puisse vous rassurez l'échange m'a été très bénéfique. Je me sens de plus en plus réconforté. J'espère que les échanges vont se multiplier ?

Etudiant : merci c'est notre souhait si vous le voulez bien. Sur ce, bonne journée à vous.

ANNEXE 5 : Corpus d'entretien avec Anne

Etudiant : bonjour madame !

Anne : bonjour !

Etudiant : je suis l'étudiant Voundi au département de psychologie de l'Université de Yaoundé I. Si nous sommes là aujourd'hui c'est dans le cadre d'une étude. Comme je l'ai dit dès le début, notre entretien sera enregistré et cet enregistrement ne servira unique que dans les fins de recherche. Etant tenu par le souci de confidentialité, nous vous rassurons que tout ce qui sera dit ici restera uniquement entre vous et moi. Ainsi ni votre nom ou tout d'autre élément susceptible de vous identifier ne sera évoqué. Nous allons vous poser une série de

question et sentez-vous libre de répondre ou pas. De plus vous pouvez décider d'arrêter cet entretien au moment où vous ne voudriez plus.

Anne : d'accord, pas de souci je suis entièrement disponible.

Etudiant : la première question que je m'appête à vous poser est celle de savoir si vous pouvez me parler du contexte et des circonstances d'annonce de votre diagnostic ?

Anne : les circonstances étaient vraiment hasardeuses, parce que, à un certain moment dans la vie, étant partie de la maison je me suis dit que je suis une adulte et puis, bon il faut que je me regarde un peu à ma santé et j'ai décidé de voir un cardiologue parce que pour moi c'est le cœur qui est touché, et c'est au cours de. d'une visite que le cardiologue a constaté que j'étais trop pale et m'a fait faire une énumération, ça s'est passé en Nkongsamba ; on m'a fait faire une énumération et il a trouvé que j'avais un têt ; et dans le grammage le sang était trop bas, il m'a donc demander d'aller approfondir mes examens il m'a envoyé voir un hématologue et je suis venu ici à Yaoundé, ça c'est en 2018 j'ai rencontré ici (pour parler de l'hôpital Central de Yaoundé) le médecin X, elle a commencé à me suivre, elle m'a fait comprendre que j'étais atteinte de leucémie, on m'a prescrit un traitement, le traitement adéquat en ce moment-là c'était une chimio orale, c'était des comprimés. Bon mais vous savez dans le cas d'espèce moi j'ai, il y a deux types de leucémie, il y a une leucémie leucocytaire aigu qui est très dangereuse et puis la mienne qui est leucémie leucocytaire chronique. C'est celle donc je souffre. Bon j'ai commencé à prendre les médicaments, je faisais la navette Nkongsamba-Yaoundé parce que ma famille, mon époux ayant pris sa retraite bonne il a regagné notre maison familiale ici (Yaoundé) donc je faisais la navette.

Etudiant : Ok ! et lorsqu'on vous annonce le diagnostic de la leucémie en question, vous êtes seule ?

Anne : je suis toute seule et je suis désemparée parce que le médecin de Nkongsamba a eu la maladresse de me faire comprendre que ça s'apparente à une leucémie. Lui il est cardiologue et il me l'a dit et ça m'a beaucoup affecté mais il fallait prendre mon courage pour rendre à la maison et arrivée ici et expliquer tout à mon époux, puisque je ne pouvais pas le lui dire au téléphone c'était..... C'est une période qui m'a beaucoup secoué, j'étais triste, parce que j'étais dans mes pensées et tout et tout et tout...

Etudiant : donc si je comprends bien, je reviens donc sur ces éprouver-là du moment de l'annonce vous vous êtes senties comment ? frustrer où ? quels étaient vraiment vos éprouvées ?

Anne : pas Frustré ! je ne sais pas comment définir le sentiment qui m'animais à ce moment-là, mais ce que je sais c'est que j'étais déprimé je préfère ce mot-là. J'étais déprimé. Je venais de recevoir mon troisième petit fils il était âgé de... je crois une ou deux semaines, donc tout m'est passé devant les yeux. J'ai vu immédiatement, parce que dans la tête de... comment est-ce que je vais dire ça (elle réfléchit) ... du profane, le cancer égal mort. Et j'ai vu comment je n'allais plus jouir de ma famille, tout ça m'est passé par la tête. Ma fonction même parce que je suis censeur depuis une dizaine d'années déjà ma fonction ce n'était pas ça mon problème. Ep puis entre temps il y avait d'autres circonstances, c'est que j'avais encore mes deux parents. J'avais ma mère qui était hypertendu, mon papa qui était hémiplégique et je me voyais mourante avant eux. J'ai pris le risque un jour de dire à ma mère que « maman j'ai un problème de sang, j'ai un problème d'anémie ». Voilà comment je le lui ai présenté, ma mère a éclaté en sanglot en disant qu'elle ne veut plus perdre un autre enfant parce que j'avais perdu une sœur en 2003, elle avait 25 ans. Mama s'est mise à pleurer comme s'il y avait un cours couché à la maison. Je me suis arrêté de parler. Je voulais me confier à ma mère mais je n'ai pas pu. J'ai regardé mes frères je me suis dit non je garde ça pour moi parce que la réaction risque être la même. Je me suis tue. A ce moment-là, ce n'était pas agressif. En dehors de l'amaigrissement, je fondais parce que je faisais 95 kg, mais aujourd'hui je suis à 65 kg. Je fondais à vue d'œil, c'était ça le signe premier de la maladie. Donc il y a eu tout ça, il fallait que je gère ça, je ne pouvais pas parler à mes parents, il fallait que je garde ça pour moi.

Etudiant : OK ; et là depuis que vous êtes à l'hôpital, quelles sont les contraintes liées à votre traitement ?

Anne : bon, à l'hôpital je venais sur rendez-vous, je venais chaque moi jusqu'à ce qu'on me parle de chimio, en février de l'année en cours (2021) mais on ne me l'a pas bien expliqué. La major m'a plutôt dit que ça va me faire neuf-cent –cinquante milles (950.000) par séance. J'ai une séance toute les trois semaines et au total six séances. Donc un rappel calcul m'a amené à voir ce qu'il fallait apprêter ; Or moi, je suis fonctionnaire et comme tout bon fonctionnaire camerounais, j'ai une dette à la banque. Donc je ne voyais pas... (elle baise la tête) mon époux est en retraite, je ne voyais pas où je pouvais trouver une telle somme

d'argent. J'ai donc arrêté d'abord de venir. J'ai arrêté les visites à l'hôpital en me disant que je cherche, jusqu'à ce que dernièrement le. Au mois de juillet je ne sais pas comment il y a eu un concours de circonstance j'ai eu le palu et ça s'est éternisé et ça m'a bouffé le peu de sang que j'avais. J'étais à 3g on m'a amené ici en urgence parce que pour mieux vous expliquer, ma maladie à moi ; elle est abrégée LLC (Leucémie Leucocytaire Chronique), LLC. En fait c'est quoi en français facile ? c'est une prolifération anarchique des globules blancs. Or c'est les globules blancs qui luttent contre les corps étrangers dans le corps et là, eux-mêmes ils ne sont donc pas là, ce qui fait que je suis exposé à tout. Le palu que vous pouvez soigné en cinq jours mois je le soigne pratiquement en deux mois. Donc voilà un peu la situation.

Etudiant : vous avez dit que la chimiothérapie faisait combien de semaines ?

Anne : six semaines. C'est ce qu'on m'avait dit. Mais depuis que je suis ici, on m'a déjà donné un protocole, on m'a donné une ordonnance pour les produits de la chimio. Et on m'a fait comprendre que, c'est des produits qui sont subventionnés. Donc l'Etat prendre en charge la moitié. Donc au lieu de neuf-cent beaucoup là, c'est, j'arrondis à cinq-cents milles. Ce qui n'est pas rien non plus mais qui est qu'à même quelque chose par rapport au début.

Etudiant : vous avez déjà fait combien au total ?

Anne : je n'ai pas encore commencé. C'est ce que le médecin me disait là tout à l'heure parce que là maintenant par exemple tous mes médicaments sont finis. Je n'ai plus de traitement, j'occupe un lit que je paie chaque jour, bon je ne sais pas trop ce que je fais là. Il y a un examen, un scanner que j'ai fait la semaine dernière. Ma fille est partie retirer on lui a dit que ce n'est que dans l'après-midi. Donc ils attendent ça. Ils ont déjà le reste des examens, ils attendent ça pour essayer de décider

Etudiant : vous avez mal où exactement ?

Anne : les douleurs, je n'en ai pas vraiment mais il a un phénomène qui se produit. Eux ils appellent ça des lymphomes qui apparaissent et il y des moments par exemple sous les aisselles là à l'ail (elle soulève le bras pour me montrer le lieu exact où elle a souvent mal) par fois au coup ça gonfle. Ça gonflé une fois avec la taille d'un œuf, on a dû faire une biopsie, c'est pendant que je faisais encore les visites je suis revenue on a, on a, comment est-ce-que je peux dire ça ? on a prélevé, voilà ! à dire qu'on a prélevé, on a incisé on a envoyé au centre Pasteur et après l'étude on m'a fait comprendre que c'est un lymphome, ça veut dire que la maladie devient plus agressive et effectivement elle devient agressive parce que la

maintenant j'ai beaucoup de maladie opportunistes, parce que je suis un personnage qui devrait toujours être protégé parce que tout peut me renverser.

Etudiant : vous m'avez déjà parlé de votre maladie à vous pour vous reprendre. Maintenant, quelle connaissance culturelle avez-vous par rapport à la maladie cancéreuse ?

Anne : bon, comme je le disais au début, c'est même un mot que les gens évitent de prononcer (elle sourit) ; c'est un mot que les gens évitent de prononcer mais maintenant avec l'avenu d'internet, c'est là-bas que je suis allée parce que vous savez parfois les médecins ne vous explique pas ce que vous avez. Je me souviens quand je suis venu voir le médecin pour la première fois, le médecin est venu me demander, « mais on m'a dit qu'il y a une dame ici qui pose beaucoup de questions, c'est vous ? ». Je lui ai posé trois questions. La première question est-ce que c'est congénital ? Est-ce qu'il y a des chances que j'ai transmis ça à mes enfants ? elle me dit non ! ce n'est pas une maladie virale, c'est pas viral et tu ne peux pas transmettre ça aux enfants. Deuxièmement, est-ce que c'est contagieux ? elle me dit non ça ne peut pas être contagieux puisque c'est les cellules qui se multiplient. Troisième question, je lui ai demandé si je peux en guérir ? elle m'a dit oui ! et puis moi je veux en comprendre parce que j'étais bloqué là comme je l'ai dit tantôt c'est un mot qu'on ne prononce pas, peut-être comme ça devient déjà un peu banal parce que beaucoup de gens en souffre. Mais à une certaine époque on ne prononçait pas ce non, donc voilà comment j'ai acquis la connaissance en lisant dans le net.

Etudiant : à partir de ce que vous venez de dire, pouvez- vous nous donner donc les causes de votre maladie ?

Anne : les causes sont multiples, mais moi je soupçonne certaines causes pour moi parce que, vous allez m'excuser parce que je ne vais pas aller dans les détails, mais j'ai subi deux bonnes tensions, deux situations de stress, d'angoisse intense ; oui c'est-à-dire quand vous entendez angoisse, vous êtes angoissées au point de vous effrayer de tout vous ne faites rien, c'est-à-dire que vous avez peur de tout. J'ai vécu ça à deux reprises en espace de quatre mois et c'est au terme de ça qu'on m'a annoncé la maladie.

Etudiant : alors est-ce que vous pouvez donc me dire ce qui vous mettait dans cet état d'angoisse ou de peur ?

Anne : bon, je n'aimerais pas entrer dans ce détail-là, c'est un peu personnel, je n'aimerais pas.....

Etudiant : c'est comme je vous l'ai dit au départ les informations dans le cadre de cette recherche sont confidentielle. Donc ce que vous me dites reste uniquement entre nous. Notre objectif étant d'avoir les informations assez fiables et pertinentes. Donc si ce qui est personnel peut nous aider dans le cadre de cette recherche, n'hésitez pas à nous en dire plus

Anne : c'est un peu trop personnel.....

Etudiant : je vous comprends mais je souhaiterais que vous me parliez de façon superficielle ces circonstances-là.

Anne : [... Elle garde le silence pendant un bon bout de temps]

Etudiant : soyez une fois de plus rassurée que notre échange reste confidentiel.

Anne : (elle tousse, puis un silence encore),,,,, et encore moins que c'est moi qui pense que c'est ça parce que quand j'ai lu sur le net, on a parlé beaucoup de choses et il y a eu l'environnement aussi dans lequel je vivais. Mais je me souviens juste que c'est en 2018 que nous avons en fait déménagé pour une chambre. Bon moi travaillant dans une structure je ne pouvais pas vivre comme ça car j'attendais une mutation, donc j'ai pris une chambre quelque part c'était un hôtel, en fait le monsieur qui avait l'hôtel est tombé en faillite, donc il louait beaucoup de chambre et j'ai occupé une chambre au troisième étage qui avait beaucoup d'humidité. Ça c'est un facteur que j'ai beaucoup soupçonné, car vous voyez vous êtes au dernier étage et il y a trop d'humidité et quand il y a de l'humidité au niveau du mur il faut combattre ça car ça fait proliférer des bactéries, j'ai pensé à ça puisque j'ai vécu dans cette chambre pendant deux ans, il y a ça. L'histoire que moi je soupçonne beaucoup, (elle reçoit un appel et prend le téléphone). Je disais que nous avons eu un désagrément à un moment, c'est que je, nous avons vécu dans une maison et comme dans chaque couple on se partage les tâches. Ce que je ne savais pas c'est que mon époux avait eu des problèmes et nous avons accumulé deux ans de loyer, ça je ne savais pas jusqu'à ce que le bailleur qui est un colonel de l'armée camerounaise décide qu'on libère sa maison. Moi ça m'a beaucoup dérangé parce que je suis beaucoup fière, ça m'a beaucoup secoué et c'est donc moi qui restée en Nkongsamba et à portée de main. Il a pris un Huissier pour nous demander de partir. J'avais une forte renommée au lycée où j'étais parce que j'ai travaillé pendant 26 ans dans le même lycée. J'avais une renommée certaine et quand je parle d'angoisse c'est que si j'avais eu la possibilité de me cacher \$, je l'aurais fait. J'avais peur qu'on vienne me chercher, j'ai tout imaginé, je voyais même déjà les policiers venir et tout, donc.... Ouf !! c'était très intense on

avait pourtant parlé avec l'huissier parce que c'est moi qui partait là-bas. Mon époux lui il était déjà ici à Yaoundé c'est moi qui allait là-bas et parfois il appelait le bailleur et il mettait le haut-parleur et vous savez un colonel c'est quelqu'un de très renseigné. Donc j'ai vécu cette angoisse, je ne mangeais plus, je, ne dormais pas parce que je savais qu'à tout moment on peut venir me chercher. Même quand je rentrais du travail le samedi je ressortais seulement le lundi pour aller au travail. Même à l'église je ne parlais plus. Je ne, j'avais peur des rencontres que je pouvais faire. Bon quatre mois plus tard il y a eu une autre situation ; mon époux étant retraité il y a un de ses amis qui est venu le voir puisque ma maison était en chantier, son ami lui dit : « mais tu ne connais pas comment les gens résolvent leur problème ici au finance ? il y a des tuyaux ». Bon il a été tenté, c'est son ami très proche qui le lui parler de cette situation et il y est allé sans se méfier. C'est-à-dire ces gens-là, ils prennent de l'argent avec ton matricule et on lui a proposé 25% du canot. C'était un montant de 5.000.000fcfa et lui avait 25%. Lui il voulait cet argent pour évoluer dans les travaux de la maison. Moi je lui ai demandé, mais pourquoi tu as accepté ? il me dit Aka je vais prendre et je ne vais rien leur donner et c'est ce qu'il a fait. Et une fois de plus c'est moi qu'on localise, les menaces à gauche, les menaces à droite comme ça tout le temps. On a d'abord assiégé la maison de l'ami qui lui a présenté la chose, diabétique de son état chaque fois il m'appelle, il me dit que la glycémie a augmenté, ceci est monté ceci est descendu..... C'est toi le psychologue, voilà la situation que je te présente. Le premier problème n'est pas résolu, voilà qu'il y a un deuxième qui n'est pas le moindre ? C'est-à-dire que ces deux situations.....

Etudiant : ok je vais d'abord revenir sur la chambre d'hôtel. Qu'elle est la situation qui vous conduit dans cet hôtel ?

Anne : nous avons démangé puisque le bailleur nous a demandé de libérer. Comme je l'ai dit, les enfants étaient déjà tous partis à l'université, donc nous n'étions que deux à la maison. On m'a fait des propositions de mutation et comme c'était déjà en fin d'année, mon époux était d'accord qu'on patiente et comme ça n'a pas donné, lui il était obligé de partir.

Etudiant : maintenant donc cette situation de la banque avec les amis, vous avez dit que c'est vous qui êtes une fois de plus visée. Qu'qu' ils vous ont dit concrètement ?

Anne : bon là dans le groupe parce qu'ils ont toujours en groupe, c'est tout un réseau, il y avait un pasteur et c'est le pasteur qui m'appelait pour me menacer. Il me dit « écoute madame vous ne pouvez pas dire que vous ignoriez ce que votre marie a fait, vous vous êtes

surement entendu, donc sachez que la foudre et machin machin, » vous savez que [elle baisse la tête]. Parce ce que, « je peux même laisser votre époux hein, vous pouvez perdre un membre de votre famille hein vous pouvez, vous pouvez et vous-même vous pouvez, et puis je sais où vous êtes, vous êtes au lycée bilingue, vous êtes..... [elle expire]. Bon voilà la situation.

Etudiant : l'angoisse et l'anxiété donc vous parlez est dû à quoi ? à votre maladie ou à la situation angoissante de votre histoire de tout à l'heure ?

Anne : je n'avais pas encore commencé cette maladie, c'est pour ça que je dis que c'est sûrement ça qui est à l'origine de la maladie.

Etudiant : maintenant est-ce que vous pouvez me parler des causes culturelles du cancer ?

Anne : bon c'est-à-dire quand on me parle souvent de culture je suis embarrasser parce que j'ai été élevé dans une famille chrétienne donc le village, je veux dire les traditions et tout ça, je ne suis pas très abonnée. Mais je sais qu'on dit souvent qu'on peut te lancer une maladie et ça prend une certaine forme et on lui donne le nom que le blanc a donné. J'ai déjà entendu ça. Je ne pense pas encore avoir vécu cela.

Etudiant : tout à l'heure vous venez de dire que les menaces du pasteur seraient certainement la cause de la maladie. Est-ce-que vous ne pensez donc pas ces menaces pasteur soient porter dans un sens de vus faire comme il le disait si bien ?

Anne : c'est ce qu'exactement ce que je soupçonne

Etudiant : si c'est donc le cas parlez-moi comment cela peut arriver concrètement

Anne : moi je me dis que dans la science, j'ai lu quelques documents, ça m'arrive et j'ai lu que l'anxiété n'était pas bien parce que ça pompait l'adrénaline dans le corps, ça crée certaines substances dans le corps et tout sa ; pour moi donc, cette anxiété-là, cette angoisse-là, peut-être je ne sais pas moi, mon sang a dû être polluée et ça dérobé tout. Voilà ma réflexion personnelle. Je ne suis pas médecin, je ne suis pas charlatan, voilà comment moi j'analyse. C'est pourquoi moi j'ai dit que moi je soupçonnais cette situation parce que je ne peux pas vous expliquer vraiment ce que j'ai ressenti pendant ces quatre mois, vraiment, c'est... je ne peux pas. Donc je me dis qu'il y a eu une certaine incidence, je n'ai pas eu la culture d'accuser les gens, du mysticisme, j'ai eu la chance de faire un peu d'école, donc quand quelque chose arrive, j'essaie de comprendre d'abord ça scientifiquement.

Etudiant : maintenant si on va donc le volet de votre culture, puisque vous en avez une, comment on appréhender le cancer chez vous ?

Anne : là c'est compliqué à répondre. Ce que je peux dire là déçu c'est que je viens de vous dire que je suis un peu Bassa'a et du littoral. J'ai épousé un homme du Sud et tout récemment il y avait une réunion dans le village de mon mari et j'y suis allée. Il y avait beaucoup de choses à faire. J'ai une coépouse qui enlevait les habits du veuvage, bon pendant les assises, on a évoqué mon problème. Ce qui m'est revenu c'est (elle sourit), bon je ne sais pas comment analyser cela mais quand il y a ce genre de grand malade, on achète la chèvre, le coq et les petits trucks, on part voir les patriarches et puis ils font des rites, et puis bon par la suite, il ; je ne sais pas moi, bref tout médicament que tu prends par la suite va te soigner. C'était la semaine dernière qu'on me rencontrait tout ça ; franchement je ne sais rien.

Etudiant : et depuis que vous êtes malade, il vous est arrivé de voir des personnes que vous avez perdues ?

Anne : oui ! j'ai dit tout à l'heure que j'avais parlé à ma mère et elle a organisé le deuil. Bon par la suite un mois après elle est décédée, c'était en 2019 et papa en 2020. Je suis la fille aînée, du moins je ne suis pas l'aînée de la famille, je suis 5eme enfant sur 7 ans et la fille aînée. Du coup je suis considérée comme la deuxième maman et tout le monde me porte beaucoup d'affection par rapport à cela. Donc à l'annonce de cette maladie, eux tous étaient consternés. Bon avant que je vienne en juillet par ce que je suis venue plus la toute première en mi-juillet, mon état, c'est-à-dire je maigrissais, en fait c'est le palu qui m'a fait revenir ici et je passais mon temps à rejeter, mais je prenais mes médicaments, j'étais déjà à ramasser à la petite culière comme on dit au quartier et puis j'ai fait un rêve, car j'ai dit tantôt que j'ai perdu ma petite sœur en 2003. Comme dans notre, bref comme je suis chrétienne, il ne faut pas avoir de contact avec les morts. Donc même dans le rêve, il faut avoir beaucoup d'assurances pour la chasser. Je l'ai fait en 2004 et depuis cette année je ne l'ai plus jamais vu dans rêves jusqu'en juillet dernier. Ma santé déclinait, je dormais et j'ai fait un rêve qu'elle était juste devant moi. Je marchais sur un sentier et il y avait une femme devant moi, courbée et ramassant quelque par terre. Elle s'est retournée et elle m'a vu et elle me demande « tu penses vraiment que c'est le moment que nous tous on rassemble ici maintenant ? ». Voilà ce qu'elle m'a dit, mais avant qu'elle ne disparaissait je lui ai dit « s'il te plaît chasse-moi ». Bon ça c'est des choses que j'attends dire que si eux là-bas te chassent tu peux

revenir ? Donc là dans le rêve je m'en suis survenue donc chasse moi et jusqu'ici c'est la seule personne que j'ai déjà vu dans le rêve.

Etudiant : depuis que vous êtes cette sensation d'anxiété vous anime toujours ?

Anne : oui il y a des moments où je suis anxieuse, comme maintenant puisque je vous disais que tous mes médicaments étaient déjà finis et je ne sais pas ce qui est en train de se passer dans mon corps. On m'a prescrit un médicament, la chimio orale. Ce médicament coûte 25000F je ne l'ai pas encore acheté. Ce médicament a pour fonction de freiner un peu la prolifération des globules blancs, et je ne pouvais pas encore acheter. Mais l'anxiété en tant que telle, comme je viens de ne décrire là pas vraiment.

Etudiant : donc celle que vous avez décrit était uniquement la situation de la cause de votre maladie ?

Anne : oui oui

Etudiant : en dehors du traitement médicamenteux, y va-t-il un autre qu'on vous a proposé ?

Anne : j'ai refusé les rites du village de mon mari. Par contre, comme j'ai dit quelque temps au début, j'avais arrêté les visites ici en février parce qu'il me fallait chercher de l'argent. Mais pour me maintenir, j'ai dû avoir un recours à la médecine traditionnelle. Bon voilà, mais dire que je suis allé au village, on m'a lavé, non.

Etudiant ; qu'élément a été un support pour vous, afin de faire partir cette anxiété ? vous avez décidé de retrouver la paix avec le pasteur et son équipe, ainsi que le colonel qui constituaient une peur éminente pour vous ?

Anne : oui. Pour le pasteur, j'ai dû prendre un crédit dans mon compte pour essayer de sauver ma famille. L'autre on essaie qu'à même ; mais comme le monsieur est déjà en retrait

Etudiant : parlez-moi un peu de vos ancêtres

Anne : oui je connais mon arbre généalogique jusqu'à un certain niveau mais je n'ai aucune relation avec mes ancêtres parce qu'ils sont morts. Mes parents encore, c'est affectif, c'est en novembre que ça fera un an. Si cette question me revient après deux, trois ans je pourrais voir comment est ma relation avec eux. Mais ma sœur est décédée depuis 2003, quand je vais au village, je nettoie sa tombe.

Etudiant : et votre environnement ?

Anne : environnement comment ? famille, quartier ou bien ?

Etudiant : famille et quartier

Anne : nous sommes liés. Comme je l'ai dit tantôt ; le village nous n'avons pas trop vécu là-bas. Je ne connais pas beaucoup de famille là-bas. Bon l'environnement proche, je dirais que c'est des personnes qu'il faut entretenir car lorsqu'il y a une situation, c'est les premiers à intervenir.

Etudiant : quel sens tu peux donner à l'anxiété dû à ta maladie ?

Anne : bon actuelle je ne suis pas anxieuse. J'ai accepté ma maladie et comme je le disais au médecin, je suis prête à tout entendre. Que pour moi à cet instant, cancer égale mort, donc il faut tout en parler.

Etudiant : vous avez les problèmes de sommeil ?

Anne : non je dors bien, je mange bien, en dehors de ma maigreur on ne dirait pas que j'étais malade.

Etudiant : nous sommes au terme de notre entretien. Merci d'avoir été disponible à répondre à toutes nos questions.

Anne : c'est moi qui vous remercie.

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE.....ii
REMERCIEMES v
RÉSUMÉvi
ABSTRACT.....vii
LISTE DES TABLEAUX..... viii
LISTE DES ANNEXESix

169

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	x
INTRODUCTION GENERALE	1
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE	5
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE	6
1.1 CONTEXTE DE L'ETUDE.....	7
1.2 FORMULATION DU PROBLEME ET QUESTION DE RECHERCHE.....	10
1-3 QUESTION DE RECHERCHE	19
1.4 HYPOTHESE DE L'ETUDE	19
1.5 OBJECTIFS DE L'ETUDE	20
1-6 INTERETS DE L'ETUDE	20
1.6.1 Intérêt scientifique	20
1.6.2 intérêt social.....	20
CHAPITRE 2 : LES ENJEUX PSYCHOLOGIQUES DE LA MALADIE CANCEREUSE SUR L'INDIVIDU.....	21
2.1 DÉFINITION ET CLARIFICATION DES CONCEPTS.....	22
2.1.1 signifiant	22
2.1.2 culture	22
2.1.3 signifiant culturel.....	24
2.1.4 Vécu.....	24
2.1.5 anxiété.....	26
2.2 ÉTAT DES LIEUX SUR LE CANCER	27
2.2.1 Définition.....	27
2.2.2 Etiologie du cancer	27
2-2-3 Type de cancer	28
2.2.4 Traitement.....	30
2-3 VÉCU PSYCHOLOGIQUE DU CANCER	33
2-3-1 Les conséquences liées à l'annonce du diagnostic	33

2-3-2 La qualité de vie.....	34
2-3-3 L'état émotionnel.....	35
2.3.3.1 Historique de la dépression.....	35
2.3.3.2 Définition.....	37
2.3.3.3 Epidémiologie.....	38
2.3.4 L'angoisse, mort, castration.....	38
2.4 MALADIES GRAVES ET VÉCU ANXIEUX.....	39
2.4.1. Émergence du concept de l'anxiété.....	39
2.4.2 Définition.....	40
2.4.3 Épidémiologie.....	41
2.5. ANXIÉTÉ ET MALADIE CHRONIQUES.....	42
2.6. LA REPRESENTATION DU CANCER EN AFRIQUE.....	44
2.6.1. La conception magico-religieuse.....	45
CHAPITRE 3 : INSERTION THEORIQUE DE L'ETUDE.....	46
3.1. LES MODÈLES THEORIQUES DE L'ANXIÉTÉ.....	47
3.1.1 la théorie biologique.....	47
3.1.2. la théorie cognitivo-comportementale.....	49
3.1.3 approche structurale de la personnalité.....	52
3.1.4 Approche psychodynamique.....	52
3.2. LES THÉORIES DES SIGNIFIANTS CULTURELS.....	54
3.2.1. La théorie de la relation conflictuelle.....	54
3.2.1.1 La structuration de la personne-personnalité : les Constituantes de la personne-personnalité.....	57
3.2.1.2 Les repères socioculturels de l'expérience de soi en milieu traditionnel Africain (Sow 1978).....	59
3.2.1.3 Symboles originels et dynamiques de la personne-personnalité en Afrique	60
3.2.1.4 Angoisse de persécution et interprétation persécutive.....	61

3.2.1.5	La relation africaine de la sorcellerie	63
3.2.1.6	Vers la notion de champ conflictuel dynamique en milieu traditionnel	64
3.2.1.7	La notion de conflit dynamique en milieu traditionnel.....	65
3.2.2	La perspective de Devereux	66
3.4.	ANXIÉTÉ ET SIGNIFIANTS CULTURELS	68
DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE		70
CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....		71
4.1	BREF RAPPEL DE LA PROBLEMATIQUE	72
4.1.1	Rappel du problème.....	72
4.1.2	Rappel de la question de recherche et de l'hypothèse	74
4.1.3	Rappel de l'objectif de l'étude.....	74
4.2	LE SITE DE L'ÉTUDE	74
4.2.1	justification.....	74
4.2.2	Présentation de l'Hôpital Central de Yaoundé (HCY)	75
4.3	LES PARTICIPANTS	76
4.3.1	critères de sélection	76
4.3.2	Echelle d'évaluation de l'anxiété de Spielberger	76
4.3.3	Caractéristiques des participants	77
4.4	MÉTHODE DE RECHERCHE : MÉTHODE CLINIQUE.....	77
4.4.1	Définition de la méthode clinique	77
4.4.2	L'étude de cas	79
4.4.3	les outils et techniques de collecte des données	80
4.4.4	Instruments de collecte des données.....	81
4.4.4.1	Le guide d'entretien	81
4.4.4	technique d'analyse des données : analyse de contenu	81
4.5	LE DÉROULEMENT DES ENTRETIENS	84
6.6	DIFFICULTÉS RELATIVES À LA COLLECTE DES DONNÉES	84

6.7. CONSIDÉRATION ÉTHIQUE	85
CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS	85
5.1 PRÉSENTATION DES PARTICIPANTS	86
5.1.1 Jeanne	86
5.1.2 Anne.....	87
5.1.2 Nadine.....	87
5.2 LE VÉCU DE LA MALADIE	88
5.2.1 Annonce de la maladie	88
5.2.2 éprouvés et contraintes imposées	89
5.2.2.1 les facteurs socio-économiques.....	89
5.2.2.2 contraintes liées à l'annonce	89
5.2.2.3 Sentiment de peur et de panique	90
5.2.2.4 Angoisse de séparation	91
5.2.2.5 L'irritabilité.....	92
5.2.2.6 Contraintes liées aux soins.....	93
5.2.2.7 Le sentiment de mort imminente	94
5.3 SIGNIFIANTS CULTURELS ET INTERPRÉTATION DE LA MALADIE	95
5.3.1 perception culturelle de la maladie	96
5.3.2 Recours aux rites et traitement culturel	99
5.4. DES SIGNIFIANTS CULTURELS AU VECU DE L'ANXIETE	100
5.4.1. La relation de sorcellerie	101
5.4.2 Angoisse de persécution et sentiment de vulnérabilité.....	103
CHAPITRE 6 : INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS	106
6.1 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS	107
6.2 APPLICATION DE LA THEORIE DU RELATIVISME CULTUREL A LA COMPREHENSION DES RESULTATS.....	108
6.3 DISCUSSION DES RÉSULTATS	112

6.3.1 La souffrance psychique.....	113
6.3.2 La perception des signifiants culturels dans la maladie cancéreuse.....	114
6.3.3 La dynamique des signifiants culturels dans le vécu anxieux.....	115
6.4 IMPLICATIONS ET PERSPECTIVES	117
6.4.1 Implications	117
6.4.2 Perspectives	117
CONCLUSION GENERALE.....	118
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	122
ANNEXES.....	136
TABLE DES MATIERES	159