

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

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

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



THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

POST GRADUATE SCHOOL FOR
HUMAN, SOCIAL AND
EDUCATIONAL SCIENCES

DOCTORAL RESEARCH UNIT
FOR HUMAN SOCIAL SCIENCES

**REPRÉSENTATION DE LA MALADIE ET TRAVAIL
D'ÉLABORATION DE LA SOUFFRANCE PHYSIQUE
CHEZ LES PATIENTS EN RÉADAPTATION
CARDIAQUE**

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

Spécialité : Psychopathologie et Clinique

Par

DONFACK Belle-Ornela

Licenciée en psychologie

Matricule : 17Q234



JURY

PRESIDENT :	Pr NOUMBISSI Claude Désiré	UYI
RAPPORTEUR :	Pr TCHOKOTE Emilie Clarisse	UYI
MEMBRE :	Dr ONDOUA Laura	UYI

Juin 2023

AVERTISSEMENT :

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

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

Par ailleurs, le Centre de Recherche et de Formation Doctorale en Sciences Humaines, Sociales, et Educatives de l'université de Yaoundé I n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans ce mémoire ; ces opinions doivent être considérées comme propre à leur auteur.

SOMMAIRE

DEDICACES	ii
REMERCIEMENTS.....	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	iv
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	v
RÉSUMÉ.....	vi
ABSTRACT.....	vii
INTRODUCTION GENERALE.....	1
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE.....	4
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE.....	5
CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTERATURE.....	22
CHAPITRE 3 : CADRE THEORIQUE.....	41
DEUXIEME PARTIE : CADRE OPERATOIRE	64
CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE.....	65
CHAPITRE 5 : ANALYSE DES DONNEES ET PRESENTATION DES RESULTATS....	82
CHAPITRE 6 : INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS.....	106
CONCLUSION GENERALE	122
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	127
ANNEXES.....	viii
TABLE DES MATIERES.....	xxii

A
Ma famille

REMERCIEMENTS

Sans l'assistance de certaines personnes, nous n'aurons pu mener à bien ce stage. Ainsi, nous leur adressons ici notre gratitude. Il s'agit notamment de :

- Pr TCHOKOTE Emilie Clarisse pour avoir cru en nous et d'avoir accepté la direction de ce mémoire. Elle a mis à notre disposition son temps, son savoir-faire en matière de recherche, ses conseils précieux et son savoir être ;
- Pr NGUIMFACK Leonard, psychopathe et clinicien au département de psychologie(UY1), pour les enseignements qu'il nous a dispensé ;
- Pr EBALE MONEZE Chandel, et tous les enseignants du Département de Psychologie de l'Université de Yaoundé I (UYDI) pour les enseignements qu'il nous a dispensé ;
- Dr YIAGNIGNI Euloge directeur général de l'hôpital les promoteurs de la bonne santé ;
- Dr NGONO BESSALA Epse L'INGUI psychologue clinicienne et superviseur, pour tous ce que nous avons pu apprendre auprès d'elle ;
- M. FODOUP DENKA Midrel, pour son soutien et ces enseignements lors de notre stage ;
- Dr KONFO TCHOLONG Clémence Idriss pour toute son aide et ses conseils durant l'élaboration de cette recherche ;
- Nos trois participants de cette étude, pour leur générosité, leur temps donné, leur gentillesse ;
- Ma famille pour leur soutien de toute nature, et pour avoir toujours cru en moi ;
- Mes amis et camarade de psychologie pour leurs diverses contributions qui ont pu faire avancer ma réflexion dans la conduite de ce travail.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : grille d'analyse générale.....	81
Tableau 2 : grille du participant jean.....	86
Tableau 2 : grille du participant Paul.....	89
Tableau 2 : grille du participant Marie.....	92
Tableau 2 : tableau récapitulatif des analyses.....	86

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

AOMI : Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs

ASPC :

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

HAS : Haute Autorité de la Santé

HBM : Health Believe Model

IC : Insuffisance Cardiaque

ICE : Inhibiteur d'Enzyme de Conversion

IDM : Infarctus du Myocarde

MCV : Maladie Cardio-Vasculaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PBS : Promoteur de la Bonne Santé

VIH : Virus Immuno déficient Humain

RÉSUMÉ

Cette étude intitulée : « *Représentation de la maladie et travail d'élaboration de la souffrance psychique chez les patients en réadaptation cardiaque* », part du fait que les maladies cardiovasculaires sont des maladies somatiques qui font effraction au psychisme de la personne atteinte. Ce qui va générer une souffrance qui doit être élaborée afin que le psychisme ainsi ébranlé ne s'effondre pas. Certains chercheurs abordent cette question sous le prisme de la mentalisation sans toutefois prendre en considération les représentations qui ont un rôle primordial dans le processus d'élaboration psychique. Or selon les approches phénoménologique, psychanalytique, on encore anthropologique les croyances culturelles, les pensées, les perceptions jouent un rôle dans l'élaboration psychique. De là, cette étude pose le problème *du travail d'élaboration de la souffrance psychique chez les patients atteint d'une maladie cardiaque au regard de la représentation de la maladie qu'il se fait*. De ce problème découle la question de recherche suivante : *En quoi les représentations de la maladie rendent-elles compte du travail d'élaboration de la souffrance psychique chez les patients en réadaptation cardiaque ?*

En guise de réponse à cette question, nous avons formulé l'hypothèse selon laquelle : De par leur processus de mentalisation et de symbolisation, les représentations de la maladie participent au travail d'élaboration de la souffrance psychique chez les patients en réadaptation cardiaque. Ainsi, notre objectif est Appréhender les processus du travail d'élaboration de la souffrance psychique sur les représentations de la maladie chez les patients en réadaptation cardiaque. Pour ce fait, 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 MCV rencontrées au service de réadaptation cardiaque de la polyclinique les promoteurs de la bonne santé. Lesdites données ont fait l'objet d'une analyse cas par cas, ensuite d'une analyse thématique de contenu. Les résultats obtenus montrent que chez les participants, la souffrance psychique se manifeste de plusieurs manières. Il y a par exemple une blessure narcissique qui les vulnérabilise ; la maladie réduit considérablement leurs capacités d'agir et cela se traduit par une infantilisation. Les résultats ressortent également de nombreuses émotions désagréables et des sensations pénibles telles que le désarroi. Face à tout cela, les participants interprètent la survenue des MCV comme le résultat des leurs croyances culturelles, de leurs pensées, et perceptions. Suite à cette interprétation, les participants font recours à la consultation des guérisseurs, des prêtres pour éloigner les mauvais esprits. Ce qui développe en eux la conviction que rien ne peut leur arriver, malgré les attaques car Dieu et leurs ancêtres les protègent. Ces résultats ont été interprétés à partir de la théorie de la représentation et discutés à la lumière des travaux antérieurs. Ceci confère une pertinence clinique à notre hypothèse de départ.

Mots clés : Élaboration psychique, Représentation de la maladie, Réadaptation cardiaque

ABSTRACT

This study entitled: "Representation of the disease and work on the elaboration of psychic suffering in patients in cardiac rehabilitation", is based on the fact that cardiovascular diseases are somatic diseases that interfere with the psyche of the person affected. This will generate a suffering that must be elaborated so that the psyche thus shaken does not collapse. Some researchers approach this question under the prism of mentalization without however taking into consideration the representations which have a primordial role in the process of psychic elaboration. However, according to the phenomenological, psychoanalytical, or even anthropological approaches, cultural beliefs, thoughts, perceptions play a role in psychic elaboration. From there, this study raises the problem of the work of elaboration of psychic suffering in patients with heart disease with regard to the representation of the disease that it is made. From this problem arises the following research question: How do the representations of the disease account for the work of elaboration of psychic suffering in patients in cardiac rehabilitation?

As an answer to this question, we have formulated the hypothesis that: Through their process of mentalization and symbolization, the representations of the disease participate in the work of elaboration of the psychic suffering in patients undergoing cardiac rehabilitation. Thus, our objective is to understand the processes of the work of elaboration of psychic suffering on the representations of the disease in patients in cardiac rehabilitation. For this, we used the clinical method. The data was collected through semi-structured interviews with three people suffering from CVD met at the cardiac rehabilitation department of the polyclinic promoters of good health. These data were analyzed on a case-by-case basis, followed by a thematic content analysis. The results obtained show that among the participants, psychological suffering manifests itself in several ways. There is, for example, a narcissistic wound that makes them vulnerable; the disease considerably reduces their ability to act and this results in infantilization. The results also show many unpleasant emotions and distressing sensations such as helplessness. Faced with all of this, participants interpret the occurrence of CVD as the result of their cultural beliefs, thoughts, and perceptions. Following this interpretation, the participants resort to the consultation of healers, priests to ward off evil spirits. This develops in them the conviction that nothing can happen to them, despite the attacks because God and their ancestors protect them. These results were interpreted from representation theory and discussed in the light of previous work. This gives clinical relevance to our starting hypothesis.

Keywords: Psychic elaboration, Representation of the disease, Cardiac rehabilitation

INTRODUCTION GENERALE

Responsables d'environ 18 millions de décès chaque année dans le monde, les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité dans le monde. Malgré quatre décennies de baisse de mortalité et morbidité grâce à la prévention et aux progrès thérapeutiques, les maladies cardio-neurovasculaires restent à l'origine d'environ 140000 morts par an ; elles sont aussi l'une des principales causes de morbidité et de consommation de soins avec plus de 15 millions de personnes traitées pour maladie, risque cardiovasculaire ou diabète. Les leviers de prévention sont multiples sur ce risque multifactoriel. (Kidiss, 2021)

Les maladies cardiovasculaires (MCV) sont des maladies qui touchent le cœur et les vaisseaux. Les constituants du sang participent à leur développement. Le mécanisme le plus impliqué dans les MCV dans le monde est l'athérosclérose. Cette dernière consiste en un remaniement des membranes internes (intima) et moyenne (media) des artères par accumulation focale de lipides, de glucides, de sang et de produits sanguins, de tissu fibreux et de dépôts calcaires, conduisant à une obstruction de la lumière de l'artère (OMS, 1958). Responsables d'environ 18 millions de décès chaque année dans le monde, les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité dans le monde. Malgré quatre décennies de baisse de mortalité et morbidité grâce à la prévention et aux progrès thérapeutiques, les maladies cardio-neurovasculaires restent à l'origine d'environ 140000 morts par an ; elles sont aussi l'une des principales causes de morbidité et de consommation de soins avec plus de 15 millions de personnes traitées pour maladie, risque cardiovasculaire ou diabète. Les leviers de prévention sont multiples sur ce risque multifactoriel. (Kidiss, 2021). Selon la société camerounaise de cardiologie, les maladies cardiovasculaires sont en hausse au Cameroun et touchent déjà près de « 35% de la population adulte, soit environ 17000 cas officiellement recensés chaque année (Anne, 2016). » L'OMS estime le taux de décès lié aux maladies cardiovasculaires au Cameroun à 11% en 2011.

Face à une telle souffrance, l'appareil psychique va mettre sur pied des mécanismes pour la surmonter. C'est ainsi que plusieurs travaux sur le traumatisme psychique lié à la réadaptation cardiaque (Pannel et al., 2009 ; Pouder, 2007 ; Surugue 2010 ; Pannel 2015) soulignent que face au traumatisme psychique lié à la prise en charge, les personnes atteintes de MCV régressent vers un stade antérieur de leur développement afin d'élaborer la souffrance à laquelle elles font face. Pour d'autres auteurs, du fait que Les MCV soient source de nombreuses épreuves tant corporelles que psychiques, et ce de manière continue, la qualité de la mentalisation (bonne ou mauvaise) déterminera la capacité du patient à surmonter cette souffrance (Amghar & Amokrane, 2016).

Ces personnes cherchent ainsi à donner un sens à cette souffrance afin de la maîtriser. Ce travail de mise en sens va s'appuyer sur les signifiants ou symboles dont dispose ces personnes. Or notons que chaque personne a son propre sens à la maladie, en fonction des représentations collectives, la perception sociale du lien entre santé et maladie, et de l'expérience des symptômes. Au niveau individuel, on a pu établir l'existence de prototypes de la maladie (Rosch, 1978). Cette représentation de la maladie se situe entre les rapports qu'a le patient avec son corps, sa santé, son histoire de vie de manière holistique mais également les relations qu'il a avec la médecine (Cedraschi et al., 1999)

Bien qu'il existe des travaux qui rendent compte de ce processus d'élaboration psychique de la souffrance chez les personnes atteintes de MCV, c'est le cas des travaux qui rendent compte de la place de la qualité de la mentalisation chez ces personnes. Mais, la représentation de la maladie reste à explorer dans les processus, chez ces personnes.

C'est dans l'optique d'explorer cette représentation de la maladie dans le processus d'élaboration psychique de la souffrance chez les personnes atteintes de MCV que cette étude s'intitule : *représentation de la maladie et travail d'élaboration de la souffrance psychique chez les patients en réadaptation cardiaque*

De par cette formulation, cette étude vise l'appréhension du rôle des représentations de la maladie dans le processus d'élaboration psychique de la souffrance chez les patients en réadaptation cardiaque.

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 L'insuffisance Rénale Chronique et ses retentissements psychiques (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 DE L'ETUDE

1.1 Contexte de l'étude

Les maladies cardiovasculaires (MCV) sont des maladies qui touchent le cœur et les vaisseaux. Les constituants du sang participent à leur développement. Le mécanisme le plus impliqué dans les MCV dans le monde est l'athérosclérose. Cette dernière consiste en un remaniement des membranes internes (intima) et moyenne (media) des artères par accumulation focale de lipides, de glucides, de sang et de produits sanguins, de tissu fibreux et de dépôts calcaires, conduisant à une obstruction de la lumière de l'artère (OMS, 1958). Il en résulte une diminution de l'apport de sang et de nutriments dans l'organe, responsable en aval de l'obstruction, d'une souffrance appelée ischémie. L'ischémie peut aussi résulter d'une obstruction de la lumière du vaisseau par un thrombus ou le développement d'une plaque athéromateuse. Différents organes peuvent ainsi être touchés : le cerveau avec l'accident vasculaire cérébral (AVC), le cœur avec l'angine de poitrine voire l'infarctus du myocarde (IDM), ou les artères périphériques avec l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI). Diverses atteintes du cœur peuvent entraîner une défaillance fonctionnelle donnant une insuffisance cardiaque (IC).

Les maladies cardiovasculaires dans le monde et Selon l'haute autorité de santé (HAS), correspondent à différentes pathologie chronique ou événements ayant en commun une physiopathologie liée à l'athérosclérose. Il s'agit là des maladies coronariennes (angor d'effort, angor instable, infarctus du myocarde, mort subite) ; des pathologies vasculaires périphériques (artériopathie oblitérante des membres inférieurs, anévrisme aortique, insuffisance rénale par néphroangiosclérose) ; des accidents vasculaires cérébraux (hémorragies ou ischémiques, transitoires ou constitués). A cet effet Les maladies cardio-vasculaires sont la première cause de mortalité dans le monde : on estime à 17, 3 millions de cas de décès qui leur est imputable, soit 30% de la mortalité mondiale totale, et ce chiffre devrait atteindre 23,6 millions en 2030.

Responsables d'environ 18 millions de décès chaque année dans le monde, les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité dans le monde. Malgré quatre décennies de baisse de mortalité et morbidité grâce à la prévention et aux progrès thérapeutiques, les maladies cardio-neurovasculaires restent à l'origine d'environ 140000 morts par an ; elles sont aussi l'une des principales causes de morbidité et de consommation de soins avec plus de 15millions de personnes traités pour maladie, risque cardiovasculaire ou diabète. Les leviers de prévention sont multiples sur ce risque multi factionnel. (Kidiss, 2021)

Selon les statistiques de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui datent de 2015,7,4 millions de décès sont dus à une cardiopathie coronarienne et 6,7 millions à un

accident vasculaire cérébral (AVC). Les principaux facteurs qui favorisent les maladies cardiovasculaires sont le tabagisme, la mauvaise alimentation, l'obésité, la sédentarité et l'utilisation nocive de l'alcool. Ils peuvent notamment provoquer une hypertension, une hyperglycémie, le surpoids et l'obésité ; tout comme ils peuvent augmenter le risque d'infarctus, d'accident vasculaire cérébral (AVC), de défaillance cardiaque et d'autres complications.

Il est aussi à noter que l'influence de l'activité physique sur la santé a été identifiée dès le Ve siècle avant J.C. par Hippocrate qui a écrit: « Si vous restez inactif toutes les parties de votre corps sont enclines à la maladie, vieillissent prématurément ». Depuis 50 ans de grandes études épidémiologiques à long terme ont démontré qu'il existe une étroite corrélation, inverse et indépendante, entre l'activité physique, la morbidité et la mortalité, tant cardiovasculaire que globale, chez les individus en bonne santé et chez les patients atteints de cardiopathies.

À l'échelle nationale, les maladies cardiovasculaires représentent en France la deuxième cause de mortalité avec près de 150 000 décès annuels (soit 27,5% des décès), juste derrière le cancer (29,6%). Chez les femmes, en France, les maladies cardio-vasculaires représentent la première cause de décès, avec 30.1% des décès. De plus, les troubles métaboliques sont devenus un problème de santé publique et laissent présager l'apparition de maladies cardiovasculaires chez des personnes de plus en plus jeune. (Ameli, 2020,2021).

Au Canada et plus précisément au Québec, Les maladies cardiovasculaires sont la première cause d'hospitalisation des patients adultes au Québec (19 %). En 2016, elles ont causé le décès de 5124 femmes de plus de 65 ans contre 4767 hommes du même groupe d'âge (INSPQ, 2018). Toutefois, principalement en raison des améliorations thérapeutiques, la mortalité suite à un événement cardiovasculaire aigu a diminué graduellement au cours des dernières décennies. Parallèlement à cela, la plupart des pays industrialisés se sont dotés de structures ayant comme objectif de freiner l'évolution de la maladie et d'améliorer la qualité de vie et la survie des patients avec maladie cardiovasculaire.

Selon les services de réadaptation cardiaque au Canada (2010), La maladie cardiovasculaire représente la principale cause de mortalité et d'hospitalisation au Canada. Plus de 50 % des décès d'origine cardiovasculaire sont dus à la coronaropathie. Les dépenses en santé et la baisse de productivité pour motif d'incapacité ou de mortalité attribuables à la maladie cardiovasculaire se chiffrent à plus de 22 milliards de dollars par an au Canada.

Sur le plan social, les maladies de l'appareil circulatoire représentaient 14% de toutes les hospitalisations au Québec en 2005, (Eco-santé Québec, 2010) ce qui en fait la première cause

d'hospitalisation. Les hospitalisations reliées aux maladies de l'appareil circulatoire représentent le regroupement de maladies de la CIM-10 et le plus dispendieux au Canada, occasionnant des coûts de 3,29 milliards de dollars en 2004-2005 (CHI, 2008). D'ailleurs, les coûts directs et indirects reliés aux maladies cardiovasculaires sont estimés à 18,5 milliards par années au Canada (TU et Collab, 2009 ; Daigle, 2006).

Même si l'âge moyen à l'apparition et au décès d'une MCV continue d'être reporté, il reste beaucoup d'individus qui succombent à une MCV à un âge prématuré. Ces derniers auront arrêté hâtivement de contribuer à la société. Cela a pour conséquence de nuire à la croissance économique du pays à court, moyen et long terme, selon la prématurité du décès (OMS, 2009).

Concernant les structures de réadaptation cardiaque, elles ont généralement pris la forme de cliniques de réadaptation cardiaque axées notamment sur l'enseignement et la prise en charge des facteurs de risque et sur la participation à des programmes d'exercice physique. Lorsqu'évalué dans le cadre d'études randomisées d'envergure, ce programme axé sur la participation à un programme d'activités physiques d'une durée de quelques mois, se sont avérés moins bénéfiques que ce qui était initialement estimé. Pendant longtemps, l'étude des maladies cardio-vasculaires et leurs facteurs de risque ne concernaient que les sociétés développées, puisqu'il n'existe pas de données fiables sur la fréquence, en termes de morbidité et de mortalité, des maladies cardiovasculaires dans les pays en développement.

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

Nous notons que l'impact en termes de santé publique des maladies cardiovasculaires peut évaluer en prenant compte les données sur la mortalité et la morbidité elle-même estimée par différentes sources de données comme les hospitalisations, les recours aux soins de ville, les admissions en affection de longue durée, les enquêtes sur la morbidité déclarée et les registres. Plus des trois quarts des décès liés aux maladies cardiovasculaires interviennent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire.

Au Maroc, la situation est aussi alarmante qu'au niveau mondial. La transition épidémiologique et démographique se traduit par une augmentation de la charge de morbidité

et de mortalité des maladies non transmissibles (MNT), en particulier les cancers, le diabète, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires chroniques et l'insuffisance rénale chronique, et un déclin notable des maladies transmissibles. Ces maladies sont la principale cause de mortalité avec 80% des décès toutes causes confondues, ce qui place le Maroc parmi les pays à forte mortalité dû aux maladies non transmissibles. Ce sont principalement les maladies cardiovasculaires (38%), suivies des cancers (18%) qui sont les causes de ces décès.

L'étude des maladies cardio-vasculaires et des facteurs de risque associés en Tunisie est intéressante à plus d'un titre. D'abord, très peu de données épidémiologiques sont disponibles pour quantifier le problème en Tunisie, à part quelques études en milieu semi-urbain et urbain et touchant un nombre réduit de sujets ou s'intéressant à un seul facteur de risque comme le diabète ou l'hypertension artérielle. Ensuite, des données de ce type confirment le phénomène de transition épidémiologique, ce qui devrait permettre au pays de mieux organiser son système de santé pour faire face à cette nouvelle pathologie chronique et coûteuse et d'entreprendre des actions de prévention efficaces à l'échelle du pays entier, comme cela a été le cas pour les pays à forte mortalité cardio-vasculaire. Par ailleurs, très peu de données publiées existent à ce jour sur la prévalence en milieu hospitalier des différentes pathologies cardio-vasculaires et de leurs facteurs de risque (Lihoui et al, 2007).

Selon la société camerounaise de cardiologie, les maladies cardiovasculaires sont en hausse au Cameroun et touchent déjà près de « 35% de la population adulte, soit environ 17000 cas officiellement recensés chaque année (Anne, 2016). » L'OMS estime le taux de décès lié aux maladies cardiovasculaires au Cameroun à 11% en 2011. Cependant il n'existe pas de données précises sur la morbidité et la mortalité liées aux Maladies cardiovasculaires dans notre pays. (Prévalence et mortalité des maladies cardiovasculaires en milieu hospitalier camerounais : cas de deux hôpitaux de référence de la ville de Yaoundé).

Aucune étude individuelle n'avait montré clairement le bénéfice de la réadaptation Cardiaque au niveau de la prévention de la mortalité cardiovasculaire ou du réinfarctus Le bénéfice avait été démontré dans le cadre de méta-analyses qui, dans la grande majorité, incluaient des patients avant l'avènement des traitements interventionnels précoces tels que nous les pratiquons actuellement, notamment au CHUS. Les résultats de la plus grande étude randomisée sur le sujet viennent d'être publiés (Archives of Internal Medicine : Giannuzzi et al; 2008). Ces résultats très attendus portent sur 3 241 patients qui ont été randomisés soit aux soins usuels ou à un programme très élaboré comprenant des interventions éducatives et comportementales mais ne comprenant toutefois pas un programme d'exercice.

Ces interventions se poursuivaient pour un total de trois ans à la suite desquelles l'intervention n'a pas modifié la survenue des issues primaires cliniques qui étaient une issue primaire combinée. Il est toutefois noté qu'une des issues secondaires comprenant le décès de causes cardiovasculaires ou l'infarctus ou l'ACV a été diminuée de manière significative, principalement en regard d'une diminution du nombre d'infarctus de 0,7 % en valeur absolue. Notons que des interventions efficaces et efficientes, c'est-à-dire avec un rapport bénéfice-coût favorable, existent pour réduire les facteurs de risque des MCV. Il a été estimé que le coût pour de telles interventions ne dépasserait pas 4% des dépenses de santé dans les Pays en voie de développement et 1-2% dans les pays riches. Ces interventions peuvent être implémentées à l'échelle de la population (politiques de lutte antitabac, politiques contre les comportements alimentaires défavorables, favoriser l'activité physique etc.), mais aussi au niveau individuel, en prévention primaire, en luttant contre les facteurs de risque et en prévention secondaire en appliquant les traitements adaptés.

De même, bien qu'il y ait un consensus très large que la pratique de l'activité physique et le maintien de saines habitudes de vie contribuent à réduire l'incidence ou la récurrence d'événements cardiovasculaires, le bénéfice de la mise en place d'un programme d'activités physiques et son évaluation par des études randomisées est moins claire et relève majoritairement de méta-analyses qui, encore dans ce cas, ont été majoritairement effectuées avant les stratégies de revascularisation modernes. L'étude HF-ACTION supervisée par Welland (2008) a évalué un programme d'activités physiques versus des soins usuels chez 2 331 patients avec insuffisance cardiaque. La pratique d'exercice physique s'est avérée sécuritaire mais a seulement démontré une tendance non significative pour une diminution de la mortalité et de l'hospitalisation de toutes causes en plus d'améliorer certaines issues secondaires toutefois d'importance incluant notamment une diminution des symptômes et une amélioration de la qualité de vie.

Bien que l'atteinte et le maintien de saines habitudes de vie au long terme diminuent la survenue d'événements cardiovasculaires et la mortalité, les études prospectives démontrent un bénéfice qui est moindre que celui initialement espéré au plan clinique dans le contexte de la mise en place de programmes de réadaptation avec une intervention brève comme le nôtre.

De même, les normes de diagnostic et de prise en charge des maladies cardiovasculaires utilisées en Afrique sont issues de données et de recommandations de sociétés savantes occidentales sans tenir compte de l'impact éventuel des différences tant environnementales que

génétiques spécifiques en Afrique subsaharienne où la nécessité de s'interroger également sur les performances de ces outils sur les populations d'Afrique subsaharienne.

Pour répondre à ces préoccupations, il est indispensable de mener en Afrique de larges cohortes sur de longues durées. Ceci nécessite des moyens matériels importants, un système de santé performant incluant l'assurance maladie, une bonne utilisation des services de santé, ainsi qu'un état civil maîtrisé. Autant de conditions qui font défaut dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne.

Les services de réadaptation cardiaque sont destinés à favoriser le rétablissement d'un incident cardiaque, tels l'infarctus du myocarde ou la chirurgie cardiaque, et la prévention de la récurrence. Des données probantes démontrent que la réadaptation cardiaque réduit la mortalité, tant globale que cardiaque, en présence de coronaropathie symptomatique. En outre, des données probantes émergentes illustrent l'importance des effets bénéfiques de la réadaptation cardiaque quelle qu'en est la formule : réadaptation cardiaque hospitalière usuelle, programme de réadaptation à domicile ou réadaptation intégrée à la médecine familiale communautaire.

Il est à noter que pour la personne atteinte de maladie cardiovasculaire, la survenue ou la dégradation de la maladie, surtout accompagnée d'une invalidité de courte ou longue durée, peut provoquer une perte de qualité de vie importante chez la personne atteinte. La qualité de vie sociale, familiale et professionnelle risque ainsi se dégrader et la santé mentale de la personne atteinte peut s'en trouver affectée (ASPC, 2009). De plus, une personne atteinte d'une maladie cardiovasculaire peut passer d'une situation socio-économique convenable à une situation socio-économique précaire si la maladie l'empêche de travailler pendant une période prolongée.

De même que pour la personne atteinte les maladies cardiovasculaires, les MCV ont un impact considérable sur la famille et les proches ; car si la personne touchée par la maladie est pourvoyeur principal de la famille, le statut socio-économique risque d'être touché, surtout si la MCV est accompagnée d'une incapacité à long terme qui affecte la capacité de retour au travail. La famille d'une personne atteinte de MCV peut voir leur propre qualité de vie se détériorer s'ils décident de se consacrer aux soins quotidiens ou quasi quotidiens nécessaires à la suite d'une invalidité temporaire ou permanente.

La réadaptation cardiaque, qui fait partie intégrante de toute prise en charge globale, constitue un élément fondamental qui complète la prise en charge aiguë, améliore la qualité de vie des patients cardiaques et réduit la morbi-mortalité cardiovasculaire. Elle englobe une approche pluridisciplinaire regroupant la prévention médicamenteuse, l'éducation

thérapeutique du patient, le sevrage tabagique, l'éducation diététique, la gestion du stress et l'aide à la réinsertion professionnelle, sous la supervision étroite de thérapeutes spécialisés et formés dans ce domaine.

Elle occupe aujourd'hui une position clé dans la prise en charge des patients cardiaques, les coronariens après un infarctus, patients ayant subi une revascularisation par angioplastie ou chirurgie, insuffisants cardiaques, patients opérés d'une atteinte valvulaire ou ayant subi une transplantation cardiaque. Même si les bienfaits de la réadaptation cardiaque comme élément du continuum des soins et des services de santé cardiovasculaire ne font aucun doute, on note une sous-utilisation de ces services au Canada, qui s'explique en partie du moins par des problèmes d'accessibilité ou le fait de ne pas y diriger les patients admissibles.

En contexte camerounais, les personnes ayant été victimes d'une maladie cardio vasculaire sont traitées dans un département hospitalier (cardiologie). Au cours de la première phase de réadaptation, les examens et les entretiens avec le médecin et d'autres personnes spécialisées montrent au patient les facteurs de risque qui ont contribué à sa maladie. Ceci dit, on donne les conseils, et on vous dit comment vous pouvez amoindrir ces facteurs à l'avenir.

En dehors du modèle médical qui explique la maladie cardiaque, nous avons également le modèle biopsychosocial qui explique la maladie cardiaque comme résultante d'un stress psychosocial (Houpe, 2017). La survenue de la maladie entraîne dans un premier temps un état de deuil. Il s'agit d'une phase difficile liée à la perte d'une illusoire immortalité et d'une santé parfaite. La maladie provoque l'activation des peurs très primitives : peur de la mort, de la souffrance, de l'abandon, de la déchéance. Enfin la maladie détermine obligatoirement une perturbation des buts de vie, soit en raison d'une réelle limitation physique, soit d'un danger potentiel ou enfin d'une croyance : ainsi un patient en insuffisance cardiaque ischémique sévère ne pourra peut-être plus effectuer les mêmes efforts à vélo, tel autre devra renoncer au parapente après instauration d'un traitement anticoagulant, un troisième s'imaginera que l'activité sexuelle est interdite après infarctus (Houpe, 2017). Ces remarques ont des conséquences très importantes sur la psyché et le devenir des patients, d'où l'importance du psychologue en service de cardiologie dans le travail d'élaboration voire de mentalisation.

1.2 Justification

Depuis les travaux de Engel cité par Hegel (2016), nous savons que la santé dépend de paramètres biophysiques, psychologiques et sociaux. La psycho-oncologie fait partie intégrante de la prise en charge en cancérologie. En revanche, d'autres domaines de la santé comme la cardiologie, deuxième cause de mortalité, ne bénéficient pas d'une telle approche. C'est pourtant en cardiologie que l'impact des facteurs psychosociaux est le mieux documenté,

aussi bien en ce qui concerne leur rôle dans la survenue, l'aggravation et le retentissement de la maladie coronaire.

En 2004, L'étude Interheart a montré que le stress psychosocial était un facteur de risque majeur d'infarctus juste après le tabagisme et l'hypercholestérolémie. Au-delà de cette réalité, tous les facteurs psychologiques tels le stress, l'anxiété, la dépression, l'hostilité, la colère, la personnalité de type D, le burn-out, le syndrome de stress post-traumatique sont des facteurs déclenchants et aggravants de la maladie coronaire. De plus, la survenue même de cette maladie entraîne une déstabilisation psychique qui aggrave le pronostic coronarien. La prévention coronaire avant ou après un évènement coronarien repose sur des règles comportementales, sur une prévention médicamenteuse lorsqu'elle est nécessaire mais elle ne peut faire l'impasse d'une prise en charge psychologique.

Les traitements psychotropes peuvent avoir leur place mais ce sont surtout les psychothérapies complémentaires qui doivent être proposées. Il peut s'agir de méthodes préventives comme la relaxation psychocorporelle, la sophrologie, la méditation en pleine conscience, la cohérence cardiaque ou des méthodes curatives telles l'hypno thérapie, les thérapies cognitivo-comportementales ou l'EMDR.

De même, il est reconnu en psychopathologie et en psychologie clinique que face à certaines situations troublantes ou déstabilisantes comme la maladie chronique, l'individu pour les contrôler et les apprivoiser fait un travail psychique intense. Miquel citant Jung (1982) a donné à cette activité psychique le nom de « psychisation ». Il s'agit d'une construction psychique plus ou moins élaborées que le sujet met en place pour améliorer son vécu d'une situation traumatisante. Ce processus de psychisation se construit progressivement à partir d'une combinaison des matériaux provenant de la situation, des convictions propres de la personne, et parfois chez certains peuples, des croyances, des représentations et des signifiants culturels valorisés dans leur groupe socioculturel. Dans ce dernier cas, les personnes atteints d'une maladie cardiovasculaire font recours aux nomes, aux représentations, pour donner un sens à la situation qui les troubles et déstabilise Sow (1977). L'élaboration psychique dans cette situation particulière revêt ses spécificités, ce qui justifie la place de cette étude dans le domaine de psychologie clinique.

1.3 Formulation du problème de recherche

A l'annonce du diagnostic d'une maladie cardiaque, la prise de conscience de la détérioration de l'état physique, plonge le sujet dans une sorte de perturbation entraînant au passage des

réactions d'ordre psychologiques. A cet effet, certains troubles psychopathologiques peuvent s'observer à l'instar des troubles de l'humeur, des troubles anxieux, des troubles dépressifs, ainsi que le trouble de stress post traumatique. Dans le cadre de notre stage pratique dans un centre hospitalier, nous avons observé que les patients atteints de maladies cardiaques en situation de réadaptation présentaient les signes de tristesse, de panique, certains évoquaient la crainte de mourir. Aussi, les patients ayant subis l'opération de l'infarctus du myocarde manifestaient le sentiment d'évitement lorsqu'il s'agissait d'évoquer la maladie.

Le concept de souffrance psychique renvoie aussi à la souffrance psychologique. Elle relève du champ non médical, nommé santé mentale positive et désigne un état de mal être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie. Cette souffrance (je suis mal) renvoie à une blessure de soi et une blessure en soi ; c'est une expérience subjective de mal-être, rattachée à la difficulté de maîtrise de soi ; elle diminue les capacités d'agir et d'être. Elle est localisée dans les représentations mentales avec des ressentis émotionnels affolés, et varie selon les individus, les sociétés, les cultures et les circonstances ; elle se réfère également à la durée, à la dimension temporelle d'une organisation affective qui peut être vécue comme la sensation pénible, l'émotion désagréable, le sentiment malheureux de degré plus ou moins intense qui survient avant ou après l'effraction. La souffrance est donc une expérience émotionnelle désagréable et étrange, accompagnée d'un sentiment de déplaisir qui se répète et s'amplifie de représentations liées à la maladie (Dong, 2016).

Les maladies cardiaques en générale font partie des maladies chroniques et entraînent bien souvent des contraintes, la douleur physique mais aussi des souffrances psychologiques. Selon Inserm (2019) ces maladies imposent une modification du comportement et se présentent sous forme de restrictions ou de prescriptions qui paraissent souvent insupportables au patient. Dans cette logique, certains patients ont recours à un programme de réadaptation cardiaque afin de retrouver une qualité de vie adéquate et harmonieuse. Selon la fondation suisse de cardiologie (2022), le programme de réadaptation cardiaque occupe une place importante dans l'élaboration de la souffrance psychique du patient, car elle permet au sujet de regagner ses capacités psychiques et une confiance en soi, et permet au patient de surmonter son anxiété et ses peurs. C'est dire que la modification du comportement doit être observable afin de réduire les conséquences psychosociales négatives.

Or, les patients inscrits dans le programme de réadaptation cardiaque manifestent des signes cliniques d'attaque de panique se manifestant par des peurs intenses avec désorganisation des processus de pensée, la crainte de mourir. Les signes d'humeurs dépressives, des crises d'angoisse ainsi que l'anxiété sont repérés chez ces sujets. D'après la théorie de la

mentalisation, De Tychey (2001) estime que les patients psychosomatiques ont un défaut de représentation et de symbolisation et dont de l'imaginaire. Autrement dit, on s'intéresse ici au travail de symbolisation et de la représentation de la maladie mis en œuvre chez le sujet en situation de réadaptation cardiaque.

Ce concept de mentalisation prend des perspectives théoriques variables. Selon la position cognitive générale, mentalisé c'est aller dans le sens du mental qui s'oppose au biologique à l'organisme. Par ailleurs, la position de Luquet cité par Mayi 2017, suppose que la mentalisation désigne « *une classe générale d'opération mentale incluant la représentation et la symbolisation et conduisant à une transformation des expériences pulsionnelles chargée d'affect en structure mentale de mieux en mieux organisé* ». En d'autre terme les représentations que le sujet à d'une situation donnée, détermine la capacité de celui-ci à la traverser ou non des moments de forte excitation. Ceci nous informe de la place indispensable des représentations dans la vie mentale du sujet. C'est par elle en effet que se font les associations d'idées, les réflexions intérieures. Elles sont aussi utilisées constamment dans les relations directes avec les autres.

L'étude pose à cet effet le problème du travail d'élaboration de la souffrance psychique chez les patients en situation de réadaptation cardiaque au regard de la représentation qu'ils se font de la maladie.

1.3 Question de recherche

Afin de mener à bien cette étude, nous nous donnons pour fil conducteur la question de recherche (QR) suivante :

En quoi les représentations de la maladie rendent-elles compte du travail d'élaboration de la souffrance psychique chez les patients en réadaptation cardiaque ?

1.4 Hypothèse de l'étude

La question de recherche ainsi posée entraîne une réponse provisoire, dont une hypothèse. Elle sera formulée dans le but de guider notre recherche et non dans l'intention d'une vérification. En nous inscrivant dans l'approche phénoménologique qui tient en compte le sujet et son vécu et rend compte de la compréhension d'un phénomène, de la découverte du « comment » du vécu, et le sens donné à une expérience de vie (Husserl et Ponty, 2005), nous formulons l'hypothèse selon laquelle : De par leur processus de mentalisation et de

symbolisation, les représentations de la maladie participent au travail d'élaboration de la souffrance psychique chez les patients en réadaptation cardiaque.

1.5 Objectif de recherche

L'objectif de cette recherche est de :

Appréhender les processus du travail d'élaboration de la souffrance psychique sur les représentations de la maladie chez les patients en réadaptation cardiaque. En d'autre terme il sera question pour nous de montrer l'importance des représentations de la maladie dans l'élaboration psychique de la souffrance chez les patients en réadaptation cardiaque.

1.6 Intérêts de l'étude

Donner l'intérêt de notre étude revient à donner sa pertinence. De ce point de vue, notre étude revêt plusieurs intérêts à savoir l'intérêt scientifique et l'intérêt social.

1.6.1 Intérêt scientifique

Notre étude met en évidence l'impact du poids d'une représentation subjective dans l'élaboration psychique du sujet. En effet, ce qui détermine la survenue du traumatisme psychique lors de l'annonce, semble être plus l'appréciation subjective de la maladie par le patient et du risque vital encouru ou encore persistant, que les données médicales objectives qui sont souvent bien différents des représentations de la maladie et des croyances associées. Ce qui illustre bien l'intérêt de notre étude dans la constitution des représentations des maladies pour rendre compte du rôle et de l'impact des phénomènes psychologiques sur la maladie, voir pour définir des modalités d'intervention médicale (Kleinman, 1980). Il faut rappeler qu'à l'intérieur des représentations de la maladie, émerge la notion de théorie étiologique qui ne témoigne pas seulement de la recherche de causes mais aussi de la quête de sens face à la maladie : en interaction aux théories scientifiques offertes par le corps médical répondent chez les patients des « modèles explicatives » (Kleinman, 1980) ou des théories « profane ». La compréhension ou l'énonciation de ces représentations et de ces théories étiologiques par les médecins, même si elles ne sont pas congruentes au discours médicale pourraient être un facteur d'adhésion aux soins et d'alliances thérapeutique, comme cela a été montré aussi bien en cardiologie que dans d'autres spécialités médicales.

Du point de vue clinique, la prise en compte des représentations de la maladie dans le processus d'élaboration de la souffrance psychique, serait important dans la mise en place ou

la conception d'un dispositif de soins psychiques efficaces, auprès des patients en réadaptation cardiaque. Il est donc fondamental d'apporter notre contribution à la connaissance de la psychologie clinique, et concernant la prise en charge par les médecins et professionnels de santé, notre étude est une plus-value pour leurs actes thérapeutiques.

1.6.2 Intérêt sociale

Cette étude pourrait t'être pour la société un outil pour s'informer. Ici nous abordons une nouvelle façon d'appréhender la prise en charge du malade en fin de vie ; en mettant l'accent sur la représentation de la maladie, cet élément incontournable qui au quotidien prend le pas sur nos pensées, nos perceptions nos croyances.

1.7 Délimitation de l'étude

Sur le plan géographique, nous avons choisi de mener notre étude dans un centre hospitalier précisément à l'hôpital les promoteurs de la bonne santé, au service de cardiologie pour avoir une connaissance des perceptions et de la collecte des données. Sur le plan clinique, nous nous situons dans une approche phénoménologique et dans une optique psychanalytique pour montrer l'importance des représentations que se fait un individu.

1.8 Clarification des concepts

Avant de définir le concept de représentation de la maladie, nous définirons tour à tour les notions de représentation et de maladie.

Représentations

Etymologiquement, le terme représentation vient du latin « repraesentare » qui signifie rendre présent, représenter. Le terme représentation, né dans le champ des sciences cognitives, désigne, « un déjà là » conceptuel qui serait le terreau à partir du quel peuvent s'ancrer d'éventuelles modifications de cette représentation.

Selon le Dictionnaire Larousse (2005 P.701), une représentation c'est l'idée qu'une société, une personne se fait du monde ou d'un objet donné ».

D'après le Dictionnaire fondamental de la psychologie (1997 P. 1108), la représentation se définit comme « une entité de la nature cognitive reflétant, dans le système mental d'un individu, une fraction de l'univers extérieur à ce système. » Elle peut alors renvoyer à l'image, la figure, le signe qu'on se fait d'un objet, d'une maladie ou d'un phénomène.

En psychanalyse, plus précisément dans le vocabulaire de la psychanalyse (1967), le terme représentation fait référence à ce que l'on se présente, ce qui forme le contenu concret d'un acte et en particulier la reproduction d'une perception antérieure. Le plus souvent employée comme synonyme de trace mnésique, Freud en fait un net distinguo : elle réinvestit, ravive la trace mnésique, qui n'est elle-même rien d'autre que l'inscription de l'événement. C'est pourquoi il distingue deux types de représentation : la « représentation des choses », essentiellement visuelle qui dérive de la chose, caractérise le système inconscient, d'une part, et, la « représentation de mot », essentiellement acoustique dérive du mot et caractérise le système préconscient-inconscient (Laplanche & Pontalis, 1967).

Il s'agit d'une notion très générale qui selon Doron et Parrot (1991), renvoyant à deux phénomènes distincts. D'une part, on a un processus de mise en correspondance entre deux éléments qui aboutissent à ce que l'un (« le représentant ») répète, remplace ou « présente autrement » l'autre (« l'autre »). La représentation désigne aussi un aspect du résultat de ce processus, en l'occurrence le seul élément représentant, de quelque nature qu'il soit.

Le concept de « représentation » fût inventé par Durkheim (1897), elle se situe de plain-pied dans le rapport entre la pensée collective et la pensée individuelle. C'est le sujet qui construit le réel par la perception, mais cette construction est profondément liée aux conditions objectives dans lesquelles vit cet individu. Ainsi, suivant la place occupée dans la hiérarchie des classes sociales, des ethnies, des sexes, l'individu va accumuler un stock particulier de connaissance sur l'objet de la représentation.

Maladie

En médecine, le Dorland's Illustrated Medical Dictionary (2003 P.812) définit la maladie comme « toute déviation ou interruption de la structure normale ou fonction d'une partie d'un organe ou d'un système du corps, manifestée par des signes et symptômes caractéristiques et donc l'étiologie peut être connue ou non ».

En psychologie, la notion de maladie est toujours appréhendée dans le sens d'une affection mentale. Sillamy (1983 P. 400) définit le terme maladie comme « une altération de la santé due à l'incapacité de l'organisme à résister à une agression extérieure, de rétablir l'équilibre biologique rompu ou de résoudre un conflit psychologique ».

Pendant longtemps, les professionnels de la santé ont envisagé la maladie d'un point de vue purement biologique. Or de nos jours, la maladie est envisagée dans un sens plus large et

ce, tant dans le champ de la médecine que dans celui de la psychologie. Ainsi, ces deux définitions données précédemment sont complémentaires et par voie de conséquence, intègrent le sens biopsychosocial de la maladie. Dans cette perspective, sa conception actuelle telle que donnée par l'OMS (2010) nous semble plus complète : la maladie est « une altération de l'état de santé ».

Représentation de la maladie

La représentation de la maladie peut être comprise comme l'ensemble des idées, pensées, perceptions qu'un individu développe au sujet de sa maladie ou de la pathologie. En fait, chaque patient possède sa propre représentation de la maladie, de ses causes, de sa durée, de son traitement et aussi la représentation de sa propre vulnérabilité et de sa propre conscience du pouvoir réel un modèle thérapeutique.

L'étude des représentations de la maladie ouvre une porte à un univers différent de celui de la maladie elle-même. D'une part, du côté du patient, il y'a bien distinction entre ce qu'il en perçoit et ce qu'elle est sur le plan de sa réalité matérielle. Ces représentations de la maladie sont différentes selon que l'on s'adresse aux patients. Ainsi, selon l'OMS (2010), La représentation renvoie à une perception, une image mentale dont le contenu se rapporte à un objet, une situation, ou à une scène du monde dans lequel vit le sujet.

La représentation de la maladie se situent entre les rapports qu'a le patient avec son corps, sa santé, son histoire de vie de manière holistique mais également les relations qu'il a avec la médecine (Cedraschi et al., 1999)

Travail d'élaboration

Pour Yung cité par Acquia (2019), le travail d'élaboration ou de psychisation est le processus par lequel un contenu instinctif ou inconscient est rendu conscient. Selon Smadja (2011), le travail de psychisation est un processus complexe de transformation des pulsions produites dans les corps et de les acheminer dans le psychisme. Le terme psychisation quant à lui renvoie au processus de pensée lui-même, en d'autre terme elle renvoie à la mentalisation qui selon le logiciel Media-Dico (nd) « renvoie à une représentation mentale de quelque chose ». Pour Marty (1991 P. 8), la notion de mentalisation « se réfère à nos représentations, à nos images psychiques, ainsi qu'à leur dynamique ». Tenant compte de ces explications et ces quelques définitions des auteurs nous pouvons définir le travail d'élaboration de la maladie comme étant l'ensemble des efforts fournis par le malade pour se faire une idée des causes et de l'efficacité

des techniques de prise en soin de la maladie, ainsi que le pronostic de son état de santé qui en résulte (Mbangmou, 2019).

Souffrance psychique

Le concept de souffrance psychique renvoie aussi à la souffrance psychologique. Elle relève du champ non médical, nommé santé mentale positive. Le pacte européen pour la santé mentale, auquel la France a adhéré en juin 2008, élève la santé mentale au rang des droits de l'homme « indispensable à la santé, au bien-être et à la qualité de vie ». Selon cette approche, La souffrance psychique est un état de mal être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie. Dans malaise dans la civilisation, Freud parle d'une souffrance d'origine sociale décrite comme « liée la déficience des dispositifs qui règlent les relations des hommes entre eux dans la famille, l'état et la société » (Furtos, 2001, p.5). En outre le terme souffrance psychique désigne l'articulation du psychisme, du somatique, et du social, c'est-à-dire la manière dont les inégalités sociales s'inscrivent jusque dans le corps des personnes.

Réadaptation cardiaque

Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé, la réadaptation est l'ensemble des activités nécessaires pour influencer favorablement le processus évolutif de la maladie cardiovasculaire, ainsi que pour assurer aux patients la meilleure condition physique, mentale et sociale possible afin qu'ils puissent par leurs propres efforts persévérer ou reprendre une place aussi normale que possible dans la vie de la communauté.

Cette définition implique que l'équipe de réadaptation vous propose les activités les mieux adaptées à votre état de santé et que vous soyez un participant actif à cette démarche.

La réadaptation cardiaque est l'ensemble des activités nécessaires pour influencer favorablement le processus évolutif de la maladie, ainsi que pour assurer aux patients la meilleure condition physique, mentale et sociale possible afin qu'ils puissent, par leurs propres efforts, préserver ou reprendre une place aussi normale que possible dans la vie de la communauté. La réadaptation ne peut être considérée comme une thérapeutique isolée mais doit être intégrée à l'ensemble du traitement, dont elle ne constitue qu'une facette (OMS, Copenhague, 1993).

CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTERATURE

La probabilité de développer une maladie ou un accident cardiovasculaire résultant de l'obstruction des artères est appelée risque cardiovasculaire. Ce dernier est lié à l'existence de plusieurs facteurs qui peuvent être supprimés. Il est important de connaître son risque cardiovasculaire pour agir.

2.1 Généralité sur le cœur et la pathologie

2.1.1. Le cœur

2.1.1.2 Rappel anatomique

Le cœur est un muscle creux (poids 270 g chez l'adulte), à contraction rythmique dont la fonction est d'assurer la progression du sang à l'intérieur des vaisseaux. Le cœur est situé dans le thorax entre les deux poumons, il repose sur le diaphragme dans le médiastin antérieur, derrière le sternum et en avant de la colonne vertébrale. Le cœur est de forme pyramidale triangulaire avec un grand axe oblique en avant, à gauche et en bas, une base en arrière et à droite. Il est divisé en une moitié droite et une moitié gauche qui ne communiquent pas entre elles. Chacune de ces parties comporte une cavité d'admission ou oreillette et une cavité d'éjection ou ventricule. Le cœur droit et le cœur gauche sont séparés par une cloison : le septum.

Parlant de la vascularisation du cœur, L'appareil cardiovasculaire comprend le cœur et l'ensemble des vaisseaux sanguins : artères, veines, capillaires et vaisseaux lymphatiques.

- Les artères : La paroi artérielle normale est constituée de trois tuniques qui sont de l'intérieur vers l'extérieur : l'intima, la media et l'adventice.

L'Intima C'est la tunique la plus interne au contact de la lumière du vaisseau. Elle consiste en une couche unique des cellules endothéliales et elle joue un rôle majeur d'interface entre le sang et la paroi artérielle, le Media C'est la tunique centrale, la plus épaisse de la paroi artérielle formée essentiellement de cellules musculaires lisses et l'Adventice C'est la tunique externe (périphérique) des artères.

- Les veines : Leur structure se rapproche de celle des artères. L'intima veineux des membres inférieurs, comportent des valvules en forme de replis de pigeons, permettant le retour veineux.

- Les capillaires Les capillaires sont des vaisseaux microscopiques (les plus petits vaisseaux sanguins), intermédiaires entre les artères et les veines reliant ces deux systèmes, et grâce auxquels le sang parvient au contact direct de toutes les cellules de l'organisme, de faible diamètre formés d'une seule couche endothéliale, perméables aux globules blancs et aux substances de faible poids moléculaire. Les capillaires sont largement anastomosés entre eux, c'est-à-dire qu'ils communiquent entre eux et le sang circule très lentement dans les capillaires.

2.2. Etat des lieux sur les maladies cardiovasculaires

Le champ de la santé représente un contexte spécifique de prise en charge psychopathologie (Tarquinio & Tarquinio, 2015 ; Tarquinio, 2012). La maladie confronte le patient à des bouleversements de l'état de santé tels qu'ils peuvent donner lieu à des changements profonds des valeurs sur lesquelles reposait sa vie jusque-là et le conduisent à mobiliser des ressources psychiques nouvelles (Fischer & Tarquinio, 2014). Ainsi les patients qui éprouvent le besoin d'un suivi psychothérapeutique le font en raison de l'apparition de la maladie et de ses conséquences ; c'est le cas des maladies cardiovasculaire.

Les maladies cardiovasculaires sont celles qui regroupent les pathologies qui touchent le cœur et l'ensemble des vaisseaux sanguins, comme l'athérosclérose, les troubles du rythme cardiaque, l'hypertension artérielle (3,9%), l'infarctus du myocarde (43,7%), l'insuffisance cardiaque ou encore les accidents vasculaires cérébraux.

2.2.1 Classification des maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires regroupent une catégorie d'accidents variés, qui reposent sur une base commune : l'atteinte du coeur ou des vaisseaux sanguins. Les accidents en question sont les atteintes cardiaques avec deux catégories principales, soient l'insuffisance cardiaque et l'infarctus du myocarde, la forme la plus fréquente de décès dans les sociétés industrialisées. La deuxième catégorie étant les atteintes vasculaires, touchant la plupart des organes, mais principalement le cerveau, les reins, le cœur et les membres inférieurs. Le vieillissement de la paroi artérielle sous la forme de l'athérome et la formation de thrombose intra vasculaire est le mécanisme représentant le point commun de la plupart de ces accidents.

Les causes spécifiques de maladies cardiovasculaires les plus rencontrées sont les cardiopathies ischémiques, les maladies vasculaires cérébrales, l'insuffisance cardiaque et les maladies vasculaires périphériques. Les rhumatismes articulaires aigus et les cardiopathies rhumatismales chroniques sont également des formes de MCV également rencontrées dans la population, surtout dans les pays en voie de développement. Une des causes d'apparition de maladies cardiovasculaires est l'athérosclérose.

2.2.1.1 Les accidents vasculaires cérébraux (AVC)

Ils sont généralement des événements aigus et sont généralement dus au blocage d'une artère empêchant le sang de parvenir au cœur ou au cerveau. Leur cause la plus courante est la constitution d'un dépôt gras sur les parois internes des vaisseaux sanguins alimentant ces organes. Les AVC peuvent aussi résulter du saignement d'un vaisseau sanguin cérébral ou de caillots. En effet, l'AVC découle principalement de l'athérosclérose, une pathologie qui

consiste en la formation, dans la paroi des artères, de plaques d'athérome (un dépôt de cholestérol, de calcaire et de cellules qui s'entoure d'une chape fibreuse). Ces plaques grossissent, épaississant la paroi des artères. Dans la plupart des cas, elles restent stables, non symptomatiques ; mais il arrive que la chape fibreuse se fragilise, et finisse par se rompre : la libération de son contenu dans la circulation provoque alors la formation du caillot. Dans 80% des cas, l'AVC est dit « ischémique ».

. Les symptômes de l'accident vasculaire cérébral

Les symptômes de l'AVC varient suivant la zone du cerveau touchée :

- . Paralyse ou engourdissement d'une partie du visage (déviation de la bouche...)
- . Problèmes d'élocution, impossibilité à émettre une parole ou à trouver ses mots ;
- . Perte de force ou de motricité au niveau d'un membre (bras, jambe) ou d'une partie du corps ;
- . Maux de têtes violents avec des vomissements et des vertiges ;
- . Troubles dans les sensations de toucher ou de vue.

. Traitement en cas d'accident vasculaire cérébral

Le traitement de l'AVC diffère selon le type ; dans le cas d'un AVC ischémique, le but est de déboucher le vaisseau cérébral le plus rapidement possible afin de limiter les lésions, et donc les séquelles.

La première technique est la thrombolyse, c'est-à-dire l'injection d'un produit ayant pour but de dissoudre le caillot. Elle n'est efficace que dans les 4-5 premières heures après le début de l'AVC.

La seconde technique est celle du thrombectomie ; plus récente, elle consiste à ôter le caillot qui obstrue l'artère de manière mécanique à l'aide d'un cathéter inséré dans l'artère fémorale.

2.2.1.2 L'Athérosclérose

Par son implication dans de nombreuses pathologies cardiovasculaires, et étant un véritable fléau dont les complications peuvent être fatales, l'athérosclérose intimement liée au mode de vie actuel, a une progression pernicieuse, ses symptômes restant imperceptibles, elle est impliquée dans 90% des cas d'angine de poitrine et les symptômes peuvent apparaître dès 40-50 ans.

L'athérosclérose consiste en la formation, dans la paroi des artères, de plaques d'athérome : un dépôt de cholestérol, puis de calcaire et de cellules, qui s'entoure d'une chape fibreuse. Ces plaques grossissent dans la paroi, l'épaississant et rétrécissant la lumière de l'artère. Le développement de l'athérosclérose au niveau des artères coronaires peut donner lieu à une angine de poitrine (ou angor).

. Les symptômes de l'athérosclérose

L'athérosclérose est une maladie silencieuse, qui s'installe insidieusement sans provoquer de symptômes francs. Ce sont les conséquences de l'obstruction artérielle qui révèlent la pathologie. Suivant l'artère en cause, les retentissements seront différents : accident vasculaire cérébral pour les artères du cerveau, infarctus du myocarde pour les artères alimentant le cœur, artériopathie oblitérante des membres inférieurs pour les artères des jambes, insuffisance rénale pour les artères du rein ou encore infarctus mésentérique pour les artères digestives.

Un équivalent de l'angor existe aussi au niveau cérébral : il s'agit de l'accident ischémique transitoire. Déficit neurologique bref (se résolvant en moins d'une heure) et sans séquelle, cet évènement est souvent précurseur d'un AVC « constitué » : il représente un signe d'alerte pour suspecter une athérosclérose et démarrer un traitement préventif.

. Traitements actuels de l'athérosclérose

Le traitement de l'athérosclérose est en premier lieu préventif. Pour limiter les risques de développer la pathologie, il est conseillé de faire attention à son alimentation et de pratiquer une activité sportive régulière : adopter une hygiène de vie « saine » préviendrait de l'hypercholestérolémie et de l'obésité, deux facteurs de développement importants de l'athérosclérose. Enfin lorsqu'une plaque d'athérome est localisée, notamment par angiographie, une angioplastie peut être envisagée (cette technique consiste à élargir l'artère à l'aide d'un petit ballon que l'on gonfle afin de rétablir son calibre initial).

2.2.1.3 L'Hypertension artérielle

L'hypertension artérielle est un facteur de risque majeur de complications cardiovasculaires. C'est une pathologie qui augmente le risque de développer d'autres maladies cardiovasculaires plus sévères et touche 65% des personnes âgées de plus de 65ans.

Le cœur fonctionne comme une pompe qui propulse le sang au travers de l'organisme. L'hypertension artérielle est le reflet d'une pression trop importante exercée par le sang sur la paroi des artères. La pression artérielle s'exprime par deux chiffres.

. Le premier, le plus élevé, correspond à la pression dite « systolique », c'est-à-dire la pression exercée sur les parois des artères quand le cœur se contracte.

. La seconde, plus faible, correspond à la pression « diastolique », pression lors de la phase de relâchement du cœur. L'unité de mesure utilisée est le centimètre de mercure.

. Manifestation de l'hypertension artérielle

L'hypertension artérielle ne provoque en général pas de manifestations spécifiques. Sa découverte est souvent fortuite, au décours d'un examen médical de routine. Néanmoins, en cas

d'hypertension forte et durable, certains symptômes peuvent faire leur apparition, comme des maux de tête, des vertiges, des palpitations ou encore des bourdonnements d'oreille.

Le principal problème posé par l'hypertension artérielle est son retentissement sur le système cardiovasculaire. Non prise en charge, l'hypertension est pourvoyeuse de nombreuses pathologies : athérosclérose (dépôt de plaques lipidiques sur la paroi des artères pouvant conduire à la formation de caillots obstruant la lumière des vaisseaux) ; infarctus du myocarde, accident vasculaire (AVC), insuffisance cardiaque ou rénale.

. Traitement de l'hypertension artérielle

En cas d'hypertension essentielle, le praticien préconisera dans un premier temps des mesures hygiéno-diététiques : réduire sa consommation de sel et d'alcool, pratiquer une activité physique, perdre du poids, arrêter de fumer... Ces mesures peuvent suffire à diminuer la tension et à la faire revenir les normes. Dans le cas contraire, un traitement antihypertenseur peut être prescrit. On distingue plusieurs classes de médicaments : les diurétiques, les bêtabloquants, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC), les inhibiteurs de l'angiotensine II, les antagonistes des alpha-récepteurs et les antihypertenseurs centraux.

2.2.1.4 L'insuffisance cardiaque

L'insuffisance cardiaque correspondant à une incapacité irréversible du cœur à exercer son rôle de pompe, elle est souvent liée à une pathologie sous-jacente. La prise en charge repose sur une amélioration de l'hygiène de vie et des thérapies médicamenteuses et chirurgicales.

L'insuffisance cardiaque correspond à un état dans lequel le cœur n'est plus capable d'assurer son rôle de pompe, et donc d'alimenter correctement l'organisme en sang. Le cœur ne peut alors plus répondre aux besoins énergétiques du corps, et lui amener oxygène et nutriments. Cette pathologie chronique est irréversible : une fois installée, elle s'aggrave.

L'insuffisance est liée à une perte de contractilité du muscle cardiaque. Cela peut concerner le « cœur gauche » et/ou le « cœur droit » : on parle alors l'insuffisance ventriculaire gauche, droite, ou d'insuffisance cardiaque chronique si tout l'organe est touché. Dans un premier temps accélère pour pallier à la perte de contractilité. Ensuite, sa paroi s'épaissit et ses cavités se dilatent : c'est l'hypertrophie cardiaque. Cette dernière induit une fatigue du cœur menant à l'insuffisance cardiaque.

. Les causes de l'insuffisance cardiaque

De nombreuses pathologies cardiovasculaires peuvent être à l'origine du développement d'une insuffisance cardiaque.

. L'infarctus du myocarde : il entraîne la mort d'une partie du muscle cardiaque, ce qui peut naturellement conduire au développement de la pathologie.

. L'hypertension artérielle : elle correspond à une pression trop importante du sang exercée contre la paroi des vaisseaux sanguins. Cette hypertension chronique, non prise en charge, peut faire le lit de l'insuffisance cardiaque.

. Les cardiomyopathies : ce sont les pathologies qui atteignent le muscle cardiaque. Certaines d'entre-elle ont une origine génétique (telle que la cardiopathie hypertrophique familiale).

. Les maladies des valves cardiaques : ces pathologies touchent les membranes du cœur responsables de l'étanchéité et du passage du sang entre des différentes cavités.

. Les symptômes de l'insuffisance cardiaque

Parmi les symptômes de l'insuffisance cardiaque, on peut noter :

- Un essoufflement à l'effort, lié à une stagnation de sang au niveau des poumons ;
- une fatigue ;
- un gonflement des mains et des pieds (œdèmes) ;
- une perte de prise de poids importante en peu de temps...

D'autres troubles peuvent s'ajouter, comme des douleurs thoraciques et/ou abdominales, des palpitations des douleurs au foie des nausées et une perte d'appétit, une perturbation de sommeil, des troubles de la mémoire et de la concentration, un dysfonctionnement voire une insuffisance rénale...

. La prise en charge de l'insuffisance cardiaque

La prise en charge doit être la plus précoce possible, car en prendre en charge l'insuffisance cardiaque, c'est améliorer la qualité de vie des malades et minimiser les risques d'aggravation. Les premières mesures résident dans une amélioration de l'hygiène de vie des patients, perte de poids via l'activité physique, arrêt du tabac et limitation de la consommation d'alcool.

Des médicaments sont également prescrits pour limiter la progression de la pathologie : diurétiques pour diminuer le volume sanguin, inhibiteurs de l'enzyme de conversion pour éviter l'hypertension artérielle, bêta-bloquants pour ralentir le cœur...

Selon l'origine de la maladie, une intervention chirurgicale peut aussi être envisagée tel qu'un remplacement des valves cardiaques, un pontage coronaire, la pose d'un défibrillateur en cas d'arythmie... Enfin, il ne faut pas oublier les thérapies de rééducation cardiaque. Basées sur un entraînement physique personnalisé, elles ont montré leur efficacité pour ralentir la progression de la maladie.

2.3. Risque cardiovasculaire

Le risque cardiovasculaire est la probabilité de survenue d'une maladie ou d'un accident cardiovasculaire (maladies du cœur et des artères). Dans un contexte médical, on distingue le risque relatif du risque absolu. Le risque relatif se définit comme étant le risque d'un individu ou d'une population donnée comparé au risque d'un individu ou d'une population de référence. Le risque absolu est la probabilité de survenue d'un événement sur une période donnée, sans comparaison à un groupe de référence.

Les maladies cardiovasculaires résultent du dépôt de graisses sur les parois des artères. Ces dépôts forment des plaques d'athérome et finissent par gêner la circulation du sang qui alimente tous les organes et en particulier des organes vitaux comme le cerveau ou le cœur. C'est l'athérosclérose.

Un certain nombre de facteurs sont à l'origine de ce risque et favorisent le développement des maladies cardiovasculaires. Chaque individu peut présenter un ou plusieurs facteurs de risque. Dans ce dernier cas, il faut savoir que les facteurs de risque ne s'additionnent pas, mais ils se potentialisent, c'est-à-dire qu'ils s'aggravent l'un l'autre. On évalue pour chaque personne le « risque cardiovasculaire global ».

Il est important de connaître les facteurs de risque cardiovasculaire auxquels on est exposé et de ne pas les sous-estimer. S'il est impossible d'agir sur certains d'entre eux (âge, sexe...), plusieurs facteurs de risque peuvent être réduits ou supprimés (sédentarité, HTA, surpoids...) Ainsi, il est possible de prendre des mesures pour réduire ceux sur lesquels on peut agir et éviter, limiter ou retarder le développement d'une pathologie cardio-vasculaire.

2.4. Les facteurs de risque cardiovasculaire

Les habitudes de vie sont intimement liées à la santé du cœur et des vaisseaux sanguins. D'après l'organisation mondiale de la santé, la mauvaise alimentation, le manque d'activité physique et le tabagisme sont responsables d'environ 80% des troubles cardiaques et des accidents vasculaires cérébraux. Les facteurs de risque favorisent aussi l'apparition des troubles cardiaques chez les personnes. L'on distingue deux grands types de facteurs de risques cardiovasculaires

- Ceux sur lesquels on ne peut pas agir tels que l'âge, le sexe, l'existence de maladies cardiovasculaires dans la famille;
- Ceux sur lesquels on peut agir pour les supprimer ou les diminuer: tabagisme, diabète, HTA, excès de cholestérol, surpoids, sédentarité.

2.4.1 Facteurs de risque cardiovasculaire sur lesquels on ne peut pas agir

2.4.1.1 L'âge et le sexe

La probabilité d'avoir un accident cardiovasculaire ou cardiaque augmente nettement après 50 ans chez l'homme et après 60 ans chez la femme.

Les femmes, jusqu'à la ménopause, sont plus protégées que les hommes face aux maladies cardiovasculaires. En effet, les hormones (œstrogènes et progestérones) les protègent. Mais après 60 ans, une femme a la même probabilité qu'un homme de développer une maladie cardiovasculaire.

2.4.1.2 Les antécédents familiaux cardiovasculaires

Le risque de développer une maladie cardiovasculaire augmente si dans votre famille, un parent proche (père, mère, frère, sœur) a présenté une maladie cardiovasculaire à un âge précoce. Sont pris en compte :

- un infarctus du myocarde ou la mort subite du père ou d'un frère avant 55 ans ; ou de la mère ou d'une sœur avant 65 ans ;
- un accident vasculaire cérébral (AVC) d'un parent proche avant 45 ans.

2.4.2 Facteurs de risque cardiovasculaire sur lesquels on peut agir

2.4.2.1 Le tabagisme

Si le tabac est bien connu comme facteur favorisant les cancers et les maladies respiratoires, en revanche, le risque majeur cardiovasculaire est souvent ignoré ou sous-estimé.

À court terme, le tabac favorise le rétrécissement des artères, la formation de caillots et l'apparition de troubles du rythme cardiaque. Ces mécanismes expliquent la brutalité des accidents cardiovasculaires. En effet, entre 30 et 70 ans, 40% des décès cardiovasculaires sont

une conséquence directe du tabagisme. À plus long terme, le tabac abîme progressivement les artères.

2.4.2.2 Le diabète

On parle de diabète lorsque la glycémie (le taux de sucre ou de glucose dans le sang) est, au moins sur 2 mesures, supérieure à 1,26 g/l à jeun. Lorsque le diabète est mal contrôlé, l'excès de glucose dans le sang endommage les parois des artères.

2.4.2.3 La micro albuminurie (traces d'albumine dans les urines)

Les reins agissent comme des filtres en éliminant les produits dont l'organisme n'a pas besoin. Chez une personne diabétique, les reins doivent travailler davantage afin d'éliminer l'excès de sucre dans le sang et peuvent ainsi se détériorer prématurément. La présence de traces d'albumine dans les urines (micro albuminurie) témoigne d'une atteinte possible des reins. C'est aussi un facteur de risque cardiovasculaire.

2.4.2.4 L'hypertension artérielle

La tension artérielle correspond à la pression exercée par le sang sur la paroi des artères. Elle se mesure en millimètres de mercure (mmHg) ou en centimètres de mercure (cmHg) et s'exprime par deux chiffres, par exemple 130/80 mmHg (ou 13/8 cmHg) :

- Le chiffre le plus élevé correspond à la pression du sang dans les artères quand le cœur se contracte (pression systolique) ;
- Le chiffre le plus bas mesure la pression quand le cœur se relâche (pression diastolique).

On parle d'hypertension artérielle quand, à plusieurs reprises, la pression systolique est supérieure à 140 mmHg (14 cmHg) et/ou la pression diastolique est supérieure à 90 mmHg (9 cmHg).

Le danger est que le cœur travaille plus et s'affaiblit. L'augmentation de la pression finit également par abîmer les parois des artères.

2.4.2.5 Le cholestérol

Ce type de graisse est essentiel au bon fonctionnement de l'organisme. Cependant, son excès est néfaste pour la santé.

On distingue le "mauvais cholestérol" (ou LDL cholestérol) du "bon cholestérol" (ou HDL cholestérol). Une prise de sang, réalisée à jeun, permet de déceler un excès de "mauvais cholestérol", appelé aussi « hypercholestérolémie ». Lorsque le "mauvais cholestérol" est élevé, il s'accumule sur les parois des artères sous forme de dépôts graisseux. Avec le temps, ces dépôts peuvent ralentir et même bloquer la circulation du sang : c'est l'athérosclérose.

2.4.2.6 Les triglycérides

Les triglycérides représentent une part importante des lipides.

Un taux élevé de triglycérides dans le sang (hypertriglycéridémie) augmente le risque de développer une maladie cardiovasculaire. Ce risque est nettement supérieur si l'hypertriglycéridémie est associée à un taux élevé de mauvais cholestérol (LDL-cholestérol).

2.4.2.7 L'obésité et le surpoids

On parle de surpoids si l'indice de masse corporelle (IMC) est supérieur à 25, et d'obésité s'il est supérieur à 30. Pour le calculer, utilisez notre calculateur. La répartition des graisses corporelles est également un élément important. Si l'excès de graisse se situe au niveau de la taille et du ventre (obésité en forme de pomme), le **risque cardiovasculaire** est plus élevé que si les graisses se localisent plutôt en dessous de la ceinture (obésité en forme de poire). On parle d'obésité abdominale lorsque le tour de taille dépasse 88 cm chez la femme et 102 cm chez l'homme.

2.4.2.8 La sédentarité

Toute personne qui pratique moins de 30 minutes d'exercice physique par jour est considérée comme sédentaire. Une demi-heure de marche par jour peut suffire à réduire le risque cardiovasculaire.

2.4.2.9 Le stress

Le stress est une réaction normale de l'organisme face à certains événements de la vie. Lorsque le stress s'installe dans la durée (stress chronique), il agit sur la qualité de vie. Les causes en sont multiples (situation familiale difficile, surcharge de travail, etc.) Le stress se manifeste de

différentes manières : au niveau physique (en favorisant notamment l'augmentation de la tension artérielle et de la glycémie) mais aussi au niveau mental et émotionnel.

2.4.3 Impacts des maladies cardiovasculaires

La découverte d'une maladie du cœur et d'une maladie des vaisseaux ou la survenue d'un accident cardiovasculaire peuvent changer radicalement la vie d'une personne. L'impact peut être autant psychologique que physique et chez certains, la qualité de vie peut être fortement dégradée. Amélie (2020, 2021).

2.4.3.1 L'impact psychologique d'une maladie cardiovasculaire

Découvrir que l'on a une malformation cardiaque congénitale, vivre avec une maladie évolutive comme l'athérosclérose, avoir fait un Accident Vasculaire Cérébral avec l'angoisse d'en faire un autre... Les maladies cardiovasculaires ont un impact psychologique non négligeable. Les consultations régulières chez le médecin avec la nécessité de prendre un traitement à vie rappellent que l'on vit avec une maladie.

Dans ce contexte, comprendre sa maladie et son traitement, les risques auxquels on est exposé et comment mettre en place toutes les mesures préventives possibles rassurent.

2.4.3.2 L'impact d'une maladie cardiovasculaire sur l'activité physique

Sauf contre-indication, l'activité physique est toujours bénéfique pour le cœur. Elle est fortement recommandée et s'inscrit dans la prévention des maladies cardiovasculaires. Chez une personne atteinte d'une maladie chronique du cœur (trouble du rythme cardiaque, insuffisance cardiaque, etc.) ou ayant eu un accident cardiovasculaire (infarctus du myocarde, angine de poitrine, Accident Vasculaire Cérébral, etc.), le cardiologue ou le médecin traitant sauront indiquer les pratiques physiques ou sportives adaptées. Ils peuvent également prescrire des Activités Physiques Adaptées (APA) qui peuvent être prises en charge par votre assurance santé.

2.4.3.3 L'impact d'une maladie cardiovasculaire sur la vie sexuelle

L'activité sexuelle fait partie intégrante de la qualité de vie indique l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Ses bénéfices sont à la fois physiques car l'activité sexuelle est une activité physique, et mentaux avec la libération d'hormones relaxantes (endorphine, ocytocine).

Dans la très grande majorité des cas, les personnes ayant eu un accident cardiovasculaire peuvent parfaitement continuer leur vie sexuelle. Pour les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque, l'activité sexuelle est déconseillée lorsque la maladie n'est pas équilibrée : la personne est essoufflée au moindre effort ou ne pouvant pas dormir couchée à plat.

Par ailleurs, certains médicaments ayant une action sur le cœur peuvent engendrer comme effet secondaire des troubles sexuels (bétabloquants, diurétiques, statines, etc.). Chez l'homme, il peut y avoir un dysfonctionnement érectile (impuissance), chez la femme une sécheresse vaginale et chez les deux une diminution de libido.

2.4.3.4 L'impact d'une maladie cardiovasculaire sur l'hygiène de vie

Des mesures hygiéno-diététiques doivent être fortement recommandées par le médecin : arrêter le tabac, adopter une alimentation saine, réduire sa consommation de sel, faire une activité physique ou sportive régulière, faire attention à son sommeil et réduire son stress par exemple. Opérer ces changements est simple chez certains et demande beaucoup d'efforts chez d'autres. Cependant ils constituent un enjeu important dans l'évolution de ces pathologies souvent intriquées.

On compte énormément de maladies cardiovasculaires différentes, et presque tout autant de situations individuelles avec des impacts sur la qualité de vie qui vont de « nul » à « sévère ». Dans des situations particulièrement complexes, il peut s'avérer utile de prendre un deuxième avis médical auprès d'un hyper-spécialiste de votre pathologie afin de vous rassurer ou d'envisager d'autres traitements encore inexploités.

2.5 Etat des lieux sur la réadaptation cardiaque

La Réadaptation ne signifie pas en premier lieu se faire soigner, mais au contraire se confronter activement à cette expérience pathologique et apprendre ce qui est bon pour son organisme.

2.5.1 Les Objectifs de la réadaptation cardio-vasculaire:

- Restaurer des capacités physiques perdues et retrouver confiance dans son organisme
- Reconnaître les comportements malsains, les changer et préserver un mode de vie sain à long terme

- . Empêcher les répercussions psychosociales négatives de la maladie ou les réduire
- Amélioration des capacités physiques
- . Diminution des coûts de ré hospitalisation et de séjour
 - . Amélioration de la qualité de vie et diminution des conséquences psychosociales de la maladie
 - . Diminution de la durée de l'incapacité de travail et amélioration du taux de retour au travail
 - . Stabilisation et éventuellement diminution de l'athéromatose des vaisseaux sanguins
 - . Stabilisation de l'insuffisance cardiaque
 - . Diminution de la mortalité
 - . Amélioration du rapport coût-efficacité, tant au niveau individuel qu'au niveau sociopolitique

2.5.2 Les phases de la réadaptation

La plupart des patients cardio-vasculaires suivent un programme de réadaptation structurée, qui se décompose en trois phases:

- Phase I: Mobilisation précoce en hôpital
- Phase II: Réadaptation ambulatoire ou stationnaire après sortie de l'hôpital
- Phase III: Réadaptation au long cours

2.5.2.1 Mobilisation précoce en hôpital

Cette phase de réadaptation comprend en outre une mobilisation physique précoce (se lever et faire le tour d'un espace restreint) ainsi qu'une prise en charge psychique et sociale, qui doit vous permettre de dépasser l'accident.

2.5.2.2 Réadaptation ambulatoire

Un programme de réadaptation ambulatoire dure 4 à 12 semaines. Supervisées par un médecin, Il comprend deux à trois entraînements hebdomadaires. Un concept d'urgence veille sur votre sécurité, au cas où surviendraient des complications. Votre médecin s'entretient avec vous pour

savoir si cette forme de réadaptation vous convient et si elle est compatible avec votre lieu de domicile.

2.5.2.2.1 Avantages de la réadaptation ambulatoire:

- Repos dans un environnement habituel
- Prise en compte de la famille et du/de la partenaire dans les modifications du mode de vie
- On assume plus de responsabilité personnelle, sans les règles fixes d'une organisation stationnaire
- Apprentissage d'une activité physique régulière dans un environnement familial

2.5.2.2.2 Inconvénients de la réadaptation ambulatoire:

- Danger de s'exposer trop tôt au stress professionnel ou social
- Surveillance moins étroite et pas toujours possible pour tous pour des raisons de santé.

2.5.2.3 Réadaptation stationnaire

L'élément le plus important d'une réadaptation stationnaire est son programme d'activité physique, adapté à vos capacités (gymnastique, entraînement de la force, marche, natation, ski de fond, vélo, etc.). Les offres complémentaires sont par exemple: un conseil en alimentation, des séances d'information sur des mesures préventives et des techniques de relaxation. Ce programme de réadaptation peut durer 3 à 4 semaines.

2.5.2.3.1 Avantages de la réadaptation stationnaire:

- Aucune situation de stress professionnel ou familial
- Prise en charge globale (un avantage avant tout pour des personnes seules)
- Du fait d'une surveillance accrue, des activités physiques plus intensives sont possibles
- Accompagnement étroit des patients à risque
- Le traitement simultané d'éventuelles maladies associées entretient un sentiment de sécurité.

2.4.5.2.3.2 Inconvénients de la réadaptation stationnaire:

- Séparation de plusieurs semaines de sa famille et de son environnement familial
- Moindre implication de la famille et de la/du partenaire dans les changements du mode de vie
- Les règles de l'organisation stationnaire réduisent la responsabilité individuelle.

2.5.2.4 Suivi au long cours d'un groupe cardio

La participation à un groupe de maintenance cardio est l'occasion idéale de continuer à prendre de l'exercice régulièrement, de rencontrer des gens qui vivent la même situation et d'échanger ses expériences. Cela permet d'améliorer non seulement le pronostic de la maladie, mais aussi le bien-être de chacun.

2.5.2.4.1 Avantages que l'on a à s'intégrer à un groupe cardio

- **Prise en charge:** vous êtes pris en charge par des spécialistes reconnus
- **Activité physique:** vous vous entraînez en l'absence de pression, dans le cadre d'un programme d'activité physique fait sur mesure pour des patients cardio-vasculaires. Votre forme et vos performances s'améliorent.
- **Échange d'expériences:** vous rencontrez d'autres patients cardio-vasculaires et pouvez échanger vos expériences.
- **Informations:** dans un groupe de maintenance, vous avez accès à toutes les informations importantes sur les possibilités de prévention, les méthodes d'investigation et de traitement.
- **Soutien:** vous êtes soutenue de manière idéale au moment de réduire ou de traiter vos facteurs de risque par exemple lors de l'arrêt du tabagisme, pour un changement d'alimentation ou pour faire face au stress.
- **Sécurité:** un concept d'urgence et de sécurité prévaut lors de l'admission et de la prise en charge des membres et lors d'une intervention en cas d'urgence.

2.6 Etat des lieux sur la représentation de la maladie

Selon Norén (2014), Les représentations sont un produit de l'esprit humain qui recrée en lui une « image complexe » de son environnement afin de mieux penser et agir sur celui-ci. C'est l'interface symbolique entre l'individu et son environnement perçu.

2.6.1 Les représentations individuelles

Pour Clenet (2014), les représentations individuelles sont « ce qu'un sujet a pu intérioriser d'une situation vécue de ce qui pour lui « fait sens » et donne sens à ses « actions ». Plus loin : ces représentations individuelles sont fondées sur des expériences singulière et sont construites de manière tout autant singulière dans un environnement qui devient alors singulier.

2.6.2 Les représentations collectives

Elle désigne les représentations partagées par un groupe social en termes de contenu essentiellement. Denis explique que Ces représentations comportent une spécificité individuelle mais également un noyau commun partagé par la plupart des esprits humains participant de la même culture. Ces représentations servent à définir les modes de pensées communs (autours de normes, de mythes, d'objectifs) qui règlent et légitiment les comportements au sein du groupe.

Autrement dit, étudier les représentations de la souffrance ne revient pas à mesurer les connaissances « objectives » dont disposent les individus à son égard, mais de comprendre quelle place la souffrance occupe pour eux et quel(s) sens elle peut prendre dans leur trajectoire.

2.6.3 La Recherche de sens

La maladie marque une rupture avec un état antérieur, ce qui est d'autant plus marqué s'il s'agit d'une maladie chronique. Cette rupture ne se conçoit encore une fois que par rapport à un milieu social défini. Pour comprendre sa maladie, le malade va se poser plusieurs questions pour déterminer les causes et même le sens. "Pourquoi moi ?", " Pourquoi maintenant ?", "Pourquoi lui ?" "Pourquoi ici ?" Les représentations qu'il va construire vont l'aider à y répondre (Taïeb et Al, 2005 ; cité par Fonga, 2014). L'objectif de cette quête revêt plusieurs aspects :

- Pouvoir déterminer de quelle maladie il s'agit
- Trouver son mode de survenue
- Comprendre qui en est à l'origine
- Déterminer pourquoi la maladie s'est développée à ce moment, sous cette forme et chez cette personne.

Pour interpréter sa maladie, l'individu cherche qui pour la plupart, non-rein à voir avec celles données par le corps médical (Herzlich ,1984 ; cité par Fonga, 2014). Encore une fois, l'individu

cherche à retrouver sa place dans la société. Mieux, les représentations qu'aura un individu de sa maladie ne sont pas liées à une mauvaise information du patient ou à un manque de connaissances de celui-ci. Elles sont liées à son vécu et à son expérience. (Fonga, 2014).

Tchokote et al. (2020), ont réalisé une étude qualitative (étude de cas) au Centre National de Réhabilitation des personnes en situation de handicap Cardinal Paul-Léger (CNPRH). L'objectif était de saisir les enjeux des représentations culturelles sur le devenir des sujets en situations de handicap moteur acquis à l'âge adulte. Il en ressort que les personnes en situation de handicap moteur font preuve de compétence personnelle et environnementales pour vaincre l'adversité. Cependant l'auteur affirme que les ressources environnementales à travers l'apport de la communauté culturelle de ces sujets ne permettaient pas aisément l'atteinte d'une restructuration psychique censée faciliter le travail de mentalisation du traumatisme induite par la nouvelle situation.

2.7. Sujet face à la maladie cardiovasculaire : le point de vue développementale

Selon la Fondation canadienne des maladies du cœur (2011), les symptômes de la crise cardiaque chez les femmes sont parfois plus difficiles à définir, car ils sont perçus comme un inconfort plutôt que comme une douleur thoracique. Néanmoins, les différences seraient subtiles. Par ignorance de leur risque d'être atteintes de ce type de maladie ou par ignorance des signes avant-coureurs, les femmes ne réagiraient pas d'une manière adéquate. Selon la Fondation, les femmes ne prennent pas toujours leurs sensations au sérieux.

Pour Rosenberg et Allard (2007), Les maladies coronariennes ne se manifestent pas de la même façon chez les hommes et les femmes. Ces dernières ont des symptômes qui sont à la fois différents et plus variés. Pour Northrup (2010), des connexions neuronales entre le cœur et le cerveau différenciées selon le sexe expliquent les symptômes différents chez les hommes et les femmes. Ainsi, des femmes aux prises avec de graves problèmes cardiaques ne ressentent pas toujours de douleur à la poitrine. Elles éprouvent, par exemple, une douleur à la mâchoire et des symptômes d'indigestion. Elles peuvent aussi faire une insuffisance cardiaque globale, un « infarctus silencieux ».

CHAPITRE 3 : CADRE THEORIQUE

Par cadre théorique, Nkoum (2012 P. 79) entend « un ensemble de connaissances, concepts, théories et références qui permettent de décrire, d'expliquer et d'analyser la question de recherche ou l'hypothèse énoncée ».

En effet, ce chapitre s'intéressera à la relation entre représentation de la maladie et la notion de travail d'élaboration de la souffrance psychique. A ce titre, nous présenterons d'abord les modèles explicatifs de la représentation de la maladie, ensuite nous présenterons les théories explicatives du travail d'élaboration à l'instar de la théorie de la symbolisation et celui de la mentalisation.

3.1. Modèles explicatifs des représentations de la maladie.

3.1.1. Actualités sur les modèles de la représentation de la maladie.

Pour mieux comprendre le concept de représentation de la maladie divers modèles théoriques ont été développées. Ceux-ci fournissent un cadre théorique permettant d'étudier de façon empirique les comportements de santé. Selon Callaghan et al (2008), de manière spécifique, ils guident la sélection des variables sous étude tout en permettant de comprendre comment la combinaison de ces derniers peut déterminer ou prédire les comportements et résultats de santé. Les modèles traditionnels à l'étude des comportements de santé incluent le Health Belief Model ou modèle de croyances et de perception (Becker, 1974), le modèle de l'action raisonnée (Ajzen & Fishbein, 1975) ainsi que le modèle d'auto régulation (Leventhal Meyer, Nerenz, 1980). Seulement, les deux premiers modèles mettent l'accent sur les bénéfices perçus et les risques ; stipulant que les patients vont suivre les recommandations médicales si les bénéfices sont perçus plus importants que les coûts.

Selon Janelle (2010), le problème avec de tels modèles réside dans le fait que les composantes centrales à l'origine des comportements de santé (identifiées par ces auteurs) sont des comportements cognitifs statiques (par exemple, l'intension). Selon Coutu et al (2000), non seulement de telles variables sont difficiles à définir, opérationnaliser et à mesurer, mais elles peuvent difficilement représenter des croyances, qui dans la réalité sont dynamiques, interagissent avec différents facteurs externes et sont en continuelle adaptation. En effet, comme le souligne Shifren (2003), on retrouve de plus en plus d'évidences à l'effet que les comportements de santé sont un processus dynamique. Par exemple, les individus qui doivent prendre des décisions en lien avec leur santé, doivent pour ce faire, intégrer plusieurs sources d'information différentes en vue de prendre une décision éclairée (Shifren, 2003).

De façon plus spécifiques diverses critiques ont été faites au Health Belief Model (HBM), notamment à savoir qu'on ne retrouve aucun consensus au niveau de la façon de mesurer le concept de « menace perçue » (Janelle, 2010). Comme le soulignait déjà l'auteur du modèle (Becker, 1974), la variabilité qui existe entre les composantes du HBM rend problématique l'interprétation des résultats à travers les études. Plus récemment, Harvey et al (2009) soulignaient que le bien que les principales dimensions du modèle influencent significativement les comportements de santé, le pourcentage de variance expliquée demeurait quant à lui faible (10%). Au sujet de la théorie de l'action raisonnée, on reproche le fait que bien qu'elle mesure les intentions, celles-ci ne se traduit pas toujours en termes d'actions, ce qui limite la portée et l'utilité d'un tel modèle.

Finalement, une critique qui peut être adressée aux deux modèles est le fait qu'ils ne tiennent pas compte du processus émotionnel (vivre la peur, l'émotion) qui est lié à l'expérience de la maladie et qui peut par conséquent influencer les décisions de santé (Harvey, 2010). Les modèles d'auto régulation de Leventhal et al (1980) quant à eux sont différents des autres modèles puisqu'ils tiennent compte des expériences actuelles et passées du patient. Janelle (2010) estime qu'il s'agit des modèles les plus couramment utilisés car ils considèrent le patient comme un personnage actif dans la gestion de sa propre condition. Aussi, non seulement ils tiennent compte du volet émotionnel lié à la prise de décision de santé (Harvey, 2009), mais permettent également de capturer la nature dynamique et évolutive de la représentation de la maladie.

Notons aussi que la notion de représentation est partagée sur différentes disciplines scientifiques. Ces représentations sont assez variées ; et cela encore plus lorsqu'il s'agit des sciences humaines et sociales, et prennent en compte les conceptions de la maladie sur le plan social, anthropologique, philosophique, mais aussi et surtout sur le plan cognitif et du pont de vue psychanalytique qui semble être d'une importance pour notre étude.

3.1.2 Les représentations sociales de la maladie

La perception ou représentation de la maladie décrit la manière dont une personne pense à la maladie ou la perçoit. Ce processus fait référence à la façon dont un individu en bonne santé pense à des maladies particulières, ou à la manière dont une personne atteinte d'une maladie lui donne sens. La perception de la maladie est généralement envisagée selon deux approches différentes que sont les représentations cognitives et les représentations sociales de la maladie.

Selon Moscovici (1961), les représentations de la maladie sont de l'ordre d'une interaction entre deux facteurs individuels et des facteurs sociaux. Elles se réfèrent à la fois à la biographie de la personne et aux structures sociales et culturelles ; il s'agit là pour les représentations de la maladie, des théories dites profanes. Elles ne sont pas établies par manque d'information ou par information erronée. En revanche, elles naissent de la nécessité d'établir un sens commun, partagé, à une expérience qui est souvent vécue de façon contradictoire selon les personnes. Etablir ce cadre commun permet alors de faciliter les échanges et la communication. Dans ses recherches, Bishop (1996) montre que l'appartenance culturelle joue un très grand rôle dans les représentations collectives et individuelles, notamment au niveau de la démarche thérapeutique choisie par la personne malade. Dans le cadre interactions individu-société, Herzlich (1969) s'est intéressé au contenu de ces représentations. Il met en évidence un « schéma figuratif », selon lequel il existe entre la santé et la maladie le même lien d'opposition qu'entre individu et société. Dans cette théorie, l'individu est par nature sain, mais rendu malade par les modes de vie que lui inflige la société. Il découle trois conceptions et explications de la maladie, qui sont fonction de la conception du rapport entre individu et société. L'on distingue :

-La maladie destruction : la maladie implique l'anéantissement personnel et relationnel, et une tendance à refuser que la maladie puisse être menaçante, déstructurant, ou nécessitant médecin et traitement.

-La maladie libération : la maladie est vécue comme l'opportunité de rompre la routine quotidienne dans laquelle la personne n'a pas le temps de s'occuper de ses besoins ni d'exprimer certains aspects de sa personnalité.

-La maladie profession : la maladie est vue comme partie intégrante de la vie, la personne trouve des moyens de faire avec ses nouvelles capacités et de nouvelles façon de mener sa vie sociale.

3.1.3 Contribution de l'anthropologie médicale (d'après Sarradon-Eck, 2002)

L'anthropologie médicale considère que la relation médecin-malade est une interface culturelle, une rencontre entre une culture « populaire » (ou « profane ») et une culture « savante » (Kleinman, 1980, cité dans Sarradon, 2002). Elle nait d'un souci de ne pas limiter la perspective au traitement des maladies, mais de prendre en compte l'ensemble des composantes sociales et culturelles qui interviennent dans la santé. Nous nous contenterons de présenter les causes et différents modèles explicatifs de la maladie selon cette discipline.

3.1.3.1 Les causes de la maladie selon le point de vue anthropologique

Les anthropologues Zempléni et Sindzingare (1981, cités dans Sarradon-Eck, 2002) ont montré que le diagnostic de la maladie, dans la pensée profane, comporte 4 modes opérations et questions correspondantes : quelle maladie ? Comment est-elle survenue ? Qui ou quoi l'a produite ? Pourquoi moi ? Dans la terminologie qu'ils proposent, la cause est le moyen (le mécanisme) qui engendre la maladie, l'agent causal est ce qui détient la force efficace pour produire la maladie, et l'origine est l'événement ou la conjoncture historique dont la reconstruction rend intelligible l'irruption de la maladie dans la vie des individus.

Cette terminologie rend compte des différents niveaux du questionnement lent du malade et de son groupe que provoque l'événement-maladie. Elle permet aussi une classification des « causes » de la maladie dans la pensée profane.

La cause de la maladie (comment la maladie est-elle survenue ?) :

-Par la rétention de tout ce qui devrait normalement être extériorisé : les difficultés relationnelles, le stress, le chagrin, les larmes, un conflit, un symptôme plus ou moins grave ; mais aussi les déchets, les « humeurs », le sang des menstruations, les crachats, le pus, la sueur ;

-Par la pénétration au niveau des zones frontières du corps du froid (plus rarement du chaud), de l'humidité, des microbes, de la pollution (atmosphérique, mais aussi empoisonnement par la nourriture chimique ou « trafiquée », « ingurgitation » du médicament, etc.) ;

- Par la perturbation de la circulation (au sens du mouvement) du sang (blocage, engorgement, montée brutale à la tête, chute de la tension, épaissement, ralentissement, sang « tourné », etc.) ou de l'énergie.

- Par la rupture de l'équilibre mécanique de l'individu : équilibre énergétique ou équilibre statique. La rupture de l'ordre corporel qui en résulte provoque un désordre dans l'agencement des pièces de la machine corporelle qui sont « déplacées » ;

- Par la rupture de l'équilibre de la relation de l'individu au cosmos : changement d'heure, changement de temps (au sens de climat), changement de lune, aliments dits non naturels (chimiques), médicaments qui « vont contre la nature » (contraceptifs, THS) ;

- Par l'usure du corps.

L'agent causal (qui ou quoi l'a produite ?) :

- Le travail : excès de travail, conditions de travail pathogènes ;
- Le « stress » à connotation négative, à différencier du surmenage qui peut avoir une connotation positive d'un point de vue existentiel. Ce surmenage-là est mis en avant par les patients dans leur discours sur les causes de la maladie comme une façon de souligner une réussite professionnelle ou un trait de la personnalité hautement valorisé dans la société (hyperactivité, investissement personnel dans son travail ou dans la vie sociale, générosité, don de soi, etc.) ;
- La pollution de l'air, de la nourriture (chimique), de l'eau, etc.
- La médecine par l'administration de produits chimiques (médicaments) ou par son intervention directe sur le corps (chirurgie, radiothérapies) ;
- L'autre (conjoint, enfant, parent, collègues de travail, employeur, voisin, etc.) en tant qu'agent intentionnel (la maladie est une des issues du conflit social ou familial).

. Les modèles explicatifs de la maladie

Le quatrième niveau de questionnement est celui de l'origine de la maladie : pourquoi moi ? (Pourquoi suis-je malade ? Pourquoi maintenant ?). Cette question est explicite ou latente dans toutes les interrogations des malades sur leur maladie. L'analyse des modèles explicatifs de la maladie par les malades eux-mêmes permet d'ébaucher la classification suivante :

. Modèles punitifs :

Pour que la punition soit clairement explicitée, ou que le modèle punitif apparaisse « en creux », il est clairement enraciné dans la culture occidentale, même si on a oublié le contexte religieux dans lequel il est né (Herzlich et Pierret, 1984, cités dans Sarradon-Eck, 2002). Selon l'origine de la maladie on peut différencier :

- Un modèle religieux selon lequel l'origine du malheur est la transgression d'un interdit religieux ou moral, d'une norme sociale (ou parfois seulement familiale) en matière de sexualité, d'alliance ou de génération, de comportement social, de valeurs. La transgression peut être le fait de l'individu ou celui d'autres membres du groupe pour lequel l'individu va « payer », c'est-à-dire assumer une forme de rachat des fautes à l'image du Christ rédempteur. L'idée de la faute est intériorisée par le sujet malade, quelle qu'elle soit et quel que soit le fautif, au point que la relation causale entre la maladie et la faute soit automatique, sans questionnement, prévue par Dieu, et en même temps, à un système de réparation des fautes. Le

rachat des fautes par la maladie est une voie de salut, et l'étymologie du mot salut (salut égale santé) prend ici tout son sens ;

- Modèle héréditaire selon lequel, dans une certaine conception de l'hérédité, le malade est la victime d'un aïeul fautif ou d'une lignée, ou encore victime du hasard, mais dans tous les cas il n'est en rien responsable de cette maladie qui touche, même si les facteurs environnementaux sont essentiels au développement de la maladie.

Dans les 2 premiers modèles punitifs, la maladie fonctionne comme la marque d'une inconduite sociale de l'individu malade : s'il y a maladie, c'est qu'il y a eu faute. Le diagnostic étiologique est, dans ce modèle, une forme de « démarche judiciaire inversée » (Zempléni, 1985 cités dans Sarradon-Eck, 2002) c'est-à-dire un mode de raisonnement qui part de la maladie comme d'une sanction pour identifier les conduites sociales prohibées (la cirrhose est la sanction de l'alcoolisme, le cancer des poumons, celle du tabagisme, le sida, celle d'une vie sexuelle débridée ou d'une toxicomanie).

. Modèles persécutifs.

Ces modèles, que l'on croyait nettement privilégiés par les sociétés traditionnelles, sont aussi présents dans la société occidentale (Fainzang, 1989, cités dans Sarradon-Eck, 2002). Cette étude le confirme, sous des formes différentes :

-Modèle de la possession selon lequel la maladie est provoquée par un autre individu qui a jeté un sort au malade. Ce sort peut soit empêcher les forces du malade (en les inhibant) de combattre les forces maléfiques, soit activer les forces du mal contre l'individu. Dans les deux cas, les forces du mal manipulées contre l'individu ou présentes insidieusement dans sa vie quotidienne, prennent possession du malade ;

- Modèle du complot selon lequel le malade est une victime de l'agression directe, sous diverses formes, d'autres individus, sans l'intermédiaire de la magie. L'agresseur est un membre de la famille, de l'entourage professionnel, des institutions publiques, ou encore le corps médical par ses thérapeutiques « contre nature » et par ses « abus de pouvoir » ;

Dans ces 2 modèles, la maladie est la marque de l'Autre, un autre plus ou moins fantasmatique, mais néanmoins mauvais. S'il y a maladie, c'est qu'il y a Autre responsable ; le diagnostic étiologique est ici encore une démarche judiciaire, mais non inversée, car si le malade est une victime, il faut qu'il y ait un agresseur.

Le modèle biomédical de l'explication de la maladie cardiovasculaire

Selon ce modèle, l'origine de la maladie est la transgression de lois médicales, scientifiquement définies et diffusées dans les discours relatifs à la santé publique par la voie des médias. Morale d'une vie saine et les codes de bonnes conduites sanitaires (le « code européen contre le cancer » par exemple, avec ses 10 commandements) ont été intégrés par la population qui en connaît les règles, mais ne les respecte pas toujours. La maladie est une sanction prévisible, car à telle transgression correspond une ou plusieurs maladie (fumer donne des cancers aux poumons, à la vessie, et participe aux autres ; manger gras donne des maladies cardiovasculaires, etc.). Le salut pour l'individu réside dans la stricte obéissance aux lois médicales, dans un comportement respectant la rationalité scientifique.

Le modèle psychosomatique-psychanalytique de l'explication de la MCV

Selon ce modèle, l'origine du mal est dans la personnalité de l'individu. La vulgate psychanalytique a diffusé une typologie de personnalités pathogènes ou déficientes qui, lorsque l'individu est placé dans une situation difficile, correspondent à des maladies somatiques envisagées ici comme des solutions inconscientes et inadaptées aux difficultés rencontrées. Il n'y a pas de transgression proprement dite, mais une incapacité de l'individu à répondre correctement à l'injonction de perfection de la société. L'individu est responsable de sa pathologie et de sa résolution. La maladie est une punition en tant que témoin de l'échec de l'individu à résoudre ses problèmes, et stigmaté visible par les autres de la personnalité pathogène de l'individu malade ;

- Un modèle de terrain selon lequel l'origine de la maladie est connue dans les modèles précédents à l'intérieur de soi, non pas dans une « personnalité pathogène » mais dans un « terrain pathogène », (terrain énergétique, physique, immunitaire, moral, spirituel, astrologique). On trouve cette conception dans différentes thérapies alternatives, mais aussi dans les thérapies comportementalistes et en immunologie. Dans ce système explicatif de la maladie, le salut est dans la nature, c'est-à-dire essentiellement en soi. Si l'individu n'est pas directement responsable de sa maladie, il l'est de sa guérison.

3.1.4. Représentations cognitives de la maladie

Chaque personne a son propre sens à la maladie, en fonction des représentations collectives, la perception sociale du lien entre santé et maladie, et de l'expérience des symptômes. Au niveau individuel, on a pu établir l'existence de prototypes de la maladie (Rosch, 1978). Ces prototypes

correspondent à une conception générale qu'ont les individus de différentes maladies, sur leurs natures, leurs symptômes, leurs causes et leurs conséquences. Lorsqu'elles perçoivent des symptômes particuliers, les personnes feraient une comparaison entre les symptômes vécus et les différents prototypes de la maladie qu'ils connaissent le mieux, ce qui facilite leur accès et leurs disponibilités aux informations relatives à la maladie plus facilement.

Selon Leventhal et al (1980), les individus créent des représentations cognitives et affectives de leur maladie pour donner du sens et gérer leur problème de santé. L'interprétation de cette information constitue le premier pas dans le processus de recherche d'aide, d'initiation d'une stratégie de coping, et d'adoption d'une prise en charge.

Les représentations de la maladie sont guidées par trois sources d'information, abstraites et concrètes.

- L'information disponible avant d'être confronté à la maladie, en tant que connaissance collective ;
- Les informations données par l'environnement sociale, par des personnes d'importance significative (proches, équipe médicale) ;
- L'expérience de la maladie, qui comprend les informations somatiques et symptomatiques, basées sur les perceptions actuelles et l'expérience passée de la maladie. Celle-ci inclut la connaissance de l'efficacité de moyens précédemment utilisés pour gérer les symptômes. Les facteurs comme la personnalité et l'origine culturelle ont une influence dans cette expérience (Leventhal et al., 1992).
- Les informations provenant de ces sources permettent la constitution de théories implicites de la maladie. Ces théories propres à chacun donnent lieu à des pensées relatives à la maladie. Cela permet à la personne de donner son propre sens à la maladie et de former une représentation de son état.

Leventhal et al (1992) précise que le processus de construction de cette représentation est un processus symétrique, à deux niveaux : conceptuel (abstrait et présupposé) et schématique (concept et perçu). Des liens sont faits entre sources d'informations abstraites et les sources d'informations concrètes d'une manière intuitive et automatique. On recherche les adéquations entre les deux types d'informations : l'existence des informations présupposées dans le concret de l'expérience de la maladie, et les informations données par le vécu des symptômes et de leur tentative de gestion dans les données abstraites et présupposées théoriques. Il s'agit par exemple de relier les symptômes et le diagnostic.

C'est la perception des représentations de la maladie via ces processus symétriques ; ces représentations de la maladie ont été appelées perception de la maladie. Celle-ci donne une signification personnelle aux symptômes, autour de plusieurs thèmes ou dimensions logiques.

3.1.5 Les composantes de la perception de la maladie

A partir d'entretiens à durée non limitée, plusieurs dimensions constituant la perception de la maladie ont pu être identifiées (Leventhal, Nerenz et Steele, 1992). Au nombre de cinq au départ (identité, cause, conséquence, contrôle/guérison et durée), on peut en discerner actuellement huit :

- L'identité : il s'agit de la désignation de la maladie (étiquette) et des symptômes vécus par le patient et attribués à la maladie.
- La cause : il s'agit de ce que le patient se représente comme étant les facteurs ayant causé la maladie, il peut s'agir de causes biologiques, environnementales, émotionnelles ou psychologiques : lorsque les causes sont questionnées, il s'agit pour le patient de donner du sens à sa maladie, à tous les changements que celui-ci implique. Dans leur étude sur la polyarthrite rhumatoïde, Affleck et al (1987) n'ont pas montré le lien entre la cause nommée et l'ajustement psychologique ou le fonctionnement physique, en revanche, les personnes qui n'arrivent pas à identifier une cause se sentent plus impuissantes et ont un moindre ajustement psychologique et physique.
- La dimension temporelle : chronique ou aigue : le patient se représente la maladie comme étant chronique (qui dure dans le temps) ou aigue (la fin de cet état de maladie est perçue comme proche dans le temps). Cyclique : le patient peut percevoir sa maladie évoluant de façon cyclique, par crises.
- Les conséquences, les effets : il s'agit de ce que la personne perçoit comme étant la gravité et les effets de la maladie, sur lui-même, son entourage son quotidien.
- La guérison, le contrôle : la croyance en l'efficacité d'un traitement ou d'une recommandation : il s'agit de la confiance assortie de la croyance qu'un traitement ou un conseil donné par un praticien de santé peut améliorer son état de santé.
- La représentation émotionnelle : dimension qui représente les émotions négatives suscitées par la maladie (colère, anxiété, inquiétude, peur, déprime...)
- La cohérence de la maladie : il s'agit d'une métacognition. Ce que pense la personne de la cohérence et de l'unité de sa représentation de la maladie, comment la maladie prend du sens, dans le déroulement des événements de vie, les causes de la maladie, les

dimensions qu'elle touche (par exemple on observe une incongruence lorsque la douleur est limitée à sa dimension physique), il s'agit du degré de compréhension de la maladie s'articulent, s'harmonisent ou non. Une bonne cohérence est associée à un meilleur ajustement à long terme (Morris, 2002) et à un meilleur bien-être.

Bien que distinctes, ces composantes de représentations ne sont pas indépendantes les unes des autres et entretiennent des rapports logiques comme nous le verrons.

3.1.6 Les rapports logiques entre ces construits

Plusieurs études ont permis de démontrer des rapports logiques entre les différentes composantes des perceptions de la maladie, sur un certain nombre de maladies différentes (Leventhal et al 1984 ; Moss-Morris et al, 2002). De ces études, il a été démontré que :

- La dimension *identité* est corrélée fortement à la dimension cohérence de la maladie. Les causes sont très souvent des facteurs immunitaires ou psychologiques et, d'une façon moindre, des facteurs de risques, souvent, les personnes qui ont un score d'identité élevé vont avoir une représentation de la maladie comme un peu contrôlable, chronique, avec des graves conséquences dans leur style de vie.
- Les attributions causales, en fonction de leur nature, sont corrélées avec différentes dimensions. Les attributions aux facteurs psychologique, et au système immunitaire sont toutes positivement corrélées les unes avec les autres et reliées fortement aux représentations émotionnelles négatives. Plus particulièrement on trouve :
 - Les attributions au système immunitaire sont associées à la chronique ou la cyclicité de la maladie, à la cohérence et à une perception moindre de contrôle du traitement ;
 - Les attributions aux facteurs de risque sont positivement reliées au contrôle personnel et à la croyance en l'efficacité d'un traitement et au sens de la cohérence ;
 - Les attributions à des facteurs psychologiques sont positivement reliées à une vision de la maladie comme étant chronique et à la possibilité d'un contrôle personnel ou en l'efficacité du traitement. On observe une forte association avec des représentations émotionnelles et ces croyances sont associées à plus de détresse.
- Les attributions à des *causes psychologiques et aux facteurs de risque* sont corrélées avec une perception du contrôle personnel et de l'efficacité du traitement plus élevés. Cela suggère que les gens se sentent plus au contrôle de leur maladie s'ils endossent des facteurs causals psychologiques et comportementaux (fumer, régime alimentaire, alcool, stress, surmenage). D'un autre côté, les attributions au système immunitaire, qui

associe le facteur causal à un locus de contrôle plus externe, incluant les microbes, pollution et système immunitaire défaillant sont reliées à une perception du contrôle du traitement plus pauvre, une vision de la durée comme chronique et cyclique et des conséquences plus graves.

- L'aspect *chronique ou cyclique* de la maladie est très souvent associé à une perception de la maladie comme ayant de graves conséquences et des représentations émotionnelles négatives, avec un sentiment d'auto-efficacité et une perception de la possibilité de guérison ou de contrôle de la maladie par le traitement faible.
- Les croyances sur les *conséquences graves* de la maladie sont corrélées très fortement à une vision de la maladie comme chronique et, dans une moindre mesure, cyclique, à l'identité à des attributions à des causes immunitaires, aux représentations émotionnelles négatives, et inversement reliées à la cohérence.
- La dimension contrôle /guérison est associée négativement à la chronicité et la gravité de la maladie, de même qu'aux représentations émotionnelles négatives. Le sens de la cohérence y est positivement associé.
- Les représentations émotionnelles négatives de la maladie ne sont pas reliées à la sévérité objective de la maladie. Elles sont négativement corrélées aux dimensions relatives au contrôle et à la guérison, positivement à toutes les attributions causales, aux conséquences, est de nature cyclique et est hors du contrôle de la personne semblent fortement affecter les réponses émotionnelles du patient.
- La dimension cohérente de la maladie est fortement corrélée à celle de l'identité de la maladie, positivement à l'attribution aux facteurs de risque, ainsi qu'à la perception d'un contrôle possible. D'autre part, lorsque la maladie est perçue comme chronique, cyclique, avec des conséquences importantes et engendre une détresse émotionnelle, la cohérence devient moindre.

Ces associations logiques, par leur effet de structure, permettraient d'expliquer certains résultats dans le fonctionnement. Leventhal et al (1980) précisent que la perception de la maladie constitue un filtre à travers lequel la personne voit le monde, sa situation. Ainsi, elle occupe une grande place dans les décisions de recherche de soins (Leventhal et al., 1992), l'adhérence au traitement ou à l'avis médical (Leventhal et al., 1980), le retour au travail, et dans les processus de faire face à la maladie chronique, ou coping, avec succès (Moss Morris et al., 2002).

3.2 La théorie de La symbolisation

Du grec antique, « *signe de reconnaissance* », le concept de symbolisation est rattaché à la notion de symbole, signifiant. Les travaux sur la symbolisation commencent par la psychanalyse avec Freud, dans ses travaux sur l'aphasie en 1891. Il met en relation la représentation des mots et la représentation des choses. Pour lui la représentation des mots est une représentation dite symbolique et repose sur le travail de la symbolisation. Celle-ci se caractérise par l'organisation d'une liaison s'effectuant entre la représentation de chose et la représentation des mots. Plus tard, Freud va appréhender ce processus comme étant le travail de liaison entre deux traces : l'une perceptive et l'autre inconsciente. Dans ce sens la symbolisation ne relie pas l'objet à la représentation, mais deux types d'images de l'objet, deux traces différentes de l'objet. Dans ce cas la symbolisation renvoie à la capacité qu'a un être humain de représenter et de se représenter (Pelsser, 1989, Bitsi, 2005).

Selon Pelsser (1989), la symbolisation s'organise en 3 caractéristiques principales :

–D'abord, la symbolisation désigne à la fois le lien et la séparation. C'est le cas par exemple avec Freud pour le cas du jeu de bobine où l'enfant associe le symbole bobine à la représentation de la mère. Pour cela en lançant la bobine et en la ramenant vers lui, l'enfant symbolise le départ et le retour de la mère.

–Ensuite, la symbolisation désigne la capacité qu'a le sujet à transformer ses expériences vécues en contenus psychiques. Où l'appareil psychique transforme les événements provenant du « dedans » c'est-à-dire les événements issus de la pulsion présentée par l'affect et la représentation. L'autre provenant du « dehors » c'est-à-dire provenant de l'extérieur par l'intermédiaire de l'objet. Dans ce cas il s'agit de la mise en relation de la pulsion et de l'objet.

–Enfin, la troisième caractéristique désigne la symbolisation comme une capacité d'avoir accès à un registre symbolique à l'autre à travers le langage. Cette dernière permet ainsi au sujet d'avoir une distance par rapport à la réalité.

Pour Kaes (2005), la symbolisation prend une tout autre ampleur, dans la mesure où il désigne une relation entre symbolisé et symbolisant. Ici, il considère le conte, le rêve, le mythe, les croyances, comme des phénomènes psychiques sous-tendus par un processus de symbolisation en mettant en jeu la réalité psychique, la trame de l'intersubjectivité et les formations culturelles et sociales.

Selon Roussillon (1995), la symbolisation se structure en deux modalités que sont la symbolisation primaire et la symbolisation secondaire en s'inspirant des processus primaires et processus secondaires.

Schématiquement, la symbolisation primaire concerne la production des représentations de chose, ou « symboles primaires », à partir d'une première inscription essentiellement perceptive. La symbolisation secondaire qu'en a elle, est reliée la représentation de chose et la représentation de mot. Ce modèle s'appuie sur une différenciation entre trois types d'inscription psychique l'expérience vécue, décrite dans les travaux de Freud : la trace mnésique perceptive, la trace inconsciente (représentation des choses) et la trace verbale préconsciente (la représentation des mots) (Di Rocco, 2006).

La nécessité de définir une symbolisation primaire vient d'une réflexion sur les conditions permettant la mise en place de l'activité représentative. La notion de symbolisation primaire permet de compléter, et de complexifier le modèle classique du passage de la trace mnésique perceptive à la représentation basée sur la « rétention d'énergie », comme le propose Freud dès l'esquisse pour une psychologie scientifique. (Di Rocco, 2006)

Tout un travail psychique complexe est nécessaire pour que l'expérience première insaisissable directement puisse prendre une forme représentative. La symbolisation secondaire concerne cette conception du travail de mise en représentation basée sur l'absence perceptive, la suspension de la modalité et le deuil. La symbolisation primaire est en contre point va s'appuyer sur le mode de présence de l'objet, sur les éléments perceptifs, sur les modalités d'investissement, pour produire de mise en forme perceptive, des transformations motrices. (Di Rocco, 2006)

Le travail de symbolisation primaire est un travail de transformation de la trace mnésique en représentation et aussi en un travail de transformation du rapport du sujet à la trace mnésique des expériences antérieures. Cette transformation représentative comporte une opération de méta-représentation par laquelle le sujet se représente qu'il représente. (Di Rocco, 2006)

Cette méta-représentation est le produit du travail de transformation qui transforme le rapport du sujet à la représentation. La symbolisation primaire produit donc des représentations chose de représentations, dont l'archétype peut être représenté par la notion de « podiums malléable » qui forme une première étape dans l'élaboration d'une fonction réflexible. Roussillon fait l'hypothèse que cette propriété « méta » émerge des rencontres intersubjectives

précoces dans lesquelles la psyché transfère une partie de son travail psychique. (Di Rocco, 2006)

Pour ce qui est de la symbolisation secondaire, le travail, de transformation implique la présence d'un objet et nécessite trois temps : un temps intersubjectif ; un temps autosubjectif et un temps narcissique. (Di Rocco, 2006)

– Le temps intersubjectif : C'est dans la relation avec l'objet où déroule la première forme de mise en jeu nécessaire à la saisie de soi, nécessaire au déroulement des premières formes de symbolisation. C'est dans ce registre que se situent les notions théorisées par différents auteurs, comme la fonction pare-excitation dans la relation précoce à la mère, le rôle de miroir primitif, de visage maternel, la capacité de rêverie maternelle...

– Le temps autosubjectif : c'est le temps de jeu solitaire.

– Le temps narcissique est le temps du rêve, de dématérialisation du jeu au sein de l'espace interne, le passage de la chose qui représente à la représentation de chose.

Pour Roussillon c'est le travail symbolique primaire qui permet la production de représentation de chose à partir du représentant psychique de la pulsion qui est la première forme de représentation psychique. Le rêve et le jeu suscitent le transfert des représentations de chose qu'ils mettent en jeu dans l'appareil de langage. C'est alors la symbolisation secondaire qui permet la production des représentations de chose dans l'appareil de langage et des représentations de mot. La symbolisation secondaire ne concerne pas uniquement la liaison entre représentation de chose, elle concerne aussi le dégagement de la représentation de mot. Le mot se détache progressivement de la représentation de chose pour devenir un « *représentant-représentation* » spécifique qui échappe aux traces de la perception visuelle de la chose. Le mot transite entre les registres primaires et secondaires de l'appareil psychique. C'est tout ce processus de transformation qu'interne du rapport aux mots et à l'appareil de langage qui permet de passer de la représentation de chose à la représentation de mot, qui relie l'un à l'autre. (Dît Rocco, 2006)

Pour Roussillon, ce processus est typique du passage de l'organisme infantile à l'organisation de la phase de latence, mais ce processus est repris à chaque réorganisation psychique majeure comme l'adolescence et l'âge adulte. C'est en cela que la dialectique entre processus primaire et processus secondaire n'est pas figée, mais qu'elle évolue au fil du temps et des problématiques. (Dît Rocco, 2006). La symbolisation nécessite différentes séquences temporelles. Une partie de la symbolisation se déroule au moment où l'expérience de vie à

condition qu'un espace transitionnel interne ait pu être introjecté et que cette expérience ne déborde pas les capacités de symbolisation actuelle du sujet. Une autre partie de la symbolisation s'effectue après-coup dans un espace et temps particuliers permettant la reprise de cette expérience, comme dans le rêve (Dît Rocco, 2006).

Par ailleurs, en 1997, Roussillon s'est intéressé aux processus perceptifs et symbolisant stimulés lors des épreuves projectives. Pour lui, la conscience perceptive est le résultat d'un travail organisateur du psychisme à partir des données perceptives brutes extérieures. Il structure en 4 temps le processus par lequel, la symbolisation primaire ainsi que la symbolisation secondaire se met en place chez une personne à partir d'une épreuve projective. Mieux, il décrit comment s'effectue la traversée organisationnelle et transformatrice de la perception brute au sein de l'appareil psychique :

- Le premier temps (somatique) est celui de la réception du stimulus
- Le deuxième temps correspond à la « traversée » du Ça et est un temps préreprésentatif. La perception est alors investie libidinalement et également organisée en fonction de la préhistoire personnelle et culturelle de la personne.
- Le troisième temps concerne la subjectivité, comment le Moi va réagir à la perception. La perception devient alors subjectivée et signifiante pour le sujet.
- Le quatrième temps correspond à un niveau de symbolisation secondaire de la perception, dans lequel, la représentation de chose activée par la perception, vise à atteindre le préconscient. La censure intrapsychique intervient alors et transforme, signifie l'indice de perception afin que celui-ci s'harmonise avec l'organisation « officielle » du Moi. L'indice perceptif est finalement relié aux représentations de mots et donne lieu à la formulation de la réponse. (Delisle, 2010).

En somme, les modalités primaires et secondaires de la symbolisation rassemblent une série de processus qui transforment la matière première psychique et produisent des représentations qu'elles soient représentation de chose ou représentations de mot, sont le but d'une mise en réseau d'expérience perceptive concernant les différents canaux sensoriels. (Dît Rocco, 2006). Ainsi, dans l'optique davantage comprendre le sujet en souffrance, Roussillon (1995) a élaboré de la symbolisation dans son ouvrage : « symbolisation et transitionnalité ». Il définit 2 niveaux de symbolisation. À savoir symbolisation primaire et la symbolisation secondaire. La symbolisation primaire suppose un travail psychique de subjectivation de l'expérience brute, à savoir les mnésique et perceptives. À partir de ses traces mnésiques, le

sujet aboutit à des représentations de chose : c'est la symbolisation primaire. En ce qui concerne la symbolisation secondaire, elle constitue un autre type de travail psychique qui se caractérise par un travail de liaison entre les différentes représentations. Toutefois, selon les différents niveaux de symbolisation, le défaut de symbolisation serait à l'origine d'une pathologie précise. (Bitsi, 2005)

3.3. La théorie de la Mentalisation

Mise sur pied dans les années 70-75, elle s'intéresse à la dimension de la qualité et la quantité des représentations de l'individu (Marty, 1991). Le processus de création d'élaboration d'une mentalisation procède par liaison des représentations des mots aux représentations des choses dans le système préconscient, il s'agit d'un processus « *psychodynamique visant à amoindrir l'impact des automatismes psychologiques et psychobiologiques sur le sujet ; à les réorienter en les donnant des tournures positives, c'est-à-dire favorable à ce dernier et à sa communauté et allant dans le sens de la communauté ; à les éliminer afin d'adopter des solutions adéquates, mais qui dans leur visée sont définitivement toujours plus humaines* ». (Janet dans l'automatisme psychologique_Cité par Mayi, 2017).

Les représentations que le sujet à d'une situation donnée, détermine la capacité de celui-ci à la traverser ou non des moments de forte excitation. Ceci nous informe de la place indispensable des représentations dans la vie mentale du sujet. C'est par elle en effet que se fond les associations d'idées, les réflexions intérieures. Elles sont aussi utilisées constamment dans les relations directes avec les autres.

Ce concept de mentalisation prend des perspectives théoriques variables. Selon la position cognitive générale, mentalisé c'est aller dans le sens du mental qui s'oppose au biologique à l'organisme. Par ailleurs, la position de Luquet cité par Mayi 2017, suppose que la mentalisation désigne « *une classe générale d'opération mentale incluant la représentation et la symbolisation et conduisant à une transformation des expériences pulsionnelles chargée d'affect en structure mentale de mieux en mieux organisé* ». Ce qui veut dire que devant une souffrance psychique que présente un individu, une bonne mentalisation est suffisante pour rétablir l'équilibre. Les représentations psychiques constituent la base de la vie mentale de chaque individu. Elles permettent les associations d'idées, les pensées, la réflexion intérieure. Elle participe aussi constamment dans notre relation directe ou indirecte avec les autres. Par ailleurs, elles se constituent en une évocation de perspective première qui s'est inscrite et qui laisse des traces mnésiques et où sont associées des tonalités affectives (Marty, 1991).

La mentalisation concerne principalement l'activité représentative et fantasmatique de la personne. Dans la mesure où le travail de liaison des représentations s'opère dans le système préconscient. Pour Martyr, la mentalisation s'apprécie selon trois axes :

- Son épaisseur : concerne le nombre de couches de représentations accumulées et regroupées au cours de l'histoire individuelle.
- Sa fluidité : concerne la qualité des représentations et leur circulation, aussi bien à travers les différentes époques qu'actuellement.
- Sa permanence : concerne la disponibilité, à tout moment, de l'ensemble de ses représentations aussi bien sur le plan quantitatif que sur le plan qualitatif.
- À ces trois critères, il faut en ajouter un quatrième, celui de la domination de l'activité de représentation par le principe de plaisir-déplaisir ou par l'automatisme de répétition.

Par ailleurs, la mentalisation s'organise en trois grandes catégories : dans cette perspective on distingue selon Martyr, 1991 :

Une bonne mentalisation : celle-ci caractérise les individus qui « *ont en permanence à leur disposition une grande quantité de représentation psychique liée entre elles et enrichies pendant le développement de multiples valeurs affectives et symboliques* » (Martyr, 1991, p.30).

➤ Une mauvaise mentalisation : elle est caractérisée par une réduction de la qualité des représentations, une pauvreté de préconscient, autrement dit, les liaisons entre les représentations dispensables sont mal assurées, elles ne se prêtent pas aux associations d'idées et ne s'enrichissent pas de valeur affective de symbolique à travers le temps (Martyr, 1991, p.29).

➤ Une mentalisation incertaine : ici, ce sont des personnes qui ont parfois une bonne mentalisation et parfois une mauvaise mentalisation. Dans le premier cas, les représentations sont riches et contrairement dans le deuxième cas, il y a une pauvreté de représentation ; dans ce type de mentalisation, les sujets soumis à des indisponibilités des représentations acquises, par évitement ou répression de ces représentations, cette incertitude de mentalisation provient de la variation quantitative et qualitative des représentations (Martyr, 1991, p. 31 - 32).

Névrose de comportement : en plus de ces trois types de mentalisation citée ci-dessus Martyr ajoute cette quatrième qui est Névrose de comportement. Les névroses proviennent des fixations peu solides qui manquent une faillite de l'organisation génétique anale et renvoie à

des systèmes archaïques ou l'on rencontre peu d'organisations mentales, même à peine élaborées, le fonctionnement de la première topique est inconsistant, le surmoi œdipien ne s'est pas constitué. Les comportements et les conduites difficilement surmontés, sont issus des instincts par les intermédiaires sensori-moteurs, sans représentations accessibles à la conscience de la pauvreté et de la réduction des représentations, incapacité à maintenir une relation avec les objets intérieurs et d'intériorisation objectale ce qui mène à recourir à des objets extérieurs (Martyr, 1976, p. 106 - 107- 110).

3.3.1. Approches explicatives, processus et dimensions de la mentalisation

Nous présenterons ici les approches explicatives de la mentalisation en psychologie, puis ses grandes dimensions.

3.3.1.1. Quelques approches explicatives de la mentalisation

- Approche de la mentalisation chez Debray

Debray (2001) cité par De Tychev, Diwo et Dollander (2002), la mentalisation est « la capacité qu'a le sujet de tolérer, voire de traiter ou même de négocier l'angoisse intrapsychique et les conflits interpersonnels. Il s'agit d'apprécier quel type de travail intrapsychique est réalisable face à l'angoisse, à la dépression, et aux conflits inhérents à la vie ». Elle insiste sur la nature des conflits qui peuvent ne pas être uniquement intrapsychique, sur l'élaboration des affects de déplaisir comme l'angoisse ou la dépression.

-Approche de la mentalisation chez Dejours

Selon Dejours cité par De Tychev, Diwo et Dollander (2002), deux définitions donnent sens à la mentalisation notamment un travail de la pensée sur les représentations et un processus de construction de la représentation. Pour ce dernier, la désorganisation est une conséquence d'un traumatisme et la décompensation témoigne de l'impossibilité de mentaliser l'excitation.

- Approche de la mentalisation chez Fonagy

Selon Fonagy (1996) cité par De Tychev, Diwo et Dollander (2002), la mentalisation est la capacité de « fonction autoréflexive » et l'aptitude à considérer les états mentaux de l'autre pour la compréhension et le déterminisme de son propre comportement. Il insiste sur le rôle de l'attachement précoce sécurisant dans l'adaptation psychique de l'enfant, en particulier en sa capacité de régulation des affects. Selon l'auteur, la compréhension de nos propres états

émotionnels et la représentation qu'on se fait de ces états et ceux d'autrui déterminent notre capacité à faire face aux situations.

- Approche de la mentalisation selon De Tychey

Selon De Tychey (2002), la mentalisation correspond à la capacité de traduire les mots, en représentations verbales partageables, les images, et les émois ressentis pour donner un sens communicable, compréhensive pour l'autre et pour soi d'abord. C'est donc le travail de pensée permettant de traduire les excitations liées au traumatisme en représentations partageables, de s'en saisir en leur attribuant une signification et éventuellement de les verbaliser.

3.3.1.2. Processus et dimensions de la mentalisation

La mentalisation peut être décrite comme l'intégration et l'articulation de fonctions cognitives et affectives opérant de manière automatique ou contrôlée, concernant la réalité psychique (interne) ou perceptive (externe), au sujet de soi ou d'autrui.

- Les processus dits de mentalisation

Parmi les processus de mentalisation, nous distinguons les processus dit de pensée et les processus d'affectivité.

Processus de pensée

Les processus de pensée renvoient aux représentations, la pensée, l'imaginaire et la symbolisation qui sont des processus étroitement liés.

Les représentations

La représentation renvoie à ce que l'on se représente, le contenu d'une pensée, mais aussi l'élément qui représente un phénomène psychique, qui est à la place. Dans la théorie du fonctionnement mental, la représentation se distingue de l'affect. Elle est le processus de création et d'utilisation d'image stable d'une chose à la place de la chose elle-même. Une représentation est donc une trace mnésique plus ou moins investie affectivement (Mayi, 2017).

La pensée

Mayi (2017) souligne que la pensée est étroitement liée à la représentation, la pensée a comme aspects originaux, son origine (l'acte dont elle constitue un substitut), son double rôle de régulation intrapsychique et d'adaptation au réel, sa liaison à la négation, à la fois sur le plan génétique et sur le plan métapsychologique. La pensée conserve un lien étroit avec la libido,

aussi bien dans son origine que dans son fonctionnement qu'alimente une libido déssexualisée et sublimée. Elle s'exerce toujours avec une prime de plaisir : plaisir de fonctionnement

L'imaginaire et symbolisation

La symbolisation et l'imaginaire sont deux dimensions fondamentales de la pensée qui participe à l'expression du principe de toute puissance des idées.

L'imaginaire peut être défini à la fois comme cadre opératoire d'origine psychophysiologique et ses contenus idées ou représentations et qui expriment toute l'importance de ce processus psychologique qu'on appelle imaginaire. L'imaginaire relève du domaine de l'imagination créatrice sur la base de laquelle les représentations sensibles différentes des objets réels ou des situations vécues sont élaborées.

La symbolisation quant à elle fait appel au symbole. Le symbole c'est ce qui représente la réalité abstraite ; quelque chose qui représente autre chose, c'est un signe figuratif qui représente un concept, qui est à l'image, l'attribut, l'emblème.

. Processus de l'affectivité

Les processus de l'affectivité intègrent l'affect, l'anxiété et l'angoisse

L'affect

L'affect est l'énergie quantifiée attachée à chaque représentation et donc la source est pulsionnelle. Selon Mallet en introduisant cette notion d'affect, il est question d'intégrer l'éprouvé dans un ensemble plus large d'éprouvés du Moi. Ce dernier distingue les affects narcissiques réactionnels ayant leur siège et leur origine dans le Moi seulement et non dans le corps (colère, ressentiment) ; et les affects appétitifs objectaux (honte, haine) dont l'origine est dans le ça et le corps.

L'anxiété

Janet définit l'anxiété comme un sentiment pénible d'attente, une peur sans objet. Selon Guyon cité par Begerret, (1995), elle serait plutôt le sentiment pénible d'un danger imprécis et mal définissable. Les termes Angoisse et anxiété sont souvent utilisés comme synonymes.

Néanmoins, ils ont été différenciés pour exprimer des degrés d'intensité d'un même phénomène, soit pour marquer une distinction entre le sentiment d'insécurité indéfinissable et les sensations physiques de constriction et oppression.

L'angoisse

L'angoisse est considérée par Freud comme une véritable fonction du Moi. C'est comme un signal de déplaisir qui permet de mobiliser toutes les énergies disponibles afin de lutter contre la motion pulsionnelle issue du ça, laquelle reste isolée en face de cette mobilisation du Moi.

L'angoisse est libre, flottante, sans objet précis. L'individu exprime une pâleur, couvert de sueurs, tremblant tachycardie, en proie à une agitation panique ou immobile, prostré dans l'attente de la catastrophe.

. Les dimensions de la mentalisation

Les travaux sur la mentalisation distinguent quatre dimensions qui entre en jeux dans ce processus mental à savoir la dimension émotion-cognition, la dimension externe-interne, la dimension implicite-explicite, la dimension soi-autrui (Fonagy, 2002 cité par Debbamé, 2018).

. Dimension cognitions-affective

L'intégration des polarités cognitives et affective pourrait être traduite par l'expression « sentir ce que l'on comprend ». Cette expression s'inscrit au cœur de la mentalisation. Jurist (2005) qualifie « d'affectivité mentalisée » ces moments en psychothérapie où la compréhension rencontre l'émotion l'instant d'une expérience de mentalisation incarnée. Ce type d'expérience procure au sujet une ouverture de champs, une nouvelle perspective, une réalisation vécue comme l'initiative d'une nouvelle perspective. Cet axe se réfère aux croyances et/ou aux émotions invoquées pour comprendre une situation particulière. La mentalisation peut ainsi être appréciée dans son degré d'intégration entre une compréhension cognitive en résonance avec une compréhension affective de l'expérience amenée par le patient en séance.

. Dimension explicite-implicite

Elle renvoie aux indices sur lesquels l'individu se base pour établir ses inférences d'états mentaux, visibles versus invisibles. Les travaux de Liebmann (2007) cité par Debbamé (2018) mettent en lumière le réseau fonctionnel du cerveau qui soutient les processus automatique (implicites et explicites) ; les processus automatiques engagent un réseau d'activation qui inclus l'amygdale, les ganglions de la base, le cortex préfrontal médian, le cortex singulier antérieur et le cortex temporal –latéral, tandis que le processus d'avantage contrôlé engage le CFP latéral et médian-antérieur, le cortex pariétal, le lobe temporal- médian et le cortex singulier antérieur. A la suite de ceci, Fonagy et Bateman, (2011) soutenaient qu'au niveau phylogénétique, les processus automatiques semblent engagés les régions plus anciennes du cerveau, tandis que les

processus contrôlés sont soutenus par des régions plus récentes du développement de notre organe à penser l'activation émotionnelle peut faire basculer cet axe du côté implicite : le patient n'exprime pas ses attentes car il les considère comme logiques et connues du soignant.

. La dimension externe- interne

Notre compréhension des intentions et des événements fait intervenir des facteurs externes ou internes. Face à un milieu médical difficile à appréhender, le patient aura tendance en situation de stress à se baser sur des éléments externes (attitudes du soignants, mimiques, actions) pour déduire les intentions et les états mentaux.

. La dimension soi-autrui

Dans le cadre des soins, cet axe est souvent fortement polarisé par la dépendance d'une personne par rapport à l'autre, par l'asymétrie de la connaissance et du pouvoir décisionnel.

Le patient peut s'en remettre complètement au soignant. A l'inverse, il peut également le rendre responsable de tous ces maux.

DEUXIEME PARTIE : CADRE OPERATOIRE

CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE

Le présent chapitre de la méthodologie. D'après Muchelli (cité par Fernandez & Catteuv, 2001), la méthodologie est la réflexion préalable sur la méthode qu'il convient de mettre au point pour conduire une recherche. Dans le même sillage, Fonkeng et al. (2004), conçoit la méthodologie comme un ensemble de « procédés et de techniques mis en branle pour répondre à une question de recherche, tester les hypothèses et rendre compte des résultats ». De ce fait, nous traiterons successivement dans cette partie de notre travail, de la présentation et de la justification du site de l'étude, des participants, de la méthode de recherche, de la technique de collecte des données, de l'instrument de collecte de données et de la technique d'analyse des résultats. Néanmoins, avant de présenter cette démarche méthodologique, nous allons d'abord rappeler très brièvement la problématique de cette étude.

4.1 Rappel de la problématique

Dans cette section, il est question pour nous de faire un bref rappel des éléments clés qui figurent dans la problématique. Il, s'agit du problème de l'étude, de la question de recherche, de l'hypothèse et de l'objectif de l'étude.

4.1.1 Rappel du problème

Les maladies cardiovasculaires (MCV) sont des maladies qui touchent le cœur et les vaisseaux. Les constituants du sang participent à leur développement. Différents organes peuvent ainsi être touchés : le cerveau avec l'accident vasculaire cérébral (AVC), le cœur avec l'angine de poitrine voire l'infarctus du myocarde (IDM), ou les artères périphériques avec l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI). Diverses atteintes du cœur peuvent entraîner une défaillance fonctionnelle donnant une insuffisance cardiaque (IC).

Ces maladies cardiaques en générale font partie des maladies chroniques et entraînent bien souvent des contraintes, la douleur physique mais aussi des souffrances psychologiques. Selon Inserm (2019) ces maladies imposent une modification du comportement et se présentent sous forme de restrictions ou de prescriptions qui paraissent souvent insupportables au patient. Dans cette logique, certains patients ont recours à un programme de réadaptation cardiaque afin de retrouver une qualité de vie adéquate et harmonieuse. Selon la fondation suisse de cardiologie (2022), le programme de réadaptation cardiaque occupe une place importante dans l'élaboration de la souffrance psychique du patient, car elle permet au sujet de regagner ses capacités psychiques et une confiance en soi, et permet au patient de surmonter son anxiété et ses peurs. C'est dire que la modification du comportement doit être observable afin de réduire les conséquences psychosociales négatives.

Or, les patients inscrits dans le programme de réadaptation cardiaque manifestent des signes cliniques d'attaque de panique se manifestant par des peurs intenses avec désorganisation des processus de pensée, la crainte de mourir. Les signes d'humeurs dépressives, des crises d'angoisse ainsi que l'anxiété sont repérés chez ces sujets

Il est à noter que pour la personne atteinte de maladie cardiovasculaire, la survenue ou la dégradation de la maladie, surtout accompagnée d'une invalidité de courte ou longue durée, peut provoquer une perte de qualité de vie importante chez la personne atteinte. La qualité de vie sociale, familiale et professionnelle risque ainsi se dégrader et la santé mentale de la personne atteinte peut s'en trouver affectée (ASPC, 2009).

Pour mieux élucider cela Luquet cité par Mayi 2017, suppose que la mentalisation désigne « *une classe générale d'opération mentale incluant la représentation et la symbolisation et conduisant à une transformation des expériences pulsionnelles chargée d'affect en structure mentale de mieux en mieux organisé* ». En d'autre terme les représentations que le sujet à d'une situation donnée, détermine la capacité de celui-ci à la traverser ou non des moments de forte excitation. Ceci nous informe de la place indispensable des représentations dans la vie mentale du sujet. C'est par elle en effet que se fond les associations d'idées, les réflexions intérieures. Elles sont aussi utilisées constamment dans les relations directes avec les autres.

L'étude pose à cet effet le problème du « *travail d'élaboration de la souffrance psychique chez les patients en situation de réadaptation cardiaque au regard de la représentation qu'ils se font de la maladie.* »

4.1.2 Rappel de la question de recherche

Le problème de cette étude ainsi énoncé suggère la question de recherche suivante : « En quoi les représentations de la maladie participent-elles au travail d'élaboration de la souffrance psychique chez les patients en réadaptation cardiaque ? »

4.1.3 Hypothèse de recherche

Cette question de recherche appelle une réponse provisoire c'est-à-dire une hypothèse. Cette hypothèse est la suivante : « *De part leur processus de symbolisation, Les représentations de la maladie participent au travail d'élaboration de la souffrance psychique chez les patients en réadaptation cardiaque.* ».

4. 2 Site de recherche et justification

La présence étude c'est déroulé à la polyclinique les promoteurs de la bonne santé. Il est donc question ici de faire une présentation de cette structure et de justifier notre choix.

4.2.1 historique de la structure

L'organisation non gouvernementale *solidarité internationale fondée en l'an 2000* ayant pour objectif le diagnostic et le suivi gratuit des personnes vivant avec le VIH sida est l'axe à partir du quel cette grande vision sanitaire naîtra .On souligne tout aussi que quelques temps plus tard naîtra une collaboration entre L'ONG *solidarité internationale et la polyclinique les promoteurs de la bonne santé* .Dont l'objectif n'était plus seulement le diagnostic et la suivie des personnes atteintes et vivant avec le VIH sida mais aussi la suivie des personnes et la prise en charge de plusieurs autres situations cliniques .

Après cette partie nous allons insérer le tout premier bâtiment de la polyclinique en faisant un mini commentaire.

Le projet initial est née suite à la volonté d'un jeune médecin camerounais soucieux de contribuer au bien-être de son prochain , ayant les soucis de la population et voulant toujours ouvrir pour le bien être des patients, les PBS décident d'étendre ses activités afin de couvrir un grand nombre des besoins des patients , la collaboration va donc faire naître l'idée de la mise sur pieds d'une infrastructure digne de ses ambitions susceptible de répondre aux divers appels sanitaires des populations ,en une quinzaine d'année nous sommes passées d'un cabinet médical qui dans le temps était situer dans le secteur du Cradat ; d'une structure de la promotion de la sante entend que cellule, situer en phase de l'école de poste qui de nos est le second bâtiment de la polyclinique a une structure de prise en charge de qualité associer à la promotion de la sante la prise en charge et concerne diverse pathologie et la médecine préventive . Ainsi en 2015 un bâtiment à quatre niveaux voit le jour abritant des services multiples.

4.2.2 Position géographique

La polyclinique les promoteurs de la bonne santé est située dans la région du centre précisément dans le département du *Mfoundi* arrondissement de Yaoundé IV sur l'aire de sante ngoa-ekele. La polyclinique est bornée au nord par l'Université de Yaoundé I et le Cradat, au sud par la station pétrolière Neptune, à l'est par la cite des cadres et plusieurs mini citées universitaire. A l'Ouest par le bureau des postes et l'école de poste et télécommunication. Cette clinique a été mise sur pieds sous l'autorisation numéros

3572 /A/MSP/RC/YAO/2020/A/375 par son fondateur et directeur général le Dr Yiagnigni Euloge.

4.2.3 Justification du site

Nous avons choisi la clinique les promoteurs de la bonne santé comme site d'étude car il existe au sein de cette structure sanitaire un service de cardiologie et un service de réadaptation cardiaque au sein duquel l'on retrouve des patients cardiaques, plus précisément les adultes.

Comme site d'étude, la clinique les promoteurs de la bonne santé nous offre la possibilité de mener des entretiens dans un cadre approprié.

4.3. Les participants de l'étude

La sélection des participants de cette étude s'est déroulée selon un certain nombre de critères. Notamment des critères d'inclusion et d'exclusion.

4.3.1. Critères de sélection

❖ Critères d'inclusion

- Personne ayant été atteinte d'une maladie cardiaque
- Personne ayant été inscrit dans un service de réadaptation cardiaque
- Personne ayant été inscrit au service de réadaptation après avoir suivi une opération cardiaque
- Disponibilité à participer à l'entretien
- Accepter librement de participer à l'étude.

❖ Critères d'exclusion

- Personne n'ayant pas été inscrit dans un service de réadaptation cardiaque
- Personne n'ayant suivi une opération au service de cardiologie
- Personne ayant été atteinte d'une maladie chronique autre que la maladie cardiaque
- Indisponibilité de participer à l'entretien
- Avoir refusé de signer la fiche de consentement libre et éclairé.

4.4 Caractéristiques des participants : sujets âgés

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

Participant	Jean	Marie	Paul
Sexe	Masculin	Féminin	Masculin
Région d'origine	Littoral	Centre	Ouest
Religion	Catholique	Catholique	Musulman
Type de maladie	Insuffisance cardiaque	Insuffisance cardiaque	Cardiopathie dilatée avec altération sévère
Age réel	62ans	40 ans	47 ans
Age de la survenue de la maladie	59ans	36 ans	46 ans

4.5 Type de recherche

Dans cette étude, nous allons faire usage de la recherche qualitative qui produit et analyse des données qualitatives telles que les paroles écrites ou dites et les comportements observables des personnes. Elle permet de rechercher le sens profond et les comportements humaine et des phénomènes sociaux. Et s'intéresse au sens et l'observation d'un phénomène social en milieu naturel. Ses principales caractéristiques sont « sa vision compréhensive, une approche ouverte de l'objet, le recours à des méthodes qualitatives pour le recueil et l'analyse des données ainsi que l'élaboration d'un récit ou d'une théorie pour organiser et interpréter les phénomènes » (Fernandez & Catteuw, 2001 P. 35).

Selon Fortin (2005), les études qualitatives visent à décrire un phénomène encore mal connu et de le définir afin de l'explorer en profondeur. La recherche qualitative est intensive à ce qu'elle s'intéresse surtout à des cas et à des échantillons plus restreints qui sont étudiés en profondeur.

En partant de notre objectif, cette recherche s'inscrit dans la compréhension d'un phénomène d'où le recours à la méthode qualitative. Dans le cadre de cette étude, la recherche qualitative est pertinente dans la mesure où il est question de rendre compte de la contribution

des processus intervenants dans le travail d'élaboration de la souffrance psychique chez les patients en réadaptation cardiaque au regard de la représentation qu'ils se font.

4.6 méthode de recherche : méthode clinique

Cette étude utilise la méthode clinique ; à travers la méthode d'étude de cas. Cette dernière est à même de faire une analyse en profondeur des phénomènes dans leur contexte ; d'offrir la possibilité de développer les paramètres historiques et d'assurer une forte validité interne où les phénomènes relevés étant des représentations authentiques de la réalité étudiée.

Fernandez et 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 sociale ou éducative ou une forme de conseil permettant une aide ou 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 activité pratique ou des problèmes qui l'assaillent (production des théories) (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 œuvre chez les patients en réadaptation cardiaque. Et toujours dans la même logique, pour ce faire, comme outil de collecte de données nous avons opté pour l'observation et l'entretien clinique. 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.

C'est la méthode clinique qui est 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.

4.6.1 L'étude de cas

L'étude de cas comme méthode de recherche est appropriée pour la description, l'explication, la prédiction et le contrôle de processus inhérents à divers phénomènes, individuels ou collectifs (Thomas, 2001 ; Woodside et Wilson, 2003).

Lagache cité par Pedinielli (2006) affirme que : « *le cœur de la méthode clinique est représenté par "l'étude de cas" rencontre d'un sujet considéré comme singulier, constitué par une histoire spécifique et perçu dans sa totalité (les troubles sont rapportés à l'ensemble de ce qu'il est, et la totalité de la situation est prise en compte dans la rencontre avec lui), refus de l'objectivisme, sensibilité à l'histoire, prise en compte de la relation observateur-observé, le transfert* ».

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

Nous avons fait recours à la méthode d'étude de cas parce qu'elle nous offre la possibilité de faire une étude approfondie d'un ou de peu d'objet de recherche, ce qui permet d'obtenir une connaissance vaste et détaillée de ses derniers. Mieux elle permet une compréhension

profonde des phénomènes, des processus les composantes et les personnes qui y prennent part (Gagnon, 2012).

Pour Yin (1994), la méthode d'étude de cas est comme une enquête empirique qui étudie un phénomène contemporain dans son contexte réel : quand les frontières entre le phénomène et le contexte ne sont pas clairement évidentes ; et dans lesquels de multiples sources d'évidences sont employés ; et en bénéficient des précédents développements théoriques pour la collecte des données. Aussi, parce que la méthode d'étude de cas consiste à rapporter une situation réelle prise dans son contexte et à analyser pour découvrir comment se manifeste et évoluent les phénomènes auxquels le chercheur s'intéresse (Collerette, 1997) ; aussi, avec la possibilité de développer un bon paramétrage historique du phénomène.

Un des intérêts de l'étude de cas consiste à fournir une situation où l'on peut observer le jeu d'un grand nombre de facteurs interagissant ensemble, ce qui permet de rendre compte de la complexité et de la richesse des situations comportant des interactions humaines, et de faire état des significations que leur attribuent les acteurs concernés. De même, la méthode d'étude de cas est une méthode de recherche scientifique qui consiste à singulariser à l'extrême un cas, afin d'étudier sa problématique. En d'autres termes, l'étude de cas est une observation approfondie et prolongée d'un sujet dans le seul but d'une étude aussi exhaustive que possible des caractéristiques associées à sa condition et de leurs relations.

Elle est à même de répondre à la question du « comment » en ce qui concerne (la participation de la représentation de la maladie dans l'élaboration psychique de la souffrance chez des personnes en situation de réadaptation cardiaque). L'étude de cas, est une méthodologie qui est employée pour étudier quelque chose de spécifique dans un phénomène complexe. Mieux il s'agit de savoir comment un contexte donne acte à l'évènement que l'on veut aborder.

L'étude de cas, fait appel à diverse méthode que ce soit l'observation, l'entretien semi-directif ou des techniques d'analyse de contenu (Hamel, 1997). Ainsi, à partir de ses variétés de procédés ou méthode, les données recueillies peuvent ainsi se recouvrir et s'éclairer réciproquement pour mieux mettre en relief le cas ciblé (Quentin, 2012) mais dont l'utilisation reste conforme aux principes de la clinique.

4.7 Procédure de collecte des données

Nous avons fait usage de l'entretien clinique de recherche, dans sa variante semi-directive comme technique de collecte des données. Ce type d'entretien utilisant un guide d'entretien comme outil de collecte de données est centré sur l'expression de la subjectivité. Il est donc

question de présenter cette technique qui est l'entretien semi-directif et cet outil qui est le guide d'entretien.

4.7.1 Technique de collecte des données : Entretien semi-directif

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 & Catteeuw, 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.

Pour Bénony & Chahraoui (1999), l'entretien clinique est défini par Fernandez & Catteeuw (2001, p.74) comme « un des faits de parole à l'égard d'un clinicien. ». C'est une technique de choix pour accéder à des informations subjectives (histoire de vie, représentations, sentiments, émotions, expériences) témoignant de la singularité et de la complexité d'un sujet (Fernandez & Catteeuw, 2001). En tant que technique de recherche, il permet de recueillir des approfondies sur les valeurs, les faits et les comportements des personnes interrogées.

Étant donné que nous cherchons à comprendre en quoi les représentations de la maladie participent à l'élaboration psychique de la souffrance ; 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. En le faisant, il procède par verbalisation et non à travers des données numériques.

Dans le cadre de ce travail, nous avons opté pour l'entretien semi-directif. En effet, nous voulons avoir des informations par rapport aux représentations de la maladie comme élément intervenant dans l'élaboration psychique chez des personnes en réadaptation cardiaque. Nous voulons comprendre comment les représentations de la maladie participent à la mise en sens, mieux à l'élaboration psychique de la souffrance. En effet, « *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 » (Fortin, 2006).

Le contexte de la recherche nécessite une préparation à tous les niveaux et par conséquent laisse très peu de place à l'improvisation, le choix de l'instrument de collecte de données en fait partie.

4.7.2 Outil de collecte des données : le guide d'entretien

Pour la collecte des données dans cette étude, nous avons élaboré un guide d'entretien. Il s'agit, d'un « *ensemble organisé de fonctions d'opérateurs et d'indicateurs qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer* » Blanchet et Gotmant (1992) cités par Fernandez et Catteuw (2001). C'est la liste des thèmes et sous thèmes que le chercheur doit aborder avec le participant au cours d'un entretien de recherche. L'entretien semi-directif permet donc l'élaboration d'un entretien recensant les thèmes à aborder lors de cet échange clinique particulier où c'est l'enquêteur ou le chercheur qui est demandé. Il permet au chercheur de suivre la méthodologie définie. La consigne est d'une importance capitale, d'où la nécessité de l'élaborer avec des mots simples, qui ont un sens clair et univoque pour chacun des participants ou sujets ; elle doit contenir les mots-clés du sujet.

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

Le guide d'entretien construit dans le cadre de la collecte des données dans cette étude se présente de la manière suivante :

- Préambule :

Bonjour, avant de commencer je souhaite me présenter. Je suis mademoiselle DONFACK Belle-Ornela, étudiante en Master 2 psychologie, spécialisation psychopathologie et clinique au département de psychologie à l'université de Yaoundé. Je mène une étude sur les représentations de la maladie et le travail d'élaboration de la souffrance psychique chez les patients en réadaptation cardiaque. Je m'intéresse au travail d'élaboration de la souffrance psychique chez les patients en réadaptation cardiaque considéré comme maladie chronique pouvant entraîner le sujet dans une souffrance. Afin de décrire la souffrance du sujet dans sa situation de maladie chronique et ainsi concrétiser cette étude à travers des résultats, j'ai souhaité recueillir votre avis à ce sujet via un entretien.

Est-ce que cela vous dérange si j'enregistre l'entretien afin que je puisse effectuer la transcription ? Cet entretien, a pour seul but la recherche et restera confidentiel.

- Identification des participants :

Age : Sexe : Situation matrimoniale: Situation professionnelle :

Nombre d'enfant : Age de la survenue de la maladie : Age au moment de l'opération :

Début des séances de réadaptation :

Thème 1 : Représentation de la maladie

Sous thème 1 : Reproduction de la perception

Modalité 1 : histoire de la maladie

- Pouvez-vous nous relater l'histoire de votre maladie ? / Pouvez-vous me dire ce que vous connaissez sur la maladie cardiaque ?

Modalité 2 : rapport à l'état de santé

-comment voyez-vous votre état de santé avant et pendant la maladie ?

Modalité 3 : Rapport au corps

-Comment s'est fait l'annonce de votre maladie ? qu'avez-vous ressenti ? comment percevez-vous votre corps présentement ?

Modalité 4 : Relation avec le monde médical

-Parlez-nous de votre relation avec le personnel médical (infirmiers, cardiologue, équipe en service de réadaptation cardiaque, etc.?)

-Quels sont les différents modes de traitement administré dans le service de réadaptation cardiaque ? comment les percevez-vous ? quel est votre ressenti après l'administration d'un mode de traitement en service de réadaptation cardiaque ? parlez-nous des représentations que vous avez du traitement ?

-que pensez-vous de la prise en charge physique que le personnel de santé met à votre disposition ?

Sous thème 2 : Les croyances

Modalité 1 : les éléments d'ordre culturels/ les causes culturelles de la maladie

-qu'est ce qui se disait autour de votre maladie ? qu'est ce qui se faisait avant et /ou pendant la maladie ?

-Pouvez-vous nous parler de ce qui se dit autour de votre maladie ?

Modalité 2 : les croyances en lien avec la pensée de l'environnement

Thème 2 : Travail de la Souffrance

Sous thème 1 : Les conséquences de la maladie cardiaque/ éléments structurels de la souffrance psychique

Explorer l'anxiété de la maladie, les atteintes narcissiques, le sentiment de culpabilité, le sentiment d'anéantissement de soi, la dépression, l'angoisse, atteinte de l'image du corps.

-Parlez-nous de comment vous avez vécu l'annonce de la maladie ? -Qu'avez-vous ressenti ?

Sous thème 2 : Les mécanismes de défense

Sous thème 3 : Stratégies de coping

Sous thème 4 : mécanisme de dégagement

-Qu'avez-vous fait à la suite de ce vécu et qu'avez-vous pensé faire ?

Sous thème 3 : Effort de transformation des éprouvés

Sous thème 4 : Mode défensif privilégié

Thème 3 : Travail de symbolisation

Sous thème 1 : Vécu et sens accordés à la souffrance

-Pouvez-vous m'en dire plus sur comment est-ce que vous vivez la souffrance ?

-Qu'est-ce que cela vous a fait ?

Sous thème 2 : Mentalisation des affects

4.8 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 de contenu thématique pour analyser les données qualitatives (paroles) qui ont été recueillies.

Selon Campenhoudt et Quivy (2011), l'analyse de contenu porte sur des messages aussi variés que des œuvres littéraires. Des articles, des journaux, des documents officiels, des programmes audiovisuels, des déclarations politiques, des rapports de réunion ou des comptes rendus des entretiens semi-directifs.

L'analyse de contenu occupe une place importante dans la recherche en sciences sociales car elle offre la possibilité de traiter de manière méthodique des informations et des témoignages qui présentent un certain degré de profondeur et de complexité. Mieux que toute autre méthode de travail, l'analyse de contenu permet, lorsqu'elle porte sur un matériau riche en permettant, de satisfaire harmonieusement aux exigences et de la rigueur méthodologique et de la profondeur inventive qui ne sont pas toujours facilement conciliables (Konfo, 2018).

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

- Toutes les méthodes d'analyse de contenu conviennent à l'étude de l'implicite ;
- Elles obligent le chercheur à prendre beaucoup de recul à l'égard des interprétations spontanées et en particulier, des siennes propres ;
- Portant sur une communication reproduire sur un support matériel, elles permettent un contrôle ultérieur du travail de recherche ;
- Plusieurs d'entre elles sont construites de manière très méthodique et systématique sans que cela ne nuise à la profondeur du travail et à la créativité du chercheur, bien au contraire. Dans l'analyse de contenu, ce n'est ni la représentativité, ni la généralisation des données qui intéresse le chercheur, mais plutôt la singularité et la fertilité des données non numériques (Paillé,

1996). Ainsi, nous avons fait usage de l'analyse de contenu thématique pour analyser les données qui ont été recueillies.

4.9. Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été entrepris avec des participants qui répondaient aux critères d'inclusion mentionnés plus haut. Les rencontres se sont faites en salle réadaptation cardiaque, un cadre familial pour nos participants, et où la situation de recherche venait s'imbriquer sans trop de changement. La séance de réadaptation cardiaque entre 10 à 20 minutes, nous laissons écouler 1 heure de temps, avant de commencer les échanges. Ce temps, c'est avéré nécessaire pour le branchement ; Ceci, de telle sorte qu'ils soient bien calmes, que les infirmières aient fait tous les contrôles de base, afin d'éviter une interruption pendant l'entretien. Ce dernier, était d'environ 30 minutes. En outre, les entretiens se sont faits directement après la prise de contact. À la fin de la rencontre nous ne manquons pas de remercier les participants de leur adhésion.

4.10 Difficultés relatives à la collecte des données

La principale difficulté rencontrée était l'accès aux participants. En effet, leur vie est rythmée par les séances de réadaptation cardiaque qu'ils font en moyenne tous les jours. L'objectif était de s'entretenir avec les participants au bon moment c'est-à-dire lorsque tous les paramètres étaient stables (tension artérielle), et par la même occasion, il fallait prendre en compte leur humeur.

4.11 Considérations éthiques

Les règles éthiques ont été prises en compte pendant l'entretien. D'abord, le respect de la personne en situation de réadaptation cardiaque. 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 leur 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 à l'élaboration psychique ; 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.

4.12 L'analyse thématique de contenu

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.

Pour procéder à cette étude, 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).

La technique d'analyse thématique est outil d'aide à l'analyse de discours. 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'ont 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.

Tableau 1 : Grille d'analyse

Theme	Codes	Sous-thème	Codes	Modalités	Codes	Observations		
						+	-	±
Représentation de la maladie	A	Reproduction des perceptions	a	Histoire maladie	1	Aa1+		
				Rapport à l'état de santé	2	Aa2+		
				Rapport au corps	3	Aa3+		
				Relation monde médical	4			
		Croyances	b	Éléments d'ordre culturel	5			Ab5
				Les causes culturelles de la maladie	6			Ab6
				Croyance en lien avec la pensée de l'environnement social	7	ABb7		
Travail de souffrance	B	Mécanisme	C		8	Bc8+		
		Stratégie coping	D		9			Bd9
		Effort de transformation	E		10	-	-	-
		Mode défensif pris	F		11	-	-	-
Travail de symbolisation	C	Vécu et sens accordé à la souffrance	G		12	Cg12+		
		Mentalisation des affects	H		13			

Légende :

+ : Eléments perceptifs, symptômes psychopathologiques, vécu, ressentit très accru, existant ou encore visible

_ : Eléments non perceptifs, symptômes psychopathologiques, vécu ressentit invisible, ou encore inexistant

: Eléments très accrus, pas très visible ou encore moins perceptibles.

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

Ce chapitre cinquième de cette étude porte sur la présentation et l'analyse des résultats que nous avons collectés à l'aide des entretiens semi-directifs auprès de trois participants. Pour des raisons de confidentialités et d'anonymat, ces participants ont été surnommés Samba, Véronique et Sandrine. Il sera question ici de faire une brève présentation de chaque participant, de procéder à l'analyse thématique des entretiens.

5.1 PRESENTATIONS DES PARTICIPANTS

5.1.1. Cas Jean

Mr Jean est âgé de 67ans. Croyant il est catholique. Il est de la région du centre et a fait des études en psychologie de l'enfant niveau licence. Marié et père de six enfants il est un enseignant retraité. Il a été victime d'une cardiopathie-rythmique et a été inscrit au service de réadaptation cardiaque. Début de la maladie Avril 2020

5.1.2. Cas Paul

Mr Paul est âgé de 47ans ; Il est croyant il est de religion musulmane. Marié père de 04 enfants il est de Foumban et exerce le métier de conducteur de taxi. Il souffre d'une cardiopathie dilatée avec altération sévère. Début de la maladie en janvier 2022

5.1.3. Cas Marie

Madame Marie âgée de 45ans, est une croyante de religion catholique ; elle est issue de la d'une famille de 09 enfants, elle étant la deuxième. Elle de la région du centre et a fait des études de droit et est Avocat au Barreau. Célibataire mère de 02 enfants, elle a été Victime d'une insuffisance cardiaque ; une embolie pulmonaire. Date de début de la maladie le 17Août 2019

5.2. ANALYSE THÉMATIQUE DES DONNÉES DE L'ENTRETIEN

5.2.1. Analyse cas par cas

Il est ici question de faire une analyse de contenu thématique des données que nous avons collectés auprès des trois participants sélectionnés. Nous allons d'abord mettre en évidence la souffrance psychique, ensuite rendre compte du processus d'élaboration de cette souffrance en ressortant les représentations de la maladie.

5.2.1 Cas Jean

5.2.1.1 Représentation de la maladie

- Reproduction des perceptions

Dans le discours de Jean, nous constatons qu'il est tombé malade pendant la période de COVID-19 et n'ayant pas de connaissance sur la maladie cardiovasculaire, il en ressort son histoire et comment sa maladie a débuté. C'est dans ce sens qu'il dit : *« au début j'avais un essoufflement, les difficultés à respirer qui persiste d'ailleurs, c'est dire que au repos quand je prends la position couchée je suffoque et je prends la position assise, et quand je reviens à la position assise ça va et je me mets à visionner de peur de suffoquer en me couchant, pareil lorsque je marche sur un terrain plat ça va mais quand je monte une petite colline je m'essouffle et je me fatigue. Bon je voyais cet essoufflement là et j'assimilais cela à l'asthme, je suis allé au dispensaire qui est proche de la maison et là-bas on a pris mes paramètres et ma tension, au niveau de ma tension on m'a dit que les battements de cœur n'étaient pas normaux par ailleurs que la tension était basse et que ces battements de cœur seraient cause de l'essoufflement et qu'il fallait absolument voir un cardiologue. Ensuite quand je voulais aider madame à fendre le bois je sentais comme si le cœur qui veut s'écrouler et comme si le sang coule et se déverser dans le ventre, et la tête maintenant c'est comme si on avait jeté un caillou dessus et les sphères, il me faut m'agripper sur quelques choses sinon je suis menacé de tomber, voilà un peu comment à commencer ma maladie. Mais je n'ai pas de perte d'appétit, juste la fatigue ».*

Aussi Jean nous fait part de son état de santé et de ses rapports avec le personnel médical qui l'a accompagné lors de sa rééducation et des différents modes de traitement administrés dans le service de réadaptation cardiaque (infirmiers, cardiologue, équipes en service de réadaptation cardiaque), rapport qu'il trouve satisfaisant ; Ce qui l'amène à affirmer que : *« il y'a un léger mieux j'arrive déjà à me coucher sans plus m'étouffer mais je ne parviens pas encore à marcher sur la côte, c'est uniquement sur terrain plat. Le médecin m'a conseillé de faire des exercices de marche 2 à 3 fois par semaines, et je suis aussi sur traitement. Donc il y'a un léger mieux je suis plus à l'aise ».* *« En ce qui concerne le personnel médical, ça va je trouve satisfaction, les infirmières, le cardiologue, et tout le reste sont très sympas font très bien leur travail. Il m'encourage beaucoup dans ma rééducation.*

-Les croyances

Les croyances sont l'ensemble des pensées et des jugements que le patient développe sur la maladie. Elles peuvent être conscientes ou plus souvent inconscientes, et ont alors une influence sur la motivation, la complaisance, la résistance ou l'évolution de la maladie.

Chez Jean la survenue de sa maladie est due aux efforts fournis au travail et trouve solution que la médecine, Il que cela se fait selon la volonté divine, et seule la prise des médicaments et le respect des instructions du médecin peuvent apporter satisfaction et guérison. C'est dans ce sens qu'il dit : *« La maladie en elle-même je l'ai vu simplement comme toutes les maladies. Pour vous dire vrai nous n'avons parlé de ma situation à personne, seulement ma femme et mes enfants étaient au courant. Vous savez je viens d'une famille polygamie et je suis le seul garçon à ma mère, et chez nous la jalousie règne beaucoup surtout quand on voit que tes enfants ont réussies et que ce n'est pas le cas chez les autres. Du coup quand j'ai constaté que j'étais malade je fais comprendre à ma femme et mes enfants que cela doit rester entre nous, même le voisinage n'était pas au courant puisque chez nous les bétis l'on se méfie de tout le monde même de sa propre famille. Et aussi dans la famille beaucoup me promettent la mort, dans le sens que les autres estiment que moi j'ai réussi et c'est comme si j'avais pris ce qui leurs revenaient ».*

5.2.1.2 Souffrance psychique

- Blessure narcissique

Parlant de la souffrance psychique, Jean dans de son discours nous fait ressortir un sentiment de peur, d'anéantissement de soi, d'anxiété, c'est dans ce cas qu'il affirme que : *« au début j'avais un essoufflement, les difficultés à respirer qui persiste d'ailleurs, c'est dire que au repos quand je prends la position couchée je suffoque et je prends la position assise, et quand je reviens à la position assise ça va et je me mets à visionner de peur de suffoquer en me couchant, pareil lorsque je marche sur un terrain plat ça va mais quand je monte une petite colline je m'essouffle et je me fatigue ».*

-Contraintes liées à l'alimentation

Vivre avec une maladie chronique c'est très compliqué, si à cela s'ajoute un régime alimentaire cela devient plus difficile avec les temps qui sont très compliqués, ceci ressort des dires de notre participants Jean qui trouvent très difficile le régime alimentaire proposé par le médecin. On le perçoit lorsqu'il dit : *« L'alimentation au début ce n'était pas facile.*

Au début ce n'était pas facile parce que le régime est très strict et quand tu le respectes, le régime est strict et j'avais tellement maigri ; ma femme me faisait respecter le régime. Mais au fur et à mesure que parlais avec elle me disait comment tu vas faire parce que... Mange normalement maintenant si tu manges un truc ça te dérange tu achètes tel médicament tu bois. C'est comme ça que j'ai donc expérimenté ça ; mais bon je mange tout. Si je mange... Il y a quand même des choses que je ne mange pas comme les repas salés, on m'a interdit cela, et aussi l'alcool m'a été interdite. Si je mange une nourriture ça me dérange je bois un produit ».

-Retentissement sur les activités physiques

Chez Jean, les contraintes liées sur les activités physiques ne sont pas trop présentes.

Tableau 2 : grilla d'analyse du participant Jean

Thème	Codes	Sous-thème	Codes	Modalités	Codes	Observations		
						+	-	±
Représentation de la maladie	A	Reproduction des perceptions	A	Histoire maladie	1	Aa1+		
				Rapport à l'état de santé	2	Aa2+		
				Rapport au corps	3			Aa3±
				Relation monde médical	4	Aa4+		
		Croyances	B	Éléments d'ordre culturel	5			Ab5±
				Les causes culturelles de la maladie	6		Ab6-	
				Croyance en lien avec la pensée de l'environnement social	7	Ab7+		
Travail de souffrance	B	Mécanisme	C	Déni	8	Bc8+		
		Stratégie coping	D	Acceptation	9	Bd9+		
		Effort de transformation	E		10			
		Mode défensif pris	F		11			
Travail de symbolisation	C	Vécu et sens accordé à la souffrance	G		12	Cg12+		
		Mentalisation des affects	H		13			

5.2.2. Cas Paul

5.2.2.1. Représentation de la maladie

- Reproduction des perceptions

Paul est tombé malade l'année passée ; pour mieux nous faire part de sa maladie et de la reproduction des perceptions qu'il a, il a tout d'abord fait à part de l'histoire de sa maladie, dans ces verbatim nous avons pu voir comment se dernier se représente la maladie. Il le montre en disant : *« je suis un chauffeur de taxi, et je travaille beaucoup, mais un temps quand je montais dans mon véhicule je marquais un temps d'arrêt pour respirer, quand je conduisais je marquais un temps, puis du coup un matin en me levant du lit pour aller au travail, j'ai senti comme une douleur à la poitrine et je commençais à respirais à peine. J'ai fait part de ça à ma femme, elle m'a donné de l'eau et m'a conseillé de ne pas sortir ce jour et de me reposer. Plus je me couchais plus j'avais le sentiment que ma respiration se bloquais plus, et à un moment j'ai commencé à respirait par la bouche et je respirais un peu plus difficilement. Nous sommes allés dans une clinique à Foumban et c'est la -bas que j'ai fait ma première consultation comme je l'ai dit avant de venir ici, j'avais fait déjà fait une première à Foumban, lorsque ma femme a constaté que mon état de santé n'était pas bon, nous sommes allés dans un centre, et de là on m'a demandé de faire l'électro-cœur, quand je l'ai fait, le cardiologue m'a fait comprendre que le sang coagulait, et que ça ne ravitaillait pas tout le corps et l'organisme. Et il m'a prescrit des médicaments, dans ma tête je me disais que en prenant les médicaments cela ira mieux et quand je l'ai pris, je me sentais bien. Mais deux semaines après j'ai commencé à ressentir les mêmes douleurs, et j'avais toujours ces problèmes de respiration. C'est ou j'ai appelé mon cousin qui vit à Yaoundé et il m'a demandé de venir me faire soigner chez le Dr Eloge qui est cardiologue, et c'est comme que ma femme et ma moi avons pris la route pour ici ».*

Concernant le rapport au corps et au personnel de santé, nous constatons un sentiment de satisfaction vis-à-vis du mode de traitement, et du personnel médical lors de son séjour dans la deuxième clinique, mais aussi nous avons pu constater que ce n'est pas le cas lors de sa première consultation à Foumban. Ceci se traduit par les verbatim de ce dernier lorsqu'il dit : *« A Foumban, le cardiologue m'a fait comprendre que le sang coagulait, et que ça ne ravitaillait pas tout le corps et l'organisme. Et il m'a prescrit des médicaments, dans ma tête je me disais que en prenant les médicaments cela ira mieux et quand je l'ai pris, je me sentais bien. Mais deux semaines après j'ai commencé à ressentir les mêmes douleurs, et j'avais toujours ces problèmes de respiration. C'est ou j'ai appelé mon cousin qui vit à Yaoundé et il m'a demandé*

de venir me faire soigner chez le Dr Eloge qui est cardiologue, et c'est comme que ma femme et moi avons pris la route pour ici ».

-Les croyances

Pour ce dernier, sa maladie est purement clinique, il n'y a aucune mystique derrière. Mais du point de vue de la famille les causes d'une maladie, relève toujours de la sorcellerie, de tout ce qui est mystique. Il affirme en disant : C'est dans ce sens qu'il dit : *« les pratiques culturelles ne se font pas chez nous, ma maladie est conçue comme toute autre maladie, elle est simple, et je sais que par la grâce de Dieu tout ira mieux et je vais pouvoir recommencer à travailler ».*

5.2.2.2. Souffrance psychique

. Blessure narcissique

Concernant le cas de Paul, nous avons constaté qu'il ne manifestait pas trop de signe de sentiment d'anéantissement de soi, pas d'atteinte narcissique, il était plutôt confiant.

. Contraintes liées à l'alimentation

Le régime alimentaire demande une nouvelle organisation chez les participants, ainsi il affirme en disant : *« Les gens meurt, les gens meurt ...] Les gens meurent bon beaucoup meurt parce qu'ils ne savent pas ils ne connaissent pas s'abstenir ; il faut s'abstenir et oublier une certaine chose tu as compris maintenant [...] Quand tu vois une certaine chose et que c'est interdit ne mange pas. Quand tu vas manger tu auras des problèmes donc c'est comme ça. Moi je bois mais je ne bois qu'un seul verre moi je bois, je ne bois pas le jus. Tu as compris maintenant, quand je bois un verre de jus j'ai les problèmes parce que le jus a le gaz donc il faut éviter de prendre le gaz, quelque chose avec le gaz c'est les problèmes. Sans gaz tu n'as pas de problème. [...] Quand je passe la journée, comme je pars sans manger là je n'aurai pas fin ça coupe d'abord la famine mais quand je vois la nourriture je mange mais je peux manger ça le matin (il parle des graines) je ne mange plus. [...] Oui à midi et je mange encore le soir donc c'est comme ça. Donc ça, c'est un truc qu'il m'a bien expliqué comment ça se passe. Antistress, fatigue et un coupe-faim ; quand je prends ça, je n'ai plus faim. ...] Le coupe-faim là ça me plaît même parce que quand je fais comme ça, je ne peux pas avoir le ballonnement de ventre parce que quand je mange ça, ça ne donne pas l'appétit ça ne peut pas quand je mange déjà ça, je n'ai plus de problème. Mais quand je tombe sur la nourriture après eh, je dose ça bien, correctement et bien [...] Et quand je mange comme ça ma quantité je dors je n'ai pas de*

problème [...] Donc je n'ai pas moi de pression et déjà que la vie est très difficile et tout est devenu très chère pourquoi donc compliqué avec la nourriture (il rit) ma fille je mange tout.

. Retentissement sur les activités physiques

Chez Paul, vu que son travail était un moyen pour lui de faire des activités physiques, en se trouvant sans travail, et avec des soucis de respiration, il manifeste un sentiment de faiblesse ou d'incapacité à agir. Il l'affirme en disant : « *Je ne pouvais plus continuer avec le travail vu le manque de respiration, même les petites choses que j'avais l'habitude de faire je ne l'ai fait plus je vis au dépend de mon grand frère maintenant, et je suis vraiment reconnaissant* », « *Oui il m'a soutenu jusqu'à maintenant* ».

Tableau 3 : grille d'analyse du participant Paul

Theme	Codes	Sous-thème	Codes	Modalités	Codes	Observations		
						+	-	±
Représentation de la maladie	A	Reproduction des perceptions	A	Histoire maladie	1	Aa1+		
				Rapport à l'état de santé	2	Aa2+		
				Rapport au corps	3	Aa3+		
				Relation monde médical	4	Aa4+		
		Croyances	B	Éléments d'ordre culturel	5		Ab5-	
				Les causes culturelles de la maladie	6		Ab6-	
				Croyance en lien avec la pensée de l'environnement social	7		Ab7-	
Travail de souffrance	B	Mécanisme	C	Déni	8	Bc8+		
		Stratégie coping	D	Acceptation	9	Bd9+		
		Effort de transformation	E		10			
		Mode défensif pris	F		11			
Travail de symbolisation	C	Vécu et sens accordé à la souffrance	G		12		Cg12-	
		Mentalisation des affects	H		13			

5.2.3. Cas Marie

5.2.3.1. Représentation de la maladie

-Reproduction des perceptions

Marie est tombée malade en 2019, pour elle la survenue de sa maladie est dûe à la séparation de ses parents, et aux habitudes de sa mère et de ses frères vis-à-vis d'elle et de son père vu qu'elle avait un amour inconditionnel pour ce dernier. Cela est visible dans les propos suivants : *« parlant de ma maladie je tiens à vous informer que dans ma petite enfance je n'ai jamais été malade sauf la grippe, car j'étais une très grande sportive. Et en ce qui concerne ma maladie, je dirais qu'elle a commencé après la séparation de mes parents ... »*

Après la séparation de mes parents j'ai été dépressive à cause de l'amour que je portais à mon père, et après cela je me suis remise, jusqu'à sa mort (Silence). Après la mort de mon père j'ai rencontré le diable en personne mon frère (mimique puis silence) je me sentais comme téléguidé, mes proches s'éloignaient de moi, tout le monde m'avait abandonné même ma propre mère. Et c'est comme cela que un matin je me réveille, je ressens quelques douleurs à la poitrine et quelques instants après je m'évanouie, je savais que j'étais malade mais je ne savais pas que c'était de cette maladie qu'il s'agissait. Je tombe malade plus précisément le 15 Août 2019 à 10h ».

Marie ne déploie pas la qualité de service procurer par le personnel médical et le mode traitement administré par le service de réadaptation cardiaque. Mais par contre au niveau du rapport au corps il manifeste un mécontentement, un refus de son état corporel. Ceci est visible dans ces propos : *« Me voilà pleine de vie et voilà que je suis devenue l'ombre de moi-même, je suis là à embêter mon premier fils, qui lui avec tous ces choses est obligé de s'occuper de moi et cela me gêne beaucoup ... ». « J'avais perdu mes cheveux, c'est ça qui m'avait alors plus traumatisé, j'avais des beaux cheveux, bien long, naturelle, je me ventais, mais j'ai été vraiment abasourdie ... ».*

- Les croyances

Marie perçoit sa maladie du point de vue clinique et trouve aussi origine dans l'œuvre de Dieu, mais met aussi en exergue les croyances que la famille a de sa maladie. De ce fait elle affirme que : *« Bon le seul héritage que ma laissé mon père c'est la croyance en Dieu, mais ma mère, elle est fréquente les marabouts et elle a amené tous ses enfants là-bas. Moi elle m'avait amené une fois et je n'ai pas trouvé satisfaction dans le discours de cette dernière et j'ai décidé de ne*

plus y allé, et de continuer de croire à Dieu, ce de même du côté de la grande famille car les différentes représentations qu'ils se font autour d'une maladie à première vue est qu'elle est d'abord mystique, la maladie pour eux n'est jamais clinique, et de ce fait il faut aller vers les tradipraticiens ». « Je ne crois pas au pratique, mon père m'avait appris que seule Dieu est au centre de toute chose et maintenant je veux connaître Dieu plus à travers des lectures bibliques. « Je relative sur tout aujourd'hui, car si je suis vivante aujourd'hui c'est grâce à toi mon Dieu, louange à toi seigneur ! Louange à toi seigneur ! Mais moi personnellement je sais que ma maladie est simple, et peut être dû au choc que j'ai eu à l'annonce du décès de mon père et aux agissements de mon frère vis à vis de moi après tout ce que j'ai fait pour lui ».

5.2.3.2 Souffrance psychique

. Blessure narcissique

A propos de l'atteinte narcissique, on note une dégradation de l'estime de soi chez cette dernière. Car elle ne se voyait plus belle, elle ne se sentait plus attiré, elle fuyait le regard des autres. A ce sujet, Marie déclare *« j'étais une fille très belle, avec un beau teint noir, des longs cheveux, j'étais pleine de vie, je me ventais, et j'attirais beaucoup d'hommes, mais maintenant j'ai perdu ma beauté, j'ai perdu tous mes cheveux, bref je ne suis plus comme j'étais avant et cela m'a traumatisé ».*

. Contraintes liées à l'alimentation

Le fait pour Marie d'être mise sur régime alimentaire a été très difficile, elle a eu beaucoup de difficulté et de mal à s'y habitué. Elle le déclare dans ses verbatim en disant :

« Le médecin m'a interdit l'alcool, les repas salés. Pour moi c'était la totale, c'était comme me tuer, je ne mangeais plus, je n'ai pas pu supporter cela, manger des repas sans sel était comme si on m'annonçait le d'but d'une mort soudaine.

. Retentissement sur les activités physiques

Marie étant une femme très sportive, et pratiquant plusieurs activités sportives, se sent dans l'incapacité de les pratiquer du jour au lendemain, ce qui l'amène à éprouver un désespoir. Elle le manifeste en disant : *« Pour le vivre c'est assez difficile. En plus j'étais une grande sportive, j'ai beaucoup bougé toute ma vie et du jour au lendemain tout est fini. [...] J'ai été privé de tout ça. J'ai fait du vélo, de la plongé, du football, j'étais énormément actif jusqu'à cet âge. [...] Je pouvais plus monter les escaliers. Je faisais du cheval, j'ai dû arrêter de faire du cheval. Je faisais du vélo bien entendu (rires), de la plongée sous-marine, et j'ai tout arrêté. On devient limité dans toutes les activités de la vie productive. Je suis handicapée, Je ne peux même pas sortir de chez moi ! Je fais quelques pas et hop ! Il faut que je m'asseye. [...] Je ne peux pas...*

aller marcher dehors, je ne peux plus même tout près ! Je descends à la limite mes 3 étages pour aller au travail ». On constate aussi un mécontentement vis-à-vis de sa famille «ma mère a dit ta maladie n'est pas clinique, toi seule connaît ou tu es allé mettre ta main, le regard des autres me gênaient, alors j'évitais le regard des gens, je restais dans mon coin... »

Tableau 4 : grille d'analyse du participant Marie

Theme	Codes	Sous-thème	Codes	Modalités	Codes	Observations		
						+	-	±
Représentation de la maladie	A	Reproduction des perceptions	A	Histoire maladie	1	Aa1+		
				Rapport à l'état de santé	2			Aa2±
				Rapport au corps	3	Aa3+		
				Relation monde médical	4	Aa4+		
		Croyances	B	Éléments d'ordre culturel	5	Ab5+		
				Les causes culturelles de la maladie	6			Ab6±
				Croyance en lien avec la pensée de l'environnement social	7	Ab7+		
Travail de souffrance	B	Mécanisme	C	Déni	8	Bc8+		
		Stratégie coping	D	L'acceptation	9	Bd9+		
		Effort de transformation	E		10			
		Mode défensif pris	F		11			
Travail de symbolisation	C	Vécu et sens accordé à la souffrance	G		12	Cg12+		
		Mentalisation des affects	H		13			

5.2.2 Analyse transversale

5.2.2.1. Représentation de la maladie

La maladie cardiovasculaire étant une maladie incurable et avec une mortalité élevée, il est donc essentiel de repérer si les patients en sont bien conscients pour mieux comprendre l'information et en donner sens.

5.2.2.1.1. Reproduction des perceptions

5.2.2.1.2 Les croyances

En tant qu'opération fondamentale de l'appareil psychique, le travail de mise en sens s'appuie sur un vaste ensemble de croyances. Les croyances confèrent ainsi à l'homme la capacité de mettre l'invisible dans le visible à travers la représentation. 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. 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, au sein de la famille.

C'est ainsi que face à une maladie cardiaque et à la souffrance induite par son traitement, le travail de mise en sens va s'appuyer sur les représentations. La survenue des MCV chez nos participants n'est pas dû au hasard. Il s'agit pour l'un d'une volonté divine, pour d'autre d'un résidu ou encore tout simplement d'une détérioration organique des reins. Mais, le sens donné à la situation de malade par ces derniers s'appuie sur les représentations. Mieux encore, il s'agit d'une conception propre, unique à chacun par rapport au cas et/ou à la situation de maladie. En effet, nous nous rendons compte au travers des verbatim des participants que le sens donné à la maladie cardiaque varie en fonction des cas, et les mots pour le dire sont le reflet de l'environnement culturel dans lequel ils ont grandi. C'est le cas de Marie qui elle déclare que *« Bon le seul héritage que ma laissé mon père c'est la croyance en Dieu, mais ma mère, elle est fréquente les marabouts et elle a amené tous ses enfants là-bas. Moi elle m'avait amené une fois et je n'ai pas trouvé satisfaction dans le discours de cette dernière et j'ai décidé de ne plus y aller, et de continuer de croire à Dieu, ce de même du côté de la grande famille car les différentes représentations qu'ils se font autour d'une maladie à première vue est qu'elle est d'abord mystique, la maladie pour eux n'est jamais clinique, et de ce fait il faut aller vers les tradipraticiens »*. *« Je ne crois pas au pratique, mon père m'avait appris que seule Dieu est au centre de toute chose et maintenant je veux connaître Dieu plus à travers des lectures bibliques. « Je relative sur tout aujourd'hui, car si je suis vivante aujourd'hui c'est grâce à toi mon Dieu, louange à toi seigneur ! louange à toi seigneur !. Mais moi personnellement je sais que ma maladie est simple, et peut être dû au choc que j'ai eu à l'annonce du décès de mon père et aux agissements de mon frère vis à vis de moi après tout ce que j'ai fait pour lui »*. De même que Marie, Paul affirme *« La maladie en elle-même je l'ai vu simplement comme toutes les maladies mais si je dois la traîner avec ma moi toute la vie ça me désastre un peu ; je souhaite qu'elle*

soit guérie et non irréversible et incurable. Petit moment de silence Mais je ne peux pas vous mentir je suis très fière de ma femme et mon premier fils qui travaille déjà parce qu'ils m'apportent beaucoup de soutien surtout mon épouse ; elle me comprend. En passant ma femme elle-même est d'abord malade, car elle a un diabète ». « Pour vous dire vrai nous n'avons parlé de ma situation à personne, seulement ma femme et mes enfants étaient au courant. Vous savez je viens d'une famille polygamie et je suis le seul garçon à ma mère, et chez nous la jalousie règne beaucoup surtout quand on voit que tes enfants ont réussies et que ce n'est pas le cas chez les autres. Du coup quand j'ai constaté que j'étais malade je fais comprendre à ma femme et mes enfants que cela doit rester entre nous, même le voisinage n'était pas au courant puisque chez nous les bétis l'on se méfie de tout le monde même de sa propre famille. Et aussi dans la famille beaucoup me promettent la mort, dans le sens que les autres estimes que moi j'ai réussi et c'est comme si j'avais pris ce qui leurs revenaient ».

5.2.2.2. La Souffrance psychique

En parallèle aux douleurs somatiques engendrées par la maladie et son traitement, les maladies cardiaques s'accompagnent de nombreuses souffrances psychiques. Cette souffrance renvoie à une blessure de soi et une blessure en soi. Autrement dit, c'est une expérience de mal être, qui diminue les capacités d'agir et d'être.

Les participants de cette étude sont tous confrontés à la souffrance émanant de la maladie. Elle est à la fois physique et psychique. La souffrance physique renvoie aux douleurs organiques liées à la maladie ainsi qu'à sa prise en charge. En ce qui concerne l'aspect psychique, comme le mentionne Dong (2016), c'est une blessure de soi et une blessure en soi ; c'est une expérience subjective de mal-être, rattachée à la difficulté de maîtrise de soi qui diminue les capacités d'agir et d'être.

5.2.2.2.1. Blessure de soi et une blessure en soi : blessure narcissique

En tant que fonction importante au niveau du Moi, le narcissisme entretient le minimal amour de soi qui reste primordial pour la protection de la psyché. C'est pour cette raison que le narcissisme, propre à l'instinct de conservation, est décrit par Bergeret (2008) comme étant le gardien de la vie. De plus, un narcissisme sain est en lien avec un sentiment de soi unifié et donc une image de soi complète et entière (Bergeret, 2008; Kernberg, 1997).

La maladie en général et la maladie cardiaque vient bouleverser cet état et constitue une atteinte au narcissisme voire une blessure de soi et une blessure en soi. Le Soi étant une structure intrapsychique composée de diverses représentations, tels que des représentations de soi et des

tendances affectives. Ces tendances affectives sont en lien avec la façon dont une personne se perçoit au sein de ses interactions avec les objets.

En ce qui concerne les représentations de soi, les participants ont une image dégradée d'eux et cela affecte leur représentation de soi. On note une dégradation de l'estime de soi chez ces dernières. A ce sujet, Marie déclare « *j'étais une fille très belle, avec un beau teint noir, des longs cheveux, j'étais pleine de vie, je me ventais, et j'attirais beaucoup d'hommes, mais maintenant j'ai perdu ma beauté, j'ai perdu tous mes cheveux, bref je ne suis plus comme j'étais avant et cela m'a traumatisé, mais par la grâce de Dieu j'ai repris confiance en moi, mes cheveux redeviennent déjà comme avant, et je retrouve peu à peu ma beauté de jeunesse.....* ». Elle exprime ainsi une ambivalence en ce qui concerne la représentation qu'elle a. En effet, il s'agit pour elle d'un temps mort, d'une remise en question, par rapport à sa situation de maladie. D'une part la maladie génère chez elle une blessure narcissique, qui affaiblit son estime de soi. D'autre part, elle aspire à retrouver son état de santé d'autrefois.

En plus des blessures narcissiques présentes chez les participants, les comportements des personnes qui les entourent et leur attitude au quotidien, viennent amplifier cette souffrance et par conséquent agissent considérablement sur leur estime de soi. C'est le cas de Marie qui à ce sujet dit : « *ma mère a dit ta maladie n'est pas clinique, toi seule connais ou tu es allé mettre ta main, le regard des autres me gênaient, alors j'évitais le regard des gens, je restais dans mon coin...* ». Face à ce caractère aversif, exprimé par l'entourage.

5.2.2.2.2. Expérience du patient vis-à-vis de la maladie

Du fait de la chronicité des maladies cardiovasculaires et du mauvais pronostic, les patients vivants d'une maladie cardiaque et se trouvant dans un service de réadaptation cardiaque doivent apprendre à vivre tous les jours avec leurs maladies. Il est donc important de comprendre comment ils vivent et perçoivent leur souffrance, leur personnalité qui conditionne leur manière de réagir face à leur situation.

5.2.2.2.3. Vécu de la maladie et de son traitement

5.2.2.2.3.1. Contraintes liées à la maladie et son traitement

➤ Les facteurs socio-économiques

Les facteurs socio-économiques causent d'énormes problèmes aux patients. Qu'ils aient une source de revenu stable ou non. C'est le cas avec les participants qui expriment de grandes

souffrances en ce qui concerne le coût élevé du traitement. Bien que la prise en charge des maladies cardiovasculaires soient subventionnées à 40 % par le gouvernement camerounais, son caractère systématique et rigoureux (exercice physique après chaque semaine, les médicaments à prendre ainsi que les examens de contrôle tous les mois qui coûtent extrêmement cher) vient affaiblir tout élan de bonne volonté à suivre comme il se doit les recommandations du médecin. À ce sujet Jean affirme : « *ce n'est pas facile avec le coût des médicaments et celui de prise en charge physique n'est pas du tout évident et de plus je ne travaille plus, j'ai des petits enfants que je dois prendre en charge et ma femme qui ne travaille pas, c'est vraiment très compliqué* »

Ainsi, par moment d'autre après quelques semaines d'exercice physique, ce content de continuer avec la prise des médicaments et se disent qu'ils vont continuer avec les exercices de réadaptations cardiaques à domicile.

Dans les propos de Jean, on note un investissement de la dimension socioéconomique. Ceci s'observe à travers la fréquence des termes liés à l'argent, ce surtout lorsqu'il insiste sur les aspects tels que :

Quand je suis allé à l'hôpital de Foumban, on m'a demandé de faire l'électro-cœur et cela a coûté 180.000f. et quand je suis arrivé ici à Yaoundé j'ai eu à faire un scanner qui m'a coûté près de 100000f. chaque fois que je dois venir ici il me faut payer le transport et prévoir de l'argent pour des cas d'urgence ou imprévue. Concernant les exercices, je marche un peu, je m'arrête un peu en route je cause, après je prends un deux un deux jusqu'à la maison. ...] Parfois quand j'ai l'argent de taxi, je prends le taxi. A certain moment je prends la moto qui me laisse à la maison. Une fois à la maison je prends mon repos. [...] Oui par rapport au régime quand j'ai l'argent je suis c'est par rapport à ce que l'argent me permet de faire.

➤ **Contraintes liées à l'alimentation**

Tout comme les exercices physiques, le régime alimentaire demande une nouvelle organisation chez les participants. Chacun d'eux a dû apprendre à se connaître afin de pallier d'éventuels imprévus. Ceci dans le but de réduire leurs dommages. Mais d'un autre côté, les contraintes alimentaires constituent pour nos participants les éléments sur lesquels ils expriment leur contrôle. En effet, l'alimentation fait partie des plaisirs immédiats par conséquent l'observance de ce côté permet au sujet d'avoir le contrôle sur leur vie ; sur ce qui les entoure.

Ainsi, ils sont libres selon leur humeur de respecter ou pas les recommandations du médecin. C'est ce que Paul affirme en ces termes :

« Les gens meurt, les gens meurt ...] Les gens meurent bon beaucoup meurt parce qu'ils ne savent pas ils ne connaissent pas s'abstenir ; il faut s'abstenir et oublier une certaine chose tu as compris maintenant [...] Quand tu vois une certaine chose et que c'est interdit ne mange pas. Quand tu vas manger tu auras des problèmes donc c'est comme ça. Moi je bois mais je ne bois qu'un seul verre moi je bois, je ne bois pas le jus. Tu as compris maintenant, quand je bois un verre de jus j'ai les problèmes parce que le jus a le gaz donc il faut éviter de prendre le gaz, quelque chose avec le gaz c'est les problèmes. Sans gaz tu n'as pas de problème. [...] Quand je passe la journée, comme je pars sans manger là je n'aurai pas fin ça coupe d'abord la famine mais quand je vois la nourriture je mange mais je peux manger ça le matin (il parle des graines) je ne mange plus. [...] Oui à midi et je mange encore le soir donc c'est comme ça. Donc ça, c'est un truc qu'il m'a bien expliqué comment ça se passe. Antistress, fatigue et un coupe-faim ; quand je prends ça, je n'ai plus faim. ...] Le coupe-faim là ça me plaît même parce que quand je fais comme ça, je ne peux pas avoir le ballonnement de ventre parce que quand je mange ça, ça ne donne pas l'appétit ça ne peut pas quand je mange déjà ça, je n'ai plus de problème. Mais quand je tombe sur la nourriture après eh, je dose ça bien, correctement et bien [...] Et quand je mange comme ça ma quantité je dors je n'ai pas de problème [...] Donc je n'ai pas moi de pression et déjà que la vie est très difficile et tout est devenu très chère pourquoi donc compliqué avec la nourriture (il rit) ma fille je mange tout.

En ce qui concerne Marie, elle dit :

Le médecin m'a interdit l'alcool, les repas salés. Pour moi c'était la totale, c'était comme me tuer, je ne mangeais plus, je n'ai pas pu supporter cela, manger des repas sans sel était comme si on m'annonçait le début d'une mort soudaine.

De même, Jean sur le plan de l'alimentation se livre à certains excès, excepté certain aliment trop riche en potassium à l'instar de la banane. Mais pour limiter les dommages (pollution de son sang), il consomme des médicaments afin de limiter leurs effets. Et selon lui, ça marche. C'est alors qu'il dit :

L'alimentation au début ce n'était pas facile. Au début ce n'était pas facile parce que le régime est très strict et quand tu le respectes, le régime est strict et j'avais tellement maigri ; ma femme me faisait respecter le régime. Mais au fur et à mesure que parlais

avec elle me disait comment tu vas faire parce que... Mange normalement maintenant si tu manges un truc ça te dérange tu achètes tel médicament tu bois. C'est comme ça que j'ai donc expérimenté ça ; mais bon je mange tout. Si je mange... Il y a quand même des choses que je ne mange pas comme les repas salés, on m'a interdit cela, et aussi l'alcool m'a été interdite. Si je mange une nourriture ça me dérange je bois un produit.

Toujours dans le cadre de l'alimentation, les personnes souffrant d'une maladie cardiaque et se trouvant dans un service de réadaptation cardiaque constitue tout un débat. En effet, l'alimentation détermine le succès dans le suivi des soins. De ce fait, de nombreux produits sont ingérés au quotidien par ces malades. C'est le cas des médicaments destinés à réguler le sang.

➤ **Les activités professionnelles**

Au quotidien, l'organisation des journées a subi un réaménagement. En effet, la maladie ralentie affaiblie les patients, ils ont des difficultés à mener ou à continuer à mener leurs activités avec la même ardeur. Certains ont dû abandonner leur activité professionnelle car trop demandeur en énergie. C'est le cas de Paul, qui a cessé son travail et se trouve aujourd'hui à la charge de son frère et de sa famille. Il affirme :

« Je ne pouvais plus continuer avec le travail vu le manque de respiration, même les petites choses que j'avais l'habitude de faire je ne l'ai fait plus je vis au dépend de mon grand frère maintenant, et je suis vraiment reconnaissant », « Oui il m'a soutenu jusqu'à maintenant ».

Au vu de ce qui précède, il ressort que le vécu de la maladie varie en fonction de l'humeur. Les patients vivent différemment avec leur maladie en fonction des symptômes qu'ils ressentent, des changements de leur vie de tous les jours et de leur personnalité. C'est le cas de Jean qui dit : *« au début j'avais un essoufflement, les difficultés à respirer qui persiste d'ailleurs, c'est dire que au repos quand je prends la position couchée je suffoque et je prends la position assise, et quand je reviens à la position assise ça va et je me mets à visionner de peur de suffoquer en me couchant, pareil lorsque je marche sur un terrain plat ça va mais quand je monte une petite colline je m'essouffle et je me fatigue ».*

5.2.2.3.2. Retentissement sur les activités physiques

Certains après être victime d'une maladie cardiaque se trouvent dans l'incapacité d'effectuer des tâches et des activités physiques comme au paravent. C'est le cas de Marie qui dit :

« Pour le vivre c'est assez difficile. En plus j'étais une grande sportive, j'ai beaucoup bougé toute ma vie et du jour au lendemain tout est fini. [...] J'ai été privé de tout ça. J'ai fait du vélo, de la plongée, du football, j'étais énormément actif jusqu'à cet âge. [...] Je pouvais plus monter les escaliers. Je faisais du cheval, j'ai dû arrêter de faire du cheval. Je faisais du vélo bien entendu (rires), de la plongée sous-marine, et j'ai tout arrêté. On devient limité dans toutes les activités de la vie productive. Je suis handicapée, Je ne peux même pas sortir de chez moi ! Je fais quelques pas et hop ! Il faut que je m'asseye. [...] Je ne peux pas... aller marcher dehors, je ne peux plus même tout près ! Je descends à la limite mes 3 étages pour aller au travail ».

5.2.2.2.4. Mécanismes de défense et stratégie de coping

Face aux maladies chroniques, et plus précisément aux maladies cardiovasculaires les patients souffrant d'une maladie cardiaque vont traverser successivement différents phases psychologiques définis par le modèle de la psychologue Elizabeth Kübler-Ross malades adoptent des stratégies de coping et des mécanismes de défense pour pouvoir surmonter leur souffrance et adopter une hygiène de vie saine tels que : le déni, l'acceptation; l'humour c'est le cas de Paul qui dit *« moi c'est un gros problème parce que du jour au lendemain je me retrouve avec un gros problème donc j'avais un gros cœur et les artères qui étaient bouchées. On est malheureux parce qu'on se retrouve malade alors que la veille on avait rien. [...] Je ne sais pas comment vous expliquez...sur le moment je pensais jamais avoir quelque chose à ce niveau. Ça surprend [...] et je ne pensais pas que je sois à ce niveau-là... ».*

5.2.2.2.4.1. Le Déni

Comme le désigne Maria (2021), le déni désigne un refus de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante. Il s'agit d'un mécanisme de défense inconscient qui constitue une protection nécessaire devant la réalité si angoissante qu'elle peut provoquer un effondrement psychique. Il permet de préserver le sentiment de sécurité protégé de l'angoisse.

Autrement dit c'est une stratégie inconsciente de gestion de l'anxiété, une mesure de protection face au choc émotionnel, par exemple face à l'annonce d'une maladie chronique. Tel un mur invisible construit afin de se protéger du danger, le déni permet d'amortir le choc ; dans ce cas, l'incapacité de se représenter une réalité insupportable est temporaire et représente une étape nécessaire permettant de supporter la douleur psychique, un temps nécessaire pour se préparer à y faire face. C'est le cas de Mbarga qui déclare que : *« je m'étais un peu Préparer, parce que au paravent j'ai eu beaucoup de stress et je redoutais cette maladie, et mon stress était dû à quoi (hmmmm) je suis vite aller en retraite et certaines choses qui m'était bénéfique non pas eu de résultat et à la longue; donc de temps en autre je ressentais mal à la poitrine sans être*

malade. Et comme je m'y connais un peu dans ces choses-là comme je l'ai dit j'avais fait la psychologie et aussi instituteur de formation. (Moment de détente et de soupire). Bon j'avais eu donc la retraite brutalement, s'est-il dire avec certaines relations j'ai eu l'occasion de pouvoir travailler après la retraite, ça fait donc qu'à ce niveau il y'a des petits avantages qui vous permette de mieux vivre sauf qu'il y a eu un remaniement ministériel et la personne en question est allé a été enlevé, et celui qui est venue est nous a tous enlever. Et on devait avoir une mission qui avait été suspendue, plus les avantages de services qui devait être à notre disposition pendant notre service. Et le ministre qui nous soutenait n'y était plus, et parmi mes 6 enfants il y'a encore trois qui fréquente et seulement un seul qui travail (il rit).

De même que Paul, marie affirme que : *« au début quand le cardiologue m'a annoncé que j'étais souffrante d'une insuffisance cardiaque, je n'y croyais pas car moi une femme pleine de vie, avec toute cette forme comment est que je peux avoir ce genre de maladie, non ce n'est pas moi ».*

De même que marie et Paul, jean adopte le déni pour faire face à sa souffrance, lors de son discours il dit *« j'ai un petit problème au cœur c'est tout. On me donne des médicaments mais c'est tout ».* *« A un moment donné je me suis dit : je veux bien qu'ils se trompent ! Et en plus ils ont commencé à me donner des consignes et des médicaments que je prenais et je voyais que ça allait bien ».*

5.2.2.4.2. L'acceptation

C'est le cas de marie qui dit : *« maintenant j'ai accepté ma maladie et j'ai appris qu'en toute chose il faut louer le seigneur, et je suis tranquille depuis ce jour. Avant j'avais peur d'aller hors de la ville, mais maintenant même au cabinet j'y vais et vis maintenant avec le seigneur ».* Comme chez marie, l'acceptation de la souffrance c'est aussi retrouvé dans le discours de jean il dit : *« c'était dur, très difficile à accepter mais bon comme je suis toute seule j'ai essayé de me débattre et bon ben voilà je me suis fait ...comment je vais dire...ma raison toute seule quoi ! ».*

L'on retient que les maladies cardiovasculaires sont majoritairement vécues comme un réel handicap avec un retentissement physique, social et psychologique. Ce ressenti dépend de la personnalité et du stade d'acceptation de la maladie de la personne. Tous les patients ne traversent pas de façon systématique chaque étape.

5.2.2.5. Répercussions de la maladie

Comme toutes les maladies chroniques, les maladies cardiovasculaires peuvent avoir un impact sur la continuité du traitement des patients et sur leur qualité de vie. C'est le cas de jean qui dit : *« après une quelconque maladie il y'a toujours des répercussions, si je vous dis*

qu'il n'y a pas de répercussions c'est vous mentir, parce qu'on se dit toujours qu'à tout moment l'on peut rechuter ; même quand je suis fatigué et que je veux me reposer j'ai ce sentiment que je peux me coucher là et ne plus me réveiller, et partir de l'autre côté, donc il y'a toujours cette peur de mourir, alors que je vivre, voir mes enfants réussir. Donc vous voyez j'ai peur que le cœur peut s'arrêter, la peur de l'inconnu, « les gens ne vont pas dire demain que hier je l'ai vu comment est-il mort et bien d'autre... ».

De même que Jean, Marie-nous fait part de répercussions que la maladie a engendré dans sa vie. Elle dit : « qu'il y'a eu un peu de peur, je pensais à tout, à la mort, à comment je vais quitter ce monde et laisser mes enfants seuls. J'avais surtout peur pour mon dernier garçon car il venait d'avoir le bac et je me battais pour faire en sorte qu'il quitte le pays, avec cette maladie j'ai dû vendre mon terrain pour qu'il puisse partir et je peux vous rassurer qu'après son départ j'ai ressenti un très grand soulagement et j'ai remercié le seigneur, donc comme je le disais je n'ai pas ressenti grande chose lors de l'annonce de ma maladie ».

Tableau 5 : Tableau récapitulatif des analyses

Cas	Représentation de la maladie	Souffrance psychique	Symbolisation
1 Jean	Chez Jean l'annonce de la maladie n'a pas été un moment de panique pour lui car il s'y attendait déjà, vu son départ brusque pour la retraite. Nous avons pu constater que sur le plan culturel, Jean s'y attache beaucoup aux pensées, aux croyances culturelles, au divin.	Au départ nous avons récupéré chez Jean un sentiment de peur d'anxiété. Pour faire face à la souffrance il a adopté dans un premier temps le déni ; et à la suite de son vécu, Jean a accepté sa maladie et avec	Vivre avec la maladie n'est pas facile chez Jean, il en ressort chez ce dernier, la peur de mourir, de ne pas voir ses enfants grandir et évoluer, de ne plus jouir des plaisirs de la vie, et enfin il ressort que la souffrance psychique chez Jean fait état de choc dans sa vie au quotidien
2 Marie	Chez Marie sa souffrance est perçue comme l'œuvre du	Dans le cas de Marie, son estime de soi, son atteinte de l'image du	Parlant du vécu ou sens accordé à sa souffrance, Marie nous

	<p>diable selon les représentations sociales de son entourage, et l'annonce de sa maladie a été pour elle comme un choc, on a pu constater aussi que chez elle la survenue de sa maladie est dû à la séparation de ses parents, au décès de son père, à l'amour qu'elle avait pour ce dernier et à la trahison de son frère pour qui elle a tant souffert</p>	<p>corps, a été touché, les contraintes liées à l'alimentation, sur les activités physiques font usage d'inquiétude pour elle. Pour face à souffrance cette dernière manifesté le déni face à sa maladie, mais après une longue période elle a adopté une stratégie de coping plus radicale, celle de l'acceptation</p>	<p>fait de ses craintes, et de ses peurs, pour elle au départ c'était très difficile de vivre avec sa souffrance mais avec la crainte de Dieu et le suivi médical il s'y habitue. Mais pense qu'un jour elle ne pourra plus se lever et ne pourra plus voir ces enfants ;</p>
<p>3 Paul</p>	<p>Chez paul la survenue de sa maladie est dû au travail, contrairement aux autres participants les croyances culturelles ne se font pas trop ressentit, mais toute fois la croyance à une divinité se fait ainsi ressentit, car de ce qui ressort de ses verbatim, tout se fait selon la volonté de Dieu ;</p>	<p>Chez paul, on a pu noter que dès l'annonce de sa maladie, il a mis sur pied des mécanismes de défenses pour donner sens à sa souffrance, tel que le déni et à la suite de se vécu, il se mit à l'acceptation de sa maladie. L'on peut ajouter que les contraintes liées à facteurs socio-économiques, à la vie</p>	<p>Pour paul, le fait de ne plus travailler pour subvenir au besoin de sa famille, est très difficile. Cette souffrance engendre chez ce dernier un sentiment, d'anéantissement de soi, de vulnérable .</p>

		professionnelle ont eu une influence sur ce dernier ;	
Observation	Nous avons observé chez tous ces participants, plus ou moins le même style de représentation de la maladie (croyances culturelles, reproduction des pensées, vécu après l'annonce de la maladie). Chez Paul il y'a moins de négation, chez Paul et Marie, il y'a plus de négation .	Nous observons que tous nos trois participants ont adopté des mécanismes de défense pour faire face à leur souffrance. Notons aussi que chez Paul et Marie les contraintes à leur vécu de la maladie et au traitement sont plus visible que celui de Jean.	La survenue de la maladie cardiovasculaire, les participants ont eu des répercussions sur leur état de vie, le sentiment d'une mort soudaine se fait ressentir, le sentiment de partir et de laisser des êtres chers apparaissent constamment chez ces trois participants.

Synthèse des résultats

En ce qui concerne la souffrance psychique il ressort que : le regard sur soi change, l'estime de soi est réduite, la maladie vient affaiblir et réduire l'estime de soi. Ainsi, les interactions en sont fortement entachées. Mais à part cela, les actes du quotidien se justifient par ce qu'ils font ou ne parviennent plus à faire et cela retentit sur leur humeur. Les attitudes ou l'attention des autres à leur endroit sont perçues comme de la pitié ou de la simple complaisance. Mais ils ne peuvent s'en défaire.

Par ailleurs la situation de maladie réduit considérablement leur capacité d'agir et d'être ; il apparaît des conduites d'infantilisation, ils sont considérés comme étant invalides et tout doit leur être rendu. Dans cet ordre d'idée, ils perdent leur place dans la famille et les autres prennent des décisions en ce qui concerne leur vie sans demander leur avis. Cela accroît la souffrance en eux. Les résultats révèlent également une ambivalence chez les participants. En effet, d'une part ils sont satisfaits des soins fournis par la famille et d'autre part, ils aimeraient bien de temps en temps le faire tout seul mais c'est impossible. La souffrance psychique dont il est question ici

se traduit par des humeurs d'allures dépressives, le désarroi, les silences, le désespoir, le déni, la résignation et ensuite l'humour.

On note aussi qu'à l'annonce de la maladie, les participants étaient accompagnés de leurs proches. Paul était accompagné de son épouse, marie des membres de sa famille et Paul avaient auprès de lui sa femme. Cet état, explique leurs adhésions au traitement par la suite ; comme c'est le cas avec nos participants Paul, marie, jean qui ont respectivement 3 ans, 2 ans, 1ans de rééducation. En effet, selon Giraudet (2006) La présence des proches à l'annonce du diagnostic, a une influence déterminante sur le suivi des soins chez les malades en situation de maladie chronique comme c'est le cas avec les maladies cardiovasculaires.

Au quotidien, en ce qui concerne la maladie, les restrictions, mesures, contrôles, manques meublent leur vie. Ainsi, les contraintes sont de plusieurs ordres : sur le plan financier, les ressources viennent à manquer car que ce soit pour les séances de réadaptation cardiaque, les examens de contrôle mensuels, les médicaments, et en ce qui concerne l'alimentation, elle est réduite au strict nécessaire, tout est calculé, mesurer car, si cela n'est pas parfaitement exécuté l'effet s'observera directement lors des séances de réadaptation cardiaque...

En ce qui concerne la survenue de la MCV chez nos participants ; il s'agit pour l'un d'une volonté divine, pour d'autres d'un résidu ou encore tout simplement d'une détérioration organique du cœur. Toujours est-il que, le sens donné au trouble par ces derniers rend compte des représentations auxquels ils sont soumis. Mieux encore, il s'agit d'une conception propre, unique à chacun par rapport au cas et/ou à la situation de malade. En effet, nous nous rendons compte au travers des verbatim des participants, que le sens donné à la maladie cardiovasculaire leur est propre et les mots pour le dire sont le reflet de l'environnement culturel, des croyances, des pensées.

Ainsi en ce qui concerne marie, il est conscient de son mal de l'atteinte concrète de son cœur. Mais ne manque pas de souligner que face à sa maladie, la perception et les pensées qu'on les membres de sa famille vis-à-vis sont diverse et résulterait des pratiques mystiques, de la sorcellerie, ceci lui mettant dans un état de choc. Mais Marie reste tout de même convaincue que rien ne peut lui arriver, malgré les attaques car Dieu la protège, son père la protège donc elle sait que sa maladie est normale et divine. Selon marie, la souffrance ne pourrait trouver apaisement qu'à travers la prière; ce sans quoi rein n'aurait pu se faire.

Ainsi, à la suite de ce sens donné au trouble, des comportements nouveaux sont mis sur pied afin de pallier les agissements de persécution dont ils sont victimes. C'est le cas lorsqu'ils

consultent des prêtres ; qui sont mis sur pied afin d'éloigner les mauvais esprits, leur permettre de se reconnecter au monde des vivants et par la même occasion, se débarrasser de toutes les pressions ressentit. Ainsi, pour donner un sens à la maladie et à la souffrance induite, les représentations de la maladie (perception, croyances, pensées...) sont activés.

**CHAPITRE 6 : INTERPRETATION ET DISCUSSION DES
RESULTATS**

Ce chapitre, est consacré à l'interprétation et à discussion des résultats obtenus. Pour ce faire, nous allons procéder à l'interprétation 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. Interprétation des résultats

6.1.1. Interprétation selon la représentation de la maladie

De manière générale et du point des approches psychologies, les prises en charge chez les personnes atteintes de la maladie chroniques en particulier et de la maladie cardiovasculaire en générale se présentent comme une démarche consciente, raisonnable, voire programmée, s'intégrant dans un plan de vie non seulement lié aux idéaux personnels, mais aussi socioculturels. Ainsi, les croyances, les représentations, la perception, les expériences antérieures, degré de connaissance, les attentes du patient vis-à-vis de sa prise en charge en se référant ici au concept de « représentation sociale » de Moscovici (1961), favorisaient les conduites de prise en charge.

Parler des reproductions de la maladie serait aborder une « réalité telle que construite » cognitive par le patient car selon Abric (1997 p.12), « toute réalité est présentée, c'est-à-dire appropriée par l'individu ou le groupe, reconstruite dans son système cognitif, intégrée dans son système de valeurs dépendant de son histoire et du contexte social idéologique qui l'environne. Le groupe, reconstruire dans son système cognitif, intégrée dans son système de valeurs dépendant de son histoire et du contexte social et idéologique qui l'entoure ».

Selon ces approches, la prise en charge des maladies chroniques, c'est-à-dire les traitements qui se font sur le long cours ou à vie seraient associées aux conduites de mauvaise observance thérapeutique. Cette tendance soutient que dans la réalité, l'irruption de la maladie cardiovasculaire dans la vie de l'individu constitue un véritable choc émotionnel pour la personne. Dans la même perspective, Korffsaussé (s.d) souligne que l'annonce du diagnostic est véritablement un traumatisme au sens psychanalytique du terme.

Parlant du traumatisme, selon l'approche freudienne développée en 1920, le traumatisme est un « choc violent surprenant et qui s'accompagne d'effroi ». L'effroi ici désigné un état d'horreur, au-delà de la peur, de l'angoisse et du stress, et qui traduit la rencontre avec le réel de la mort ou face à l'incapacité de voir quelque chose qui survient lorsque l'on tombe dans une situation dangereuse (maladie) sans y être préparé. Pour Freud (1920), il s'agit d'un processus

dynamique et énergétique faisant s'affronter, d'une part, l'énergie véhiculé par l'agent extérieur (évènement, maladie chronique) et d'une part, l'énergie dont le psychisme dispose pour repousser cette agression. C'est-à-dire lorsque l'organisation est dépassée au-delà de sa capacité à gérer un évènement, il entre dans un état de choc. Les réponses d'orientation et les réponses défensives de l'organisation qui surviennent face à la menace sont entravées ou rendues impossibles.

C'est cette incapacité à réaliser et à mener à bien les réponses préparatoires de compréhension du danger, réaction au danger pendant que ce danger ne cesse d'accroître en fonction des possibilités de combat du danger qui conduit au traumatisme. Freud (1920) appelle également traumatisme psychique tout évènement psychique qui perturbe l'équilibre affectif d'une personne et provoque la mise en œuvre des mécanismes de défense. Autrement dit, c'est un choc totalement inattendu d'une intensité tel qu'il fait effraction dans le psychisme dont il désorganise le fonctionnement. Cette épreuve anéantit les défenses habituelles et fait apparaître d'autres parfois plus pathologiques.

Ceci étant, on pourrait dire que du point de vue psychanalytique, le vécu traumatique de la maladie chez les patients des maladies cardiovasculaires et cette énergie psychique qui alimente l'élaboration psychique du patient. De l'observation des associations linéaires des discours de nous participants, il ressort qu'effectivement les effets traumatiques suite à ce type de maladie dans leur vie sont bel et bien présents. Nourris par les représentations ou perceptions et les croyances qu'ils se font de cette maladie, ses effets se traduisent par le travail d'élaboration. Ainsi, pour l'ensemble des participants, le début de leur maladie a été un choc pour eux. Ils décrivent ces moments en terme « *de vrai choc* », « *vraiment très dur* ». Dur de tel enseigne que certains se sont demandés s'ils s'en sortiront car pour eux la maladie cardiovasculaire est une maladie qui fait peur, qui fait paniquer. « *Vraiment ça n'a pas été un moment facile je vous le dis, pour le vivre c'est assez difficile* », affirme marie.

Par ailleurs, en s'inspirant du modèle des systèmes d'auto régulation (Leventhal et al, 1980 ; Leventhal et al, 2003) dont le postulat de base est que tout individu est un agent actif dans la résolution de son problème en ce sens qu'il cherche à diminuer l'écart entre son état actuel et l'état auquel il aspire (Home et al, 1998) et que la représentation qu'il se fait de son problème guide l'élaboration de son plan d'action et de ses stratégies d'adaptation (Leventhal et al, 1980). Le modèle du sens commun de Leventhal, Zimmerman et Gutmann (1984) stipule que face à un nouveau diagnostic ou à des symptômes inhabituels (MCV), les personnes tentent de donner sens à cette nouvelle situation. Ainsi, partir de plusieurs sources d'information, elles

élaborent des représentations ou perceptions de la maladie, qui deviennent filtre d'interprétation à travers lequel le sujet voit le monde, sa situation (Leventhal et al., 1980,1984).

A travers ces perceptions ou représentations, le patient donne du sens aux symptômes, de la cohérence à sa maladie et en fonction de tous ces éléments, des actions sont entreprises (Weinman & Figueiras, 2002). Les représentations occupent donc une place importante dans le choix des décisions de recherche de soins (Leventhal et al, 1992), l'adhérence au traitement ou l'avis médical (Leventhal et al, 1980), et dans le processus de faire face à la maladie avec succès (Morris et al, 1996). Aussi au plan théorique, le modèle du sens commun de Leventhal, Zimmerman et Gutmann (1984) comporte quatre processus : les représentations cognitives liées à la maladie, les réponses émotionnelles liées à la maladie et au traitement, les stratégies de coping, les mécanismes de défense découlant des représentations et l'évaluation effectuée par le malade quant au résultat de ses stratégies.

De ce point de vue, les réactions émotionnelles liées aux maladies cardiovasculaires pourraient se comprendre comme ce traumatisme psychique qui selon Lebigot (2006, p 7), *« résulte d'une rencontre avec le « réel » de la mort. Cela veut dire que le sujet s'est vu mort ou il a perçu ce qu'est vraiment la mort comme anéantissement, et non sous cette forme imaginaire qui caractérise le rapport des hommes à la mort »*. Ainsi, les représentations peuvent se situer à deux niveaux : individuel (cognitif) ou social. Les représentations individuelles sont idiosyncrasiques et traduisent la manière d'être et de penser d'un individu (Massé, 1995 ; Toombs, 1987).

Les représentations sociales regroupent un ensemble de représentations individuelles qui sont le reflet d'un système de valeur, de norme, d'attitudes et de croyances collectivement partagées (Abric, 2003 ; Jodelet, 1989). Les représentations ou cognitives peuvent s'élaborer à partir des expériences de vie d'une personne et de ses interactions avec les autres. Elles peuvent aussi se construire à partir de modèles de pensées, des savoirs et d'informations transmises par l'éducation (Jodelet, 1989).

En contexte camerounais, (Massé, cité par Wamba, 2005 p. 4), l'univers de signification de la maladie tend généralement à offrir un espace d'explication de la maladie sensibles aux trois différents modèles interprétatifs de la maladie à savoir la médecine, la tradithérapie, la thérapie messianique (De Rosny et al 2003, 2005). De ce point de vue, Wamba (2005) fait remarquer que chez les patients, non seulement il existe une diversité de choix thérapeutiques, mais aussi que les logiques des choix thérapeutiques sont également le résultat de la

combinaison de plusieurs univers de significations sous lesquels ils se représentent leur maladie.

Ainsi, en fonction de leurs croyances, perceptions, et représentations, certains privilégient la thérapie émotionnelle (médecine). D'autres se réfèrent aux croyances coutumier ancestrales. D'autres enfin préfèrent la thérapie messiaque. Pris dans ce sens, on pourrait dire que nos participant se retrouvent plus dans la thérapie émotionnelle. Seulement, conformément à notre hypothèse de recherche, l'analyse des résultats met en exergue trois systèmes de représentation de la maladie cardiovasculaire (MCV) qui, cde toute évidence justifieraient l'adhésion à un système thérapeutique : la représentation de la (MCV) selon l'efficacité de la thérapie conventionnelle (médecine), la représentation de la (MCV) selon l'efficacité de la tradithérapie et de représentation de la (MCV) selon l'auto-efficacité thérapeutique.

Alors, en fonction de son registre interprétatif, le patient se ait une représentation (cognitive et émotionnelle) de sa maladie qui s'ordonne selon différentes dimension de la perception de la maladie énoncée par Leventhal et al (1984) : l'identité de la menace qui correspond au nom donnée à la maladie, et à la connaissance des symptômes associés (perte de conscience, perte de mémoire...), à l'évolution dans le temps ou durée de qui représente la croyance du patient quand la durée probable de sa maladie, les causes qui correspondent au croyance de sa maladie, les conséquences de la maladie qui peuvent être réelle ou imaginaire ; le contrôle/ guérison qui représente la perception du patient en lien avec la possibilité de réaliser les d'ajustement ; et enfin les émotions liées au vécu de la maladie. Ces représentations sont dotées d'une forte légitimité rendant comptes de l'élaboration psychique des patients pour faire face à leur souffrance.

In fine, du point de vue théorique, le modèle d'auto-efficacité de Bandura (1977) est basé sur la croyance selon laquelle patient peut provoquer des changements grâce à ses efforts personnels. Sa façon de percevoir ses propres ses capacités pour faire face aux évènements et les maîtriser est considérée comme ayant une influence sur sa manière de réagir face. Pour Bandura (1977) en effet, l'efficacité personnelle s'appuie sur le combat selon lequel l'individu dispose de deux croyances : l'une suivant laquelle les résultats que l'on obtient sont liés aux efforts personnels, la seconde est la conviction d'avoir à sa disposition des ressources nécessaires pour atteindre un but déterminé. De ces deux croyances, c'est le sentiment d'efficacité personnelle qui serait l'élément le plus important pour expliquer les attitudes d'observance au traitement.

6.1.2. Interprétation selon l'élaboration psychique

En s'appuyant sur la théorie de Debray (2001) cité par De Tychey, Diwo et Dollander (2002) qui stipule que, la mentalisation est « la capacité qu'a le sujet de tolérer, voire de traiter ou même de négocier l'angoisse intrapsychique et les conflits interpersonnels. Il s'agit d'apprécier quel type de travail intrapsychique est réalisable face à l'angoisse, à la dépression, et aux conflits inhérents à la vie ». Elle insiste sur la nature des conflits qui peuvent ne pas être uniquement intrapsychique, sur l'élaboration des affects de déplaisir comme l'angoisse ou la dépression. Et de ce qui ressort des verbatim de nos participants, nous avons pu constater à cet effet que, pour nos participants enquêtés, parler de l'identité de leur maladie revient à la désigner et à donner sens à ses symptômes vécus tels que conçu par la thérapie conventionnelle. Autrement dit, l'identifier comme une maladie chronique ou MCV. Dans cette optique, on s'attend à ce que les patients perçoivent cette maladie comme étant une pathologie grave et une urgence neurologique mettant en jeu le pronostic vital, d'une part et le pronostic fonctionnel d'autre part. A cet effet, Paul affirme que : « *le médecin m'a dit que je souffrais d'une insuffisance cardiaque, mais moi personnellement je n'ai aucune information concernant cette maladie* ».

Aussi, de cette identification, est corrélée la représentation de son étiologie. En psychopathologie, l'étiologie d'une maladie renvoie à l'étude de toutes les causes ou tous les phénomènes déclencheurs de la maladie ; que ces causes soient liées à une substance, à une affection médicale générale ou alors à toutes atteintes organiques ou à toutes autres causes exogènes. Ainsi, pour des nombreux patients, parler de l'étiologie de leur maladie est une situation qui peut raviver en soi une question fondamentale quant à leur responsabilité dans le déclenchement de leur maladie. C'est sans doute pourquoi au regard de la chronicité et du handicap causés par les MCV, voir son traitement, leur moi met en œuvre un mécanisme de défense fondamental dès lors qu'il faut évoquer l'étiologie de cette pathologie : le déni (de la réalité).

Le terme déni peut désigner le fait pour un sujet qui, confronté à une difficulté, se refuse de l'admettre comme telle. Pour Laplanche et Pontalis (1967, P.115), c'est un « *mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante, essentiellement celle de l'absence de pénis chez la femme* ». Dans le même ordre d'idées, le modèle du rapport affectif avec la maladie chronique estime que l'intégration d'une maladie chronique à sa vie est un long processus de maturation pour l'individu. Pour ce modèle en réalité, face à la perte de la santé, différentes phases de réactions psychiques repérables par leur

mode d'expression caractéristiques ont été décrites à partir du modèle du deuil élaboré par Freud (1915), puis appliqué à la maladie chronique chez les personnes en fin de vie par Küber-Ross (1970). Ces étapes émotionnelles identifiées sont : le choc initial, le déni, la révolte ou la colère, le retour sur soi ou la tristesse puis l'acceptation ou plutôt l'intégration de la maladie à sa vie. Comme on a pu l'observer c'est le cas de Marie qui décrit à suffisance cette dimension (déni de la réalité), elle dit : « *au début quand le cardiologue m'a annoncé que j'étais souffrante d'une insuffisance cardiaque, je n'y croyais pas car moi une femme pleine de vie, avec toute cette forme comment est que je peux avoir ce genre de maladie, non ce n'est pas moi* ».

De même que Marie, Jean adopte le déni pour faire face à sa souffrance, lors de son discours il dit « *j'ai un petit problème au cœur c'est tout. On me donne des médicaments mais c'est tout* ». « *A un moment donné je me suis dit : je veux bien qu'ils se trompent ! Et en plus ils ont commencé à me donner des consignes et des médicaments que je prenais et je voyais que ça allait bien* ».

Outre l'identification de la maladie et de son étiologie telle qu'enseignées par la médecine, on note les représentations du patient en lien avec la possibilité de contrôle, de traitement et de guérison de sa maladie par le modèle biomédical. En réalité, il est question de la confiance assortie de la croyance chez les patients MCV, qu'un conseil ou une prescription donnée par un praticien de la médecine peut améliorer leur état de santé. Ainsi l'on pourrait d'avantage dire qu'il existe une cohérence de la maladie chez les participants ; en effet ce que pense le patient de la cohérence de la maladie et de l'utilité de la représentation de sa maladie, de la façon dont elle prend sens, se déroule dans sa vie, de ses causes, ses conséquences, des dimensions qu'elle touche, justifie son niveau de compréhension de cette pathologie vue dans son ensemble et la façon dont toutes les composantes de la perception de cette maladie s'articulent, s'harmonisent ou non.

Notons aussi que le fait que certains patients n'ayant parcouru que les hôpitaux pourraient témoigner de cette croyance ; celle-ci pourrait s'observer sur trois plans à savoir : la nature de la relation thérapeutique, la confiance en la personne du médecin et la perception du coût de la prise en charge des MCV par la thérapie conventionnelle. La relation thérapeutique pouvant être désignée sous les termes d'ensemble des conditions psychologiques qui vont influencer le type de contact qui s'établira entre la thérapeute et son patient. Selon Mayi et Song (2005), ces conditions sont analysées à travers le déroulement de la consultation, ; l'annonce du diagnostic et la transmission d'informations mais également dans la dimension de la relation humaine qui s'établit entre le médecin et son patient. Le rôle

du médecin étant de poser le diagnostic, d'en informer le patient et de lui proposer un projet thérapeutique.

Du point de vue théorique, l'Approche centrée sur la personne (ACP) telle que développée par Rogers (1902-1987) se situant dans l'approche humaniste, postule que seul le patient possède en lui les ressources pour se comprendre. Cette approche vise l'expérience humaine, c'est-à-dire le vécu subjectif de la personne : ce que le sujet pense, ressent, éprouve à un moment donné et dont il prend conscience. Egalement, dans sa théorie de la personnalité, Rogers distingue trois structures fondamentales : l'organisme qui est la personne considérée dans sa totalité et qui est lieu de toute expérience, de tout ce qui est ressenti par le sujet, de manière consciente ou non, le soi qui regroupe toutes les perceptions ou représentations qu'une personne a vis-à-vis d'elle-même et l'idéal qui regroupe les jugements de valeurs, et qui va susciter en elle le désir de se surpasser (sentiment d'efficacité personnelle, tel développé par Bandura, 1991).

A propos de la confiance en la personne du médecin, certains travaux ont montré que les qualités perçues du médecin entraînent à une plus grande observance des recommandations médicales. Cette dimension affective utilisant le patient à son médecin est d'autant due aux caractéristiques du patient que le médecin. En fait, le médecin et le patient auront tendance tous deux à réagir en fonction de leur expérience personnelle passée, tant professionnelle qu'émotionnelle : le premier contact peut éveiller des sentiments de sympathie ou d'empathie vis-à-vis d'un patient qui, dès le premier abord, manifeste une attitude qui en rappelle certains rencontrées auparavant auprès d'autres patients (Mayi & Song 2005). C'est le cas de nos participants qui ont une totale confiance au médecin et à son traitement, ceci se traduit dans les discours par leurs verbatim « *il y'a un léger mieux j'arrive déjà à me coucher sans plus m'étouffer mais je ne parviens pas encore à marcher sur la côte, c'est uniquement sur terrain plat. Le médecin m'a conseillé de faire des exercices de marche 2 à 3 fois Par semaines, et je suis aussi sur traitement. Donc il y'a un léger mieux je suis plus à l'aise* ». « *En ce qui concerne le personnel médical, ça va je trouve satisfaction, les infirmières, le cardiologue, et tout le reste sont très sympa font très bien leur travail. Il m'encourage beaucoup dans ma rééducation* ».

Ensuite parlant du coût perçu de la prise en charge des maladies cardiovasculaires, l'on a pu relever auprès de nos participants que le coût de la prise en charge encore très élevé, c'est pourquoi malgré la solidarité et les efforts consentis par leurs familles, nombreux sont des patients qui éprouvent d'énormes difficultés à suivre normalement leur prise en charge par

défaut des moyens financiers même si pour eux « *la santé n'a pas de prix* » (paul). Le taux de mortalité des MCV élevé et leur risque de séquelles plus important pourraient être amplifiés non seulement par la spécificité de cette maladie, mais aussi par le coût de sa prise en charge.

Prise dans ce sens, parler de la représentation de la maladie (MCV) selon t'auto-efficacité thérapeutique dans cette recherche revient à aborder les croyances du patient quant à l'apport de ses propres actions dans la prise en charge de sa maladie. Il s'agit d'un ensemble de ressources psychologiques en l'absence desquelles un patient ne saurait mieux observer son traitement. La présence de ces ressources se traduit chez les patients par l'adoption des compétences d'auto-soins. Les résultats en fournissent quelques unes : l'optimisme, le sens de la cohérence, le sentiment de l'efficacité personnelle, le coping.

En psychologie de la santé, Montreuil et Doron (2006, P. 266) définissent l'optimisme en termes d'« *une façon de penser par laquelle la personne anticipe une issue de favorable aux évènements* ». Dans la même optique, Horowitz, Adler et Kegeles (1988) dans une étude portant sur les comportements de santé ont montré qu'une nature optimiste peut amener les personnes à des stratégies plus efficaces face à des situations et par conséquent, réduire leurs risques de maladie mais également favoriser un meilleur ajustement face à la maladie. On pourrait donc dire que l'optimisation des participants de notre étude a joué un rôle très important dans le travail d'élaboration de leur souffrance. Mais il en demeure pas moins que les MCV restent une pathologie médicale qui affaiblit les ressources vitales des patients. Les MCV tout comme les autres maladies chroniques, constituent encore une maladie à pronostic létal au Cameroun, c'est-à-dire associée à la mort.

La deuxième ressource psychologique mobilisée par les patients MCV, est le sens de la cohérence. Développé par Antonovsky (1979), le sens de la cohérence regroupe un ensemble de caractéristiques comportementales et cognitives qui s'établissent durant l'enfance jusqu'à l'âge adulte. Il se décrit aussi comme l'aptitude qu'a un individu à percevoir le monde et les évènements comme compréhensibles, maîtrisables et ayant un sens, une signification. Selon Montreuil et Doron (2006), son originalité réside dans le fait qu'il inclut le besoin de compréhension des événements (nature, cause) et la recherche de sens (de sa maladie) afin de permettre un engagement personnel, une mobilisation des ressources pour le faire.

Vue sur cet angle, les résultats de cette étude mettent en lumière le fait qu'il existe un sens de cohérence chez chaque participant de cette étude. En effet, il s'agit de sa représentation de sa maladie, de la manière dont sa maladie prend du sens pour lui, de la façon dont elle se déroule

dans sa vie, de la conception des causes de sa maladie et des dimensions de sa vie qu'elle touche. On pourrait ainsi penser au degré de compréhension de leur maladie (MCV) vue dans l'ensemble, à la façon dont les différentes composantes de la perception des MCV, s'articulent, s'harmonisent ou non. Par ailleurs, les résultats montrent que c'est à partir des représentations culturelles et sociales de leurs milieux que les patients concevant leur maladie selon l'efficacité de la tradithérapie « construisent » le drame à partir de laquelle cette maladie est interprétée. Dans cette perspective et comme le soutient Bishop (1996) a montré que l'appartenance culturelle joue un très grand rôle dans les représentations culturelles de la maladie, notamment au niveau de la démarche thérapeutique choisie par le patient. D'où leur forte adhésion aux artéfacts de la tradithérapie.

Troisièmement, le sentiment d'efficacité personnelle : il fait référence à la croyance selon laquelle nous pouvons provoquer des changements grâce à nos efforts personnels. Pour Bandura (1977) en effet, le sentiment d'efficacité personnelle ou d'auto-efficacité c'est le fait pour un individu, de croire en ses propres capacités à organiser et exécuter des actions afin d'atteindre ses objectifs ou de maîtriser certaines actions. ET en quatrième le coping : pour Lazarus et Folkam (1984, P.141), la notion de coping renvoi à « *l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer des exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu* ». Selon le modèle binaire de Lazarus et Folkam (1984), le coping peut soit être sur le problème (CCP) soit centré sur les émotions (CCE). Dans le premier type, les stratégies d'adaptation de l'individu sont dirigées vers l'environnement et les ressources alors que dans le second type, elles ont été dirigées vers soi-même et visent à développer des comportements nouveaux, et à changer ses propres aspirations, tel est le cas chez nos participants.

6.4. Discussion des résultats

Cette étude avait pour objectif de montrer l'importance des représentations de la maladie dans l'élaboration psychique de la souffrance chez les patients en réadaptation cardiaque. Les résultats obtenus et analysés laissent entrevoir que les représentations de la maladie sont des unités de sens fournies par les croyances, des pensées qui aident ce dernier à donner un sens au phénomène que se présente à lui. Mais, ce sens n'est pas universel, il trouve écho en chaque individu en fonction des représentations des choses inscrites dans son appareil psychique. Et ou à travers le langage, le sens est trouvé par association/liaison des différentes représentations c'est le cas des représentations des choses aux représentations des mots. Ainsi, ce sens donné

quelle que soit sa nature positive ou négative participe à diminuer l'angoisse chez l'individu. Et donc les représentations de la maladie participent à l'élaboration psychique de la souffrance chez nos participants à travers la mise en sens de la souffrance. C'est à partir de ces résultats que nous ferons une confrontation avec ceux issus des études antérieures. Cette confrontation se fera sur la base d'une comparaison qui permettra de ressortir les convergences et les divergences, en justifiant à chaque fois, à la lumière des approches théoriques, méthodologiques et contextuelles les aspects divergents. Cette discussion sera organisée en trois points : la souffrance psychique émanant de la situation d'IRC ; le vécu de la maladie, des représentations de la maladie dans l'élaboration de la souffrance psychique les patients en réadaptation cardiaque.

La survenue de la maladie des MCV chez nos participants provoque très tôt de la souffrance psychique. Elle trouve plusieurs voies d'expressions. Mais avant cela les auteurs nous apprennent qu'effectivement, il y a souffrance psychique chez des personnes en situations de MVC mais qu'en plus, celle-ci prend corps très tôt dans la vie de la personne et à plusieurs niveaux. Carroza & Yaman (2016), estiment que la souffrance psychique se trouve à tous les niveaux de la maladie ; depuis l'annonce de la maladie, au vécu quotidien de celle-ci.

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

Mieux pour Ruszniewski (1995) l'annonce de la maladie est un processus à ne pas prendre à la légère dans cette perspective il affirme : « *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).

En effet, la souffrance psychique ne passe pas en dehors du corps. Au quotidien, les personnes en situation subissent des intrusions corporelles émanant de la prise en charge. C'est le cas avec des soins comme les ponctions douloureuses, les crampes musculaires... De ce fait, les patients MCV présentent une image du corps défaillante dû aux frustrations quotidiennes. C'est aussi le cas de l'axe plaisir déplaisir qui régit, la prise d'eau, d'aliment... Et même sexuelle. (Falet, 2002) ; car, qu'ils le veulent ou non, ils ne peuvent pas faire autrement. Les MCV laissent parfois entrevoir une pléthore de problématiques d'ordre psychologiques en plus de l'image du corps dégradé, qui a un effet, sur l'estime de soi (Amghar et Amokrane, 2017). Cette observation va en étroite ligne avec les résultats observés chez nos participants ; dans la mesure où le regard sur eux n'est plus le même car, leur performance a bien des domaines a chuté sans qu'il ne puisse rien faire pour remédier à cette situation et ce, au quotidien.

En outre, la dépression qui est l'une des pathologies les plus fréquentes pour ces patients (Cupa, cité par lefevre,2005 ; Chaabna & Meddour, 2018) ; L'état dépressif est quasi incontournable et doit être l'objet d'une attention particulière (Roche, 1999, cité par Falet, 2002). En effet, les personnes souffrantes d'une MCV vivent leur traitement comme une situation de dépendance et, source de dépression, ainsi que la relation corps machine qui engendre aussi des troubles dépressifs qui se manifestent à travers, une humeur triste, une irritabilité, des sentiments pessimistes. De ce fait, Cupa (2002, 2012) affirme que les patients atteints d'une MCV sont des dépressifs chroniques. L'angoisse et la dépression font partie du vécu du malade en réadaptation cardiaque. À cela s'ajoute l'angoisse liée à la mort, la mort, qui était jadis fantasmée, à présent, elle a un nom, une forme et une cause. Aux souffrances engendrées par la maladie se surajoutent les souffrances enfouies liées à son inexorable mort et à l'angoisse qu'elle engendre » (Barthélemy, 2008, p.13 cité par Chaabna & Meddour, 2018).

Dans leur discours, nos participants (Paul, marie, jean) abordent le vécu de la maladie ; cette dernière va en étroite ligne avec certains auteurs. C'est le cas lorsqu'il évoque les contraintes liées à la maladie notamment des contraintes socio-économiques, alimentaire, liées la MCV, au temps, à la prise les médicaments ainsi qu'à leurs activités professionnelles. Respectivement, les financements autour de La MCV sont lourds chez nos participants en général qu'il ait un travail ou non. Pour ce faire, nos participants trouvent des moyens alternatifs comme se contenter de ne pas trop s'accrocher au régime alimentaire, de privilégier la marche à domicile chaque jour au lieu de s'y rendre à la l'hôpital pour plus d'exercice comme la norme voudrait. C'est nombreuses adaptations ont lieu à plusieurs niveaux, notamment au niveau de l'alimentation, la prise des médicaments, qui ne sont limités qu'au stricte nécessaire.

Ainsi, les observations faites vont en étroite ligne avec les résultats des auteurs avant nous. C'est le cas avec Surugue, 2010, qui met en exergue des contraintes liées au temps. En effet, Surugue (2010) stipule que la prise en charge ne laisse pas de place à l'imprévue ; car, le traitement impose d'énorme restriction dans la mesure où, il faille aller à l'hôpital pour une durée en moyenne de 4 heures et même plus selon Hermès et Sifer (2005). Il s'agit pour ces auteurs d'un traitement « mangeur de temps » ; il s'agit d'un paradoxe où ils estiment que ce trouble est d'une part un temps mort et en même temps constitue une part de « résurrection » (Roussel, 1999).

Ainsi, la vie au quotidien des personnes en situation de MCV n'est pas de tout repos. Que ce soit dans le cadre familiale ou professionnel sont dégradés de par la maladie (Surugue, 2010). En effet, la situation de malade est source de stress, de frustration et donc, tel un reflet des ressentis, la situation externe est teintée par l'humeur du patient ; car, il faut toujours se rassurer de respecter les normes au cas contraire les conséquences seront dévastatrices car, le soigné est confronté à des souffrances psychiques en continu (Surugue, 2010).

Dans leur discours, les participants donnent un sens particulier à leur trouble. Laplantine (1986), propose un modèle conceptuel dans représentations de la maladie, pour le compte de l'anthropologie. Il dresse une liste de quatre modèles explicatifs de la maladie de façon générale. À savoir : le modèle ontologique/ relationnel, le modèle exogène/ endogène, le modèle additif/ soustractif et le modèle maléfique/ bénéfique. Dans le cadre de notre étude, on observe des correspondances entre le modèle exogène/ endogène par rapport à la façon de penser, chez deux de nos participants : Paul et Marie. En effet, ils estiment qu'ils ne sont pas responsables de leur trouble ; la source de la maladie est extérieure à eux. Aussi, ils se considèrent comme des personnes saines, de ce fait, des forces surnaturelles, malveillantes qui, du fait de leurs richesses, talents en tant que personne, se seraient senties jaloux d'eux et ainsi, ce serait associé pour poser atteinte à leur vie, en provoquant cette maladie. Pour venir à bout du trouble, suivant cet axe, la prise en charge, le traitement privilégié doit impérativement constituer à enlever ces choses de la personne. Ainsi, Laplantine (1986) parle de rites de lavage, rituels magiques qui travaillent à cet effet. Ainsi, tel que mentionné par Laplantine (1986), Paul et Marie ont respectivement consultés des guérisseurs, des prêtres pour trouver soulagement et apaisement.

Par ailleurs, Ezembe (2009) considère qu'il y a deux classifications de la maladie en Afrique. D'abord celle naturelle, ou la maladie des blancs, où les médicaments conventionnels, peuvent guérir ; mais dès lors que la guérison tarde à venir, des mesures supplémentaires sont

mises sur pied. C'est alors que vient l'autre forme de maladie : la maladie indigène ; et c'est à ce niveau qu'intervient le thérapeute traditionnel. Dans ce cas particulier, dire qu'il s'agit d'une maladie indigène suppose qu'elle concerne une culture particulière et même un site géographique bien déterminé. C'est le cas par exemple de Marie lorsqu'elle dit : « *sa maladie n'est pas simple elle est mystique, elle est dans la rose croix, elle va tous vous tuer, son père lui a déjà transmis cela* ». Par cette assertion, elle rend compte de ce que, le trouble qu'elle présente ne peut trouver sens que dans le contexte Eton ethnique située au Centre du Cameroun. (Taïeb et Al, 2005 ; cité par Fonga, 2014). En outre, Guimerra (1977) pense que : « *ces maladies se caractérisent par des fonctions signifiantes, chacune d'elles est en effet un signe, elles apportent à la société un message. Pour le décoder, le groupe des aînés et/ou les médecins spécialistes doivent se reporter à la logique de leur système social* ». Ainsi, dans les MCV contrairement aux conventions occidentales, en médecine, le trouble est porteur de sens nouveau comme la résultante d'acte de personnes malveillants proches d'eux. (Herzlich, 1984 ; cité par Fonga, 2014). Dans ce cas, il ne s'agit pas d'un mauvais traitement de la part de nos participants mais plutôt, d'une compréhension qui trouve des explications dans le vécu et l'expérience du sujet (Fonga, 2014). Mieux la conception magico-religieuse du trouble par l'Africain rend compte aussi d'une forme d'élaboration psychique de la souffrance à partir des croyances culturelles c'est-à-dire le sens qu'ils ont qu'il se donne du trouble ; et ou, les préjugés sont tels que c'est l'autre qui est à l'origine du trouble. Cette façon de voir participe à l'élaboration de la souffrance de répondre à l'inconnue et à réduire l'anxiété chez ces derniers. (Ezembe, 2009 cité par Adjani, 2019)

6.5. Implications et perspectives

6.5.1. Implications

La maladie cardiovasculaire est une maladie qui engage le patient dans l'ensemble des actes qu'il met en œuvre ce qui génère de la souffrance. C'est par conséquent une maladie qui ne génère pas des souffrances de façon périodique, mais de manière continue à travers des problèmes simples telles que manger et boire, au plus complexe comme la perception de sa place dans la société.

Ainsi, les études effectuées permettent d'apporter un plus dans la compréhension de l'élaboration psychique de la souffrance chez ces personnes. Ce qui pourrait être bénéfique pour l'accompagnement psychologique de ces personnes.

L'élaboration psychique, processus à travers lequel on analyse les excitations qui nous parviennent de dedans et de dehors, prennent sens et qui déterminent radicalement nos comportements au quotidien. En le faisant, le patient ayant été atteint d'une maladie cardiovasculaire et se trouvant dans un service de réadaptation cardiaque trouve des voies d'étayage de sa souffrance et par conséquent réduit ses angoisses. Notre travail a dans ce champ de pensée permis de ressortir une modalité particulière d'élaboration psychique qui est la représentation de la maladie. Le sens que la personne malade donne à son trouble est fonction de ce à quoi elle a été exposée, mieux le sens est fonction des représentations culturelles, des pensées inscrites dans le psychisme de la personne.

Aussi, en tenant compte de cette avancée, les moments de paroles peuvent être apportés aux patients cardiovasculaires et se trouvant en situation de réadaptation cardiaque, au cours des entretiens réguliers avec le psychologue. Ce qui permettra à ces patients de donner un sens à leur situation de malade et ainsi vivre mieux avec la maladie.

6.5.2. Perspectives

Cette recherche a étudié comment les signifiants culturels participent à l'élaboration psychique chez les patients MCV, à travers la mise en sens de souffrance des patients. Elle a révélé qu'effectivement, les représentations de la maladie sont des supports sur lesquels les événements prennent sens.

Ainsi pour continuer à questionner l'implication des représentations de la maladie dans l'élaboration psychique, nous pourrions mener sur le long terme, une étude clinique éclectique, c'est-à-dire une étude qui se situe à l'intersection de la recherche en clinique (qui est objectivante) et de la recherche clinique (qui est non objectivante). Dans cette recherche, nous ferons usage des tests projectifs (Rorschach et le TAT) qui nous permettront d'évaluer les processus psychiques (mentalisation, élaboration...), de même que les représentations de la maladie chez nos participants. Ainsi, l'évaluation de la teneur de la symbolique, des croyances culturelles, des pensées autour de la maladie (MCV) ne se limitera plus à une exploration à partir des entretiens, mais en plus de l'usage des tests. Aussi, il sera nécessaire de reproduire des études semblables à la nôtre sur des échantillons plus larges et différents afin de produire des données comparatives nécessaires à la généralisation.

CONCLUSION GENERALE

Cette étude intitulée : « *Représentation de la maladie et travail d'élaboration de la souffrance psychique chez les personnes en réadaptation cardiaque* », est abordée sous l'angle de la psychologie clinique. La maladie cardiovasculaire est une maladie dont la réadaptation cardiaque en elle-même constitue une effraction tant corporelle que psychique. Dans ce cas, du fait que ledit traitement est effectué plusieurs fois par semaine, il est question d'une effraction réactivée de manière continue.

C'est ainsi que de nombreux chercheurs ont montré que ce traitement est traumatique et génère de la souffrance psychique. Face à une telle situation, l'appareil psychique va mobiliser des capacités de mentalisation et d'élaboration psychique pour ne pas s'effondrer d'une part, et surmonter cette souffrance d'autre part. Les recherches antérieures sur cette thématique se sont intéressées à la capacité de mentalisation sans toutefois évoquer les représentations que peut avoir la personne souffrance ou une tierce personne de la maladie, ce qui a une place importante dans l'activité psychique.

C'est dans cette logique que cette étude a posé le problème du rôle ou de la fonction des représentations de la maladie dans l'élaboration psychique de la souffrance chez les personnes en réadaptation cardiaque. Ledit problème de recherche a été concrétisé par la question de recherche suivante : Pour avoir des éléments de réponse à cette question, nous avons formulé l'hypothèse suivante : : De par leur processus de mentalisation et de symbolisation, les représentations de la maladie participent au travail d'élaboration de la souffrance psychique chez les patients en réadaptation cardiaque. L'objectif étant : Appréhender les processus du travail d'élaboration de la souffrance psychique sur les représentations de la maladie chez les patients en réadaptation cardiaque.

N'étant pas les premiers à nous intéresser à cette thématique, notre revue de littérature a tourné autour de l'état des lieux sur la maladie cardiovasculaire, sur la réadaptation cardiaque, sur les représentations de la maladie, des problématiques y afférentes depuis l'annonce de la maladie jusqu'au suivi effectif des soins. La situation dans laquelle le sujet prend connaissance de son affection reste gravée tel un traumatisme dans sa mémoire. De ce fait, les personnes présentes (la famille proche ou encore le cops médical) lors de cette annonce auront un effet plus tard sur la capacité du patient à suivre ces soins ; car, le suivi des personnes au service cde réadaptation cardiaque est source de frustrations. Selon les auteurs, les facteurs de risques tel que : l'âge, l'obésité, le stress, l'hypertension artérielle... seraient source de beaucoup de complication chez les personne MCV, seraient l'affection non seulement la plus fréquente mais également apparaîtrait dans la vie du sujet de manière chronique. Dans le cadre de la maladie

cardiovasculaire, la poursuite du traitement trouve une explication par rapport à la poursuite convenable des soins ; on fait le point sur la qualité de vie des personnes MCV, cette dernière est l'un des éléments déterminants de la survie du patient. D'un autre côté, il nous a paru important dans le cadre de cette étude de savoir comment la maladie est appréhendée du point de vue des croyances (culturelles, sociales, cognitives). Dans ce cas, le sens que l'on donne à la maladie est fonction des représentations propres à une personne dans un environnement bien déterminé.

Dans l'explication théorique, nous nous sommes servis d'une part, des théories explicatives de l'élaboration psychique. Nous avons vu avec les travaux sur la symbolisation de Freud, dans ses travaux sur l'aphasie en 1891, que la représentation des mots et la représentation des choses. Pour lui la représentation des mots est une représentation dite symbolique et repose sur le travail de la symbolisation. Celle-ci se caractérise par l'organisation d'une liaison s'effectuant entre la représentation de chose et la représentation des mots. Plus tard, Freud va appréhender ce processus comme étant le travail de liaison entre deux traces : l'une perceptive et l'autre inconsciente. Dans ce sens la symbolisation ne relie pas l'objet à la représentation, mais deux types d'images de l'objet, deux traces différentes de l'objet. Dans ce cas la symbolisation renvoie à la capacité qu'a un être humain de représenter et de se représenter (Pelsser, 1989, Bitsi, 2005).

Avec les théories de la symbolisation, nous avons vu que l'élaboration psychique se fait à travers la mise en sens du phénomène. Enfin, avec la théorie des représentations cognitive, nous avons montré que, Chaque personne a son propre sens à la maladie, en fonction des représentations collectives, la perception sociale du lien entre santé et maladie, et de l'expérience des symptômes. Au niveau individuel, on a pu établir l'existence de prototypes de la maladie (Rosch, 1978). Ces prototypes correspondent à une conception générale qu'ont les individus de différentes maladies, sur leurs natures, leurs symptômes, leurs causes et leurs conséquences. Lorsqu'elles perçoivent des symptômes particuliers, les personnes feraient une comparaison entre les symptômes vécus et les différents prototypes de la maladie qu'ils connaissent le mieux, ce qui facilite leur accès et leurs disponibilités aux informations relatives à la maladie plus facilement.

Selon Leventhal et al (1980), les individus créent des représentations cognitives et affectives de leur maladie pour donner du sens et gérer leur problème de santé. L'interprétation de cette information constitue le premier pas dans le processus de recherche d'aide, d'initiation d'une stratégie de coping, et d'adoption d'une prise en charge.

Pour atteindre notre objectif, nous avons fait usage de la méthode clinique, notamment de l'étude de cas. Le choix de cette méthode s'est justifié par sa capacité à fournir une analyse en profondeur des phénomènes dans leur contexte. Suivant nos critères d'inclusion et d'exclusion, trois participants ont été sélectionnés sur l'ensemble des personnes suivies au service de réadaptation cardiaque de la polyclinique les promoteurs de la bonne santé. Il s'agit de trois personnes ayant été atteinte d'une maladie cardiovasculaire (Paul 47ans, Marie 40ans et Jean 62ans). Les données proprement dites ont été collectées par le biais des entretiens semi-directifs. Pour les analyser, nous avons fait recours à l'analyse cas par cas, par l'analyse de contenu thématique.

Suite à cette analyse, les résultats obtenus montrent que chez les participants de cette étude, la souffrance psychique se manifeste de plusieurs manières. Il y a par exemple une blessure narcissique qui les vulnérabilise ; la maladie réduit considérablement leurs capacités d'agir et cela se traduit par une infantilisation. Sur le plan familial leurs proches prennent des décisions en ce qui concerne leur vie sans toutefois demander leur avis. Les résultats ressortent également de nombreuses émotions désagréables et des sensations pénibles telles que le désarroi. Face à tout cela, les participants interprètent la survenue de leur maladie comme ayant une base les croyances culturelles, d'une part et une base biologique d'autre part, le résultat d'une attaque par des personnes malveillantes. Suite à cette interprétation ou à ce sens donné au trouble, des comportements nouveaux sont mis sur pied afin de contrecarrer les menaces. C'est le cas avec la consultation des guérisseurs, des prêtres ; qui sont mis sur pied pour éloigner les mauvais esprits et leur permettre de se reconnecter aux différents pôles. Ce qui développe en eux la conviction que rien ne peut leur arriver, malgré les attaques car Dieu et leurs ancêtres les protègent.

Ces résultats interprétés à la lumière des théories de la représentation de la maladie en suivant le modèles des anthropologues Zempléni et Sindzingare (1981, cités dans Sarradon-Eck, 2002) ont montré que le diagnostic de la maladie, dans la pensée profane, comporte 4 modes opérations et questions correspondantes : quelle maladie ? Comment est-elle survenue ? Qui ou quoi l'a produite ? Pourquoi moi ? Dans la terminologie qu'ils proposent, la cause est le moyen (le mécanisme) qui engendre la maladie, l'agent causal est ce qui détient la force efficace pour produire la maladie, et l'origine est l'événement ou la conjoncture historique dont la reconstruction rend intelligible l'irruption de la maladie dans la vie des individus.

Cette terminologie rend compte des différents niveaux du questionnement lent du malade et de son groupe que provoque l'événement-maladie. Elle permet aussi une classification des « causes » de la maladie dans la pensée profane.

La mise en sens de cette souffrance au travers ces représentations constitue dès lors la base sur laquelle le processus d'élaboration psychique va s'appuyer. Ceci, accorde dès lors une pertinence clinique à notre hypothèse de recherche.

En perspective, pour continuer à explorer l'implication des représentations de la maladie dans l'élaboration psychique chez ces personnes, nous envisageons de mener une étude sur le long terme en combinant les entretiens et les tests projectifs pour une meilleure appréhension du phénomène.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Amghar, T. & Amokrane, M. (2017). *Fonctionnement mentale chez les insuffisants rénaux chroniques adultes études de cas* [Mémoire de maîtrise]. Université Abderrahmane Mira de Bejaia.
- Barthelemy, C. (2008). *L'annonce du diagnostic d'une maladie incurable et la relation soignant-soigné*. [En ligne]. <https://www.infirmiers.com/pdf/annonce-diagnostic-maladieincurable-relation-soignant-soigne.pdf>.
- Bitsi, J.A. (2005). *Processus de symbolisation et appartenances culturelles* [Thèse de doctorat]. Université Lumière Lyon 2.
- Blanchet, A. (1985). *Dire et faire dire : l'entretien*. Paris
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2007). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Arnaud Colin.
- Chaabna, L., & Meddour, F. (2018). *La dépression chez les insuffisants rénaux chroniques* [Mémoire de maîtrise]. Université Abderrahmane Mira de Bejaia.
- Cupa, D. (2002). *Psychologie en néphrologie*. EDK.
- Cupa, D. (2012). Hommage d'Andrée Green. *Le carnet psy*, 2(160), 12-25.
- Hadjkacem, I., Hela, A., Jawaher, B., Souhel, K., Chérif, L., Walha, A., Yousr, M., & Hachicha, J. (2016). Profil psychologique des adolescents hémodialysés : étude transversale tunisienne. *L'Information psychiatrique*, 92 (3), 211-217.
- Daigle, J.-M. (2006). *Les maladies du cœur et les maladies vasculaires cérébrales : Prévalence, morbidité et mortalité au Québec*. Institut national de santé publique du Québec. Jean-Marc Daigle unité connaissance surveillance direction, planification, recherche et innovation institut nationale de santé publique au Québec.
- Di Rocco, V. (2006). « *Qui est là ?* » échecs de la symbolisation et symbolisation des échecs de la symbolisation dans les problématiques psychotiques [Thèse de Doctorat]. Université Lumière Lyon 2.
- Dong, T. (2016). *Drépanocytose et dépersonnalisation : clinique de la souffrance du jeune adulte homozygote : une étude de cas au Cameroun* [Thèse de Doctorat]. Université de Yaoundé 1
- Doron R. & Parot F. (dir.) (1991), *Dictionnaire de psychologie*. PUF.
- Ezembe, F. (2009). *Les représentations de la maladie et du soin*. L'enfant africain et ses univers.

- Fernandez, L. & Pedinielli, J.L. (2006, mars). La recherche en psychologie clinique. *Recherche en soins infirmiers*, 84, 41-51.
- Fernandez, L., & Catteeuw, M. (2001). *La recherche en psychologie clinique*. Paris : Nathan.
- Fonga, S. (2014). *Représentations de la maladie chez des patients hypertendus originaires d’Afrique noire ayant migré en France* [Thèse de doctorat]. Université Pierre et Marie Curie.
- Herzlich, C. (1984). *Santé et maladie : analyse d’une représentation sociale*. Ecole des Hautes Etudes en sciences sociales.
- Fonkeng., G., E., Chaffi., C., I., & Bomida., J. (2014). *Précis de méthodologie de recherche en sciences sociales*. accoup
- Fortin, M.-F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Chenelière Education.
- Freud, S. (1895). *Etude sur l’hystérie*. PUF.
- Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Gallimard.
- Freud, S. (1915). Deuil et mélancolie. In Freud, S. *Métapsychologie*, pp. 145-171, Gallimard.
- Freud, S. (1915). Pulsions et destins des pulsions. In Freud, S. *Métapsychologie*. Gallimard.
- Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*. Payot.
- Freud, S. (1925). *Ma vie et la psychanalyse*. Gallimard.
- Gagnon, Y.C. (2012). *L’étude de cas comme méthode de recherche*. Presses de l’université du Québec.
- Herzlich, C. (1984). *Santé et maladie : analyse d’une représentation sociale*. Ecole des Hautes Etudes en sciences sociales.
- Janelle., C. (2010). Représentation de la maladie chez les greffes cardiaques et ‘observance au traitement : perspectives qualitatives et quantitatives. [Thèse présentée comme exigence partielle au doctorat en psychologie]. Université du Québec à Montréal au Canada, service des bibliothèques.
- Jodelet., D. (1997). Représentation sociale : phénomène, concept et théorie. In *psychologie sociale*, (dir. S. Moscovici). Presses Universitaires de France.
- Kaës, R. et al. (2005). *Différence culturelle et souffrance de l’identité*. 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*. Dunod.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. PUF.
- Laplantine, F. (1986). *Anthropologie de la maladie*. Payot.

- Lecours, S. (2016). Niveaux de mentalisation de la souffrance en clinique : agonie, détresse et tristesse adaptative. *Revue québécoise de psychologie*, 37(3), 235-257.
- Lefebvre G. (2005). *Aspects psychologiques et sociaux des patients insuffisants rénaux, dialysés et transplanté*. Masson.
- Lefebvre, G. (2005). Aspects psychologiques et sociaux des patients insuffisants rénaux, dialysés et transplantés dans *Echanges, AFIDITN*, 74, 11-22.
- Luquet, P. (1981). Le changement dans la mentalisation. *Revue française de psychanalyse*, 45, 1022-1028
- Luquet, P. (1988). Pensée et structure psychique. *Revue française de psychanalyse*, 52, 267-302.
- Marty P. (1976). *Les mouvements individuels de vie et de mort*. Essai d'économie psychosomatique. Payot.
- Marty, P. (1991). *Mentalisation et psychosomatique*. Les empêcheurs de tourner en rond. Paris.
- Mayi, M. B. (2010). *Psychopathologie et tradithérapie africaine : perspectives actuelles*. Dinoïa.
- Mayi, M., B. (2010). *Psychologie et tradithérapies africaines : perspectives actuelles*. Paris
- Mayi, M., B., & Song, E., F (2005), *La psychologie pathologique et clinique*. Yaoundé : Edition Nulle part-INS.
- Mayi, M.B. (2017). *Quatre essais de psychopathologie africaine*. Broché.
- Montreuil, M. et Doron, J. *Psychologie clinique et psychopathologie*. PUF.
- Nkoum, B., A. (2012). *Initiation à la recherche : une nécessité professionnelle*. Presses de l'Université Catholique d'Afrique centrale.
- Pannel, R. (2015). *Le travail de l'hypochondrie chez le malade somatiquement, chroniquement et héréditairement : Quel travail de mise en rêve par des plaintes corporelles et de cadavérisations ? Exemple chez le sujet en insuffisance rénale chronique, héréditaire et hémodialysé. A propos de cinq cas cliniques* [Thèse de doctorat en Psychologie]. Université de Paris Ouest Nanterre, Nanterre, France.
- Pedilnielli, J-L. (2006). *Théorie et méthodologie de la psychologie clinique*.
- Pedinielli, J. L. (1994). *Introduction à la psychologie clinique*. PUF
- Pedinielli, J.-L. & Fernandez, L. (2007). *L'observation clinique et l'étude de cas*. Armand Colin.

- Pedinielli, J.-L. (1995). Recherche clinique et méthodes quantitatives. O. Bourguignon & M. Bydlowski (dir.), *La recherche clinique en psychopathologie*, pp. 123-134. Presses Universitaires de France.
- Pelsser, R. (1989). Qu'appelle-t-on symboliser ? Une mise au point. *Bulletin de Psychologie*, XLII, 392, 714-726.
- Pouder, M.C. (2007). *Etude linguistique de dialogues psychosomatiques* [Thèse de doctorat en psychologie]. Université de Paris, France.
- Quivy., R. & Van Campenhout., I. (1995). Manuel de recherche en sciences sociales. Dunod
- Quivy., R. (1995). Manuel de recherche en sciences sociales. Dunod.
- Rogers., R. (2005). *Psychothérapie et relation humaines : théorie de la thérapie centrée sur la personne*. Division de la société Reed Business Information
- Roussillon, R. (1995). Institution et dispositifs-symbolisant. *Acte de congrès européen de EFEP*, de Hann, Belgique.
- Roussillon, R. (1995). La métapsychologie des processus et la traditionalité. *Revue française de Psychanalyse*, 1351- 1519.
- Roussillon, R. (1995). *Logique et archéologiques du cadre psychanalytique*. PUF.
- Roussillon, R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Le fait psychanalytique. PUF.
- Roussillon, R. (2008). *Le jeu de l'entre je(u)*. PUF.
- Roussillon, R. (2008). *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*. Dunod.
- Roussillon, R. (2012). *Agonie, clivage et symbolisation*. PUF, p.252
- Ruszniewski, M. (1995). *Face à la maladie grave, patients familles et soignants. Pratique médicale*. Dunod, p.206
- Surugue. C. (2010). *L'approche psychosomatique du patient dialysé. Psychologie et comportements*. Dumas.
- Taïeb, O. et al. (2005). Donner un sens à la maladie : de l'anthropologie médicale à l'épidémiologie culturelle. *Médecine et maladies infectieuses*. 35, 173-185
- Zempleni, A. (1982). Anciens et nouveaux usages sociaux de la maladie en Afrique. *Archive des sciences sociales de la religion*, 54 (11) 5-19
- Zempléni, A. (1985). La maladie et ses causes. Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture. *Ethnographie*. 96-97, 13-14.

ANNEXES

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DES ARTS, LETTRES ET
SCIENCES HUMAINES

DEPARTEMENT PSYCHOLOGIE



REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTY OF ARTS, LETTERS AND
SOCIAL SCIENCES

DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

ATTESTATION DE RECHERCHE

Je soussigné, **Chandel EBALE MONEZE**, Professeur des universités, Chef du Département de Psychologie, atteste que **Mlle. Belle-Ornela DONFACK**, matricule 17Q234 a libellé son mémoire de Psychopathologie et clinique comme suit :

« Représentation de la maladie et travail d'élaboration de la souffrance psychique chez les patients en réadaptation cardiaque ».

Ses travaux effectués sous la direction du Professeur **Emilie TCHOKOTE**, nécessitent une investigation sur le terrain.

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

Fait à Yaoundé, le

Le Chef de Département

Chandel



Formulaire de consentement

Je soussigné Paul
déclare accepter librement et de façon éclairée de participer à l'étude intitulée
« *représentation de la maladie et travail d'élaboration de la souffrance psychique chez les patients en réadaptation cardiaque* » sous la direction du Pr. TCHOKOTE Emilie.

Investigateur principal : DONFACK Belle-Ornela étudiante en Master II.

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

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

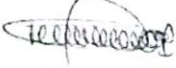
Liberté des participants : Le consentement pour pur poursuivre l'évolution peut être retiré à tout moment sans donner les raisons et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le participant.

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

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

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

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

	Contact du chercheur : Courriel : donfackornela58@gmail.com Téléphone : 658750406/670439904
Date et Signature du participants : 	Date et Signature du chercheur :



Formulaire de consentement

Je soussigné Jean _____
déclare accepter librement et de façon éclairée de participer à l'étude intitulée
« *représentation de la maladie et travail d'élaboration de la souffrance psychique chez les patients en réadaptation cardiaque* » sous la direction du Pr. TCHOKOTE Emilie.

Investigateur principal : DONFACK Belle-Ornela étudiante en Master II.

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

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


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

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

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

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

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

	Contact du chercheur : Courriel : donfackornela58@gmail.com Téléphone : 658750406/670439904
Date et Signature du participants : 22.11.2022 	Date et Signature du chercheur :



Formulaire de consentement

Je soussigné Marie
déclare accepter librement et de façon éclairée de participer à l'étude intitulée
« *représentation de la maladie et travail d'élaboration de la souffrance psychique chez les patients en réadaptation cardiaque* » sous la direction du Pr. TCHOKOTE Emilie.

Investigateur principal : DONFACK Belle-Ornela étudiante en Master II.

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

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

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

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

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

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

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

	Contact du chercheur : Courriel : donfackornela58@gmail.com Téléphone : 658750406/670439904
Date et Signature du participants : <u>14/06/2023</u> <u>Marie</u>	Date et Signature du chercheur :

RETRANSCRIPTION DE l'entretien avec Mr. MBARGA

Etudiante: bonjour, comment allez-vous et comment est-ce que vous vous appelez ?

Mr. Y : bonjour Dr. Je m'appelle Mr. MBARGA NGOUMOU, marié, enseignant retraité

Père de 06 enfants.

Etudiante : d'accord Mr. pouvez -vous nous dire ce que vous connaissez de la maladie cardiaque avant l'annonce votre maladie?

Mr. Y : Personnellement je dirais non je n'ai pas de connaissance sur la maladie cardiaque, car je n'ai pas accès mon étude sur ça quand je faisais psychologie à l'université, en tant qu'instituteur j'avais choisi pour option la psychologie du développement, dont je n'avais pas assez de connaissance sur la maladie cardiaque.

Etudiante : pouvez-vous nous relater l'histoire de votre maladie ?

Mr. Y : au début j'avais un essoufflement, les difficultés à respirer qui persiste d'ailleurs, c'est dire que au repos quand je prends la position couchée je suffoque et je prends la position assise, et quand je reviens à la position assise ça va et je me mets à visionner de peur de suffoquer en me couchant, pareil lorsque je marche sur un terrain plat ça va mais quand je monte une petite colline je m'essouffle et je me fatigue par exemple le dimanche quand je partais à l'église avec mon épouse elle était toujours devant et moi derrière car je ne pouvais pas vite marcher et elle était plus rapide que moi du coup je lui demandais par moment de m'attendre ou bien de s'avancer. Bon je voyais cet essoufflement là et j'assimilais cela à l'asthme, je suis allé au dispensaire qui est proche de la maison et là-bas on a pris mes paramètres et ma tension, au niveau de ma tension on m'a dit que les battements de cœur n'étaient pas normaux par ailleurs que la tension était basse et que ces battements de cœur seraient cause de l'essoufflement et qu'il fallait absolument voir un cardiologue. Ensuite quand je voulais aider madame à fendre le bois je sentais comme si le cœur qui veut s'écrouler et comme si le sang coule et se déversé dans le ventre, et la tête maintenant c'est comme si on avait jeté un caillou dessus et les sphères, il me faut m'agripper sur quelques choses sinon je suis menacé de tomber, voilà un peu comment à commencer ma maladie. Mais je n'ai pas de perte d'appétit, juste la fatigue.

Etudiante : d'accord, et maintenant comment voyez-vous votre état de santé ?

Mr Y : il y'a un léger mieux j'arrive déjà à me coucher sans plus m'étouffer mais je ne parviens pas encore à marcher sur la côte, c'est uniquement sur terrain plat. Le médecin m'a conseillé

de faire des exercices de marche 2 à 3 fois Par semaines, et je suis aussi sur traitement. Donc il y'a un léger mieux je suis plus à l'aise. En ce qui concerne le personnel médical, ça va je trouve satisfaction, les infirmières, le cardiologue, et tout le reste sont très sympa font très bien leur travail. Il m'encourage beaucoup dans ma rééducation.

Etudiante : pouvez-vous nous parler de votre régime alimentaire ?

Patient : L'alimentation au début ce n'était pas facile. Au début ce n'était pas facile parce que le régime est très strict et quand tu le respectes, le régime est strict et j'avais tellement maigri ; ma femme me faisait respecter le régime. Mais au fur et à mesure que parlais avec elle me disait comment tu vas faire parce que... Mange normalement maintenant si tu manges un truc ça te dérange tu achètes tel médicament tu bois. C'est comme ça que j'ai donc expérimenté ça ; mais bon je mange tout. Si je mange... Il y a quand même des choses que je ne mange pas comme les repas salés, on m'a interdit cela, et aussi l'alcool m'a été interdite. Si je mange une nourriture ça me dérange je bois un produit.

Etudiante : pouvez nous parler de votre ressenti lors de l'annonce de votre maladie ?

Mr. Y : je m'étais un peu Préparer, parce que au paravent j'ai eu beaucoup de stress et je redoutais cette maladie, et mon stress était dû à quoi (hmmmm) je suis vite aller en retraite et certaines choses qui m'était bénéfique non pas eu de résultat et à la longue; donc de temps en autre je ressentais mal à la poitrine sans être malade. Et comme je m'y connais un peu dans ces choses-là comme je l'ai dit j'avais fait la psychologie et aussi instituteur de formation. (Moment de détente et de soupire). Bon j'avais eu donc la retraite brutalement, c'est-à dire avec certaines relations j'ai eu l'occasion de pouvoir travailler après la retraite, ça fait donc qu'à ce niveau il y'a des petits avantages qui vous permette de mieux vivre sauf qu'il y a eu un remaniement ministériel et la personne en question est allé a été enlevé, et celui qui est venue est nous a tous enlever. Et on devait avoir une mission qui avait été suspendue, plus les avantages de services qui devait être à notre disposition pendant notre service. Et le ministre qui nous soutenait n'y était plus, et parmi mes 6 enfants il y'a encore trois qui fréquente et seulement un seul qui travail (il rit). Donc j'étais un peu préparer à l'annonce de la maladie, même comme cela m'a fait un choc.

Etudiante : comment est-ce-que vous vous représentez votre maladie ?

Mr. Y : la maladie en elle-même je l'ai vu simplement comme toutes les maladies mais si je dois la traîner avec ma moi toute la vie ça me désastre un peu ; je souhaite qu'elle soit guérie

et non irréversible et incurable. Petit moment de silence Mais je ne peux pas vous mentir je suis très fière de ma femme et mon premier fils qui travaille déjà parce qu'ils m'apportent beaucoup de soutien surtout mon épouse ; elle me comprend. En passant ma femme elle-même est d'abord malade, elle a un diabète. J'ai un petit problème au cœur c'est tout. On me donne des médicaments mais c'est tout. A un moment donné je me suis dit : je veux bien qu'ils se trompent ! Et en plus ils ont commencé à me donner des consignes et des médicaments que je prenais et je voyais que ça allait bien.

Etudiante : parlant de la maladie pouvez-vous nous dire ce qui se disait autour de votre maladie ?

Mr. Y : pour vous dire vrai nous n'avons parlé de ma situation à personne, seulement ma femme et mes enfants étaient au courant. Vous savez je viens d'une famille polygamie et je suis le seul garçon à ma mère, et chez nous la jalousie règne beaucoup surtout quand on voit que tes enfants ont réussies et que ce n'est pas le cas chez les autres. Du coup quand j'ai constaté que j'étais malade je fais comprendre à ma femme et mes enfants que cela doit rester entre nous, même le voisinage n'était pas au courant puisque chez nous les bétis l'on se méfie de tout le monde même de sa propre famille. Et aussi dans la famille beaucoup me promettent la mort, dans le sens que les autres estimes que moi j'ai réussi et c'est comme si j'avais pris ce qui leurs revenaient

Etudiante : parlant de votre souffrance quelles sont les répercussions liées à votre maladie ?

Mr Y : c

Entretien n.2 :

Etudiante: bonjour, comment allez-vous et comment est-ce que vous vous appelez ?

Patient : bonjour docteur, je vais bien par la grâce de Dieu et je suis Maitre Marie.

Etudiante : pouvez -vous nous parlez de votre petite enfance ?

Patient : A vrai dire j'ai eu une enfance formidable, sans problème, avec des parents adorables et un papa qui était très formidable, j'ai fréquenté dans de grande écoles, je peux dire que j'ai eu l'enfance que chaque enfant souhaite avoir, une enfance très beau et très formidable.

Etudiante : d'accord madame pouvez- vous nous relatez l'histoire de votre maladie ?

Patient : parlant de ma maladie je tiens à vous informer que dans ma petite enfance je n'ai jamais été malade sauf la grippe, car j'étais une très grande sportive. Et en ce qui concerne ma maladie, je dirais qu'elle a commencé après la séparation de mes parents ...

Après la séparation de mes parents j'ai été dépressive à cause de l'amour que je portais à mon père, et après cela je me suis remise, jusqu'à sa mort (Silence). Après la mort de mon père j'ai rencontré le diable en personne mon frère (mimique puis silence) je me sentait comme téléguidé, mes proches s'éloignaient de moi, tout le monde m'avait abandonné même ma propre mère. Et c'est comme cela que un matin je me réveille, je ressens quelques douleurs à la poitrine et quelques instants après je m'évanouie, je savais que j'étais malade mais je ne savais pas que c'était de cette maladie qu'il s'agissait. Je tombe malade plus précisément le 15 Août 2019 à 10h. « Me voilà pleine de vie et voilà que je suis devenue l'ombre de moi-même, je suis là à embêter mon premier fils, qui lui avec tous ces choses est obligé de s'occuper de moi et cela me gêne beaucoup ... ». « J'avais perdu mes cheveux, c'est ça qui m'avait alors plus traumatisé, j'avais des beaux cheveux, bien long, naturelle, je me ventais, mais j'ai été vraiment abasourdie ... ».

Etudiante : Et maintenant comment percevez-vous votre corps ?

Patiente : je vais de mieux en mieux par la grâce de DIEU, mon teint revient petit à petit, je retrouve mes beaux cheveux de jeunesse, c'est vrai que je ne peux pas faire trop d'activité physique, je parviens déjà à me déplacer, j'arrive même déjà à partir au Barro et de faire la marche même comme après quelques petits efforts je m'essouffle. Mais bon par la grâce de Dieu ça va, pour moi c'est dieu qui est au centre de mon rétablissement, je remets tout entre ces mains.

Etudiant : Comment s'est fait l'annonce de votre maladie ?

Patient : L'annonce de maladie humm je n'ai pas eu trop de souci, c'est vrai qu'il y'a eu un peu de peur, je pensais à tout, à la mort, à comment je vais quitter ce monde et laisser mes enfants seul. J'avais surtout peur pour mon dernier garçon car il venait d'avoir le bac et je me battais pour faire en sorte qu'il quitte le pays, avec cette maladie j'ai dû vendre mon terrain pour qu'il puisse partir et je peux vous rassurer qu'après son départ j'ai ressenti un très grand soulagement et j'ai remercié le seigneur, donc comme je le disais je n'ai pas ressenti grande chose lors de l'annonce de ma maladie.

Etudiant : quels sont les différents modes de traitement administré dans le service de réadaptation cardiaque ?

Patient : le kinésithérapeute m'a conseillé de faire des exercices de marches tous les jours, au moins 15 min matin et soir. En dehors de ça je n'ai plus d'autre exercices à faire ; et le médecin m'a interdit l'alcool, les repas salés. Pour moi c'était la totale, c'était comme me tuer, je ne mangeais plus, je n'ai pas pu supporter cela, manger des repas sans sel était comme si on m'annonçait le d'but d'une mort soudaine.

Etudiant : Merci madame ; au début quand on parlait de l'histoire de votre maladie vous nous avez parlé de diable en parlant de frère pouvez-vous?

Patient : vraiment si ce n'est pas le diable je ne sais pas qu'elle autre nom donner à ce genre de comportement quand quelqu'un s'éloigne de la volonté de Dieu il est quoi d'autre c'est le diable. Après mes études j'ai pu avoir une situation financière stable ce qui m'a permis de positionner mes autres frères quand je parle de positionner je fais allusion au études et un travail, quand je suis tombé malade mon petit frère pour qui j'ai tout ma traite de sorcière, que je suis dans la rose croix (petit moment de silence et un grand soupire), lui et sa femme partent remonter la famille contre et moi et après la mort de notre père j'ai tout perdu hein vraiment quand je parle encore de ça j'ai vraiment mal.

Etudiante : d'accord madame, pouvez-vous nous parler de ce qui autour de votre maladie ?

Patient : Bon le seul héritage que ma laissé mon père c'est la croyance en Dieu, mais ma mère, elle est fréquente les marabouts et elle a amené tous ses enfants là-bas. Moi elle m'avait amené une fois et je n'ai pas trouvé satisfaction dans le discours de cette dernière et j'ai décidé de ne plus y aller, et de continuer de croire à Dieu, ce de même du côté de la grande famille car les différentes représentations qu'ils se font autour d'une maladie à première vue est qu'elle est d'abord mystique, la maladie pour eux n'est jamais clinique, et de ce fait il faut aller vers les tradipraticiens. Mais moi personnellement je sais que ma maladie est simple, et peut être dû au choc que j'ai eu à l'annonce du décès de mon père et aux agissements de mon frère vis à vis de moi après tout ce que j'ai fait pour lui. Avec tout ce que je vous aie dit vous pouvez imaginer que pouvez se dire, amis au niveau de la grande famille toute le monde n'était pas au courant de ma maladie car il y a trop de complexe et de jalousie. Mes oncles et tantes ne nous s'appréciait pas beaucoup car ils disaient que nous avons réussi dans notre famille, nous sommes des enfants qui avant fait des grandes écoles, les réussites c'est nous les grands diplômés c'est nous ils n'étaient pas content. Mais c'est la réaction de ma mère qui m'a fait

plus de mal. Elle a fait comprendre que ma maladie n'était pas clinique et que c'est quelques de traditionnelle et elle est allée plus loin en disant devant tout le monde « elle-même elle sait de quoi elle souffre, elle est dans la rose croix sa maladie là est mystique, elle va vous vendre, son père l'a déjà transmis son totem avant de partir, donc elle n'a qu'à vous dire de quoi elle souffre. » en me concernant pas de croyance en la culturelle , je ne crois pas au pratique, mon père m'avait appris que seule Dieu est au centre de toute chose et maintenant je veux connaître Dieu plus à travers des lectures bibliques. « Je relative sur tout aujourd'hui, car si je suis vivante aujourd'hui c'est grâce à toi mon Dieu, louange à toi seigneur ! louange à toi seigneur !.

Etudiante : tout à l'heure vous nous avez parler de votre beauté de jeunesse de vos cheveux, pouvez nous en dire plus sur votre ressenti ?

Patiente : vraiment j'étais très belle, telle convoité par les hommes avec un très beau teint noir, une très grande sportive ce qui faisait j'avais un très beau corps mais quand la maladie a pris le dessus, j'étais vraiment anéantie, à un moment je pensais que j'allais mourir et que j'allais voir mon père, interdit de consommer le sel pour moi était la totale, je ne mangeais plus , je n'ai pas pu accepter cela , mon sport je ne faisais plus, cela m'a fait pleurer car ça me permettait de me relaxer, j'avais noirci, mon aspect physique avait tellement changer, le regard des gens me gênais, alors le mieux pour moi était de fuir le regard des autres , je ne m'habillais plus, je ne me maquillais plus, je me négligeais tellement, vraiment j'avais perdu une totale confiance en moi, mais maintenant ça va et je rends grâce à Dieu pour tous ces bien faits. C'était dur, très difficile à accepter mais bon comme je suis toute seule j'ai essayé de me débattre et bon ben voilà je me suis fait ...comment je vais dire...ma raison toute seule quoi !

Etudiante : d'accord madame, pouvez nous m'en plus sur comment est-ce que vous vivez votre souffrance ?

Patiente : Je pense vous avoir tout dit tout à l'heure, mais vraiment ça n'a pas été un moment facile je vous le dis, pour le vivre c'est assez difficile. En plus j'étais une grande sportive, j'ai beaucoup bougé toute ma vie et du jour au lendemain tout est fini. [...] J'ai été privé de tout ça. J'ai fait du vélo, de la plongé, du football, j'étais énormément actif jusqu'à cet âge. [...] Je pouvais plus monter les escaliers. Je faisais du cheval, j'ai dû arrêter de faire du cheval. Je faisais du vélo bien entendu (rires), de la plongée sous-marine, et j'ai tout arrêté. On devient limité dans toutes les activités de la vie productive. Je suis handicapée, Je ne peux même pas sortir de chez moi ! Je fais quelques pas et hop ! Il faut que je m'asseye. [...] Je ne peux pas... aller marcher dehors, je ne peux plus même tout près ! Je descends à la limite mes 3 étages pour

aller au travail, mon fils et moi avons vécu des moments difficiles, un moment j'ai dit au docteur que je suis fatigué de prendre les médicaments, et que je n'en veux plus et il m'a répondu que je dois vraiment dire merci au seigneur si je suis encore en vie et de continuer avec les prescriptions médicales. Mon fils m'a regardé, et m'a dit « maman ça ira il faut être forte, je suis là pour toi, j'ai vraiment mal après les paroles de mon fils qu'on s'est mis à pleurer ». Mais maintenant j'ai accepté ma maladie et j'ai appris qu'en toute chose il faut louer le seigneur, et je suis tranquille depuis ce jour. Avant j'avais peur d'aller hors de la ville, mais maintenant même au cabinet j'y vais et vis maintenant avec le seigneur. Bon j'ai besoin de repos

Etudiante : d'accord madame nous vous remercions d'avoir accepté de participer à notre entretien

Patiente : (elle sourit) le plaisir est partagé, vous pouvez toujours me solliciter en cas de besoin, je serai toujours disponible pour un échange.

Entretien 3

Etudiante : bonjour Mr Paul, comment allez-vous ?

Patient : bonjour docteur, je vais assez bien aujourd'hui

Etudiante : d'accord tu dis que tu vas bien aujourd'hui, hier ça n'allait pas ?

Patient : hier non docteur, mais tout au long de ma maladie ça n'allait vraiment pas un moment de ma vie j'ai cru que j'allais mourir.

Etudiante : je vois, vous parlez de votre maladie pouvez-vous nous relater l'histoire de votre maladie ?

Patient : je suis un chauffeur de taxi, et je travaille beaucoup, mais un temps quand je montais dans mon véhicule je marquais un temps d'arrêt pour respirer, quand je conduisais je marquais un temps, puis du coup un matin en me levant du lit pour aller au travail, j'ai senti comme une douleur à la poitrine et je commençais à respirer à peine. J'ai fait part de ça à ma femme, elle m'a donné de l'eau et m'a conseillé de ne pas sortir ce jour et de me reposer. Plus je me couchais plus j'avais le sentiment que ma respiration se bloquait plus, et à un moment j'ai commencé à respirer par la bouche et je respirais un peu plus difficilement. Nous sommes allés dans une clinique à Foumban et c'est là-bas que j'ai fait ma première consultation. Ce n'est pas facile avec le coût des médicaments et celui de prise en charge physique n'est pas du tout évident et de plus je ne travaille plus, j'ai des petits enfants que je dois prendre en

charge et ma femme qui ne travaille pas, c'est vraiment très compliqué c'était dur, très difficile à accepter mais bon comme je suis toute seule j'ai essayé de me débattre et bon ben voilà je me suis fait ...comment je vais dire...ma raison toute seule quoi !

Etudiante : d'accord Mr vous venez de nous parler d'une première consultation que vous avez fait à Foumban, pouvez -vous nous en dire plus ?

Patient : oui comme je l'ai dit avant de venir ici, j'avais fait déjà fait une première à Foumban, lorsque ma femme a constaté que mon état de santé n'était pas bon, nous sommes allés dans un centre, et de là on m'a demandé de faire l'électro-cœur, quand je l'ai fait, le cardiologue m'a fait comprendre que le sang coagulait, et que ça ne ravitaillait pas tout le corps et l'organisme. Et il m'a prescrit des médicaments, dans ma tête je me disais que en prenant les médicaments cela ira mieux et quand je l'ai pris, je me sentais bien. Mais deux semaines après j'ai commencé à ressentir les mêmes douleurs, et j'avais toujours ces problèmes de respiration. C'est ou j'ai appelé mon cousin qui vit à Yaoundé et il m'a demandé de venir me faire soigner chez le Dr Eloge qui est cardiologue, et c'est comme que ma femme et ma moi avions pris la route pour ici.

Quand je suis allé à l'hôpital de Foumban, on m'a demandé de faire l'électro-cœur et cela a couté 180.000f. et quand je suis arrivé ici à Yaoundé j'ai eu à faire un scanner qui m'a couté près de 100000f. chaque fois que je dois venir ici il me faut payer le transport et prévoir de l'argent pour des cas d'urgence ou imprévue. Concernant les exercices, je marche un peu, je m'arrête un peu en route je cause, après je prends un deux un deux jusqu'à la maison. ...] Parfois quand j'ai l'argent de taxi, je prends le taxi. A certain moment je prends la moto qui me laisse à la maison. Une fois à la maison je prends mon repos. [...] Oui par rapport au régime quand j'ai l'argent je suis c'est par rapport à ce que l'argent me permet de faire.

Etudiante : d'accord Mr pouvez nous parler de votre ressentit lors de l'annonce de votre maladie ?

Patient : ma fille quand on t'annonce ce genre de maladie et que tu ne t'y attendais même pas comment est-ce que tu peux te sentir, si ce n'est que l'angoisse, la panique, la peur de mourir et de laisser ces enfants et sa femme sans rien, même pas un avenir meilleur ; tout ça, quand

17heure arrivait, je me posais des questions du genre comment je vais dormir, et si je dors est-ce que je vais pouvoir me réveiller, ou est-ce que je ne vais plus me réveiller.

Les gens meurent, les gens meurt ...] Les gens meurent bon beaucoup meurt parce qu'ils ne savent pas ils ne connaissent pas s'abstenir ; il faut s'abstenir et oublier une certaine chose tu as compris maintenant [...] Quand tu vois une certaine chose et que c'est interdit ne mange pas. Quand tu vas manger tu auras des problèmes donc c'est comme ça. Moi je bois mais je ne bois qu'un seul verre moi je bois, je ne bois pas le jus. Tu as compris maintenant, quand je bois un verre de jus j'ai les problèmes parce que le jus a le gaz donc il faut éviter de prendre le gaz, quelque chose avec le gaz c'est les problèmes. Sans gaz tu n'as pas de problème. [...] Quand je passe la journée, comme je pars sans manger là je n'aurai pas fin ça coupe d'abord la famine mais quand je vois la nourriture je mange mais je peux manger ça le matin (il parle des graines) je ne mange plus. [...] Oui à midi et je mange encore le soir donc c'est comme ça. Donc ça, c'est un truc qu'il m'a bien expliqué comment ça se passe. Antistress, fatigue et un coupe-faim ; quand je prends ça, je n'ai plus faim. ...] Le coupe-faim là ça me plaît même parce que quand je fais comme ça, je ne peux pas avoir le ballonnement de ventre parce que quand je mange ça, ça ne donne pas l'appétit ça ne peut pas quand je mange déjà ça, je n'ai plus de problème. Mais quand je tombe sur la nourriture après eh, je dose ça bien, correctement et bien [...] Et quand je mange comme ça ma quantité je dors je n'ai pas de problème [...] Donc je n'ai pas moi de pression et déjà que la vie est très difficile et tout est devenu très chère pourquoi donc compliqué avec la nourriture (il rit) ma fille je mange tout.

Etudiante : D'accord, pouvez-vous nous parler des croyances au tour de votre maladie ?

Patients : les pratiques culturelles ne se font pas chez nous, ma maladie est conçue comme toute autre maladie, elle est simple, et je sais que par la grâce de Dieu tout ira mieux et je vais pouvoir recommencer à travailler ».

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE.....	i
DEDICACES	ii
REMERCIEMENTS.....	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	iv
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	v
RÉSUMÉ.....	vi
ABSTRACT.....	vii
INTRODUCTION GENERALE.....	1
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE.....	4
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE.....	5
1.1 Contexte de l'étude.....	6
1.2 Justification.....	13
1.3 Formulation du problème de recherche	14
1.3 Question de recherche.....	15
1.4 Hypothèse de l'étude.....	16
1.5 Objectif de recherche.....	16
1.6 Intérêts de l'étude.....	16
1.6.1 Intérêt scientifique.....	16
1.6.2 Intérêt sociale.....	17
1.7 Délimitation de l'étude.....	17
1.8 Clarification des concepts.....	17
CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTERATURE.....	22
2.1 Généralité sur le cœur et la pathologie	23
2.1.1. Le cœur	23
2.1.1.2 Rappel anatomique.....	23
2.2. Etat des lieux sur les maladies cardiovasculaires.....	24
2.2.1 Classification des maladies cardiovasculaires.....	24
2.2.1.1 Les accidents vasculaires cérébraux (AVC)	24
2.2.1.2 L'Athérosclérose.....	25
2.2.1.3 L'Hypertension artérielle.....	26
2.2.1.4 L'insuffisance cardiaque.....	27
2.3. Risque cardiovasculaire	29
2.4. Les facteurs de risque cardiovasculaire.....	29
2.4.1 Facteurs de risque cardiovasculaire sur lesquels on ne peut pas agir.....	30

2.4.1.1 L'âge et le sexe.....	30
2.4.1.2 Les antécédents familiaux cardiovasculaires.....	30
2.4.2 Facteurs de risque cardiovasculaire sur lesquels on peut agir.....	30
2.4.2.1 Le tabagisme.....	30
2.4.2.2 Le diabète.....	31
2.4.2.3 La micro albuminurie (traces d'albumine dans les urines).....	31
2.4.2.4 L'hypertension artérielle.....	31
2.4.2.5 Le cholestérol.....	32
2.4.2.6 Les triglycérides.....	32
2.4.2.7 L'obésité et le surpoids.....	32
2.4.2.8 La sédentarité.....	32
2.4.2.9 Le stress.....	33
2.4.3 Impacts des maladies cardiovasculaires.....	33
2.4.3.1 L'impact psychologique d'une maladie cardiovasculaire.....	33
2.4.3.2 L'impact d'une maladie cardiovasculaire sur l'activité physique.....	33
2.4.3.3 L'impact d'une maladie cardiovasculaire sur la vie sexuelle.....	34
2.4.3.4 L'impact d'une maladie cardiovasculaire sur l'hygiène de vie.....	34
2.5 Etat des lieux sur la réadaptation cardiaque.....	35
2.5.1 Les Objectifs de la réadaptation cardio-vasculaire.....	35
2.5.2 Les phases de la réadaptation.....	35
2.5.2.1 Mobilisation précoce en hôpital.....	36
2.5.2.2 Réadaptation ambulatoire.....	36
2.5.2.2.1 Avantages de la réadaptation ambulatoire.....	36
2.5.2.2.2 Inconvénients de la réadaptation ambulatoire.....	36
2.5.2.3 Réadaptation stationnaire.....	36
2.5.2.3.1 Avantages de la réadaptation stationnaire.....	36
2.5.2.3.2 Inconvénients de la réadaptation stationnaire.....	37
2.5.2.4 Suivi au long cours d'un groupe cardio.....	37
2.5.2.4.1 Avantages que l'on a à s'intégrer à un groupe cardio.....	37
2.6 Etat des lieux sur la représentation de la maladie.....	38
2.6.1 Les représentations individuelles.....	38
2.6.2 Les représentations collectives.....	38
2.6.3 La Recherche de sens.....	38
2.7. Sujet face à la maladie cardiovasculaire : le point de vue développementale.....	39

Chapitre 3 : CADRE THEORIQUE.....	41
3.1. Modèles explicatifs des représentations de la maladie.	42
3.1.1. Actualités sur les modèles de la représentation de la maladie.	42
3.1.2 Les représentations sociales de la maladie	43
3.1.3 Contribution de l’anthropologie médicale (d’après Sarradon-Eck, 2002).....	44
3.1.3.1 Les causes de la maladie selon le point de vue anthropologique.....	45
3.1.4. Représentations cognitives de la maladie.....	48
3.1.5 Les composantes de la perception de la maladie.....	50
3.1.6 Les rapports logiques entre ces construits.....	51
3.2 La théorie de La symbolisation.....	53
3.3. La théorie de la Mentalisation.....	57
3.3.1. Approches explicatives, processus et dimensions de la mentalisation.....	59
3.3.1.1. Quelques approches explicatives de la mentalisation.....	59
3.3.1.2. Processus et dimensions de la mentalisation	60
DEUXIEME PARTIE : CADRE OPERATOIRE	64
CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE.....	65
4.1 Rappel de la problématique.....	66
4.1.1 Rappel du problème	66
4.1.2 Rappel de la question de recherche.....	67
4.1.3 Hypothèse de recherche.....	67
4. 2 Site de recherche et justification	68
4.2.1 Historique de la structure.....	68
4.2.4 Position géographique.....	68
4.2.5 Justification du site	69
4.3. Les participants de l’étude.....	69
4.3.1. Critères de sélection.....	69
4.6 Caractéristiques des participants : sujets âgés.....	70
4.7 Type de recherche.....	70
4.6 Méthode de recherche : méthode clinique.....	71
4.6.1 L’étude de cas.....	72
4.7 Procédure de collecte des données.....	73
4.7.1 Technique de collecte des données : Entretien semi-directif.....	74
4.7.2 Outil de collecte des données : le guide d’entretien.....	75
4.8 Technique d’analyse des données : analyse de contenu.....	77

4.9. Déroulement des entretiens.....	79
4.10 Difficultés relatives à la collecte des données.....	79
4.11 Considérations éthiques.....	79
4.12 L’analyse thématique de contenu.....	80
CHAPITRE 5 : ANALYSE DES DONNEES ET PRESENTATION DES RESULTATS....	82
5.1 PRESENTATIONS DES PARTICIPANTS.....	83
5.1.1. Cas Jean.....	83
5.1.2. Cas Paul.....	83
5.1.3. Cas Marie.....	83
5.2. ANALYSE THÉMATIQUE DES DONNÉES DE L’ENTRETIEN.....	83
5.2.1. Analyse cas par cas.....	83
5.2.1 Cas Jean.....	84
5.2.1.1 Représentation de la maladie.....	84
5.2.1.2 Souffrance psychique.....	85
5.2.2. Cas Paul.....	87
5.2.2.1. Représentation de la maladie.....	87
5.2.2.2. Souffrance psychique.....	88
5.2.3. Cas Marie.....	90
5.2.3.1. Représentation de la maladie.....	90
5.2.3.2 Souffrance psychique.....	91
5.2.2 Analyse transversale.....	92
5.2.2.1. Représentation de la maladie.....	92
5.2.2.1.1. Reproduction des perceptions.....	93
5.2.2.1.2 Les croyances.....	93
5.2.2.2. La Souffrance psychique.....	94
5.2.2.2.1. Blessure de soi et une blessure en soi : blessure narcissique.....	94
5.2.2.2.2. Expérience du patient vis-à-vis de la maladie.....	95
5.2.2.2.3. Vécu de la maladie et de son traitement.....	95
5.2.2.2.3.1. Contraintes liées à la maladie et son traitement.....	95
5.2.2.2.3.2. Retentissement sur les activités physiques.....	99
5.2.2.2.4. Mécanismes de défense et stratégie de coping.....	99
5.2.2.2.4.1. Le Déni.....	99
5.2.2.2.4.2. L’acceptation.....	100
5.2.2.2.5. Répercussions de la maladie.....	101

CHAPITRE 6 : INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS.....	106
6.1. Interprétation des résultats.....	107
6.1.1. Interprétation selon la représentation de la maladie	107
6.1.2. Interprétation selon l'élaboration psychique	111
6.4. Discussion des résultats.....	115
6.5. Implications et perspectives.....	119
6.5.1. Implications.....	119
6.5.2. Perspectives.....	120
CONCLUSION GENERALE	122
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	127
ANNEXES.....	viii
TABLE DES MATIERES.....	xxii