

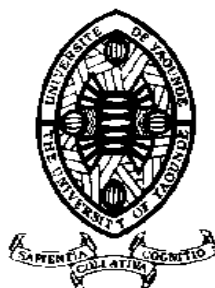
REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix- Travail - Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

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

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



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace- Work - Fatherland

UNIVERSITY OF YAOUNDE I

POSTGRADUATE SCHOOL FOR
THE SOCIAL AND EDUCATIONAL
SCIENCES

DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR
THE SOCIAL SCIENCES

**SIGNIFIANTS CULTURELS, NOUVELLES
TECHNOLOGIES ET RECONSTRUCTION IDENTITAIRE
CHEZ LA FEMME AYANT SUBI UNE MASTECTOMIE.**

Mémoire rédigé et présenté publiquement le 01 Août 2025 en vue de l'obtention d'un Master 2 en

Psychologie

Option : Psychopathologie et Clinique

Par

MOUGNOL AROGA Guy Renaud

Titulaire d'une Licence en Psychologie

12B243

Jury



MAYI Marc Bruno, Professeur, Université de Yaoundé 1 ;

EBOULE EBOULE Justin, Chargé de Cours, Université de Yaoundé 1 ;

ONDOUA MBENGONO Laura Julienne, Chargé de Cours, Université de Yaoundé 1.

JUILLET 2025

ATTENTION

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

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

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

SOMMAIRE

DEDICACE.....	ii
REMERCIEMENTS	iii
RÉSUMÉ.....	iv
ABSTRACT	v
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	vii
LISTE DES ANNEXES.....	viii
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
PARTIE I : CADRE THÉORIQUE	4
CHAPITRE 1: PROBLÉMATIQUE	5
CHAPITRE 2: REVUE DE LA LITTÉRATURE	18
CHAPITRE 3: INSERTION THEORIQUE DE L'ETUDE	54
PARTIE II : CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET OPÉRATOIRE	84
CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE	85
CHAPITRE 5 : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS.....	96
CHAPITRE 6 : INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	117
CONCLUSION GÉNÉRALE	135
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	138
ANNEXES	145
TABLE DES MATIÈRES	190

A

Mes parents

AROGA Pascal et KESSENG Elisabeth

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer ma reconnaissance :

Au Dr. ONDOUA MBENGONO Laura Julienne pour avoir accepté de diriger ce travail. Elle a mis à notre disposition son savoir, son savoir-faire et son savoir-être en matière de recherche ;

A l'ensemble des membres du Laboratoire de Psychologie du Développement et du Mal développement, notamment le Pr. Mayi Marc Bruno, Pr. NGUIMFACK Léonard, Pr. Jacques-Philippe TSALA TSALA, Pr. NDJE NDJE Mireille, Dr. NGONO ASSAKO, Dr. BITOGO Blaise Joseph, Dr. EBOULE EBOULE Justin ;

A tous les enseignants du Département de Psychologie de l'Université de Yaoundé I pour les enseignements qu'ils ont toujours su mettre à notre disposition ;

A l'ensemble du personnel de l'Hôpital Général de Yaoundé, en particulier l'Exécutif, le personnel des services d'oncologie et de gynéco-obstétrique qui ont favorisé la réalisation de cette étude en nous admettant en stage, et en mettant à notre disposition toute information utile pour notre recherche ;

A ma famille, notamment mes parents AROGA Pascal et KESSENG Elisabeth, mes petits frères MPAN AROGA Albert, YOMBO AROGA André, à mes oncles NDEM André Léonard et Jean GOUFAN, à ma tante YOMBO Marie ... pour leur soutien de toute nature ;

A mon amie et camarade NGO SAMNICK Lâgrace Chantal pour ses encouragements et son soutien indéfectible.

A mes ami(e)s frères et sœurs : BOE à YASSI André, MODO BELIBI Pascal ; BITSENDJI Jeanne Arlette, MUNGWE MATTHAN Sharonn ; NGANKO Chimène ; ASSALA KENEMBEGNI Aurélie, MOUAHA ESSOMBA Priscille pour leurs encouragements et leur assistances financières et matérielles.

KEMAYOU Doliane Ani-Laure pour sa disponibilité et la relecture de ce travail.

RÉSUMÉ

Selon l’OMS (2020), le cancer du sein est le cancer à avoir le plus haut taux d’incidence dans le monde. Elle a recensé entre 2015 et 2020, 7 800 000 cas diagnostiqués, soit 2,3 millions de cas en 2020 ; en Afrique subsaharienne, 129 000 cas sont diagnostiqués en 2023 ; au Cameroun, 3265 cas en 2020 et 4170 cas diagnostiqués en 2021. Les principaux facteurs de son taux élevé de mortalité est de l’ordre du culturel (la négligence, l’ignorance...) et la difficulté d’accès au soin. De l’annonce du cancer à la mastectomie, affectant à la fois le corps biologique et le corps subjectif, Il a été observé que la femme mastectomisée tisse des liens particuliers avec les nouvelles technologies à travers lesquelles elle semble reprendre vie. D’où la présente étude portée sur les « *signifiants culturels, nouvelles technologies et reconstruction identitaire chez la femme ayant subi une mastectomie* », dont l’objectif sera d’« *appréhender comment le recours aux nouvelles technologies renforce la reconstruction identitaire chez la femme mastectomisée* ». Cette étude qualitative s’appuie sur une approche clinique et utilise l’étude de cas. Les données collectées auprès de trois femmes mastectomisées âgées entre 45 ans et 55 ans, à l’aide d’entretiens semi-directifs, ont été analysées selon une approche thématique. Les résultats montrent que ces femmes mobilisent plusieurs formes d’étayage (affectif, social, symbolique et technologique) pour surmonter la perte de l’objet ; les signifiants culturels peuvent apparaître à la fois comme des contraintes normatives et des ressources de transformation ; et les nouvelles technologies, qu’elles soient sous forme support ou numérique sont perçues comme des espaces d’expression, mais également des espaces de métabolisation. Ces résultats suggèrent que la reconstruction identitaire passe par un nouveau récit de soi, une transformation subjective, souvent porté par la parole commune et partagée, le soutien affectif, le soutien technologique et les médiations culturelles. L’identité, loin d’être figée, se montre ici comme un processus évolutif, articulant blessure et (re)création de soi. Cette recherche met donc en lumière l’importance pour les cliniciens de prendre en compte les appuis culturels, affectifs, sociaux et technologiques mobilisés par les patientes, afin de mieux accompagner le travail psychique inhérent à la reconstruction identitaire.

Mots clés : culture, nouvelles technologies ;identités, étayage, corps, transformation subjective

ABSTRACT

According to the WHO (2020), breast cancer has the highest incidence rate worldwide. Between 2015 and 2020, it recorded 7,800,000 diagnosed cases, or 2.3 million cases in 2020; In sub-Saharan Africa, 129,000 cases were diagnosed in 2023; in Cameroon, there were 3,265 cases in 2020 and 4,170 cases diagnosed in 2021. The main factors contributing to its high mortality rate are cultural (neglect, ignorance, etc.) and difficulty in accessing care. From the diagnosis of cancer to mastectomy, affecting both the biological body and the subjective body, it has been observed that women who have undergone mastectomy form special bonds with new technologies through which they seem to come back to life. Hence this study on "*cultural signifiers, new technologies and identity reconstruction in women who have undergone a mastectomy*", the aim of which is to "*understand how the use of new technologies strengthens identity reconstruction in women who have undergone a mastectomy*". This qualitative study is based on a clinical approach and uses case studies. Data collected from three women aged between 45 and 55 who had undergone mastectomies, using semi-structured interviews, were analysed using a thematic approach. The results show that these women draw on several forms of support (emotional, social, symbolic and technological) to overcome the loss of the object; cultural signifiers can appear both as normative constraints and resources for transformation; and new technologies, whether in physical or digital form, are perceived as spaces for expression, but also as spaces for metabolisation. These results suggest that identity reconstruction involves a new narrative of the self, a subjective transformation, often driven by shared discourse, emotional support, technological support and cultural mediation. Identity, far from being fixed, is shown here to be an evolving process, linking trauma and the (re)creation of the self. This research therefore highlights the importance for clinicians to take into account the cultural, emotional, social and technological support mobilised by patients in order to better support the psychological work inherent in identity reconstruction.

Keys words : culture, new technologies, identity, shoring, subjective transformation

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Caractéristiques des participants	89
Tableau 2: Usage des groupes de soutien en ligne selon les profils.....	111
Tableau 3: Tableau de transformation personnelle.....	115

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

CNLCa : Comité National de Lutte contre le Cancer

HGD : Hôpital Général de Douala

HGY : Hôpital Général de Yaoundé

MINSANTE : Ministère de la Santé Publique

NT : Nouvelles technologies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PSNLCa : Plan Stratégique National de Prévention et de Lutte contre le Cancer

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1: DEMANDE DE MISE EN STAGE	146
Annexe 2 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ	147
Annexe 3 : GUIDE D'ENTRETIEN	148
Annexe 4 : CORPUS DES ENTRETIENS AVEC NOEMIE	152
Annexe 5 : CORPUS DES ENTRETIENS AVEC ARIANE	165
Annexe 6 : CORPUS DES ENTRETIENS AVEC AUDREY	178

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Désignée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme la maladie ayant le plus haut taux d'incidence dans le monde, le cancer du sein évolue de manière exponentielle. Environ 7 800 000 cas ont été diagnostiqués entre 2015 et 2020. 129 000 cas en Afrique subsaharienne en 2023. En 2020, 3265 cas sont diagnostiqués, plus encore, en 2021 avec 4170 cas au seul lieu du Cameroun. Le Plan Stratégique National de Prévention et de Lutte contre le Cancer (PSNLCa, 2024), affirme qu'entre 2020 et 2024, en moyenne 15700 nouveaux cas de cancers ont été diagnostiqués avec soit un taux de mortalité d'environ 67,09%, ceci dû à des facteurs tels que la négligence, l'ignorance et la difficulté d'accès au soin. Entre MOURIR et VIVRE, elles doivent faire le choix de vivre, faisant face à une des thérapeutiques, la mastectomie. Bien que mutilante, cette dernière vient une fois de plus ébranler le corps (biologique et subjectif), touchant au passage l'identité de ces femmes. De la recherche d'informations, à la communication, sans oublier son rôle en tant qu'objet de stockage de données, les nouvelles technologies s'imposent dans le quotidien de tout un chacun et même de ces femmes. Cette étude intitulée « *signifiants culturels, nouvelles technologies et reconstruction identitaire chez la femme ayant subi une mastectomie* » fait partie du domaine de la psychologie clinique. Elle a de nombreux enjeux que ceux-ci soient sur les plans scientifique, clinique, thérapeutique, social et culturel.

La problématique qui se pose est de savoir si le recours aux nouvelles technologies peut renforcer une continuité subjective et identitaire. Il est question d'explorer comment, au cœur d'une métamorphose corporelle, apparaît des processus inconscients, de réappropriation du corps et l'émergence d'un nouveau récit de soi.

Freud n'a pas conceptualisé la notion d'identité, mais celle de l'identification. Pour Lacan (1949), l'identité est une construction imaginaire, sous le voile de la fragmentation du sujet basée sur l'identification au stade miroir. Winnicott (1969) parle d'une construction de l'identité, en termes de vrai ou faux self, en fonction de la réponse primaire. Gorog (2008), l'identité est dynamique et la présente comme quelque chose de fragmentée. Kaës (2009) va s'appuyer des expériences et de la dynamique au sein du groupe pour définir cette notion d'identité, mais cette fois-ci culturelle, qu'il articule autour de l'identification, l'appartenance et différenciation. Tenter d'« *comprendre comment le recours aux nouvelles technologies renforce la reconstruction identitaire chez la femme mastectomisée* » constitue l'objectif de cette recherche.

Cette recherche s'inscrit dans une double approche : psychanalytique, avec en référence centrale la théorie des alliances inconscientes de Kaës (2009) pour penser l'intervention de l'intersubjectivité comme appui culturel dans le processus de reconstruction identitaire et comme nouvelle configuration numérique de la rencontre avec les contemporains ; et phénoménologique, inspirée notamment par la Merleau-Ponty (1945) et Ricœur (1990), qui permettent de penser le corps comme lieu de transformation subjective, et l'identité comme nouveau récit de soi. Elle mobilise aussi des apports issus du Moi-peau d'Anzieu (1995) pour réfléchir sur le lien entre la peau, l'image du corps et le narcissisme, et du Moi-cyborg de Tordo (2019) pour appréhender l'hybridation du sujet à la technologie dans les processus de reconstruction. Les résultats de cette étude montrent que la femme mastectomisée mobilise plusieurs formes d'étayage (affectif, social, symbolique et technologique) pour surmonter la crise ; les signifiants culturels peuvent apparaître à la fois comme des exigences normatives et des ressources de transformation subjective du corps blessé ; et les nouvelles technologies, qu'elles soient sous forme support ou numérique sont perçues comme des espaces d'expression, mais aussi des espaces de symbolisation.

Sur le plan méthodologique, cette recherche repose sur l'analyse d'entretiens semi-directifs menés à l'Hôpital Général de Yaoundé, auprès de trois femmes mastectomisées âgées entre 45 et 55 ans. Les récits de ces dernières permettent d'identifier les mouvements psychiques de perte de l'objet, d'étayage et de reconstruction, et de mettre à jour les signifiants culturels mobilisés dans le discours.

La rédaction de cette recherche s'articule autour de deux grandes parties (cadre théorique et cadre pratique) ayant chacune trois chapitres. Le cadre théorique. Elle comprend la problématique où sera formulé le problème de recherche, la question de recherche, l'hypothèse de recherche et l'objectif de cette recherche ; la revue de la littérature, encore appelée recension des écrits, permet de situer la recherche en fonction du niveau de connaissances actuelles et également de formuler un cadre théorique ; et l'insertion théorique permet de situer la recherche dans un cadre conceptuel. Quant au cadre méthodologique et opératoire, il comprend la méthodologie, la présentation et l'analyse des résultats, enfin l'interprétation et la discussion des résultats.

PARTIE I :

CADRE THÉORIQUE

CHAPITRE 1 :

PROBLÉMATIQUE

1.1. CONTEXTE DE L'ÉTUDE ET JUSTIFICATION

Chaque année, partout dans le monde et tout le mois d'octobre, se déroule une campagne annuelle de sensibilisation, de dépistage et de prise en charge du cancer du sein, appelée « Octobre Rose ». L'Afrique et le Cameroun en particulier se joignent au reste de la communauté internationale pour cette célébration annuelle. Cette lutte a été initiée par le fait que de plus en plus les femmes en sont atteintes. Cette pathologie a le plus haut taux d'incidence dans le monde, si ce n'est le plus courant à l'échelle du monde selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Tout ceci est illustré par des données statistiques de l'OMS qui a recensé de 2015 à 2020, 7 800 000 femmes qui se l'étaient vu diagnostiquer, soit près de 2,3 millions de cas féminin en la seule année de 2020, l'équivalent d'une femme sur douze en est affectée.

Lors de la dernière Journée Mondiale contre le Cancer (2025) sous le thème : « Unis par l'Unique », Docteur Moeti, l'a évoqué également comme étant le cancer le plus diagnostiqué dans la région africaine. Gnagnon (2023), estime que le nombre de femmes diagnostiquées du cancer de sein en Afrique subsaharienne s'élève à 129 000 et selon ces mêmes estimations, on s'attend à ce que dans les prochaines années, ce nombre évolue de façon exponentielle.

Au Cameroun, selon le Plan Stratégique National de Prévention et de Lutte contre le Cancer (PSNLCa, 2024), entre 2020 et 2024, en moyenne 15700 nouveaux cas de cancers ont été diagnostiqués avec soit un taux de mortalité d'environ 67,09%. Un taux qui est en constante augmentation. Il y a de cela une dizaine d'années, il était de 60%. Une prévision de 27726 cas de cancers est faite pour 2035 contrairement à 12000 cas qui ont été diagnostiqués en 2003. Les femmes étant les plus affectées avec 9335 nouveaux cas diagnostiqués chaque année, soit un risque standardisé de 116,9 pour 100000 femmes. Avec une proportion de 4/5 femmes âgées de moins de 65 ans. Ainsi, le Ministère de la Santé Publique a pu établir une incidence annuelle chiffrée à 3265 cas de cancer de sein enregistrés en 2020 (MINSANTE, 2020, p.15), et le rapport du Comité National de Lutte contre le Cancer (CNLCa, 2022), indique 4170 nouveaux cas enregistrés en 2021. De ces statistiques, il en ressort un classement des quatre régions les plus affectées, à l'occurrence la région du Nord-Ouest, de l'Ouest, du Littoral, et celle du Centre - Cameroun.

Dans son objectif de réduire le taux de mortalité de cette maladie en évitant 2,5 millions de décès dans le monde entre 2020 et 2040, l'OMS met en place des stratégies que l'Etat du Cameroun, à travers le MINSANTE implémente dans la prévention, dans les programmes de dépistages gratuits ou subventionnés et dans la prise en charge du cancer du sein ; dans la

sensibilisation et la communication au niveau des émissions radiophoniques et télévisées ; dans le lancement des campagnes nationales de lutte contre le cancer du sein et du col de l'utérus dans l'ensemble du terroir ; et dans une formation de qualité des agents communautaires de santé.

Bien qu'il y ait encore la non-adhérance de la population africaine au dépistage, ce qui pourrait être un problème d'ordre culturel comme l'a si bien relevé Bruno (2021) ; la difficulté d'accès géographique à une bonne qualité de soins (Kpatchaa, 2022) ; certains manquement dans la qualité de traitements à l'exemple de la présence de machines de radiothérapie défectueuses à l'Hôpital Général de Yaoundé (HGY) obligeant l'institution à référer à l'Hôpital Général de Douala (HGD) où on retrouve aussi un défaut de ces machines (Esong, 2024) ; et des pénuries sur une longue période de certains produits de chimiothérapie, l'ensemble positionne l'Afrique comme le premier en à souffrir. Sans oublier le fait d'un dépistage tardif, peut conduire à un traitement parfois mutilant, comme c'est le cas de la mastectomie.

Au Cameroun, particulièrement au HGY, où se trouve une unité d'oncologie médicale de référence majeure et le service de gynécologie-obstétrique où cette étude a été menée, les raisons mentionnées par l'un des spécialistes de ces services, Dr Ateguena (communication personnelle, 05 mars 2024), en ce qui concerne l'obligation d'une mastectomie qui aurait pu être évitée pour la plupart de ces patientes sont à l'occurrence dues à :

- L'ignorance de la population qui emploie un itinéraire thérapeutique disons « à l'africaine » (automédication, église et/ou guérisseur, l'hôpital ne viendra qu'en dernier recours) ;
- La négligence ;
- L'insuffisance de moyens financiers, qui peut pousser certaines patientes à retomber dans cet itinéraire thérapeutique susmentionné, et ce n'est que quand les choses se seront aggravées qu'elles reviendront à la médecine moderne ;

Tout comme ce spécialiste du service d'oncologie du HGY, d'autres organismes évoquent d'autres facteurs de risques en lien avec le cancer du sein notamment :

- Le facteur sexe (plus de 99% des cancers du sein touchent les femmes) ;
- Les facteurs de risque lié à l'âge (Certains traitements hormonaux de la ménopause) ;
- Les facteurs de risque liés à nos modes de vie tels que la consommation d'alcool et de tabac, un surpoids ou encore pas ou peu d'activité physique peuvent favoriser l'apparition d'un cancer du sein (MINSANTE, 2020) ;

- Les facteurs de risque liés à certains antécédents médicaux personnels et familiaux (Les prédispositions génétiques au cancer du sein (Institut National du Cancer, 2023) ;
- Les facteurs liés à l'environnement (MINSANTE, 2020 ; Fabrice André, 2023) ;
- L'occidentalisation du mode de vie en Afrique subsaharienne. En fait, elle entraîne une augmentation de l'espérance de vie, et le cancer du sein fréquent avec l'augmentation de l'âge, on aboutira inéluctablement à plus de cas de ce cancer.
- Les facteurs liés à la vie génitale de la femme. Ainsi, les femmes qui ont une puberté précoce, notamment avant l'âge de 12 ans ont plus de risque de développer un risque de cancer de sein par rapport à celle qui ont une puberté tardive. La ménopause tardive
- La nulliparité, dans le fait que les femmes n'ayant pas d'enfants ou peu d'enfants sont plus exposées ; On peut aussi citer l'âge de la première grossesse. Si la première grossesse survient après l'âge de 30 ans, alors le risque est multiplié par deux et si elle survient après l'âge de 38 ans, elle peut se multiplier par trois, voire par quatre. (Gnangnon, 2023).

En résumé, même si les causes du cancer nous semblent encore inconnues, malgré les avancées technologiques nous comprenons que ce qui peut induire une ablation du sein peut ne pas être exclusivement de l'ordre du biologique.

L'annonce du mot « CANCER » a la même résonance que le mot « MORT » chez ces patientes (Deschamps, 1997). Selon les cas et en fonction du moment où vient s'ajouter les mots « ENLEVER LE SEINS », s'installer un autre trauma (Deschamps, 1997). Les réactions sont diverses, elles voient leur monde s'écrouler comme un château de cartes, ces femmes réalisent d'avoir perdu leurs ailes, des questions existentielles prennent place et les perspectives d'avenir sont brisées.

Le corps et en particulier le sein sont fortement liés à l'identité féminine dans la société camerounaise comme partout ailleurs dans le monde. Alors, s'imaginer qu'un corps féminin magnifié en termes de symboles et d'esthétiques, soit soumis à de telles péripéties en lien avec la thérapeutique du cancer n'est pas chose aisée.

Le corps ainsi soumis à toutes ces mésaventures, il faut faire un choix, le choix de MOURIR ou de VIVRE. Pas de plus facile comme choix, car, choisir de vivre est synonyme de LAIDEUR, de défiguration accompagnée d'une impression d'avoir perdu de la valeur auprès de l'autre, le sentiment de ne plus être la même personne et la peur de ne plus se reconnaître comme telle. La volonté de vivre aura raison sur la mort et l'ablation du sein a bien lieu. Il sera

donc difficile de penser qu'après une telle opération, le corps (subjectif) et son identité ne seront pas affectés (Reich, 2009, p. 248).

Pour mieux comprendre les enjeux liés au cancer du sein et ses thérapeutiques au Cameroun, il est essentiel d'examiner le rapport entre le corps, la culture, les nouvelles technologies (NT) et l'identité, surtout dans un contexte où les normes culturelles et ces technologies, en particulier les smartphones et leurs systèmes de communication jouent un rôle déterminant dans les mœurs de ces femmes. Le sein est fortement lié à l'identité dans l'environnement camerounais comme partout ailleurs, représentant à la fois la féminité, la beauté et la maternité. Cette perception influence non seulement la manière dont les femmes vivent leur corps, mais aussi comment elles affrontent des changements corporels dus à la maladie ou à des interventions médicales telles que la mastectomie. Ainsi, une exploration approfondie de cette relation entre le corps, la culture, les NT et l'identité permettra de mieux comprendre comment les patientes camerounaises s'appuient sur la culture et sur les NT pour se réapproprier leur corps et se construire une identité.

1.2. Formulation du problème de recherche

Le cancer du sein est la pathologie cancéreuse ayant le plus haut taux d'incidence au Cameroun, faisant d'elle un enjeu majeur de Santé Publique. Dans son objectif de diminuer son taux de mortalité, le gouvernement camerounais essaye de s'arrimer aux nouvelles recherches technologiques que propose l'OMS pour lutter contre cette maladie. Toutefois, l'une des techniques qu'est la mastectomie est employée pour y remédier, modifiant ainsi le schéma corporel par le retrait d'un ou de deux seins. Sans compter les répercussions majeures qu'elle a tant au niveau psychologique que dans l'atteinte de l'estime de soi, de la sexualité, avec les manifestations de l'anxiété et de la dépression ou l'apparition d'un potentiel traumatisme ; qu'au niveau identitaire avec le changement de l'image corporelle et de l'atteinte de la féminité. Ce travail de recherche vise à comprendre comment la femme camerounaise qui ayant subi cette chirurgie ablative, notamment dans un contexte où le corps et le sein sont magnifiés, parvient à se réapproprier son corps et à se construire une identité en s'appuyant sur la culture et les nouvelles technologies. Il sera donc question pour nous de présenter les faits observés sur ces processus de réappropriation corporelle et de réaménagement identitaire, ensuite de les situer par rapport au niveau de connaissances actuelles.

Que ceux-ci soient les femmes souffrantes d'un cancer du sein en attente d'une mastectomie dans les salles d'hospitalisation ; les femmes ayant subi la mastectomie, venues pour leur nième séance de chimiothérapie ou les femmes venues pour leur rendez-vous de contrôle dans la salle d'attente, toutes ces femmes utilisent fréquemment leur smartphone soit pour surfer sur la toile dans la recherche d'informations relatives au cancer du sein, soit pour faire le partage des photo-selfies, soit discuter avec les membres de leur famille, les amis, les collègues ou des pairs à travers les réseaux sociaux. Pourtant, avant l'annonce, l'usage du smartphone et du numérique était beaucoup plus orienté à d'autres fins. C'est ainsi que l'usage des NT dans la rencontre des figures de soutien, nous amène à nous intéresser à la notion d'*étayage*.

Nous avons également pu observer que lors de leurs nièmes visites de contrôle au HGY, elles adoptaient une attitude beaucoup plus positive marquée par le sourire, un ton beaucoup plus calme, moins d'agitations, une apparence soignée avec une reprise en main de leur style vestimentaire, une définition de nouveaux objectifs de vie. Pourtant, avant cela, nous avons remarqué que pendant leur hospitalisation ou les premières consultations en externe, dans la phase de soins, certaines de ces femmes se négligeaient tant au niveau corporel qu'au niveau vestimentaire, elles étaient froides, parfois violentes et évitaient tout contact, détachées de tout. Par contre, d'autres en étaient dépendantes des visites dont l'absence faisait office d'agression verbale à travers le téléphone à l'endroit du proche attendu. D'autres parfois lente dans leur gestuel (hypomimie), d'autres étaient hyperactives (hypermimie). Cette capacité à avoir réinvesti leur corps, à gérer leurs émotions, ce regain de confiance en soi, et de s'être adaptée aux changements physiques nous pousse à nous intéresser à la notion de *mécanismes compensatoires*.

L'expérience des femmes ayant subi une opération ablative au Cameroun révèle une pluralité de réactions et de stratégies adaptatives, allant de la quête de soutien dans le cyberspace, aux transformations vestimentaires et sociales. Ces observations mettent en lumière des dynamiques complexes de réappropriation du corps et de reconstruction identitaire, où se mêlent le processus d'étayage et les mécanismes compensatoires. Cette diversité de comportements reflète l'importance du contexte culturel dans le processus de reconstruction identitaire, soulignant le rôle des significations culturelles attachées au corps féminin. Fort de ces constats, le contexte théorique de cette étude se propose donc de comprendre comment ces femmes parviennent à reconstruire leur identité en s'appuyant sur la culture et les NT.

Les travaux d'Essaga Onyong (2022) sur les jeunes adultes mettent en relation les notions de ressources (personnelles, matérielles et environnementales), de stratégies et de réorganisation identitaire. Ces résultats montrent effectivement que la survenue d'une maladie chronique entraîne de nombreux bouleversements et a des répercussions sur la construction identitaire, ce qui conduit à engager par la suite la mobilisation d'une énergie créatrice qui est à l'œuvre dans la dynamique de réorganisation de l'identité des sujets qui en sont affectés. Lontsi Kiampi (2023) dans sa quête de savoir sur le comment une expérience traumatique entrave la reconstitution du Moi-corps, il a pu aboutir aux mêmes résultats qu'Essaga Onyong (2022) dans le sens du développement des ressources et des stratégies, mais encore, il a mis en évidence l'importance des mécanismes tels que l'identification projective, le soutien familial, la relation thérapeutique et la culture comme des éléments essentiels dans le processus de réappropriation de soi.

Lehmann (2014) examine les complexités émotionnelles et psychologiques des patients atteints de cancer. Elle traite de l'effraction corporelle ; de la précarité perçue comme une perte de contrôle sur un corps mutilé et fragilisé ; du travail de deuil ; de la coexistence du savoir subjectif et scientifique, qui peut engendrer des malentendus dans les consultations de génétique ; de l'importance du transfert ; et enfin, de la dimension subjective. Ce qui l'a conduit à souligner l'importance d'un accompagnement psychologique adapté pour naviguer à travers ces challenges et à se construire une identité (cité dans Ben Soussan, 2021 ; Cano, 2014). Perreault (2000) quant à lui estime que le travail personnel conduisant à une réconciliation de soi est favorisé par le travail sur soi et la recherche de sens qui implique une impression d'être accompagné par une présence supra-moi. La perte d'un objet chargé symboliquement comme le sein entraîne la perte du sentiment de toute-puissance, c'est sur ce fait que Derzelle (2010 ; 2003) explore les notions de temps, d'identité, de perte de l'étayage, d'espace-objet transitionnel et d'élaboration du deuil et de soutien psychologique. Il met un accent sur la nécessité d'un soutien clinique durant la phase de rémission. Un espace qui permettrait l'élaboration de la perte de l'étayage qui selon lui est la problématique centrale du temps de la rémission. Idée que vient rejoindre les travaux de Cernat & Birman (2018), et Lesourd (2009) dans la nécessité d'offrir un cadre thérapeutique qui permettrait la mise en mots afin de penser et de se représenter ce corps métamorphosé.

Cernat et Birman (2018) mettent également en lumière le malaise contemporain lié à l'image corporelle et la quête de validation sociale à travers l'esthétique. Ils explorent les

dimensions sociales et psychiques liées à l'image du corps et à la perception de soi. Les représentations psychiques de la laideur sont analysées en lien avec des idées freudiennes d'inquiétante étrangeté et d'angoisses existentielles, incluant celles de castration, de dégénérescence et de mort. Cette volonté de changement en utilisant la technologie médicale témoigne d'une volonté de contrôler les angoisses profondes liées à la mort et à la vulnérabilité du corps.

Dans notre étude, il est également intéressant de considérer le *lien intersubjectif* en relation avec la reconstruction identitaire. C'est le cas des travaux de Claudel-Valentin (2019) qui met l'accent sur le lien fraternel dans la construction identitaire. Il arrive au résultat que le lien fraternel constitue un élément organisateur essentiel de la construction de l'identité d'un sujet, ce qui lui confère la qualité de ressource interne importante, surtout face à une éventuelle défaillance des parents et à un trauma susceptible d'affecter une famille. Obounou (2022) dans ses recherches sur la reprise du Moi-corps en situation de double deuil, il explore les notions de vécu traumatique, de psychisme groupal et de Moi-corps pour appréhender les mécanismes du psychisme groupal qui interfèrent dans la reprise du Moi-corps. Il parvient à montrer l'importance de la résonance narcissico-fantasmatisque familiale dans les représentations d'un événement traumatique chez le sujet et son entourage dans la reprise du Moi-corps. Garcia (2008) quant à lui va davantage s'intéresser au couple comme étant une instance potentiellement thérapeutique, un espace de représentation commun qui autorise la mise en place d'une illusion dyadique contenant au sein de laquelle pourra s'épanouir un transfert mutuel des partenaires (136-138). Un espace où les traumas les plus archaïques vont revivre et travailler de nouveau. D'où sa fonction réparatrice.

« Lieu de réparation narcissique, le couple devient de fait un lieu de constitution identitaire dans la mesure où le sujet se réorganise psychiquement à travers la relation conjugale présente en réélaborant les avatars du rapport à son objet d'amour primaire » (Garcia ; 2008 ; p. 138).

Bien que Freud (1895) ne se soit pas intéressé à la psychosomatique, il n'en demeure pas moins qu'il en est l'incitateur avec ses travaux sur l'hystérie. Cette approche, fait référence à l'angoisse générée par les conflits intrapsychiques qui n'ont trouvé comme seul moyen d'expression le corps. Marty et M'Uzan (1962) ont développé le concept de *pensée opératoire* pour désigner toute désorganisation mentale, toute carence fonctionnelle des activités comme celle de la dépression essentielle issue des maladies graves. Alors, l'élaboration de la pensée par le malade permettrait de retrouver un équilibre psychosomatique. Il est également évident

que l'atteinte de l'intégrité du corps tel qu'illustré par la cicatrice de l'ablation du sein a des répercussions dans le psychisme. C'est ceux sur quoi Anzieu (1995) a travaillé.

Pour Winnicott (1969), il y a en chaque sujet une réponse historique de l'objet-miroir dont il a accès lors d'une régression à des mouvements libidinaux initiaux due à un quelconque changement. Réponse primaire qu'il peut solliciter pour pouvoir surmonter toute désorganisation identitaire. C'est donc dans une relation intersubjective, une relation de soi à soi que se trouve la clé du succès d'une identité reconstruite.

Anzieu (1995) dans ces travaux sur le *Moi-peau*, parvient à l'idée d'un développement d'une enveloppe psychique par étayage de la peau. Il réussit à faire un parallèle entre les fonctions de la peau et les fonctions dont l'une des plus importantes est la fonction de pare-excitation, où la peau ne remplit sa fonction de filtre d'excitations ou de stimulations externes. Autrement dit, une atteinte de l'intégrité de la peau telle qu'occasionnée par la mastectomie a sans aucun doute des répercussions dans le psychisme du sujet.

Kaës (2009 ; 2012) a mis en exergue la structuration groupale du psychisme qui aide le sujet à structurer son psychisme et son identité lors des expériences de crises, de rupture corporelle à partir des interactions entre trois espaces psychiques qui collaborent. Dans sa pratique clinique, il présente une approche métapsychologique originale de l'inconscient où on relève la présence d'éléments culturels et symboliques transmis instaurés par des contrats narcissiques.

En partie inspiré des travaux de d'Anzieu (1995) et de Kaës (2009), Cuynet (2010) propose dans sa clinique, le concept de *corps familial*, sur lequel s'étaye les processus tels que l'image du corps familiale, l'identité. Son étude, nous permet de comprendre comment en chacune de ces femmes, il y est présent un fond psychique de nature groupale, qui dans une situation ablative, se retrouve à régresser, et parvient à se reconstruire à l'aide de ce corps. « *Le corps familial prend appui sur le groupe des corps individuels, c'est dans leur réunification favorisée par des moments régressifs qu'il se régénère* » (Cuynet, 2010, p. 17). Autrement dit, la construction du corps d'un sujet est tributaire de l'ensemble des membres de la famille d'appartenance sur lequel il peut compter en des moments difficiles. Le sujet est à la fois contenu et contenant de la famille (p. 10).

Kaës (2009) estime que les alliances « ... jouent donc leur rôle dans la formation de l'inconscient, dans l'espace intrapsychique, mais aussi par lesquels le sujet peut se penser et se dire comme je... ». Autrement dit, la subjectivité se constitue et le sujet en a accès à partir des alliances qu'il établit. Ces alliances permettent de dépasser des conflits internes et externes, de créer un espace commun, et de maintenir un certain équilibre psychique en lien avec l'Autre. L'*inconscient collectif*, constitué d'éléments culturels et symboliques transmis, joue ici un rôle essentiel dans l'élaboration des compromis et des synergies nécessaires à l'existence de liens durables qui permettraient au sujet de surmonter une rupture du contrat narcissique susceptible d'affecter autant le lien à sa propre subjectivité et son lien à d'autres subjectivités. Or, bien qu'ayant compris que la fragilisation soit vécue tant en le sujet, dans son lien à l'autre et dans la culture, et en dépit du fait qu'il ait insisté sur le fait que le sujet soit un sujet de lien fondamentalement lié à l'Autre et à son environnement, Kaës n'a pas pris en compte la relation homme-technologie tels que l'a présenté Tordo (2019) dans sa conceptualisation du Moi-cyborg où il développe l'idée selon laquelle, par le processus d'étayage, la technologie remplit certaines fonctions dans la construction de l'identité.

« Cette reconnaissance est d'autant plus urgente que les images et les objets fabriquées par l'homme sont appelé à remplacer de plus en plus le monde naturel qui nous entoure dans le monde d'artefacts dans lequel nous seront totalement immergés. C'est d'ailleurs l'objectif affiché de la réalité virtuelle » (Tordo, 2019, p. 16).

« Sous l'effet de la technologie inventée par l'homme, notre corps a changé, et il est appelé à changer plus » (Tordo, 2019, p. 15).

La théorie des alliances inconscientes ainsi ébranlée, nous amène à nous interroger sur la relation homme-technologie susceptible d'être utilisée par la femme mastectomisée comme moyen de renforcement du processus identitaire. Particulièrement dans le contexte camerounais où le corps de la femme est idéalisé, magnifié.

Dans cette visée, une implication psychologique de la femme mastectomisée nous paraît nécessaire dans l'appréhension de sa reconstruction identitaire. La culture et les NT nous paraissent comme des facteurs pertinents de cette implication. Le problème de notre étude sera donc celui de la contribution des éléments de la culture et des nouvelles technologies dans la reconstruction identitaire chez la femme ayant subi une mastectomie.

1.3. QUESTION DE RECHERCHE

Au départ, notre recherche sur la reconstruction identitaire chez la femme ayant subi une mastectomie découle de la préoccupation de prendre en compte les éléments de la culture et les NT. Parlant de la reconstruction identitaire, notre intérêt s'est beaucoup plus orienté vers les facteurs qui interviennent dans ce processus. Il s'agit notamment de la contribution de la culture et des NT. Pour répondre à cette préoccupation, nous avons formulé la question suivante : *comment est-ce que le recours à la nouvelle technologie renforce la reconstruction identitaire chez la femme mastectomisée.*

1.4. HYPOTHÈSE DE RECHERCHE

La culture est « ... l'ensemble des dispositifs de représentations symboliques dispensateurs de sens et d'identité, et à ce titre organisateur [sic] de la permanence d'un ensemble humain, de ses processus de transmission et de transformation » (Kaës, 2012, p. 2). De ce postulat, Kaës (2012) prétend que la culture apparaît comme étant l'unicité de contenus et de formations internes qui est un organisateur de sens contribuant à la transformation de l'individu.

La culture d'origine est bien la culture réelle et non plus la culture reconstituée en contexte [...], qui constituait une enveloppe culturelle ayant une fonction antidépressive assurant un aménagement défensif qui aura permis d'assurer la continuité psychique et culturelle contre un effondrement psychique (Ondoua, 2020, p. 341).

En présentant la culture de la sorte, Ondoua (2020) définit la culture comme étant une enveloppe qui, pour un sujet en situation de souffrance, joue une fonction antidépressive, garantissant une structure défensive qui permet de garantir la continuité psychique et culturelle en évitant un effondrement psychique.

« Les alliances inconscientes sont essentiellement des formations et des processus psychiques inhérents au lien intersubjectif et transsubjectif. Elles sont la base principale de la réalité psychique dans ces deux espaces [intrapsychique et intersubjectif] » (Kaës, 2009, p. 228). En outre, en cas de rupture engendré par une ablation du sein, le traitement du négatif s'effectue simultanément dans les deux espaces qui se justifie par :

- « *Ces exigences de travail comportent une mutualité des investissements dans le lien qui lient les sujets de l'alliance, un engagement et un appui réciproques, qui les obligent et dans certains cas les contraignent* ». (Kaës, 2009, p. 43). En un mot, le traitement du négatif passe par l'appui d'une subjectivité sur une autre subjectivité ;
- « *Le travail de deuil concerne autant le remaniement de l'économie intrapsychique que le contrat narcissique dans sa dimension générationnelle* » (Kaës, 2009, p. 73). Autrement dit, le traitement du négatif s'effectue dans l'espace intrapsychique ;
- Et « *L'exigence de traiter par le moyen de ce processus les perceptions inacceptables aboutit à leur mise en dépôt ou en conserve dans les espaces psychiques du lien intersubjectif* » (Kaës, 2009, p. 39). Autrement dit, le traitement du négatif se réalise également dans l'espace intersubjectif.

C'est dans l'appui mutuelle et unilatéral que le sujet parvient à se réorganiser dans le psychisme, dans l'identité.

Les liens sont également maintenus et établis au travers des NT (nous parlons particulièrement de la technologie numérique) en absence de toute rencontre physique. C'est ainsi que Tordo (2019) dans sa conceptualisation du Moi-cyborg, il parvient à mettre en évidence cette relation homme-technologie. Relation importante à la structuration de l'identité d'un sujet. Le Moi-cyborg se trouvant être ici une extension, un élargi des limites du Moi dans la technologie.

Raison pour laquelle cette recherche qui porte sur la reconstruction identitaire chez la femme ayant subi une mastectomie, nous amène à formuler l'hypothèse suivante : *Le recours à la nouvelle technologie renforce la reconstruction identitaire chez la femme mastectomisée.*

1.5. OBJECTIF DE RECHERCHE

L'objectif général de cette étude est *d'appréhender comment le recours aux nouvelles technologies renforce la reconstruction identitaire chez la femme mastectomisée.*

1.6. INTÉRÊT DE L'ÉTUDE

L'intérêt de cette recherche repose dans sa capacité à éclairer le processus de *reconstruction identitaire* chez la femme ayant subi une mastectomie, en l'articulant avec les notions de signifiants culturels, de nouvelles technologies suivant trois plans majeurs. Notamment sur le plan scientifique, sur le plan social et culturel, et sur le plan clinique et thérapeutique.

1.6.1. Sur le plan scientifique

Cette recherche contribue à enrichir l'appréhension clinique des réaménagements psychiques inconscients induits par une atteinte du corps, en mobilisant une approche pluriréférentielle mêlant la psychanalyse à la phénoménologie. En mettant également en évidence la fonction structurante de l'étayage multiforme (social/affectif, symbolique et numérique) à travers les NT dans la reconfiguration et la continuité narcissique.

1.6.2. Sur le plan social et culturel

Cette recherche révèle comment le recours aux NT, aux cyberespaces constituent de nouveaux espaces de subjectivation, constituant la nécessité croissante des médiations technologiques dans les fonctionnements identitaires contemporains.

1.6.3. Sur le plan clinique et thérapeutique

Cette recherche présente un intérêt clinique en proposant des matériaux cliniques utiles à l'accompagnement psychologique des sujets mastectomisés. Elle aide également à identifier les ressources, internes ou externes, sur lesquels le sujet peut s'appuyer pour réorganiser son Moi. Sans compter qu'elle invite dorénavant les praticiens à prendre en compte la dimension technologique dans leur pratique.

CHAPITRE 2 :

REVUE DE LA LITTÉRATURE

Encore appelé *récession des écrits*, cette partie de notre recherche consiste à une analyse critique et synthétique des études déjà existants sur notre sujet : « *les signifiants culturels et la reconstruction identitaire chez la femme ayant subi une mastectomie* ». Elle a pour but de faire le point de connaissances actuelles dans notre domaine de recherche afin de fournir une orientation et une perspective claire sur le sujet à étudier dont l'objectif est d'appréhender les processus psychiques par lesquels les signifiants culturels et les nouvelles technologies participent à la reconstruction identitaire chez la patiente mastectomisée. Pour se faire, nous parlerons tout d'abord du corps, qui dans notre cas est un corps meurtri, qui a toutefois toujours baigné dans la culture, dans une symbolique, et où il est exposé à une variété de soutiens, qui permettent au sujet de se réapproprier son corps et de se construire son identité.

2.1. LE CORPS

La femme mastectomisée fait face à la perte de l'objet d'amour qui a des conséquences importantes sur la perception qu'elle a de l'expérience de son corps, et inversement. Avant d'aborder l'objet de notre étude qui est la *reconstruction identitaire*, il nous revient donc dans cette partie de parler du corps considéré comme le support identitaire à la fois « naturel » et « construit » (Marc, 2005 ; Tessier, 2015). Il s'agit notamment de revisiter la notion du corps, son évolution dans le temps suivant différents modèles scientifiques.

2.1.1. Approche biomédicale du corps

Le corps est l'objet de recherche biomédicale et de pratique thérapeutique contemporaine qui ont pour but d'améliorer la qualité de vie des patients. Encore appelé corps biologique ou corps humain, il est considéré comme une machine biologique, un ensemble constitué d'organes qui fonctionnent de concert pour maintenir la vie humaine, qui peut être étudiée et traitée de manière objective. Ce n'est qu'à la suite du dysfonctionnement d'un ou de plusieurs éléments du système organique qu'on parle de maladie. La médecine ne cesse de repousser les limites de ses connaissances sur le corps biologique pour davantage garantir la santé physique des malades. Noury (2017) parle de la nanotechnologie, de la nanosanté comme « médecine du futur » qui consiste à traiter la maladie avant l'apparition des premiers symptômes, livrer le médicament dans les zones du corps les plus difficiles d'accès, suivre en continu l'état de santé grâce à des nanocapteurs, régénérer des tissus atteints et vieillissants.

Cependant, au-delà de la perspective proposée par le modèle biomédical centré sur les dimensions anatomique, physiologiques et pathologiques du corps, les sciences sociales offrent une perspective radicalement différente, en considérant le corps comme un construit social et culturel, façonné par les normes, les valeurs et les rapports de pouvoir qui prévalent dans la société.

2.1.2. Approche philosophique

En philosophie, le corps renvoie à la matière. Il est substantiel, il est celui qu'on voit, touche et/ou qu'on ressent. Il est le lieu d'inscription du sujet dans le monde. C'est un lieu de tension entre nature et culture, entre vécu et pensée.

Pour Platon, le corps est considéré comme un lieu où est enfermé l'âme. Il est un obstacle à la véritable connaissance dont on ne peut avoir accès qu'en se détachant du sens. C'est dans cette lancée que Descartes (1637) pense le corps dans une dualité où le corps physique est en lien avec l'esprit ; et qu'un corps sans esprit, n'est qu'un objet matériel inanimé. La conception incarnée du corps que propose Merleau-Ponty (1945) vient s'opposer à l'approche dualiste du corps. Le corps est celui-là qui est soumis à l'expérience du monde. Le corps et l'âme sont unifiés. « ... *je ne suis pas devant mon corps, je suis dans mon corps, plutôt je suis mon corps* » (Merleau-Ponty, 2014, p. 256). Ce corps est sujet de perception et non pas une substance inanimée. Il est vivant traversé par les significations.

Foucault (1975) aborde le corps comme profondément par le pouvoir du discours. C'est un corps socialisé, discipliné par les institutions. C'est le lieu où vient s'exprimer les dynamiques de pouvoir et les systèmes sociaux. Nietzsche (1885) vient briser l'approche du christianisme du corps qui considère le corps comme le véhicule de l'âme. Pour lui, le corps est un objet réel contrairement à l'âme. « *Corps suis tout entier, et rien d'autre, et âme n'est qu'un mot pour désigner quelque chose dans le corps* ». Ricoeur (1990) présente le corps comme une dimension du soi. Toute variation au niveau du corps affecte le soi et l'ipséité. Il a une approche dualiste, mais différente du corps

La philosophie actuelle, dans une approche beaucoup plus complexe, intègre le corps à la fois dans sa dimension métaphysique, culturelle et sociétale. C'est ainsi que Gros (2009) dans sa philosophie de soin, humanise les soins en distinguant le corps-machine anatomisé et le corps-sujet qui s'inclinent l'un devant l'autre, en tenant compte simultanément de ces aspects du sujet qui participent en sa propre guérison.

De nos jours, la philosophie continue ses débats sur le rapport corps et esprit, avec certaines théories qui défendent le dualisme esprit-corps, tandis que d'autres défendent le monisme. Les théories phénoménologiques telles que celles proposées par Merleau-Ponty soulignent le vécu corporel, la perception et la conscience. Les études contemporaines en philosophie de la santé qui prennent en compte l'ère actuelle de la technologie qui se situe de plus en plus près du corps, bien que la technologie n'agisse pas sur tous les corps de la même manière (Dalibert, 2021).

Si la philosophie a longtemps porté sa réflexion sur la nature du corps et son rapport à l'esprit, la sociologie quant à elle a mis en évidence l'importance des facteurs sociaux et culturels dans la construction et la représentation du corps.

2.1.3. Approche sociologique

Dans le cadre de notre travail, il serait beaucoup plus intéressant de porter notre réflexion sur la sociologie du corps. Cette dernière est une branche de la sociologie qui se concentre sur les représentations et les usages sociaux du corps humain. Elle examine comment le corps est façonné par les contextes sociaux et culturels, et comment il sert de vecteur pour exprimer des identités, des normes et des valeurs. Cette branche regorge de nombreux axes dont les principaux sont :

2.1.3.1. Les usages sociaux du corps

Les usages sociaux du corps incluent la manière dont les individus utilisent leur corps dans différentes situations sociales. Cela peut inclure des aspects comme la posture, les gestes, et même les modifications corporelles comme les piercings et les tatouages.

Mauss critique la vision dualiste de Durkheim, qui séparait l'individu et le social, en insistant sur le fait que le corps humain est un « homme total » où les aspects biologiques, psychologiques et sociaux sont interdépendants. En introduisant le corps comme objet d'étude sociologique, son approche ouvre des voies pour comprendre la manière dont les sociétés influencent la perception et l'expression corporelle. Il aborde la notion de corps en se détachant de la simple dimension physiologique pour en faire une entité socialisée et imprégnée de sens. Autrement dit, Mauss considère le corps non seulement comme un objet biologique mais aussi comme un support de symbolisme et de socialisation.

2.1.3.2. Le corps entre biologie et culture

La sociologie du corps explore la tension entre les aspects biologiques et culturels du corps. C'est sur ce pan du corps que s'intéresse les auteurs tels que Le Breton. Le Breton définit le corps comme un élément indissociable de l'individu, en soulignant qu'il ne peut être isolé comme un objet à part. Pour lui, le corps est lié à la perception et à l'interprétation du monde, et il n'y a de monde que de chair et donc que de sens. Il évoque également l'importance des ressources de sens que les individus projettent sur leur environnement, ce qui implique un dialogique entre la culture et l'interprétation personnelle de chaque individu (Andrieu, 2007, p. 7).

2.1.3.3. Le corps comme produit social

Le corps est vu comme un produit des interactions sociales et des structures de pouvoir. En l'occurrence, Bourdieu (1980) qui décrit comment le corps peut fonctionner comme un signifiant social, reflétant des aspects cachés et non contrôlés de notre identité. De sa célèbre citation : « *Le monde social est dans les choses et dans le corps* » (Bourdieu, 1980, p. 90). Il nous fait comprendre que le monde social est les structures objectives dans les choses (les lois établis, riches, pauvres...) et ce monde existe aussi dans le cerveau, car on a incorporé les habitudes de notre classe sociale, on a intériorisé toutes ses structures sociales qui sont dans les choses.

Bourdieu (1980) voit le corps comme un élément central des pratiques sociales et des luttes de pouvoir. Selon lui, comprendre le corps implique de le voir à travers le prisme des interactions sociales. Il souligne que les discours sur le corps sont toujours influencés par le langage et les pratiques sociales, et qu'ils sont souvent utilisés pour légitimer ou reformuler nos idées sur la société. La manière dont nous percevons, utilisons et comprenons notre corps est influencée par le contexte social, culturel et historique dans lequel nous vivons. Ainsi, pour Bourdieu, le corps n'est pas seulement une entité biologique ; c'est aussi un espace où se déroulent des dynamiques sociales, des luttes pour la reconnaissance et des processus de socialisation.

2.1.3.4. Les Imaginaires Sociaux du Corps

La sociologie du corps nous aide à comprendre comment nos corps ne sont pas seulement des entités biologiques, mais aussi des constructions sociales influencées par notre environnement culturel et social. Boëtsch & Ndiaye (2018) abordent les expériences vécues du corps à travers plusieurs contributions qui examinent comment le corps est perçu, construit et vécu dans différents contextes sociaux et culturels en Afrique sub-saharienne. Etude menée au Sénégal, Diagne montre comment le corps des jeunes devient un vecteur d'action et de changement sociopolitique, surtout en période de crise ; Macia (2018) explore la notion de soi corporel, soulignant que l'identification au corps ne diminue pas avec l'âge. Au contraire, le corps vieillissant est perçu positivement, respecté, ce qui montre que les normes d'identité corporelle évoluent et sont valorisées dans la société ; Gassama (2018) se concentre sur le corps biologique et social des travailleuses domestiques, en analysant leur trajectoire sur le marché du travail et le contrôle social qui les entoure, souvent lié au genre. Cela met en évidence les tensions et les dynamiques de pouvoir qui influencent les expériences corporelles des femmes ; Boëtsch (2018) examine comment les stéréotypes corporels influencent la représentation. Il montre que ces représentations sont en constante évolution et reflètent les identités culturelles et sociales, soulignant ainsi la complexité des constructions identitaires liées au corps.

Vigarelo (2008, p. 191) présente quatre manières d'élaborer l'histoire de la représentation sociale du corps « [...] *apparence physique comprise comme mise en scène de soi de son propre physique, construction de codes relationnels ; [...] la représentation du fonctionnement du corps ; [...] façon dont nos sensations physiques prennent sens, gagnent en épaisseur et en originalité par la représentation ; [...] objet de propriété, d'appartenance* ».

Comme toute autre science, la sociologie s'arrime à l'évolution du monde. Elle s'intéresse à la problématique de la technologie appliquée au corps. Munier (2014) emploie la notion de « *Technocorps* » pour relever la sociologie du corps face aux nouvelles technologies. Son étude s'articule sur trois axes :

- L'extension : l'extension du corps dans le cyberspace et le mondes virtuels grâce aux technologies de l'information et de la communication, extension qui se transforme en une connexion des internautes ;
- L'hybridation : l'hybridation du corps dans la technologie suivant la figure de cyborg, l'hybridation qui associe principalement la médecine et les NBIC (nanotechnologies, biotechnologies, informatique, sciences cognitives) ;

- La transformation : relative à la transformation technologique du corps.

Auray (2014) fait le constat que l'avènement des réseaux numériques est vecteur d'une triple transformation du rapport entre identité propre à un sujet et présence corporelle ; une abstraction (du rapport de l'individu à l'espace et au temps), une libération (en créant des espaces transitionnels favorisant la distraction et la rêvasserie) et une contraction (de la zone de manipulation et de perception directes du sujet plongé dans la simulation) ; le corps est repensé dans sa symbiose avec la technologie. Le Breton (2014) viendra employer la notion d'*homo silicium* pour faire référence aux représentations du corps qui circulent dans la sphère technoscientifique sous l'impulsion de la cybernétique. Le corps représenté dans cette espace comme un objet obsolète, qui se doit d'être dépassé, ne laissant place qu'à l'esprit transférable dans les supports numériques.

Le corps n'a qu'un rapport avec l'individu et n'a de rapport qu'avec cette individualisation. Le corps est le corps d'un individu et cet individu est inséré dans la société. Il n'a de son corps que la vision que la société dans laquelle il vit. Son rapport au corps est un rapport médiatisé par la culture. Il y a des sociétés qui donnent beaucoup plus de valeur au corps que d'autres. Chaque culture met sur pied une esthétique du corps.

2.1.4. Approche anthropologique

Dans l'anthropologie, le corps n'est pas uniquement considéré dans sa dimension biologique ni comme un objet universel, mais il est perçu comme fondamentale dans sa dimension culturelle. Autrement dit, construit, interprété, vécu et symbolisé de manière distincte selon les cultures. Alors s'intéresser à l'anthropologie du corps, c'est tenter d'appréhender comment l'homme vit, pense et transforme son corps à travers les pratiques, les croyances, les rituels et les représentations.

Dans la culture hindoue, le corps est l'objet de nombreuses conceptions. Les plus probantes sont celle d'un corps sanctuaire qui abrite une divinité et celle d'un corps dévalué à l'extrême (les tanneurs de cuir). Les recherches de Bouillier et Tarabout (2002), sur l'« images du corps dans le monde hindou » nous a montré que le corps fait l'objet de pratiques astrologiques, le corps est une métaphore utilisée pour penser et décrire l'univers, il sert à se représenter le temple, à décrypter la volonté divine (Angot, 2002). Les travaux de Padoux (2002), White (2002) (cité dans Bouillier et Tarabout, 2002) ont abordé également le monde ésotérique où le tantrisme et les techniques du Hatha yoga conçoivent le corps non pas

seulement comme un outil de libération qu'on pourrait retrouver dans la conception brahmanisme du corps, mais également comme le lieu de libération. Un corps investi de forces cosmiques manipulables par le sujet, bien qu'elles le dépassent. Le corps est le lieu de « mise en scène », un corps destiné à séduire le futur époux. Cette conception du corps suit deux logiques, l'une rituelle qui nécessite l'acquisition d'un corps efficace et l'autre de la dévotion pour laquelle le corps divin est objet de désir.

Dans certaines cultures amérindiennes, le corps est pensé comme faisant partie intégrante de la nature et du cosmos. Beaucage (2009), dans ses travaux dans la culture « Nahuas », propose non seulement une conception métaphorique du corps en lien avec la nature et l'espace. La tête représentant le haut et le sommet d'une montagne, la lèvre représentant le bord, les flancs de la montagne et le cœur représentant le centre ; mais aussi une conception métaphorique du corps comme mode d'expression (certains états d'âme font référence au cœur). Le corps est également l'objet de pratique de danses, qui participe aux cérémonies afin d'honorer les esprits de la nature et conserver un certain équilibre de la nature.

Le corps dans la culture est un reflet des ambiguïtés de la société, il est le véhicule des significations culturelles. C'est en effet ce que Tapia (2018) a montré dans son étude sur la culture occidentale et l'hypermodernité, où le corps devient objet de perversions. Le corps définit par Le Breton (2011, p. 311) comme « ... *une réalité changeante d'une société à une autre, les images qui le définissent, les systèmes de connaissances qui cherchent à en élucider la nature, les rites qui le mettent socialement en scène, les performances qu'il accomplit son étonnement variées, contradictoires même* ».

Parler du corps en Afrique signifie le repositionner dans son environnement. Un monde plutôt complexe et spécifique qui incarne pour l'Africain une façon d'être et d'interagir avec son corps. Afin d'approfondir notre compréhension du corps en Afrique, en particulier au Cameroun, nous allons prendre en compte les perspectives de Hebga (1998) concernant la corporalité et la personnalité en Afrique.

Hebga (1998) propose une réflexion originale du corps africain avec ses diverses dimensions en contextualisant la question de rationalité en Afrique. Il cherche à donner une cohérence logique au discours africain sur la façon d'être et d'agir des hommes noirs africains en tenant compte des données culturelles, des fondements anthropologiques et métaphysiques qui sont à l'origine d'un jugement d'irrationalité du discours porté sur les phénomènes paranormaux (lévitation, visions, envoutements, sorcellerie, etc.) par les philosophies et les

religions étrangères. Hebga (1998) s'oppose donc à la vision dualiste du rapport corps-pensée et propose une conception tridimensionnelle de l'homme : le corps, qui est l'épiphanie de la personne ; le souffle, qui a donné la vie ; l'ombre qui en traduit l'agilité, la subtilité, la mobilité.

2.1.5. Approche psychopathologique

Le corps en psychopathologie est un corps de souffrance, bien plus qu'une entité biologique et un objet social, il est un espace de subjectivité où se manifestent les conflits intrapsychiques. La clinique d'aujourd'hui étudie le paradigme unique du corps et le lien corps/psyché. Elle cherche à comprendre comment le vécu corporel peut être bouleversé, investi ou désorganisé dans certaines maladies.

2.1.5.1. Le corps comme lieu d'expression du psychisme

Le corps ici est considéré dans son aspect biologique en termes de décompensations somatiques. Il est le théâtre de manifestations psychiques inconscients lorsqu'il y a un lien précaire à la parole chez le sujet ou lorsque le conflit entre deux instances psychiques génère une angoisse qui trouve le corps comme seule voie d'expression. En effet, l'énergie libidinale n'ayant pas acquis une représentation psychique, qu'elle est reflue dans le corps. C'est dans cette approche du corps que se sont intéressés Marty et M'Uzan (1962) qui ont développé le concept de *pensée opératoire* qui est un mode de pensée actuelle, non métaphorique et n'ayant pas de lien avec l'activité fantasmatique ou de symbolisation. métapsychologiquement, elle repose sur le surinvestissement perceptif qui a pour but de protéger le sujet des conséquences du déficit en accomplissement hallucinatoire du désir et de la détresse traumatique. Dejours (2008) quant à lui viendra parler de mutilations du corps érotiques qui sont des impasses de libidinalisations qui renvoient à son élaboration d'une troisième topique, l'*inconscient amential*, qui repose sur la stabilité du clivage. Cet inconscient n'apparaît qu'à la déstabilisation du clivage et il est responsable de la séparation de la continuité du moi sous la forme principale de la perte de contact avec son propre corps.

2.1.5.2. Le corps fragmenté et image du corps

En psychanalyse, le corps (subjectif) n'est pas donné d'emblée comme un « Tout » dès la naissance. Encore que certaines analystes s'intéressent au corps dans la phase gestationnelle. Le corps s'acquiert progressivement à travers les soins primaires adéquats attribués au

nourrisson, le regard de l'autre et le langage (Winnicott (1953), Dolto (1984), Klein (1966)). Il est probable que ces organisateurs soient défaillants, ce qui peut être à l'origine de pathologies, de troubles ou d'atteintes graves conduisant à un sentiment d'unité corporelle altéré et de dépression. Les troubles de l'image du corps se réfère à une perception déformée ou négative de son propre corps. Le corps étant vécu comme morcelé, envahi ou étranger.

Morin (2013) en articulant les notions de cénesthésie, d'image du corps et de schéma corporel, tente de relever la complexité paradoxale essentielle à la notion de l'image du corps. Pour elle, les données neurologiques de ces troubles ne doivent pas être prises uniquement dans leur sens brut, car elles sont issues d'une histoire subjective, singulière. Pour Anzieu (1995, p. 59) les risques de dépersonnalisation sont liés à l'image d'une enveloppe perforable et à l'angoisse. Cuynet (2010, p. 20) soutient que le corps familial peut avoir des failles qui correspondent à ce qu'il appelle les zones forclores, non interprétables susceptibles de révéler le sujet comme porteur de symptômes de la problématique des autres et dont la théorie systémique attribut la fonction de « bouc émissaire ». Il distingue le corps familial du corps dans la famille cette dernière relève plutôt du soma de chaque membre et dont il met dans le registre du réel, différemment du corps familial qu'il met dans le registre de l'imaginaire et du symbolique.

2.1.5.3. Une approche africaine de la psychopathologie

Sow (1977) propose une approche originale de la psychopathologie dans le contexte africain. Son appréhension de la maladie dans l'imaginaire du sujet africain trouve ses racines à l'extérieur du sujet, non pas à l'intérieur de son corps, même si l'atteinte physique est avérée. Sow (1977), en tenant compte du contexte socioculturel (dans sa conceptualisation de la cosmogonie anthropologique africaine) dans la prise en charge de la maladie en soulignant son interprétation sur trois registres : le coup d'un mauvais esprit (sorcier), maraboutage, fétichage, envoutement ; punition divine ou ancestrale ; discordance des signifiants culturels, il parvient à présenter le corps comme étant une enveloppe culturelle, une dimension en relation avec le pôle communautaire et qui serait le terrain de maroutage.. C'est dans le même ordre de pensée que les travaux de Tsala Tsala (1989) présentent la maladie dans une compréhension globale qui n'est non pas uniquement un désordre organique, mais également un désordre cosmique vécu comme un mal-être dans la culture.

Mayi (2017) définit le corps comme étant non seulement une enveloppe corporelle, charnelle mais aussi l'arsenal physiologique. Pour lui, ce corps implique aussi :

- ce qui va avec le vêtement ;
- les aspects dimensionnés du corps et dimensionnant le corps dans la relation entre celui-ci et l'altérité..

D'après Mayi (2017), le concept du corps propre est donc celui d'un corps qui se décompense, qui suit et qui génère des décompensations. En se basant sur les recherches de Dejours, Mayi souligne que ce dernier remettrait en question le corps propre, à savoir celui de la subjectivité et de l'intersubjectivité qui sont utilisés dans l'acte expressif de l'ordre érotique. Les failles de ce corps érotique découleraient de l'histoire des relations avec les parents, et plus spécifiquement de la capacité des parents à manipuler ce corps. D'après lui, l'impossibilité de la part des parents de jouer sur certains registres les pousse à réagir de manière violente, laissant des traces permanentes sur le corps de l'enfant. Ces traces prennent la forme d'impotences partielles. Il résume cela en forclusion de la fonction montrant qu'elle demeure en dehors de l'ordre érotique, c'est parler encore d'échec de la subversion libidinale d'une fonction biologique. Par conséquent, la décompensation somatique se produirait lorsque l'individu est contraint de mobiliser la fonction forclosée à la demande de l'autre.

Mayi (2017) adopte une approche psychosomatique en démontrant qu'il y a une relation indissociable entre le corps et le langage. Cela met en évidence l'importance du langage le plus ancien qui s'appuie sur des modalités animales innées et que l'on retrouve chez le nourrisson et l'enfant. Il ne requiert pas de processus de vécu symbolique élaboré.

De la même manière, Mayi (2017) démontre que les sujets atteints de maladie ont tendance à s'exprimer et à l'exprimer par des réactions corporelles, comme s'ils n'étaient en réalité que somatique. « *Cela rappelle les processus biologiques de sensibilités rapportés et la pensée synchrétique chez l'enfant. C'est celle-ci qui permet de comprendre que les gribouillages de l'enfant peuvent être évocateurs d'une pluralité de troubles* ». La réponse corporelle psychopulsionnelle semble donc correspondre aux processus de représentation de chose.

Dans cette situation, le registre corporel s'apparente au fonctionnement de l'imaginaire dans le rêve. Dans cette situation, on peut prendre le trouble corporel par analogie comme mythe d'un corps rêvé dans l'hystérie de conversion. Mayi rappelant Freud, dit qu'en ce qui concerne la névrose dans la réalisation manifeste du symptôme (le signifiant) est le soulagement de la tension inconscient latente (le signifié).

2.1.6. Approche psychanalytique

2.1.6.1. Conception classique

« ...*La psychanalyse nous apprend que c'est le corps qui montre et qui est montré, à la surface duquel s'écrivent des morceaux de vérité de celui qu'il assigne à demeure* » (Bourseul, 2013, p. 123). Autrement dit, le corps est porteur de symptômes.

Freud, ne traite pas le corps comme un sujet central, mais plutôt comme un lieu symptomatique, un lieu d'expression de conflits internes notamment dans le contexte de la conversion hystérique. Le corps pour Freud est le siège de pulsions. Il s'intéresse davantage à la séparation entre le Moi et le Ça, sans développer une théorie du corps en tant que tel. C'est ainsi qu'il déclare : « *Le Moi est avant tout une entité corporelle, non seulement une entité toute en surface, mais une entité correspondant à la projection d'une surface* » (1923, p.18). Le Moi est donc essentiellement un Moi corporel, profondément enraciné dans les sensations corporelles et les expériences physiques. Il soutient que les expériences infantiles liées aux zones érogènes (bouche, analité, génitalité) sont fondamentales pour la construction psychique. Phénomène que Freud (1905) tente d'expliquer dans les *Trois essais sur la théorie de la sexualité* pour décrire comment les premières expériences de satisfaction et de frustration sexuelles façonnent les représentations du corps et influencent les structures psychiques. Autrement dit, il explore la manière dont le corps est investi psychiquement et comment il devient un lieu de représentation des conflits psychiques. Les contemporains comme Schilder (1968) avec le concept d'image du corps et Dolto (1984) avec le concept d'image inconscient du corps, Anzieu (1995) avec sa théorie du Moi-peau viennent introduire le corps comme central dans la psychanalyse

2.1.6.2. Image du corps.

Schilder (1968) « *une image du corps est toujours d'une façon la somme des images du corps de la communauté, en fonction de diverses relations qui y sont instaurées. Les rapports avec les images du corps des autres sont déterminés par les facteurs de distance spatiale et de distance affective* ». Une manière implicite de dire que l'image du corps est perpétuellement réaménagée. Bien qu'elle soit le produit de nos différentes expériences, elle est reconfigurée constamment à notre adhésion à la civilisation engagée dans un processus d'intersubjectivité.

Dolto (1984) étudie comment s'organise et se reforme l'image inconsciente du corps pendant l'évolution de l'individu. L'une des images des images est l'image de base ou de sécurité. Elle est celle qui assure la « mêmété d'être » chez un individu. Elle est délicate. Toute menace est ressentie comme une agression à l'intégrité. Elle assure la continuité narcissique et le sentiment d'existence qui assure au corps de pouvoir se fixer au narcissisme primordial.

Lacan (1966), dans sa conceptualisation du *stade miroir* fondamental à l'image scopique, part du fait que l'enfant face à un miroir commence à développer une image de soi qui est à la fois une identification et une illusion, où il se reconnaît dans son reflet et commence à se percevoir comme un Tout et lui permet de se construire son identité. Cette identification à l'image reflétée est fondamentale, car elle crée une unité corporelle et un sentiment de soi, mais elle est aussi une source de conflits, car l'image est toujours une représentation, et non la réalité elle-même. Tisseron (2001) suit l'idée de Lacan sur les représentations visuelles et l'identification à travers un miroir et il met tout autant le corps au centre de la relation entre les images et notre perception de la réalité dans une perspective anthropologique actuelle.

Anzieu (1995) développe le concept du Moi-peau qui s'étaye par les manipulations corporelles de l'environnement maternel sur l'enfant. Il fait comprendre que toute violation de l'intégrité du corps (peau) affecte indéniablement le psychisme

Le corps selon Mayi

Mayi (2017) redéfinit les notions de souffle, corps et ombre, mais parle plutôt de « *ba* », « *sad* » et « *ka* », c'est-à-dire « *souffle* », « *corporalité* » et « *personnalité vitale* ». Cette théorie se distingue par le fait que chaque instance est à la fois elle-même et les deux autres. Ainsi, le fait que les instances aient chacune un caractère double signifie que chacune des trois instances peut être interprétée comme possédant trois dimensions. Mayi utilise une approche à la fois culturaliste et psychanalytique pour analyser ces instances, ce qui lui permet d'arriver à la logique des instances qui intègrent et dépassent la rationalité hebgaenne.

- Le *ba* est le sang et le souffle, il est lié à la généalogie. C'est l'énergie vitale qui permet de comprendre le sujet en tant que personne. La lecture clinique du « *ba* » fait également référence au Soi, au Moi et au préconscient ;
- Le *sad* se rapporte au Ça et à l'inconscient, dans la clinique. Il fait référence au corps biologique (soma) et au corps éthérique avec ses dimensions énergétiques ;

- Le *ka* représentant la personnalité avec ses aspects intellectuels et émotionnels, il exprime l'énergie de vie, car elle n'est pas personnalisée et démontre que le sujet n'est sujet qu'à l'image du verbe, du logos. Le *ka* fait référence au Surmoi, la conscience morale et le conscient.

La corporalisation des phénomènes du psychisme, de la pensée, de la conscience et de la vie du sujet est visible dans cette approche. Si l'on a saisi chez Hebga (1998) les divers éléments qui composent la personnalité, il serait donc aisé de saisir chez Mayi (2017) les divers éléments qui composent le corps.

A un certain âge le corps de la femme est soumis à des transformations inéluctables. Au-delà du fait que le corps de ces femmes ait subi une telle violence physique, il est également en proie à la question du vieillissement. C'est ce sur quoi s'appesanti les travaux d'Ondoua et Metende (2022) qui définissent le vieillissement comme : « ... *l'aboutissement normal et inéluctable du double processus biologique et psychologique de la sénescence des individus, global involutif, qui conduit progressivement vers le déclin de la personne...* » (p. 171). Le corps apparaît alors comme le premier signifiant, la première expression de cet aboutissement. Aboutissement qui implique des réaménagements identitaires pour maintenir une certaine continuité de l'existence.

Tordo (2019) dans son développement du Moi-cyborg, il présente le corps comme étant en contact direct avec la technologie, qui a secondé la prise en soin primaire dont la cause est une présence maternelle disparate. Il fait le parallèle entre les fonctions de la peau avec les fonctions de la technologie dans la construction du psychisme. L'absence de ces technologies peut être responsable d'angoisse.

Tisseron (2005) quant à lui, il va s'intéresser à une partie du corps, les yeux et la fonction visuelle qu'elle remplit. L'image qui en ressort est une image destinée à simplifier le travail du deuil. Tisseron (2005) fait référence aux images virtuelles tels que celle retrouvé sur les peintures, les dessins. Formes d'images qui ne sont pas traitées par la psychanalyse, contrairement à l'imago. Ces images contiennent des changements significatifs touchant la manière de penser l'identité. De penser l'autre et de penser nos propres activités psychiques.

Tisseron développe trois fonctions de l'image : une image peut représenter l'apparence d'un sujet, indiquer un objet en le figurant. L'image a donc le pouvoir de renforcer ; elle a la capacité de faire mobiliser une potentialité d'action. Action qui correspond à un rapprochement ou à un éloignement. « ... elle peut fonctionner comme point d'appui et de soutien pour des transformations désirées par un sujet » ; au-delà du fait que l'image ait la possibilité de

représenter un objet et d'évoquer un objet d'une façon mobilisatrice de transformation de soi, de l'image ou du monde, elle a aussi la possibilité de contenir cet objet et son observateur dans une enveloppe intersubjective et confère une illusion partagée. Cette fonction a deux moments importants : la constitution des premières images et la découverte partagée avec une autre image de soi dans le miroir. L'image psychique continue toujours à témoigner de la nostalgie de la continuité primitive où se retrouve la complétude primitive. Il est nécessaire de comprendre que tout image enveloppe la pensée.

2.2. ÉTAYAGE

Ce cadre est important dans notre recherche pour plusieurs raisons à savoir : soutien psychologique pour le sujet qui traverse une crise identitaire ; cadre de référence où le sujet peut se repérer et se reconstruire ; renforcement de l'estime de soi.

2.2.1. Étayage en sociologie

Ce processus en sociologie désigne l'ensemble de soutiens dont l'individu peut s'appuyer, que cela soit dans une institution, un réseau communautaire des pairs, la famille, pour pouvoir maintenir un certain équilibre social en évitant une quelconque vulnérabilité, tout en se construisant une identité sociale.

2.2.2. Étayage en psychologie du développement

Dans ce champ de la psychologie, l'étayage se réfère à un soutien temporaire apportée par un acteur compétent pour soutenir l'apprentissage d'un plus jeune. L'étayage intervient ici en tant qu'aide qui vient accompagner, soutenir et renforcer les activités de l'enfant sans toutefois prendre la place de l'enfant. C'est un processus coopératif et dynamique. Bruner (1983) a développé six fonctions de l'étayage.

2.2.3. Étayage en psychanalyse

Le concept d'étayage a été introduit par Freud (1914) pour expliquer comment les pulsions sexuelles appuient au début sur les fonctions vitales pour s'en détacher plus tard et devenir indépendantes. C'est cette relation originaire entre les pulsions sexuelles et les pulsions d'autoconservation que Freud (1914) va appeler étayage. Freud (1914) distingue deux choix d'objet, le choix d'objet par étayage, et le choix d'objet narcissique. Le choix d'objet par

étiayage selon Freud est orienté vers la mère ou son substitue qui procure les soins nécessaires pour la survie de l'enfant. Dejours (2001), postfreudien, il développe postule que l'étiayage opère comme une subversion. Grâce à l'étiayage, le registre du désir instaure son primat sur celui du besoin physiologique, la pulsion se dégage partiellement de l'instinct. L'organe joue ici un rôle d'intermédiaire. Chacune de ses zones sont progressivement détournées de leur fonction physiologique principale pour être subvertie, investie et pour constituer à la fin le corps érogène.

Kaës (1984, p. 112-113) en développant trois modalités de l'étiayage : appui, modélisation et reprise. Il met en exergue le fait que la troisième modalité intervient lorsque l'ensemble des mécanismes rencontre une halte, une rupture. Il tient compte d'une dynamique de continuité et de discontinuité, ce moment de reprise où est admis une réélaboration d'une transformation réalisée au sein même de l'appareil psychique, hors de notre champ habituel et non perceptible dans directement par nos sens.

L'étiayage part du fait de la manipulation du corps pour une construction du psychisme et de toute autres fonctions. Comme susmentionné, Freud n'ayant pas théorisé sur le corps, d'autres auteurs se s'y ont intéressé comme Schilder (1968), Winnicott (1969), Dolto (1984). Un peu plus tard, Anzieu (1995) avec le Moi-peau, par étiayage sur la peau ; Tisseron (2005) avec la construction du psychisme, par étiayage sur l'image (virtuelle) et dont par le regard, la fonction visuelle du corps ; Tordo (2019) avec le Moi-cyborg, par étiayage sur la technologie.

Nous pouvons ainsi définir l'étiayage définit comme l'ensemble de ressources affective, relationnelle, symboliques, institutionnelle et même technologique sur lesquelles le Moi s'appuie pour se réorganiser et éviter la désagrégation psychique.

2.3. CULTURE ET PSYCHISME

La culture est « ... *l'ensemble des dispositifs de représentations symboliques dispensateurs de sens et d'identité, et à ce titre organisateur [sic] de la permanence d'un ensemble humain, de ses processus de transmission et de transformation* » (Kaës, 2012, p. 2).

Ondoua (2020) définit la culture comme une enveloppe qui, pour un sujet en situation de souffrance, joue une fonction antidépressive garantissant une organisation défensive qui permet de garantir la continuité psychique et culturelle en évitant un effondrement psychique.

« L'inconscient est une chaîne de signifiants jouant sur une autre scène, où "les effets de substitutions et de combinaisons du signifiant dans les dimensions respectivement synchroniques et diachroniques" sont visibles dans le discours. L'inconscient est structuré comme un langage et le sujet est coupure du fait du langage, entre le sujet de l'énoncé (le signifié du registre imaginaire) et le sujet de l'énonciation (le signifiant du registre symbolique). Le sujet de l'énoncé, construit à partir du Je du stade du miroir; et le trésor des signifiants, donné d'emblée par l'Autre en tant que le sujet vient au monde dans un bain de langage » (Gosselin, 2011, pp. 184-185).

Des recherches explorent comment la culture participe à l'organisation de l'identité et du psychisme d'un individu (Róheim, 1972 ; Nathan, 1986 ; Dolto, 1984). Ces études mettent en relation le corps, la psyché et la culture. Pour Róheim (1978, p. 72), nous sommes le miroir de notre culture à travers son matériau culturel déposé en nous. Alors la façon dont on se voit, on se représente, on s'imagine et on se schématise est synonyme de la façon dont la société nous voit.

L'ethnopsychanalyse est une science qui s'articule autour de deux principes (la psychanalyse et l'anthropologie). Elle explore comment les processus psychiques conscients et inconscients changent en fonction du contexte et des pratiques culturels.

Devereux (1978), propose une vision innovante des comportements humains. Il soutient que chaque comportement peut être expliqué différemment selon le système de référence employé, permettant ainsi de le voir sous plusieurs angles. Il affirme que chaque phénomène peut être compris à travers au moins deux explications complémentaires, chacune étant valide dans son propre cadre de référence. Mener des enquêtes sur ces explications simultanément est impossible, nécessitant une approche pluridisciplinaire fusionnante. Il souligne aussi que les données sociologiques et psychologiques, bien qu'elles proviennent du même fait brut, maintiennent l'autonomie de leurs discours respectifs. Un effort explicatif trop intense dans un seul cadre peut entraîner un rendement décroissant, risquant de dénaturer le phénomène étudié. La méthode complémentariste repose sur la coordination de théories valides plutôt que sur une seule théorie. Une analyse intensive peut fournir des propositions universelles en examinant les variations d'un trait culturel à travers différentes sociétés. Cette approche souligne l'importance de la complémentarité et de la multiplicité des cadres de référence pour une compréhension plus riche des phénomènes humains (Jolas & Gobard, 1973, pp. 1311-1313).

Les psychanalystes tels que Róheim (1972) et Nathan (2002) ont exploré comment la culture participe à l'organisation du psychisme d'un individu. Ces recherches s'articulent autour de trois notions : le corps, la psyché et la culture.

Pour Róheim (1972), la culture trouve ses racines dans la psyché humaine et plus particulièrement dans les besoins psychiques des individus. Il développe cette idée en s'inspirant de la théorie freudienne selon laquelle les pulsions de l'individu doivent être régulées par la société pour permettre une coexistence harmonieuse. Selon lui, la culture naît donc de la nécessité de gérer les pulsions, notamment la libido, afin d'éviter le chaos social. Il met en avant l'idée que l'enfance joue un rôle fondamental dans l'émergence de la culture. Les processus de socialisation et de transmission des normes culturelles commencent très tôt, avec l'intériorisation des interdits parentaux, en particulier à travers les relations avec les figures parentales. Róheim (1972) insiste également sur le fait que l'homme est un être né prématuré, ce qui rend l'apprentissage culturel crucial pour sa survie. Cette immaturité physiologique crée un besoin de soins prolongés, ce qui, selon lui, conduit à l'élaboration des premiers systèmes culturels destinés à protéger les jeunes enfants. Raison pour laquelle, il pense que la culture a une a pour fonctions : de gérer les pulsions, de fournir un cadre symbolique, d'assurer la continuité sociale, d'apaiser les angoisses.

Nguimfack (2021) pense qu'il est nécessaire de prendre en compte du matériel culturel apporté en clinique comme étant un matériel psychique, un matériel intégré au vécu du patient, qui oriente son comportement, ses pensées et sa perception du monde. Il déclare que : « si quelqu'un évoque la sorcellerie, les croyances ou la malédiction pour expliquer ses misères ou même ses postures face à elles, c'est, pour lui, un élément qui structure culturellement son fonctionnement psychique à ce moment-là » (p. 117). Autrement dit, on ne pourrait parler de clinique sans prendre en compte ce matériel culturel constitutif du vécu du sujet, essentiel dans la compréhension de sa vie psychique.

De nombreux travaux (Edmondson, 2000 ; Ionescu et al., 2010) soulignent le fait que les pratiques culturelles, telles que les rituels de guérison, mythes, les traditions qui unissent des familles ou les réseaux de soutiens communautaires aident à naviguer à travers les tempêtes de la vie. Le corps est ainsi soumis à des rituels. Un rituel peut être considéré comme un mécanisme conscient ou inconscient utilisé pour dissiper une angoisse et donner un sens au vécu. Turner (1969) explique que les rituels permettent de marquer des transitions identitaires et offrent un cadre symbolique pour reformuler son identité. Paumelle (2004, p. 93) parlera plutôt de rituels initiatiques qui vont organiser les pulsions, les associer à des représentations symboliques et offrir un cadre sécurisant pour l'expression des angoisses archaïques souvent liées à la sexualité ou à la mort favorisant ainsi le processus thérapeutique. Les rites/rituels ont à la fois une *efficacité symbolique* et une *efficacité fonctionnelle* qui permettent d'exprimer l'invisible, le

refoulé, le dénié. Pirlot (2005) relève l'importance du corps dans un processus de révélation. Il estime que le principe (re)générateur de l'ordre de ces pratiques se trouve dans le désordre lui-même. Autrement dit, c'est par les moyens de paroles et symboliques des rites qu'on pourra par la suite mieux l'aménager.

Nous pouvons ainsi définir la culture comme la base ou l'ensemble de dispositifs internes, qui se présente comme un organisateur psychique, pourvoyeur de sens dont l'individu a inconsciemment recours pour éviter toute décompensation psychique et permettre d'assurer une continuité narcissique dans le temps.

2.4. NARCISSISME

La perte du sein est une atteinte au corps et à l'identité du sujet qui entraîne une crise identitaire, une dépersonnalisation dont l'angoisse de perte de soi serait la cause, vu le fait que les repères corporels, les identifications imaginaires et symboliques ont tous autant chaviré. Cette perte ravive et rejoue des conflits non résolus, des non-dits, des séparations. Il y a là retour de la patiente à son vécu le plus archaïque (Derzelle, 2003, pp. 234-235 ; Dong et al. 2023). Alors il y a nécessité pour le sujet de réinvestir son corps et cela passe par le narcissisme.

À travers l'image du corps, le soi est une représentation fortement marquée par le narcissisme. C'est dans cette lancée que Winnicott (1978) a pu montrer que la narcissisation de soi était étroitement liée à la qualité des soins primaires.

Définit globalement comme cette jouissance à être aimé pour son corps et à aimer l'image de son corps, le narcissisme est un concept central en psychanalyse. On le retrouve au cœur de l'organisation de la personnalité, du caractère et de l'identité. Il est un concept d'emprunt qui existe depuis 1899. Développé par Näcke, sexologue allemand, il désigne une perversion selon laquelle le corps est traité comme on traite un objet sexuel. Partant d'une discussion avec Karl Abraham sur la démence précoce et en s'inspirant du mythe de Narcisse, Freud (1914) va concevoir le narcissisme autrement dans sa théorie psychosexuelle, où il le présente simplement dès le départ comme un stade de développement normal orienté tout d'abord vers le corps comme un investissement libidinal du moi, puis vers un objet comme une modalité du choix d'objet.

L'ablation d'un sein vécu comme la perte d'un objet constitue une blessure narcissique dont « l'ombre de l'objet [sein] tomba ainsi sur le Moi » (Freud, 1914) capable d'engendrer les états

pathologiques tels que la mélancolie, dépersonnalisation, l'angoisse, la dépression, l'agressivité... accompagnés de sentiment de déshonneur, de castration, de honte, d'indignation, d'humiliation, d'étrangéité... Bien que Freud n'ait pas explicitement établi la relation entre le [potentiel] traumatisme et le narcissisme, ce lien nous paraît implicitement clair aux vues de cette argumentation sur Freud

Green (1983) a élaboré sa conception du narcissisme en l'articulant à la notion de pulsion de mort. Il élargit donc la théorie du narcissisme de Freud en défendant sa position du négatif, car il estime que Freud a minimisé la fonction de l'objet dans l'organisation du narcissisme primaire. Tout comme Rosenfeld, il parvient à l'idée d'un narcissisme négatif qu'il va développer dans sa conception du *travail du négatif* qu'il considère comme essentiel dans la construction de la psyché.

Un sujet dans l'incapacité à aimer un objet, ne se contente pas seulement à s'aimer soi-même, mais encore, il appauvrit les forces libidinales. Il y a donc un effet de fermeture dont les relations avec la mort ne sont indifférentes. De ces deux narcissismes (positif et négatif), il propose trois possibilités qui expliquent sa conception : une position où l'investissement de l'objet est prévalent, on retrouve en le sujet des représentations d'objets auxquels il accorde de la valeur ; une position où l'investissement narcissique est prévalent, qui est interprétée comme une défense permettant de créer momentanément des conditions d'équilibre qui feront l'objet d'un conflit, conflit qui va trouver sa forme de solution, solution qui va enrichir le Moi et le rendre davantage capable de surmonter la souffrance ; et l'investissement narcissique négatif, il apparaît quand les deux positions précédentes ne sont pas acceptables et qu'aucune solution satisfaisante n'a été dénichée au conflit. Il considère dans ces cas que la destructivité a été trop importante. Ce qui fait qu'elle ne puisse pas s'exprimer envers l'objet, soit qu'elle soit portée à s'orienter vers le Moi lui-même, une haine de soi qui conduit donc à l'autodestruction. C'est en cette période que se met en place la solution narcissique négative pour amener le sujet à réduire davantage son potentiel de vie.

2.4.1. Conception Lou Andreas-Salome (1921)

Partant du fait que Freud présente l'égoïsme comme étant un problème de libido et par conséquent qu'il existe un rapport de supplément libidinal entre le narcissisme et l'égoïsme, Andreas-Salomé pense que le narcissisme ne se limite pas qu'à un stade de la libido, mais qu'il est présent dans tous les stades. Selon elle, le fait que la libido peut pousser des pseudopodes

lui confère des propriétés extensives et l'opposerait au sujet lui-même telle qu'il se présente. Elle fait comprendre que les deux formes d'investissements qui la constituent sont ambigus, car le narcissisme est bidirectionnel, l'une des directions faisant état de la libido du sujet lui-même et l'autre à ses origines auxquels il y est enraciné. Des aspects du narcissisme qui s'opposent. « ... Il s'agit de maintenir la différence interne d'expériences vécues en lui donnant deux noms différents, au lieu de la gommer par une unification forcée du concept » (André-salomé cité dans Denis, p. 66). Elle tente de mettre en évidence l'identification intuitive, l'autre aspect essentiel du narcissisme masqué à la conscience du Moi, conservée avec *Tout*. Dans la relation à l'objet, tout comme Freud, elle présente l'objet comme un simple lieu de décharge d'un surplus de libido. Un excédent encore appelé *affirmation de soi*, ne respectant pas les limites du Moi. Il peut les dépasser comme s'y opposer.

2.4.2. Conception de Kernberg

Selon Kernberg (1975), le narcissisme est défini comme un investissement libidinal du soi, d'une structure intrapsychique composée de multiples représentations du soi et des affects qui les accompagnent. On comprend implicitement que l'estime de soi découle d'un investissement libidinal de soi. Il fonde ses travaux sur le narcissisme pathologique. Il porte une comparaison sur le narcissisme sain qui relève de sa capacité à s'aimer soi-même et à entrer en relation harmonieuse avec l'Autre, différent du narcissisme pathologique, qui se caractérise par une grandiosité excessive, un besoin constant d'admiration et un manque d'empathie envers autrui. Il estime que le narcissisme pathologique trouve ses racines dans les relations primordiales avec les figures parentales. En cas de validation inadéquate (excessive ou moindre), l'enfant pourrait développer un sentiment exagéré d'estime de soi. Les individus pathologiquement narcissiques utilisent diverses défenses psychologiques comme le clivage, l'idéalisation, la dévalorisation, et la projection pour protéger leur fragile estime de soi.

Kernberg pense que si le narcissisme sain est la manifestation d'un investissement libidinal d'un soi intégré, il s'agit également d'une structure psychique agressivement investie. Pour lui, le narcissisme ne se caractérise pas uniquement par l'amour de soi, mais également par la haine de soi. Un soi sain est intégré et garanti la continuité de sa propre expérience à travers le temps, mais aussi à travers son vécu. Le Moi se retrouve généralement en contradiction avec un Soi mal intégré, dans des aspects clivées et dissociés qui se présentent les uns après les autres sans parvenir à s'influencer et encore moins à s'intégrer.

2.4.3. Conception de Kohut

La désintégration du self a pour résultante l'agressivité et la menace psychique élevée est celle de la fragmentation du self. Il prétend que le narcissisme et l'amour ne forme qu'un au départ, ce n'est qu'au fil du temps qu'ils se diviseront et interagiront l'un sur l'autre. Tout comme Grunberger, il pense que le narcissisme est une expérience de complétude et de toute-puissance assimilable au narcissisme primaire, mais toutefois, perturbés par les maladresses inévitables et imparfaits des soins primaires, que le sujet va tenter de rétablir en empruntant la configuration du self grandiose (le mauvais expulsé et le bon introjecté) et celle de l'imaginaire parental idéalisée (tentative de restauration de la perfection des soins primaires parfaits). Du self grandiose dérivera les rêves de grandeurs et d'ambitions, de la seconde dérivera l'idéal du moi et les idéaux qui nous guident. Il parlera alors de self bipolaire pour décrire ces deux configurations (Denis, 2015, pp.76-77).

2.4.4. Conception de Leguil

Leguil (2019) dans son étude sur « *le narcissisme de masse à l'ère du numérique et de la technologie* » défend l'idée de la nécessité d'un rapport à l'autre qui établit la confiance. Il y a transformation du lien social, le rapport à la parole et au langage, à la rencontre et au désir, à la contingence et à l'inattendu, par la révolution numérique et technologique. Cette révolution travers son hyperconnectivité où on retrouve un méli-mélo de paroles, favorise l'écrasement de la parole fondamentale à la singularité, faisant ainsi disparaître le sujet.

Le concept de narcissisme tel que théorisé par Freud et Lacan, a pris une tout autre dimension avec la révolution technologique et numérique. Leguil (2019) parle de narcissisme de masse, une forme hypertrophiée du narcissisme classique, où l'individu se définit essentiellement par son image et sur son narcissisme pour qu'il soit reconnu par l'Autre. Elle fait des constats sur la Toile et arrive par formuler l'idée selon laquelle le Web fourni au sujet sous son aspect imaginaire (le moi et son image) et sous son aspect pulsionnel (le déchaînement passionnel) un espace où s'abriter. Mais encore, sous l'aspect symbolique, il peut octroyer au sujet un espace où s'effacer. La révolution numérique et technologique a donc transformé le lien social, le rapport à la parole et au langage, à la rencontre et au désir, à la contingence et à l'inattendu mettant ainsi à l'écart les singularités au profit d'une logique de mise en scène imaginaire de soi. Ce phénomène trouve son fondement dans le stade du miroir décrit par Lacan, où l'enfant se construit à travers le regard de l'Autre. Mais alors que ce stade devait être dépassé

pour accéder au langage et au désir, le narcissisme de masse enferme le sujet dans un rapport imaginaire aux autres, où l'image devient le principal vecteur d'existence.

Leguil souligne que ce qui se partage est de l'ordre du Moi (car c'est ce dont cède le narcissisme) et non pas de l'ordre du « Je » (singularité de la parole et de l'histoire d'un sujet différent d'un autre) qui a tendance à disparaître au profit d'une fusion avec une communauté d'égos et de semblables, amplifiée par les mécanismes de la psychologie des foules (développée par Freud en 1921). L'hyperconnexion, ce phénomène produit un effet d'hypnose collective, où la validation sociale remplace la quête du désir singulier. Dès lors, la question de la confiance en soi et en l'Autre est profondément bouleversée : au lieu de s'appuyer sur la parole et la vérité, le sujet se soumet au jugement des autres à travers un nouveau Surmoi numérique, qui le pousse à l'exhibition et à la performance narcissique. En somme, la dévaluation de la parole, les mirages narcissiques et le surgissement de l'angoisse et de la pulsion, sont donc les trois effets de la révolution technologique (Leguil, 2015, p. 113).

« Narcissisme et identité sont des notions qui renvoient l'une à l'autre, la notion d'identité se situant à l'interface entre l'espace du narcissisme et l'espace social » (Denis, 2015, p. 93). Autrement dit, ces deux notions sont étroitement liées et interdépendantes, la notion d'identité étant le résultat d'un compromis entre les désirs narcissiques et les contraintes et les attentes sociales. Ainsi dit, nous pouvons nous intéresser à la notion d'identité.

2.5. IDENTITE

Cette partie de notre recherche consiste à cerner au mieux la notion d'identité, et pour cela, nous allons faire une revue de principales théories, qui non seulement ont contribué à son évolution, mais aussi celles qui en ont données lieu dans le champ de la psychanalyse.

En sciences humaines, l'identité est définie comme « un construit biopsychologique et communicationnel-culturel. Il est un phénomène de sens qui surgit dans une situation donnée (Mucchielli, 2021, p.10). Autrement dit, L'identité est considérée comme un ensemble complexe formé par des aspects biologiques, psychologiques, et influencés par la culture et la communication. C'est quelque chose qui prend forme et a du sens dans un contexte spécifique, en fonction des circonstances et des interactions avec les autres.

Une identité peut être fonction de critères, qu'il serait quasi impossible d'énumérer. En fonction de la nature du critère. On peut ainsi citer : identité objective (se référant à la dimension objective de tout élément connu et vérifiable) ; identité subjective (se référant à la perception

qu'un individu a de lui-même) ; identité culturelle (se référant à un système culturel, à la mentalité et au système cognitif) ; identité groupale (prenant en compte la dimension de l'appartenance au groupe) ; identité sociale (se référant à la position sociale) ... il existe donc de nombreuses définitions de l'identité dans les sciences sociales et selon leurs grilles scientifiques bien établies.

2.5.1. Approche philosophique.

Dans les premiers moments de la philosophie, l'identité a une conception fixiste, quelque chose de figé dans le temps, qui impliquerait l'idée de transmission. Cette conception sous-tend que certains de nos attributs sont présents en nous dès la naissance. Autrement dit, c'est quelque chose qu'on porte, qu'on reçoit et qu'on transmet et non quelque chose qu'on construit. Cette conception était soutenue par Descartes (1637), qui dans son « Cogito, ergo sum » (Je pense, donc je suis), affirme que l'essence de l'identité réside dans la pensée, quelque chose de stable et d'inné.

C'est dans la même lancée que les essentialistes pensent l'identité. L'essentialisme s'intéresse davantage à la nature ontologique de l'identité. Cherchant à définir ce qui constitue chaque être ou chose, différemment de l'innéisme qui va dans le sens des prédispositions biologiques et psychologiques. C'est ainsi que les philosophes tels que Platon avec sa théorie des idées, considèrent l'identité comme une essence immuable qui transcende les contingences de la vie. Autrement dit, peu importe les aléas de la vie, l'identité est cette chose au-dessus de tout qui nous reste fixe. Bien que Charles Taylor (1989) s'accorde avec Platon sur l'existence des sources morales fondamentales pour l'identité, il va tout de même s'éloigner de la définition de Platon en élargissant la notion de sources morales dans une approche pluraliste et contextuelle (la modernité) où peu importe qu'elles soient théistes (croyant à l'existence d'un dieu unique) ou non, influencent la façon dont l'individu se perçoit et agit dans le monde. Selon lui, notre identité est profondément liée à ce qui a de la valeur pour nous, comme notre ethnie, notre tradition, notre religion, notre genre. Ces biens ne définissent pas seulement qui nous sommes, mais orientent également notre vie et nos actions.

Ce mode de pensée est différent chez les constructivistes, qui ne pensent pas l'identité comme une entité figée, mais une entité dynamique, qui se construit dans la relation avec autrui. En effet, les contemporains comme Hume (1739-1740) et Ricœur (1990) y ont fortement contribué. Pour Hume (1739), l'homme existe par et pour son entourage. Il définit l'identité

comme « ...une illusion qui naît de la propension de l'esprit à confondre le semblable » (cité dans Brahami, 2001, p. 170). Il développe le concept d'*identité personnelle* qui semble être une illusion, éliminant ainsi l'idée d'un « moi » stable. Le Moi étant un ensemble de perceptions fluctuantes, sans contenu permanent. Ricœur (1990) quant à lui va développer l'*identité narrative* comme un construit, capable de se reconstruire à travers le vécu que nous narrons de nous-même. Il la présente sur deux axes l'*Ipse*, propre et singulier à chaque individu, se veut dynamique et changeant ; et l'*idem*, pôle constant et stable, présent en soi-même.

Ménissier (2008) souligne le fait que l'identité peut aussi se construire en rupture avec la culture d'origine. Il affirme que la subjectivité peut critiquer et rejeter certaines valeurs culturelles sans risquer de perdre son originalité. Ce qui vient en quelque sorte consolider la pensée de Jullien (2016) qui remplace la notion de valeurs à celle de *ressources culturelles* disponibles et exploitables, et met l'accent sur la transformation constante de la culture. Il va proposer une approche décentrée de l'identité culturelle en opposition à celle de l'ethnocentrisme, afin de pouvoir comprendre les cultures contemporaines. En effet, il relève les dangers d'une culture figée, car cela peut engendrer des tensions et des conflits tant internes qu'externes. Autrement dit, le fait qu'au Cameroun, certaines cultures rejettent tout élément étranger à elle cela entrave sa progression vers un universalisme et pourrait ainsi faire l'objet d'une souffrance identitaire. Il vient donc conjuguer l'idée des identités multiples et à penser « *il n'y a pas d'identité culturelle* » (Jullien, 2016).

Ainsi, nous voyons effectivement que la conception de l'identité est sujette à de nombreuses problématiques, elle n'est non pas seulement pensée comme figée et permanente, mais elle peut être aussi considérée comme une entité fictive, subjective et qui se construit dans le rapport à l'autre.

La technologie et le numérique a une influence majeure et actuelle dans le quotidien de l'homme, alors penser identité, c'est également le penser dans son rapport avec la technologie et le numérique. C'est dans cette optique que les philosophes tels que Steiner (2010) tentent de comprendre comment l'ensemble constitué de la technologie et du numérique que l'homme conçoit, développe et utilise peut affecter sa perception, sa mémorisation, son raisonnement, sa définition des valeurs, son appartenance, ses désirs, et son identité, mais aussi ses modes de rencontre, ses modalités d'interaction et son comportement. Chardel et Khatchatourov (2020) explorent comment l'identité se redéfinit dans l'ère du numérique. Selon ces chercheurs, dans un contexte hyperconnecté, avec la généralisation des technologies numériques, la construction

de soi suit deux processus de subjectivations différents mais complémentaires à savoir : le *droit au secret* et le *jeu de la différence*. Ils interrogent le respect de ces aspects de la subjectivation à une époque où la transparence tend à devenir une norme, et ils explorent les moyens de résistance. Ils évoquent la notion d'*identité numérique* qui est un ensemble propre à un sujet de ces traces numériques venant soulever les questions d'éthiques et de politiques sur l'exercice du libre arbitre.

Ainsi, nous voyons effectivement que la conception de l'identité est sujette à de nombreuses problématiques, elle n'est non pas seulement pensée comme figée et permanente, mais elle peut être aussi considérée comme une entité fictive, subjective et qui se construit dans le rapport à l'autre et à la technologie.

2.5.2. Approche sociale.

L'identité peut être défini comme un ensemble constitué de particularités et d'attributs d'un individu ou d'un groupe qui lui permettent de se percevoir ou d'être perçu par autrui comme une entité unique. Dans ce domaine, l'identité est articulée autour de deux instances principales : individuelle ou collectives.

L'identité individuelle est le fruit de la socialisation qui permet la formation du soi. Pour les interactionnistes tels que Mead (1934), Goffman (1973), cette identité trouve sa genèse dans le rapport de l'homme dans les interactions sociales. Elle n'est pas une entité figée, elle est un processus dynamique tout au long de la vie de l'individu et dépend du contexte et des ressources qui peuvent être mobilisées. Dubar (2008) différencie deux constituants inséparables de l'identité sociale : l'*identité pour soi*, qui constitue l'image que l'on se construit de soi-même ; et l'*identité pour autrui* qui renvoie à la construction de l'image que l'on veut renvoyer aux autres, elle s'organise seulement par rapport à l'Autre, dans l'interaction, en relation avec l'image que les autres nous renvoient, c'est une reconnaissance des autres.

Les identités collectives quant à elles ont leurs racines dans les modalités identitaires communautaires où les sentiments d'appartenance sont spécifiquement puissants (culture, ethnies...) et les modalités identitaires sociétaires qui renvoient à des collectifs plus éphémères, à des liens sociaux provisoires (groupe de pairs, emploi, religion...). L'appartenance d'un individu à des groupes sociaux se fait de façon simultanée et successive et ces groupes lui procurent des ressources d'identifications multiples.

2.5.3. Approche psychologique.

Erikson introduit le concept d'identité dans les sciences humaines en 1950 dans l'ouvrage *enfance et société*. En 1972, dans une approche psychosociale, où il intègre à la fois les processus conscients et les processus inconscients, l'identité se trouve au centre de sa théorie. Pour lui, elle renvoie à un « sentiment subjectif et tonique d'une unité personnelle (sameness) et d'une continuité temporelle (continuity) » ou encore tantôt « un sentiment conscient de spécificité individuelle, tantôt à un effort inconscient tendant à établir la continuité de l'expérience vécue et pour finir la solidarité de l'individu avec les idéaux d'un groupe (cité dans Marc, 2005, 19, 21). Erikson met en lumière le lien qui existe entre l'identité pour soi (de sa propre appréciation) et l'identité pour autrui chez un sujet. L'identité s'étaye en même temps sur des modèles sociaux (représentés dans l'idéal du moi et le surmoi) et dans les représentations imaginaires du corps. Elle se forme aussi dans l'enfance et s'effectue avec des crises ou des ruptures, qui sont issus des transformations en lien avec la maturation anatomophysiologique et la socialisation.

Bandura (1997) dans sa théorie de l'agentivité humaine, met l'accent sur le fait que les croyances d'efficacité forment la base de l'agentivité. Mais cite également comme fondements les capacités, les systèmes de croyance, les compétences autorégulatrices ainsi que les structures et les fonctions distribuées au travers desquelles s'exerce l'influence personnelle. Autrement dit, l'être humain n'est pas qu'un simple exécutant de l'expérience, il en est l'agent qui par la croyance en sa capacité à agir influence la reconstruction identitaire après une telle expérience.

Certaines terminologies nous semblent fondamentales d'éclaircir pour une meilleure appréhension de ce qu'est l'identité en elle-même. Pour ce faire nous définirons les notions de soi, de conscience de soi, de concept de soi, de sentiment de soi.

Le *self* (soi) est une notion qui naît des travaux anglo-saxons. Elle désigne globalement l'ensemble moi, ça et surmoi, elle n'est ni une instance ni une organisation psychique, mais le siège des manifestations identifiables. James le définit comme la « somme totale de tout ce que l'individu peut appeler sien » (cité dans Marc, 2005, p. 23). Autrement dit, c'est un ensemble structuré de toutes les perceptions qu'on a de soi-même. Elle renvoie à « la personnalité entière, à l'ensemble du fonctionnement psychique, au soi corporel, autant qu'à des éléments mieux définis, comme la représentation de soi-même » (Denis, 2015, p.76). Il est à différencier du moi ou ego qui s'intéresse à la réalité et aux conflits internes entre le ça et le surmoi.

La *conscience de soi*, quant à lui, va au-delà des éléments expérientiels de la perception de soi. Il est beaucoup plus penché vers la dimension cognitive de la personnalité au détriment de la dimension inconsciente et de la dimension affective de l'identité (qui renvoie généralement au sentiment de soi). Le concept de soi comprend en son sein, l'image de soi (façon dont on se perçoit dans les différentes facettes de la vie).

Le *sentiment de soi* renvoie généralement à la dimension affective de l'identité. Il comprend les notions d'estime de soi (évaluation personnelle de sa propre valeur), avec l'amour de soi (s'aimer malgré nos défauts) ; d'affirmation de soi (capacité à exprimer ses opinions, ses besoins et ses émotions tout en respectant les droits de l'autre) ; vision de soi (sentiment d'utilité et de valeur) ; confiance en soi (sentiment sur ses capacités d'agir).

La Self Psychology examine la construction et l'évolution de l'identité personnelle à travers les interactions sociales et les expériences personnelles. L'autoconcept, la perception qu'une personne a de soi, est au cœur de cette discipline, jouant un rôle essentiel dans la régulation des émotions et de la motivation. Les normes sociales et les attentes culturelles ont une influence profonde sur ce concept. Les liens interpersonnels jouent également un rôle crucial dans la construction de notre identité, car ils influencent notre perception de nous-mêmes à travers nos interactions avec notre famille, nos amis et nos collègues. En outre, selon la psychologie du soi, l'individu possède la capacité de réflexion et de transformation, adaptant son identité en fonction de nouvelles expériences et informations. C'est ainsi que Modell enrichit la compréhension du self en intégrant les neurosciences et la psychanalyse, en rendant compatibles les modèles freudiens de la mémoire avec les découvertes scientifiques, notamment celles d'Edelman. Modell souligne dans ses travaux l'importance du langage dans la formation du self, en introduisant des concepts comme la traduction et la métaphore, et critique l'approche traditionnelle de la psychologie du Moi, qu'il juge trop mécanique (cité dans Kirshner, pp. 521).

L'identité psychologique est celle de la conscience de soi. Hall (2003) définit l'identité comme le lieu de rencontre entre le monde interne et le monde externe (cité dans Rodrigues et al., 2016, p. 1120). Laurenti et de Barros (2000) défendent l'idée selon laquelle l'identité n'est non pas innée, mais une construction, un processus au fil de l'histoire et de la société (cité dans Rodrigues et al., 2016, p. 1120). Mosquera et Stobäus (2014) considèrent que l'identité est une construction qui se réalise tout au long de la vie du sujet, à partir d'influences sociales et culturelles, et c'est à partir d'elle que nous pouvons nous reconnaître (cité dans Rodrigues et al., 2016, p. 1120). Rodrigues et al. (2016, p. 1120) conçoivent l'identité comme « une

constitution du sujet, fluide, processus, inachevé, en construction constante tout au long de la vie ».

2.5.4. Approche pathologique du soi.

Les troubles qui touchent le sentiment d'identité et la construction du soi sont explorés par la psychanalyse. Nous parlons ici de tout ce qui est premièrement souligné dans le domaine de la psychose, entre autres de la dépersonnalisation, les identités multiples, la mégalomanie, la dysmorphie... Mais deuxièmement souligné dans les névroses et les borderlines.

Au-delà des troubles relatifs au mal développement de la pulsion sexuelle, nous trouvons des perturbations liées au narcissisme et à la construction de l'image de soi. C'est ce sur quoi porte les travaux de Balint (1870-1970) qui s'appuie sur les recherches d'Adler (1870-1937) sur l'intérêt de l'amour de soi dans les complexes d'infériorité que la psyché tente de compenser par l'imaginaire, pour proposer la notion de *défaut fondamental*. Cette dernière désigne la présence d'une faille narcissique dans la structuration de soi due à une réponse primaire inadéquate pour le nourrisson.

C'est dans cette perspective que Winnicott (1969) va développer la notion de *faux self* qui est une apparence, un masque défensif ou adaptatif, il est issu d'une réponse maternelle inadéquate aux besoins du bébé aliénant son vrai self et donc sa personnalité. Il est le signe d'un clivage. C'est ainsi que sont dégagées de nouvelles entités pathologiques découlant de troubles de l'identité qu'on retrouve dans les personnalités narcissiques et les patients borderlines.

Kernberg et Kohut contribueront grandement à l'élaboration de cette psychologie du self. Dans le souci d'introduire la subjectivité (et l'intersubjectivité) dans la conception freudienne, de comprendre la construction identitaire et des troubles qui peuvent l'affecter, et mettre sur pied une prise en charge des pathologies, les analystes du self (soi) s'intéressent davantage à la conscience de soi qu'aux conflits œdipiens. Kohut & Stolorow (1970-1980) proposent une psychanalyse de « soi à soi » au détriment de la psychanalyse classique, où l'analyste cherche à s'accorder respectivement avec l'expérience subjective et intersubjective de l'autre, dans une dynamique relationnelle au détriment de la libido (Kirshner, 2009, pp. 521-522).

Comme cela a été évoquée qu'une réponse défaillante de la part des parents serait à l'origine de traumatismes précoces. Alors, afin de se défendre des manquements engendrés par la réponse, le sujet viendra s'accrocher à un *soi grandiose* caractérisé par un sentiment de Toute-

puissance imaginaire, faisant de lui un être dépendant de l'admiration qu'on lui porte dont tout retrait sera ressenti comme une menace angoissante pour son sentiment d'existence et son estime de soi.

Nous comprenons que la psychologie du self a été enrichie par la psychanalyse et en retour cette même psychanalyse y a été grandement transformée.

Pour Denis (2015, 92) « l'identité implique le constat d'une permanence dans le temps d'éléments caractéristiques de la personnalité, perceptible pour le sujet lui-même et pour autrui ». Il est évident que le terme d'identité se rattache à la notion de conscience de soi. Cette dernière inclut les éléments propres au sujet. Diverses, ces éléments se transforment à chaque moment. L'identité vient donc prétendre être l'ensemble des éléments qui sont les plus équilibrés, incorporés et les plus inaltérables de la conscience de soi. Toutefois, vu que la perception de soi n'est portée que sur les éléments conscients, d'autres en sont non conscients, refoulés ou déformés par les défenses du moi, ce qui nous suggère de prendre en compte une dimension inconsciente de l'identité qui ne pourrait être ramenée à la notion de conscience de soi.

2.5.5. Approche cognitive

Selon cette approche, l'identité est un système de représentations et de schémas mentaux organisés. Elle s'intéresse aux processus de traitement de l'information, à la mémoire autobiographique et à la construction narrative de soi. Dans l'exploration de la perception de soi et de la mémoire autobiographique. Neisser (1967) soutient que la mémoire nous propose une construction de sens dépendant d'autrui. Mais cette expérience de sens impose la certitude d'un passé déterminant pour le présent, même dans le cas contraire. McAdams (1993) propose une théorie narrative de l'identité, où le soi est une histoire cohérente construite par l'individu. Elle s'appuie sur la plasticité cognitive et la capacité de l'individu à intégrer de nouvelles expériences.

Il est important de comprendre que les recherches cognitives sont loin de faire l'unanimité dans l'appréhension de l'identité. Les uns la considèrent le soi comme une structure cognitive et d'autres appréhendent le soi comme n'importe quel objet.

Rogers (cité dans Marc, 2005) part du postulat que le soi est une structure cognitive, cette dernière est formée d'unités d'informations ou d'un ensemble d'éléments (traits, valeurs,

souvenirs...) interconnectés les unes aux autres par des connexions stables. Faisant ainsi du soi un prototype cognitif qui est activé uniquement lors du traitement de l'information concernant le sujet lui-même. Cet ensemble d'informations ou d'éléments est structuré de manière hiérarchique et n'est pas traité de la même manière que les autres unités d'informations. Ce qui implique un encodage plus significatif et une révocabilité plus importante de ces informations relatives à soi. La particularité de Rogers est d'avoir tenu compte des émotions dans son modèle contrairement à bien d'autres modèles.

Markus (cité dans Marc, 2005) tient également compte de l'informations relatives à soi dans sa conception du schéma de soi. Pour lui, le soi est une unité de structures appelé *self-schemas*, qui est un ensemble connaissances génériques sur soi structurant le traitement de l'informations relatives à soi. En outre, ce sont les divers aspects par lesquels le sujet se définit.

Contrairement au postulat que défend Rogers et Markus, Codol (1980) postule que le soi est un objet comme un autre. Il propose l'hypothèse : « *l'idée première, c'est que la façon dont un individu s'appréhende cognitivement lui-même met en œuvre des processus de même nature que ceux qui régissent toute appréhension cognitive* » (cité dans Marc, 2005). De cette hypothèse, il retient trois caractéristiques dans la perception de l'objet : la détermination des différences ; une permanence et cohérence du soi ; la valeur du soi. Il va explorer par des procédures expérimentales les processus cognitifs de la construction identitaire et principalement l'assimilation et la différenciation en fonction desquelles le sujet, en situation social, construit sa propre identité. Et il parvient à montrer que ces mécanismes répondent à des stratégies de valorisation de soi et de reconnaissance sociale à travers le regard d'autrui :

La quête d'une reconnaissance sociale de l'identité personnelle oblige ainsi sans cesse les individus à présenter d'eux-mêmes à autrui un double visage. S'affirmant similaires, mais se considérant différents, ils essaient de montrer tout à la fois qu'ils sont l'un et l'autre, s'exerçant sans répit à une gymnastique sociale où, pour marquer ses distances, l'approche et l'éloignement sont tour à tour et à la fois les figures imposées (Codol, 1980, p. 162 cité dans Marc).

2.5.6. Approche psychanalytique

2.5.6.1. Identification et non identité chez Freud

Le terme identité n'est pas une notion développée par Freud. Toutefois, son œuvre laisse apparaître certains éléments portant réflexion dans ce sens. En effet, la notion qu'on rencontre

chez Freud est celui de l'identification. Cette dernière se distingue de l'identité, en ce qu'il fait référence à un choix subjectif inconscient qui conduit à se reconnaître dans un autre en empruntant un trait de cet autre pour se définir soi-même. Freud montre là que les symptômes dont on peut souffrir peut avoir affaire à nos identifications inconscientes. C'est-à-dire toutes les croyances que nous pouvons avoir sur notre être, sur notre future et sur la manière dont nous pensons nous conformer à certains idéaux ou normes pour exister. Bref dans ce concept, il y a toutes ces dimensions qui sont en quelque sorte l'histoire du sujet en psychanalyse. L'identification qui a un lien avec l'amour (des êtres qui nous ont apporté des soins) et les normes intériorisées. Bourdin retiendra trois éléments essentiels pour une susceptible élaboration de l'identité chez Freud : « le jeu des identifications, l'introduction du narcissisme et la réflexion sur l'identité sexuelle » (2019, p. 352).

Dans la différence de sexes, Freud nous fait comprendre que l'identification se fait aussi bien chez le parent de même sexe que chez le parent de sexe opposé. La reconnaissance et l'acceptation interne de l'assignation de l'appareil génital du parent de même sexe suppose l'identification, bien que cette assignation puisse être rejetée, comme c'est le cas dans transsexualisme. Mais aussi, il peut arriver des cas de contre-identification et de conflits identificatoires à l'exemple des tensions qui se vivent entre une fille et sa mère. Freud (1905) a tenté d'expliquer les conflits psychiques opérés chez le garçon par l'angoisse de castration. Il reste tout de même sceptique à pouvoir se les expliquer chez la jeune fille qui n'ayant pas de pénis (plutôt dans l'envie que dans la crainte de le perdre) ne serait pas dans la crainte de castration, mais plutôt dans la crainte de perdre l'amour. Bourdin (2019) remet en question l'idée de Freud de figer l'*identité sexuée* féminine à trente ans, et le fait que le travail de l'analyste serait de soulager les souffrances névrotiques sans une quelconque possibilité de nouvelles réalisations.

L'identité « ...n'est pas la résultante des identifications, bien qu'elle les contienne » (Kaës et al, 2012, p. 15). Cette notion d'identification est paradoxale dans le sens qu'elle structure l'identité à partir des emprunts inconscients partiels ou total en soi des deux parents indifférenciés dans phase orale (Bourdin, p. 353). Autrement dit, un individu ne se construit qu'à partir des autres et ce qu'il est réellement se trouve dans l'amas de ses emprunts.

La singularité de l'individu se trouverait dans l'investissement en soi-même, car bien qu'on se construise en empruntant ce que sont les autres, cela n'empêche pas le rapport à soi-même (Bourdin, pp. 353-354). Ainsi se forme la libido du moi qui peut être investie partiellement dans l'objet d'amour ou être désinvestie dans un objet perdu ou considéré comme

insatisfaisant. Le réinvestissement sur soi-même de la libido retirée, est une nette démonstration que cette primauté au soi-même est un caractère de l'identité. Cette matrice assure le rôle du principe de plaisir et le rôle de régulateur dans le psychisme, dans la mesure où la psyché n'a pas connu de traumatismes précoces lors de sa construction. Alors, bien que Freud n'ait pas nommé la notion d'identité, il a tout de même laissé entrevoir que l'identité serait donc associée au fait de pouvoir retrouver en soi la réalisation hallucinatoire du désir, de rechercher le désir et d'expulser hors de soi tout ce qui est désagréable, même s'il faille tenir compte du principe de réalité, en retenant en soi les représentations déplaisantes. Visiblement, il peut arriver que la représentation de soi-même qui a été investie, peut ne pas correspondre à la perception de soi-même, ni au fonctionnement réel de notre psyché. Certaines défenses pourraient alors affecter les éléments et faire sentir le sujet unifié, comme d'autres pourraient le faire se sentir fragmenté.

Bien que Freud (1905) ait réduit la sexualité de la petite fille à celle du petit garçon, Bourdin (2019) a pu montrer que dans l'évolution des récits de Freud, en l'occurrence dans, *L'organisation génitale infantile* (1923) ; *La disparition du complexe d'Œdipe* (1923) ; *Quelques conséquences psychiques* (1926) ; *Sur la sexualité féminine* (1931) ; et *La féminité* (1933), la question d'identité à travers la différence de sexes ne lui a pas échappé. Aussi, Freud en évoquant la question de l'identité sexuelle, il s'est davantage intéressé à l'identité dans le sens que cette notion permet la catégorisation des individus, la notion de l'identité collective, et non celui de la singularité (Bourdin, pp. 355-356).

2.5.6.2. Identité selon Lacan

Lacan va donner une tout autre orientation à la théorie de différence de sexes de Freud devenue différence sexuelle, en la reprenant à partir de la question du désir et de la question que suscite l'Autre. L'identité selon Lacan est intrinsèquement liée à la notion de l'Autre. Elle est profondément liée à l'aliénation du sujet par rapport à lui-même et à la structure du langage, qui encadre et définit le sujet au sein de l'ordre symbolique. Lacan illustre cette idée à travers le stade du miroir, où l'enfant commence à former son identité en se reconnaissant dans le miroir. La parole de l'Autre joue le rôle de médiateur dans cette reconnaissance. L'identité, dès lors, n'est jamais quelque chose de fixe, ni d'unifiée, mais toujours sujette à des tensions internes, oscillant entre trois dimensions, le réel, l'imaginaire et le symbolique.

2.5.6.3. Identité selon Winnicott.

En étudiant la qualité des soins maternels, Winnicott (1969) vient montrer l'impact que cela peut avoir dans l'unicité identitaire de l'individu. Il distingue le *vrai self* du *faux self*. Le vrai self renvoie à un sentiment de complétude et de stabilité de l'identité. Il est considéré comme l'image authentique que l'individu a de lui-même, il se construit sur une qualité de soins maternels adéquate en réponse aux besoins spécifiques du nourrisson, et il est marqué par une intégration harmonieuse entre le corps et la psyché. On note l'apparition du Faux self, lorsque la réponse de l'environnement maternant est inadéquate.

2.5.6.4. Identité selon Gorog

Gorog (2008) dans ses travaux, il va soulever un problème, celui de l'existence d'un imaginaire qui fonctionnerait pour son propre compte distinct de l'imaginaire que Lacan dit ne pas pouvoir isoler du langage, un imaginaire arrimé au symbolique et au réel (2008, p.61). Pour justifier sa pensée, il va s'appuyer des travaux de Winnicott avec le faux self, qui est une identité factice et d'emprunt, forme de psychose où ne peut être fixée l'identité, qui viendrait en lieu et place du vrai self.

Gorog (2008) considère l'identité comme une construction relationnelle qui est intrinsèquement liée à l'Autre, souvent considérée comme un principe sexué, en particulier féminin, ce qui rend difficile de définir l'identité de manière stable en raison de son impact par des facteurs externes et relationnels. Il présente également l'identité comme fragmentée, constituée de différents éléments tels que le nom, la photo, ainsi que d'autres aspects symboliques, imaginaires et réels, comme le démontrent des exemples anthropologiques de sociétés qui considèrent l'identité comme composée d'âmes multiples. Gorog remet en cause l'idée d'une identité stable, en soulignant qu'elle est en constante évolution et déconstruction, en se référant à la clinique freudienne pour montrer comment les symptômes peuvent être des manifestations de l'identité.

2.5.6.5. Identité selon Kaës

Selon lui, l'identité est un processus dynamique, influencé par les interactions intersubjectives, les transmissions intergénérationnelles, et les expériences au sein des groupes. Le noyau de base de l'identité est délimité par les institutions au travers de la médiation des groupes (Kaës, p. 9). Ces groupes ont une fonction contenante qui aide à organiser et à maintenir

la permanence de l'identité individuelle. Pour lui, les difficultés ne sauraient apparaître que si les représentations identitaires sont inconsistantes, représentations issues du groupe de la culture (transmissions intergénérationnelles). C'est dans la même visée que Cuynet (2010) soutient que le corps familial est une représentation symbolisable qui maintient les repères identitaires dans l'espace et le temps générationnel. Le lien corporel issu de la famille donne des certitudes essentielles à toute structuration de l'identité du groupe et de ses membres.

L'identité se construit à travers deux voies conjointes : À partir de représentations et d'énoncés fondamentaux propres à un ensemble humain et soutenant chez ses sujets des points de certitude et des croyances primaires dont les mythes sont les formes les plus générales ; À partir des représentations qui sont renvoyées au groupe de l'extérieur (Kaës et al, 2012, pp. 15-16)

Selon lui, l'identité est un processus dynamique, influencé par les interactions intersubjectives, les transmissions intergénérationnelles, et les expériences au sein des groupes. Le noyau de base de l'identité est délimité par les institutions au travers de la médiation des groupes (Kaës, p. 9). Ces groupes ont une fonction contenant qui aide à organiser et à maintenir la permanence de l'identité individuelle. Pour lui, les difficultés ne sauraient apparaître que si les représentations identitaires sont inconsistantes, représentations issues du groupe de la culture (transmissions intergénérationnelles). C'est dans la même visée que Cuynet (2010) soutient que le corps familial est une représentation symbolisable qui maintient les repères identitaires dans l'espace et le temps générationnel. Le lien corporel issu de la famille donne des certitudes essentielles à toute structuration de l'identité du groupe et de ses membres.

L'identité culturelle et psychologique, contrairement à l'identité biologique (héritage, quelque chose qu'on reçoit et qu'on fait avec) a une dimension immatérielle. L'identité psychique est indépendante de notre patrimoine génétique (taille, couleur de peau...), elle est le fruit d'une construction. Conception constructiviste dans le sens qu'elle serait le fruit d'une interaction avec l'environnement. Bien que certains diront que penser ainsi c'est la réduire à une chose parmi des choses et de lui retirer sa singularité. L'identité subjective est le produit de l'expérience de l'individu.

Cette revue de littérature met en évidence la manière dont le corps constitue à la fois un support matériel, symbolique et culturel de l'identité. Le corps n'est plus pensé comme une simple réalité biologique, il est dorénavant considéré comme un lieu d'inscription symbolique de valeurs culturelles, d'idéaux, d'investissements narcissiques. L'étayage apparaît comme une

fonction essentielle de soutien du Moi, en particulier lorsque le corps est blessé ou mis à l'épreuve par une mastectomie. Ce soutien qui est divers, intervient dans la capacité du sujet à maintenir une cohérence narcissique et à pouvoir reconstruire son identité. La culture apparaît à la fois comme une forme d'étayage, mais également comme un cadre normatif. Elle propose des éléments culturels que le sujet intériorise et sur lesquels il peut s'appuyer au besoin.

CHAPITRE 3 :

INSERTION THÉORIQUE DE L'ÉTUDE

Nous consacrons cette partie de notre travail aux théories qui développent notre objet d'étude qui est la reconstruction identitaire. Le phénomène principalement étudié étant la reconstruction identitaire. Nous l'avons défini dans la section « clarification des concepts » dans le chapitre premier. Ici, nous allons l'appréhender davantage au travers d'un certain nombre d'approches théoriques. Il s'agit notamment des approches phénoménologique, cognitive, psychanalytique.

3.1. APPROCHE PHÉNOMÉNOLOGIQUE

L'approche phénoménologique de l'identité se distingue des modèles objectivant ou structuralistes en plaçant l'expérience vécue du sujet au centre de l'appréhension du processus identitaire. Elle est définie comme l'étude des *phénomènes* (la manière dont l'objet se manifeste à la conscience), le retour à l'expérience subjective, démunie de toute idée, toute interprétation qui lui fait obstacle. Il est donc question de l'objectivité du phénomène. Elle est issue des travaux d'Husserl (1859-1938), puis prolongée par des penseurs comme Merleau-Ponty (1976) ou Ricœur (1996). Cette perspective met l'accent sur la façon dont le sujet se vit, se perçoit et se constitue dans le monde, à travers ses expériences incarnées, relationnelles et temporelles.

Husserl définit l'identité comme une identité intentionnelle. Pour lui, la conscience est toujours intentionnelle. Conscient de quelque chose. L'identité se forme donc dans l'interaction entre l'individu et le monde. Elle n'est pas quelque chose de figée, mais une structure unificatrice du vécu. En proie à la variété des vécus, le sujet se reconnaît comme identique dans le temps.

Le flux du vécu, qui est mon flux, celui du sujet pensant, peut être aussi largement qu'on veut non appréhendé, inconnu quant aux parties déjà écoulées et restant à venir, il suffit que je porte le regard sur la vie qui s'écoule dans sa présence réelle et que dans cet acte je me saisisse moi-même comme sujet pur de cette vie, pour que je puisse dire sans restriction et nécessairement : je suis, cette vie est, je vis : cogito (Husserl, 1963, p. 85 cité dans Marc 2005).

Merleau-Ponty (1976) revisite cette approche phénoménologique en positionnant le corps vécu et la perception au centre de l'expérience du sujet. Il développe une perspective originale sur l'identité expérience incarnée, pré-discursive et relationnelle, enracinée dans le monde. Pour lui, l'identité se constitue et se forme dans et par incarnation. Autrement dit, ce n'est que par interaction et par expérience du corps au contact du monde qu'elle se forme. Le

corps se présente donc comme le lieu fondamental de l'existence du sujet en relation avec les choses, avec l'autre et avec lui-même.

Ainsi, l'identité n'est pas figée, mais comprise dans sa singularité avec laquelle le sujet habite son corps et le monde. Le corps propre (Leib) contrairement au corps-objet, désigne le corps tel qu'il est vécu à l'interne, dans l'agir, dans la perception. C'est à partir de ce corps que l'identité se donne comme la continuité existentielle et présence à soi. Cette continuité incarnée constitue un sentiment d'identité personnelle comme une expérience pré-personnelle, immédiate et silencieuse.

Ricœur (1990) va développer l'identité narrative comme un construit, capable de se reconstruire à travers le vécu que nous narrons de nous-même. Il présente deux acceptions non réductibles qu'il distingue, mais sont étroitement liées par le terme « objet » et qui interfèrent dans la subjectivité du sujet et se manifeste dans le caractère. L'identité signifie l'ipséité, l'ipse (l'identité cohésive), c'est-à-dire l'unicité, la singularité et la spécificité de chaque individu ; et à travers le second, c'est l'identité à soi-même (idem), l'idem (l'identité comme synthèse et continuité), qui est affirmée et donc, essentiellement, la permanence dans le temps (cité dans Marc, 2005). Ricœur propose donc une identité qui n'est pas réduit à une identité substantielle, figée, mais qu'elle repose sur un maintien de soi dans le changement.

L'originalité de Ricœur (1990) est d'avoir pensé que l'être humain se comprend lui-même à travers les récits. Des récits qui permettent d'organiser le vécu dans le temps (passé, présent, futur), d'interpréter les événements significatifs existentiels, d'organiser une cohérence du soi malgré les ruptures, et non pas à découvrir une vérité figée. Il inscrit ainsi l'identité dans une temporalité vécu qui s'articule dans entre passé, présent et future dans le discours, elle se construit également dans le rapport fondamental à l'autre. Mais également par le fait de pouvoir se reconnaître dans le discours.

L'identité selon Ricoeur (1990) est également quelque chose dynamique, sensible, exposé aux crises, aux ruptures biographiques. Raison pour laquelle, il articule dans sa conception de l'identité une dimension éthique (dans la responsabilité, le souci de soi et de l'autre). Ainsi, l'identité ne sera pas considérée comme un état, mais plutôt comme un projet. Un projet qui se forme et se transforme dans le temps.

Il la présente sur deux axes l'Ipsé, propre et singulier à chaque individu, se veut dynamique et changeant ; et l'idem, pôle constant et stable, présent en soi-même.

3.2. APPROCHE PSYCHANALYTIQUE

3.2. 1 Théorie du Moi-peau (1995)

Anzieu (1995) s'appuie d'une part sur les travaux de Freud (1895 ; 1896 ; 1925) dans la description de l'*appareil psychique*, particulièrement sur la notion de *barrière de contact*, et d'autre part sur les travaux de Federn (1871-1952) dans *les sentiments du Moi et les sentiments de fluctuation des frontières du moi*. Ce sont les troubles des limites du Moi et les troubles de la pensée qui ont poussé Anzieu à développer le Moi-peau. Ce concept de Moi-peau a trois dérivations : une métaphorique (Moi est une métaphore de la peau), une métonymie (le Moi et la peau se contiennent comme tout et partie), et une en ellipse (le trait d'union entre le Moi et la peau et qui permet de l'engager dans la relation à l'autre). Et elle est construite sur la base des données à la fois éthologique, groupale, projectives, dermatologiques et sur la clinique psychanalytique.

Anzieu (1995) définit le Moi-peau comme « *une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi à partir de son expérience de la surface du corps* ».

L'établissement du Moi-peau répond à la nécessité d'une enveloppe narcissique et garanti à l'organisation psychique la certitude et la constance d'un bien-être de base.

Anzieu (1995) va reprendre et élargir la notion d'étayage tels que proposé par Freud et admettre qu'elle constitue deux moments : l'un autoconservation et l'autre sexuel. La peau considérée comme un organe des sens, rempli de fonctions biologiques, le Moi-peau se forme par étayage corporel sur les fonctions de la peau et par l'illusion d'une peau commune mère-bébé. Ce qui fait de la sensorialité l'organisateur de Moi et de la pensée.

La perception de la peau acquise par le nourrisson comme surface où se déroule des expériences de contacts (signifiants) des corps mère-bébé dans le cadre d'une relation sécurisée amène l'enfant à pouvoir délimiter les frontières entre le monde interne et le monde externe mais aussi à la confiance fondamentale pour la maîtrise de son corps. En effet, le bébé et la mère ne forment qu'une seule peau (figurative) à la naissance et c'est la mère qui joue le rôle de pare-excitation, ce n'est que plus tard qu'interviendra la séparation et l'effacement de cette peau collective qui permettra à l'enfant d'atteindre son autonomie. Ainsi pour comprendre comment

un sujet acquière cette autonomie, il est nécessaire pour nous de développer la psychogénèse du Moi-peau tels que Anzieu (1995) l'a présenté.

À la naissance et quelques jours après, le bébé présente une ébauche du Moi due à une série d'expériences sensorielles intra-utérine et à la génétique. Déjà de ce monde, l'enfant en situation dyadique, se trouve être un partenaire actif, en interaction constante avec son entourage maternant. La mère et son nourrisson se trouve être dans une *sollicitation double* (ou double feed-back) où l'un et l'autre se sollicitent. Faisant de cette dyade mère-bébé un système constitué d'éléments en interaction, dans un échange d'informations. Ces interactions répétées produisent des modèles de comportements psychomoteurs chez le bébé, qui s'ils sont réussis se transforment à des comportements préférés servant ainsi de grille de lecture pour anticiper sur les réactions du bébé. La réussite des interactions confère à l'enfant une autonomisation progressive de son corps et une maîtrise endogène qui part d'un sentiment de confiance.

L'échec d'un des éléments (entourage ou déficit du système nerveux du nourrisson) fera observer des réactions de retrait ou de colère. Des réactions qui tendent à se pathologiser si la réponse inadéquate de l'entourage persiste dans le temps. Anzieu (1995) fait observer qu'aussi qu'un nourrisson qui reste passif à la sensibilité des parents, plonge ces derniers dans un désarroi.

La particularité du Moi-peau est que l'entourage dans lequel il se développe est présenté comme une enveloppe qui couvre le nourrisson et il est considérée comme externe en réponse aux besoins du bébé tout en respectant une certaine distance nécessaire à l'enveloppe interne et au corps du nourrisson. Cette enveloppe interne de l'enfant lui permet de reconnaître sa singularité, comme unique différent des autres. Cette enveloppe est composée de deux feuillets (interne et externe) dont Anzieu (1995) note un écart nécessaire pour laisser la possibilité au Moi de pouvoir mieux se développer, de pouvoir se replier sur soi-même au besoin.

Anzieu s'appuie sur deux principes généraux pour présenter les fonctions du Moi-peau à savoir : l'un freudien dans le fait que « *toute fonction psychique se développe par appui sur une fonction corporelle dont elle transpose le fonctionnement sur le plan mental* » (Anzieu, p. 119) ; et l'autre Jacksonien dans le fait que « *le développement du système nerveux au cours de l'évolution présente des particularité qui ne se rencontre pas dans les autres systèmes organiques, à savoir que l'organe le plus récent et le plus près de la surface- le cortex- tend à prendre la direction du système, en intégrant les autres sous-systèmes neurologiques* ».

Ainsi, Anzieu (1995) propose huit fonctions du Moi-peau. Qu'il est parvenu à établir en comparant les fonctions de la peau à celles du Moi (clarifiant les correspondances entre l'organique et le psychique), le type d'angoisse lié à la pathologie de cette fonction, et les représentations du trouble du Moi-peau que la clinique nous renvoie.

- **Fonction de maintenance du psychisme** : la peau dans sa fonction de soutien de squelette et de muscles, le Moi-peau se déploie par intériorisation du holding maternel, la manière dont la mère soutient le corps du nourrisson. Ce qui confère au bébé la capacité de se maintenir physiquement par lui-même ;
- **Fonction contenante** : la peau abrite les organes de sens et enveloppe tout le corps. Le Moi-peau se développe par intériorisation du handling maternel, les soins primaires adéquats que procure la mère au bébé, confère à ce dernier une sensation-image de la peau ;
- **Fonction pare-excitation** : la couche superficielle de l'épiderme protège la couche sensible de la peau et de l'organisme contre les excitations, les agressions ou stimulations. L'angoisse relative à cette fonction est l'angoisse paranoïde d'intrusion psychique, l'angoisse de la perte d'objet ;
- **Fonction d'individuation du Soi** : les tissus organiques défendent la singularité de la cellule en différenciant l'entité étrangère dont l'accès est rejeté et l'entité similaire dont l'accès est accordé. L'angoisse relative à cette fonction est l'inquiétante étrangeté ;
- **Fonction intersensorialité** : les organes de sens sont abrités dans des cavités contenues par la peau. Le Moi-peau est une surface psychique qui rassemble l'ensemble de sensations différentes et fait ressortir cet ensemble comme figure sur l'enveloppe tactile. Cette fonction a ceci de particulier, qu'il aboutit à la formation du sens commun. On y retrouve comme angoisse, l'angoisse de morcellement du corps ou de démantèlement ;
- **Fonction de soutien de l'excitation sexuelle** : dans une relation primaire, le corps du nourrisson fait l'objet d'un investissement libidinal. Le Moi-peau reçoit sur l'ensemble de sa surface l'investissement libidinal et évolue en une enveloppe d'excitation sexuelle globale ;
- **Fonction de recharge libidinale** du fonctionnement psychique de maintien de la tension énergétique interne et sa répartition inégale entre les sous-systèmes psychiques : la peau est considérée comme une surface d'excitations, de stimulations permanentes du corps. Le dérèglement de cette fonction engendre l'angoisse de l'explosion de l'appareil psychique en raison de la surcharge d'excitations, l'angoisse du Nirvâna

- **Fonction d'inscription des traces** : la peau, dans sa sensorialité, enregistre toute information ou expérience venues tout droit de l'extérieure. Elle se développe par appui au biologique et au social.

Anzieu (1995) considère le Moi-peau comme une interface entre le corps et le psychisme. La peau dans sa fonction d'intersensorialité où elle est détentrice de cavités où sont logés les organes de sens, et la fonction de pare-excitation, qui fait de la peau un organe exposé aux stimulations, excitations, dans notre cas de figure, aux agressions externes, une surface où la mastectomie porte atteinte à l'intégrité du corps peut perturber cette interface, entraînant de fait des difficultés d'intégration de l'image corporelle et de l'identité. Le Moi-peau, considéré également comme une enveloppe psychique, positionne l'ablation du sein, qui est la perte de l'enveloppe cutanée, comme une attaque de cette enveloppe psychique susceptible d'entraîner des troubles dans l'organisation psychique du sujet accompagné de sentiments de vulnérabilité et de fragilité. Cette théorie du Moi-peau nous montre qu'une chirurgie ablative telle que celle faite sur le sein affecte les différentes fonctions du Moi-peau entraînant des difficultés émotionnelles et psychologiques. Alors, la reconstruction identitaire après une telle opération peut être comprise comme un processus de reconstruction du Moi-peau. La mastectomisée tentant de réintégrer son image corporelle, son identité et rééditer son histoire en tenant compte de la perte du sein et des changements corporels subis.

Malgré son influence considérable dans le domaine de la psychanalyse et de la psychologie clinique, la théorie du Moi-peau d'Anzieu (1995), nous permet de comprendre les troubles de la relation corps-psychisme et les processus qui s'y déroulent. Mais elle a également suscité des critiques et des débats, notamment en ce qui concerne sa portée explicative et ses implications cliniques. En effet, Anzieu ne s'est focalisé que sur le sujet, notamment sur les processus intrapsychiques. Bien qu'il reconnaisse l'influence de l'entourage dans le développement du sujet, faisant inéluctablement de lui un sujet de lien, il n'a pas tenu compte d'une part des liens intersubjectifs, et des processus sociaux et culturels qui y règnent, et d'autre part, la non-prise en compte de la technologie comme relai à l'étayage maternel. Cette théorie nous permet ainsi de relever l'impact de la mastectomie sur l'image du corps, de comprendre la réorganisation du Moi-peau qui correspond au processus de reconstruction identitaire, et l'importance de la peau comme interface.

3.2.2. Théorie des alliances inconscientes (2009)

Kaës (2009) va s'inspirer des travaux de Lévi-Strauss (1949) dans son ouvrage *Les structures élémentaires de la parenté*, des travaux d'Ortigue (1962) sur la foi, dans son ouvrage *Le Discours et le Symbole* dans le champ de l'anthropologie sociale. Dans le champ de la psychanalyse, il va s'intéresser aux travaux de Freud, particulièrement *Psychologie des masses et analyse du moi* (1921) et *Malaise dans la culture* (1929). Également, il va s'appuyer sur les travaux de Jacques (1955) sur les métadéfenses fondées sur le groupe et les recherches d'Aulagnier (1975) sur le contrat narcissique. A partir de là, notamment dans les travaux de Freud sur l'inconscient, Kaës (2009) se rend compte de la possibilité d'appliquer le caractère inconscient aux processus inconscients qui intéressent le lien entre plusieurs personnes. Partant des observations de Reik sur « l'oubli collectif », Kaës (2009) interroge le rapport qu'entretiennent les alliances avec l'inconscient comme instance topique ou système de l'appareil psychique. Il aura pour objectif de tenter de comprendre le rôle de ces alliances dans le processus de construction de l'inconscient comme dans les manifestations de ses effets. Comme hypothèse, il propose l'idée que l'inconscient de chaque sujet porte trace dans sa structuration et dans ses contenus de l'inconscient d'un ou de plusieurs autres sujet(s).

« L'inconscient s'inscrit et produit ses effets dans plusieurs espaces psychiques, dans plusieurs registres et dans plusieurs langages, dans celui de chaque sujet et dans celui du lien lui-même » (Kaës, 2009, p.34).

3.2.2.1. La notion d'alliance inconsciente

En mettant en avant les alliances inconscientes dans les liens intersubjectifs et transsubjectifs, Kaës (2009) veut rendre intelligible l'ouverture entre la réalité psychique personnelle et la réalité psychique qui assure la consistance des liens, dans l'axe synchronique comme dans celui de la transmission de la vie et de la mort psychique intergénérationnelle.

Kaës (2009) définit les alliances inconscientes dans le lien comme « ...des formations psychiques communes et partagées qui se nouent à la conjonction des rapports inconscients qu'entretiennent les sujets d'un lien entre eux et avec l'ensemble auquel ils sont liés en étant partie prenante et partie constituante » (p. 35). Autrement dit, les sujets, tant en relation avec d'autres sujets, qu'avec leur communauté d'origine, tissent des rapports inconscients qui favorisent la construction d'un psychisme commun et partagée. Une des particularités de ces

alliances est de garantir par une activité commune, un bénéfice commun et d'atteindre un objectif grâce à cet intermédiaire, dont aucun sujet ne pourrait atteindre individuellement. Kaës (2009) considère donc une alliance à la fois comme un processus et un moyen d'aboutissement des objectifs inconscients. L'objectif des alliances inconscientes est de soit garantir les investissements vitaux pour la stabilité du lien et l'existence de ses partenaires, nécessitant alors un équilibre et une collectivité des investissements narcissiques et objectaux ; soit de former un ensemble de défenses pour lutter contre les différentes formes du négatif dans la vie psychique personnelle et commune et partagée.

Peu importe la configuration du lien, il est nécessaire que les inconscients des sujets du lien consentent à créer les alliances qui seront conclues. Autrement dit, on ne pourrait parler d'alliance que dans l'accordage des inconscients des sujets du lien. C'est dans de telles alliances que se forme la réalité psychique dans le lien et la réalité psychique inconscients des partenaires du lien.

Kaës (2009) considère la notion d'alliance comme un invariant anthropologique ayant de multiples formes et elle est dotée de nombreuses fonctions et modalités. Il reconnaît que les alliances évoluent dans le temps, à travers l'histoire de la société et de la culture. Les mots accord, pacte, serment, contrat sont les notions qui désignent les alliances. Un accord est à même temps le degré zéro de l'alliance et son issue. Il indique le consentement des parties ; le pacte est le résultat d'un arrangement ou d'un compromis, qu'il soit acquis par échange ou par apport unilatéral. Il indique une obligation dans un contexte à fort risque de conflit violent ou de séparation ; le serment un engagement ou parole faite en priant Dieu ou tout objet sacré ; le contrat qualifie l'accord passé entre deux ou plusieurs parties pour mettre en place une conception ou une fermeture d'une obligation.

3.2.2.2. Alliance matrimoniale, filiation et prohibition de l'inceste

Pour qu'une alliance entre humains soit établie l'anthropologie sociale caractérise deux caractères essentiels : la double exigence de l'alliance matrimoniale et de la filiation pour asseoir la continuité et l'hétérogénéité sociale et culturelle ; la prohibition de l'inceste comme condition de l'échange et de la transmission.

3.2.2.3. Alliances religieuses

L'alliance dans la Bible est celle faite entre Dieu et l'humanité. Cette alliance cimente une union sur une coupure qui contribue à la fonction d'un repère identificatoire. Que l'alliance soit primitive ou nouvelle, elles sont fondées sur une promesse et un interdit. Une soumission à l'interdit garantit à l'humanité le respect des clauses de la promesse. Transgresser cet interdit conduit inéluctablement à rompre l'alliance, vouant l'Homme à la souffrance et à la mort. C'est dans les sacrifices de l'Homme que les promesses divines sont instaurées. Et un sacrifice passe par le renoncement de la jouissance. Mais encore, le renoncement n'est pas qu'exclusivement humain, elle est aussi un acte divin, par le renoncement à la destruction pour rétablir l'alliance qui a été précédemment rompu.

Hormis les alliances matrimoniale et religieuse, Kaës (2009) parlera aussi d'alliance sociale, politique et juridique. Toutefois, ces alliances comprennent deux constituants, l'un positif et un autre négatif. L'aspect positif de ces alliances cherche à accomplir et à sceller un accord, à maintenir l'obligation dans un lien, quelques soient ses buts. Quant à l'aspect négatif, il désigne le désaccord, la déliaison, le conflit, le clivage, la négation du lien.

3.2.2.4. L'alliance et le symbole : les garants symboliques

Seul l'intervention d'un tiers (divinité ou tout autre instance), considéré comme l'expression de la fonction symbolique, garantit la confiance dans l'alliance mis au point entre deux partenaires. Autrement dit, c'est par un tiers que l'alliance est établie. C'est grâce au symbole qu'est possible la communication entre les hommes. La parole est ainsi le garant symbolique de l'alliance que par le fait qu'elle tient sa promesse.

3.2.2.5. L'alliance, le don et le contre-don

Les alliances sont avant tout engagées dans un processus d'échange tel que la proposé Mauss (1950). Kaës (2009) parle ici de don, de dette ou de contrepartie où un intérêt est souhaité. Que cela soit dans la dimension psychique ou sociale, l'intérêt constitue donc l'économie de l'alliance. Raison pour laquelle il est essentiel que les garants soient formés pour permettre la réalisation de la fonction symbolique du tiers et de témoigner ainsi des accomplissements individuels des partenaires de l'alliance à travers la confiance du lien.

Le lien d'appartenance qu'établit l'alliance n'inclut pas toujours la reconnaissance de l'altérité. Mais le fait est que chacun soit potentiellement en dette envers l'autre, une dette qui est dissoute tant que les deux parties en tirent intérêt, mais qui se manifeste du moment où les termes de l'alliance ne sont plus appliqués. En étudiant davantage ce lien, Kaës (2009) arrive à penser qu'un autre processus y intervient, celui du sacrifice de certains objets psychiques ou de l'abandon de certains intérêts pour obtenir d'autres intérêts.

Dans une alliance, il est nécessaire qu'on y trouve un don et sa contrepartie afin d'éviter que l'un des parties soit redevable. Si le contrat est imposé, c'est par le corps que la dette peut être. Ce corps étant dans un contrat asymétrique et désymbolisés (ne se réfère à aucune loi ou médiateur symbolique), sera donc à la fois le contre-don et le pseudo-garant. Le corps se présente ainsi en lieu et place du médiateur symbolique, et la dette issue de cette forme d'alliance n'est résolue que par la mort ou par une violente séparation.

3.2.2.2.6. Alliance et trahison

La trahison est le démantèlement de la confiance et de la foi que l'alliance a besoin pour s'édifier. La trahison est une des façons de sortir des dettes psychiques devenues insurmontables, mais c'est également la démarche de séparation de liens instaurés pour trouver dans d'autres lieux un accomplissement de désir. Elle atteste de la présence d'un lien, mais encore, elle contient cette étrangeté d'entretenir le lien dans la séparation incomplète de l'alliance. Faisant de la trahison à la fois un des aspects de la complexité d'une rupture et un des aspects des transformations dans l'appartenance à un groupe lorsque l'un des membres désire s'en détacher. Les mutations de repères identificatoires sont vécues comme une trahison des contrats qui établissent les liens d'appartenance et comme contestation aux engagements de l'endettement. Le *serment* est la représentation de l'alliance et de la trahison la plus figurative d'une garantie supra-individuelle.

3.2.2.2.7. Les cadres et les garants métapsychiques et métasociaux des alliances

Une instance métasystémique assure l'unité entre les éléments d'un système. Toutefois, on y retrouve des enjeux sociaux et psychiques engagés dans la garantie. La garantie étant un engagement qui accorde du crédit, une crédibilité, une créance. Toutes alliances nécessitent des garants qui témoignent non seulement de la légitimité de leurs objets, de leurs buts et de leurs termes, mais également des punitions d'un comportement inapproprié, la séparation ou la

trahison de l'alliance. La garantie, et principalement la confiance sont ébranlés dans toute alliance.

Kaës (2009) emprunte la notion de *garants métasociaux* à Touraine (1965) pour décrire les instances qui transcendent les partenaires, les groupes liés par différentes formes d'alliances et qui garantissent la stabilité et la cohésion dans leurs organisations. Ces garants ont un correspondant dans la vie psychique, que Kaës (2009) appelle *garants métapsychiques*. Ils sont des cadres sur lesquels s'aménage la vie psychique de chaque individu, Ils s'alignent aux processus de symbolisation et de subjectivation, et les alliances inconscientes en sont les figures. Elles possèdent une partie de la fonction conservatrice et autoconservatrice des caractéristiques propres des garants. Ils assurent le maintien des liens sociaux soit en évitant les troubles et les conflits, soit en ce qu'ils en forment une solution, permettant au sujet de ne pas se désagréger face à une situation de crise. La formation ou la restructuration des alliances inconscientes n'est possible que dès le moment où survient les catastrophes collectives et les grands dérèglements sociaux et politiques indiquant la faillibilité ou l'anéantissement des garants métasociaux et métaphysiques.

La mère, à travers les expériences primaires avec l'infans, agit au nom de l'ensemble. Elle est détentrice d'un mandat. Ce qui fait simultanément d'elle une actrice et garant auprès de l'enfant. Elle planifie ses actions dans les relations que le contrat narcissique conserve avec le pouvoir et l'autorité (culture, politique, institution), qui sont eux-mêmes créés sur des garants métasociaux. Le garant est formé par le discours de certitude qui constitue l'autorité et attribut la qualité d'argument incontestable, sacré et universellement reconnu. L'autorité garantit ainsi l'assise narcissique des sujets qui sont susceptibles de se soumettre à l'autorité traditionnelle et obtenir assez de certitude pour interpréter le monde. Le garant est ainsi le représentant intériorisé ou extériorisé de l'ensemble qui possède le pouvoir d'instaurer et d'assurer l'application du contrat entre chaque sujet et l'ensemble, selon les termes du contrat. Ainsi, les garants portent en leur sein les principes organisateurs de la structuration de la psyché.

3.2.2.8. Alliances inconscientes et champ social

Kaës (2012) tente d'étudier les situations de catastrophe psychique collective. Il étudie les résultats de l'anéantissement des alliances inconscientes structurantes et le développement des alliances défensives, des alliances défensives pathologiques sur le mal-être et sur la souffrance psychique dans les sociétés hypermodernes.

Une catastrophe, qu'elle soit de nature psychique ou sociétale, atteint de différentes façons les alliances inconscientes, pour autant que les garants métapsychiques formés par le cadre social, culturel sont manquants. Parallèlement, la solidité des alliances inconscientes se dévoile davantage lorsqu'elles sont en souffrance. Kaës (2009) pense que l'altération, le manque, ou la faillite des alliances structurantes atteignent les structures psychiques les plus fragiles aux effets de l'intersubjectivité. Elles atteignent les garants métapsychiques de la constitution des liens intersubjectifs. En outre, les processus d'identifications et de symbolisation, l'accès à la parole et à la pensée, la transmission des connaissances et de l'idéologie, la formation d'une altérité interne et externe en sont affectés. Cependant, Kaës (2009) pense également que ces alliances structurantes, dans le cas présent, le contrat narcissique, sont vulnérables face aux changements culturels et à des fonctions métasociales. La mise en place et la transmission du contrat narcissique entraînent de nos jours tous les écarts qui déterminent notre futur : la mondialisation et l'universalité pluralisme des systèmes de pensée, l'incertitude sur les « points de certitude », les questions sur la permanence et les conflits entre des identités opposées à la pluralité culturelle, les biotechnologies, etc.

3.2.2.9. Le travail de l'inconscient dans les alliances inconscientes

Les mécanismes fondamentaux de l'inconscient qui attribuent aux alliances la valeur et le sens d'être des alliances inconscientes sont régies par deux grands types de défenses que sont : le refoulement (primaire et secondaire) et le déni (désaveu) et la forclusion (rejet).

- *Le refoulement*

Kaës (2009) propose une extension du refoulement tel que Freud l'a présenté dans sa forme primitive et secondaire (ou après-coup) et s'autorise à appliquer cette qualité d'inconscient intrapsychique aux formations psychiques communes et partagées par plusieurs sujets.

Kaës (2009) advient donc à présenter deux conditions nécessaires sous lesquels le refoulement est possible : La condition classique, comme mécanisme intrapsychique, qui consiste à éloigner et à garder dans l'inconscient les représentations inacceptables, inavouables afin de conserver un équilibre interne. Constituant de liens internes entre les pulsions et les représentations ; et la condition kaësienne qui construit l'intersubjectivité et les liens intersubjectifs, il est question de l'apparition commune du processus et donc des symptômes. Elle détermine l'importance du refoulement comme exigence de l'alliance.

La rencontre de l'espace psychique et subjectif d'un sujet et celui d'un autre permet de construire toute expérience psychique. Et cette rencontre est désormais représentée dans la psyché. Ce sont les effets de la rencontre qui sont déterminantes pour la formation du refoulement, de la fonction refoulante et des contenus refoulés. Ils organisent aussi les espaces psychique et métapsychique des liens intersubjectifs. En conclusion, selon Kaës (2009), le refoulement n'est pas seulement une question d'éloignement des représentations indésirées du conscient, elle permet aussi de conserver (refouler) l'amour maternel.

- ***Déni et forclusion : mécanismes hors refoulement***

Ces mécanismes sont autant formatifs de contenus inconscients que l'est le refoulement. Ils sont responsables de formations et de processus inconscients extratopiques : exportation, dépôts, cryptes. Les conditions intrapsychique et intersubjective portent aussi ces défenses.

- **Le déni**

Le déni encore appelé *désaveu* par Rosalto (1989), traduit le refus de la perception d'une réalité extérieure perçue comme particulièrement menaçante pour l'individu (Freud, 1925 ; 1927 ; 1938). Le Moi pour se protéger de l'angoisse, fait recours au clivage. Une part qui dénie la perception jugée menaçante et une autre part qui la rend existante. Au-delà de son principal rôle, le déni intervient également dans cette perception à travers le fantasme de la castration paternelle. Ainsi, une élaboration imaginaire prend place, le fantasme ou le fétiche reconstruit l'interprétation.

- **La forclusion**

La forclusion encore appelé *rejet*, traduit l'expulsion hors de soi des contenus psychiques. Pour Ferenczi, c'est par la projection que le sujet parvient à expulser les objets de sa perception afin d'éviter tout affect désagréable. Par la suite, Rosalto (1989) la présente comme étant un échec du refoulement primaire, un rejet primitif, par contre investissement de tout objet responsable d'une sensation de déplaisir. Pour Lacan (1959) la forclusion est tout objet qui se trouve en dehors de la symbolisation. Ces objets rejetés comme indésirables, n'ont aucune trace dans le psychique, mais surgissent dans le réel.

L'ensemble de ces défenses hors refoulement permet de traiter les perceptions indésirables, conduisant à une mise en dépôt ou au maintien des dénis et des rejets dans les espaces psychiques du lien intersubjectif. Ces défenses structurent la substance des pactes de dénégatifs du type de collectivité de déni, des alliances perverses ou des pactes de dénégatifs

du type hallucination. Des alliances considérées comme des alliances pathologiques et aliénantes.

Pour Kaës (2009), la conjugaison de ces diverses défenses constitue toutes les alliances. Certaines alliances sont symétriques et homogènes, d'autres par contre sont asymétriques et hétérogènes. Ces mécanismes sont exigés chez chacun des partenaires pour la stabilité du lien, pour servir leurs propres bénéfices et ceux du groupe auquel il est rattaché.

3.2.2.10. Les autres opérateurs psychiques des alliances inconscientes

Kaës (2009) présente d'autres opérateurs psychiques liés aux défenses qui élaborent les alliances inconscientes.

Les *investissements pulsionnels* et les *fantasmes inconscients* qui soutiennent toutes les alliances ont pour rôle d'organiser dynamiquement et structurellement un lien en mobilisant certaines de leurs caractéristiques.

Il est également nécessaire qu'il y ait mobilisation des processus identificatoires communs, mutuels et partagés pour qu'une alliance inconsciente soit constituée. Dans un double mouvement inconscient, chaque sujet identifie ce qui leur est bénéfique pour lui et pour l'autre. De telle sorte que chacun puisse tirer du plaisir dans son espace intrapsychique. Au-delà des traits psychiques propres et communs d'un sujet, d'autres organisations deviennent communes et partagées sous l'influence des *identifications*.

Les identifications mutuelles apparaissent à la fois comme exigences et comme produits. On les retrouve dans les aspects narcissiques, imaginaires ou objectales, symboliques et œdipiennes. En remplissant de nombreuses fonctions comme celles de l'expérience basique de sécurité, accomplissement de désirs, acceptation des lois, consolidation des défenses.

L'assemblage entre l'espace psychique *intersubjectif*, qui associe chaque sujet à d'autres sujets de l'inconscient et l'espace psychique *transsubjectif*, qui transcende tous les sujets d'un collectif avec la culture et les liens sociaux, est considérée comme la réalité psychique inconsciente conjointe, commune et partagée qui les lie et qui les différencie.

3.2.2.11. Les alliances et la transmission psychique intergénérationnelle

Le concept de transmission transgénérationnelle s'intéresse au processus qui bouleverse les rapports entre les générations et l'intersubjectivité au sein de la famille. Ainsi, Kaës (2009)

repense le concept d'alliances inconscientes et des différentes configurations, sous l'ordre de la transmission du négatif.

La transmission générationnelle se réfère à la transmission de l'inconscient, de ses contenus et des mécanismes psychiques. Chaque psychisme apparaît dans une trame d'alliances qui ont été formées avant lui et dans laquelle sa place est d'avance désignée. C'est cette place qui va élaborer la subjectivité du sujet. L'histoire de la construction du sujet comme « je » est à la fois celle de sa soumission à cette place imposée et celle des contraintes que le sujet aura à ressentir et à supporter vis-à-vis de cette place. Les aléas de son histoire dans ses rapports avec l'ensemble d'appartenance permettent au sujet de former d'autres alliances inconscientes. C'est ce que Kaës (2009) a appelé *créations conjecturelles*.

3.2.2.12. Les principaux types d'alliances inconscientes

Kaës (2009) va différencier quatre types d'alliances : les alliances primaires et secondaires, dont les fonctions sont essentielles à l'organisation de la psyché ; les alliances métadéfensives et leurs influences potentiellement aliénantes et pathogènes ; et les alliances offensives conclues pour soumettre un projet, créateur ou destructeur.

Les *alliances inconscientes primaires*, encore appelées *alliances inconscientes de bases*, sont à la base de tout lien. Ce sont les liens qui construisent la vie psychique dans l'intersubjectivité, dans la rupture des corps, dans les échanges fantasmatiques et dans le langage.

Les *alliances d'accordages primaires* sont des alliances réciproques et asymétriques entre la mère, le bébé et l'entourage, et elles constituent le tissu relationnel primaire. C'est à travers les soins primaires qu'on attribue au nourrisson que peuvent s'adosser les pulsions et les structures cognitives afin d'être capable de rêver et d'acquérir les pare-excitations, idée que rejoint Anzieu (1995). De cette alliance d'accordage se lie les alliances de plaisir partagé et d'illusion créatrice et parallèlement les alliances d'amour et de haine.

Les *expériences passagères de déplaisir partagé* ont les rencontres couramment dans tous les liens. Elles la marquent d'une non-jouissance des deux partenaires du lien et de là une déception. Lorsqu'elles sont vécues comme modalités fréquentes du lien, elles se manifestent cliniquement dans la relation primaire par un profond désaccordage des investissements narcissiques et des pulsions libidinales ; elles se s'étendent et prennent place comme alliances pathologiques dans les liens sadomasochistes. Or, les *expériences de plaisir partagé* et

d'*illusion créatrice* marquent les investissements pulsionnels tempérés, un bon accordage fantasmatique et onirique, une adéquation de la fonction alpha et de la capacité de rêverie mutuelle. Une alliance de sécurité de base instaurée, la réalisation de désir par le moyen du lien est vécue comme une expérience de confiance dans le lien pour le sujet et son entourage.

Les alliances structurantes secondaires s'intéressent premièrement aux relations sexuelles et celles transgénérationnelles. Elles sont construites par les contrats et les pactes fondés sur la loi et les interdits constitutifs. Kaës (2009) cite dans ce type, le pacte fraternel, l'alliance avec le père symbolisé et le contrat de renoncement à l'accomplissement immédiat des buts pulsionnels, particulièrement des buts destructeurs. Elles ont en leur sein les premiers éléments de la diffusion du refoulement, et de contenus refoulés, du déni et des contenus déniés. Elles comportent également les formes archaïques des idéaux et du surmoi. Elles sont susceptibles d'engendrer une organisation pathologique, des troubles graves de l'accordage primaire, des déviations du contrat narcissique. Le mécanisme de la sublimation est engagé dans ce type d'alliances qui adhère aussi dans un double champs pulsionnalité-intersubjectivité, des champs qui sont intimement liés. Le champ de la pulsionnalité qui renvoie au déplacement d'une pulsion vers un autre but. Seul le but change, mais le reste des caractéristiques d'une pulsion (poussée, force, objet) demeurent intactes sous l'influence des exigences sociales. Le champ de l'intersubjectivité dans lequel la sublimation se réalise dans les termes d'une exigence de travail psychique dicté au sujet par la collectivité, du fait du lien fonctionnel de la psyché avec l'intersubjectivité.

3.2.2.12. Dimensions des alliances inconscientes

- *L'objet et le contenu des alliances*

Chaque alliance a un objet majeur et un but. Certaines alliances sont issues du traitement des investissements pulsionnels. D'autres sont conclus pour garantir les accomplissements des désirs inconscients, les unes se construisant sur les interdits, d'autres sur la transgression ou les dérivations sublimatoires. D'autres se créent sur les identités communes et les repères identificatoires d'appartenance.

- *La directionnalité des alliances. Alliances « pour » et alliances « contre »*

Certaines alliances sont construites « pour » atteindre un but et d'autres sont « contre ». Il ne s'agit qu'une directionnalité dominante. Les alliances sont formées dans un but unifiant

du lien. Ne former qu'Un. Toutes les alliances sont constituées de deux faces : l'une est dirigée vers l'accomplissement de l'Un et l'autre par l'angoisse devant le négatif.

3.2.2.13. Les alliances structurantes

La qualité *structurante* signifie que les alliances sont dynamiques et donc conflictuelles. Elles renvoient au fait qu'elles agencent, rassemblent, distinguent et organisent la matière psychique (formations et processus) et la réalité psychique qui en ressort, dans l'espace intrapsychique et dans l'espace intersubjectif.

Le contrat narcissique est une organisation principale de ces alliances structurantes. On y retrouve plusieurs types de contrat, mais également ses formes dérivées pathogènes. C'est dans les moments décisifs et fondamentaux de la vie, à l'occurrence, à l'adolescence, au début de la vieillesse, les deuils et les ruptures, qu'il est mis en action et évolue.

3.2.2.14. Les alliances structurantes primaires

- *Le contrat narcissique*

Ces sont des alliances qui portent les liens les plus conflictuels avec l'interdit à l'inceste qui est fondamentalement sa raison d'être. Ces alliances sont établies pour la réalisation de désirs inconscients qui ne pourrait s'assouvir qu'avec la participation de l'autre et surtout du bénéfice que ce dernier trouverait à le contracter pour réaliser ses désirs personnels. Elles ne sont possibles que si le négatif a été traité. Il y a donc nécessité pour chacun des sujets de refouler ou de rejeter ce qu'il ressent comme toxique en interne et pour le lien. Il accomplit une fonction dans la formation de repères identificatoire. En effet, il a une portée intergénérationnelle et des potentialités aliénantes qui assurent au sujet en contrepartie de son investissement dans le groupe une place dans l'ensemble. Le contrat narcissique laisse à penser que les liens intergénérationnels sont indépendants de la singularité du sujet. Alors, il y a nécessité d'un processus de dé-singularisation pour que le sujet puisse avoir accès aux représentations de la loi régissant l'organisation de la société et au chemin de l'individu à l'universel qui remet en question les accords imaginaires et aliénants inscrits dans le contrat narcissique et donne ainsi accès au symbolique. Le cœur du processus de subjectivation réside dans ce processus de dé-singularisation.

Pour Kaës (2009) contrat narcissique est asymétrique « ...il précède le sujet et s'impose à lui, il ne peut qu'y adhérer ou s'y soustraire, s'y structurer ou s'y aliéner » Kaës (2009, p. 62).

Il différencie trois types de contrat narcissique : originaire, primaire et secondaire. Ces contrats se distinguent les uns des autres à partir des enjeux basiques, structurants et aliénants.

Le *contrat narcissique originaire* : est un contrat créé sur une identification de base, une identification du moi à l'espèce humaine, son appartenance à l'humanité. Ce contrat reçoit et conditionne des investissements en faveur de l'autoconservation de l'humanité et du sujet, ce dernier étant un élément indispensable pour la collectivité transgénérationnelle.

Le *contrat narcissique primaire* : est un contrat qui est établi au sein d'un groupe primaire appartenant à une collectivité, à travers les investissements narcissiques parentaux dans des scénarios, dans la parole et le mythe, dans des repères identificatoires. Des investissements qui servent à la fois l'ensemble et le sujet (le sujet comme héritier de l'ensemble).

Le *contrat narcissique secondaire* : basé sur le narcissisme secondaire, ce contrat se constitue hors de l'unité familiale, dans des rapports de continuité, de complémentarité et d'opposition avec les deux contrats précédents. Ce contrat est la possibilité d'une réattribution des investissements, d'un rebondissement plus ou moins conflictuel de l'assujettissement narcissique aux contraintes de l'ensemble comme les contrats originaires et primaires l'ont fixé. Bref, toute nouvelle rencontre remettrait en jeu les investissements tels que établis.

Kaës (2009) nous fait comprendre que ces trois contrats sont à la disposition de la vie. Le contrat originaire et secondaire sont des *contrats d'affiliation* et le contrat primaire est un *contrat de filiation*. Ces contrats sont encadrés les uns les autres et sont susceptibles d'entrer en conflit. En réalité, ils n'entrent qu'en conflit du moment où les modalités du contrat narcissique (adhésions imaginaires et aliénantes) ferment le chemin du singulier à l'universel ou de l'universel au singulier. Entravant ainsi la voie au symbolique.

Kaës (2009) suggère trois termes de l'échange du contrat narcissique. Le premier est qu'à la seule exigence de participer à la continuité et à la conservation d'un ensemble par le sujet, une place au sein de l'ensemble lui est soumise. Deuxième, il garantit le développement de l'ensemble et les conditions idoines à l'ancrage narcissique de la vie psychique du sujet. Et le troisième, le contrat extrait dans le narcissisme primaire du moi singulier qu'il participe à construire, une part qui garantit la continuité du groupe, qui est une exigence de la continuité de soi. Un idéal du moi partagé et des objets communs à investir narcissiquement sont ainsi instaurés du fait de cette extraction.

Kaës (2005) (cité dans Kaës 2009) suppose que le concept de contrat narcissique insère un important fléchissement dans la problématique de la dépression. Cette dernière s'implante dans les sentiments progressifs de perte d'objet, de discontinuité et de détérioration du moi. De la qualité du contrat narcissique dépend l'implantation de la continuité et de la valeur du moi. L'ensemble garantit la représentation de la continuité primitive du moi, représentation fondamentale garantie par les identifications narcissiques et imaginaires. Le contrat narcissique a donc pour Kaës (2009) une *violence structurante*.

3.2.2.15. Figures et modalités du négatif dans les alliances inconscientes

- *Le pacte dénégatif*

Un sujet est également capable de conclure ses liens sur la base de ce qu'il nie ou dénie. Cette catégorie permet de penser le lien et l'alliance dans l'aspect de ce qui est perdu, de ce qui défie la mort. Les différentes formes de la négativité se doivent d'être refoulées, ou déniées, rejetées et effacées, mais encore, elles sont dans les diverses formes de liens responsables de l'illusion. La clinique Kaës (2009) lui permet d'arriver à l'idée que pour guérir du négatif, il est nécessaire pour le sujet d'établir des liens.

- *Polarités et modalités du pacte dénégatif*

Dans sa conception du pacte dénégatif, Kaës (2009) a pensé le lien intersubjectif comme structuré sur deux polarités associées, l'une positive et l'autre négative. Kaës (2009) présente trois types de pacte dénégatif : le premier sur le refoulement et sur le renoncement à la réalisation directe des buts pulsionnels destructeurs, dont les refoulés sont susceptibles de se manifester dans le lien sous forme de symptômes de l'organisation névrotique ; le deuxième sur du déni, du rejet et du désaveu, dont les répercussions dans le lien et dans chacun des sujets sont de l'ordre de l'énigmatique, du non-signifiable, du non-transformable ; le troisième détient des spécificités mixtes ou hétérogènes où on peut retrouver le refoulement chez les uns et le déni chez les autres.

3.2.2.16. Les modalités du négatif et leur destin dans les alliances

Kaës (2009) distingue trois modalités du négatif qui font l'objet des alliances inconscientes, de pactes ou de contrats, qui s'établissent dans les premières rencontres : la *négativité d'obligation*, la *négativité relative* et la *négativité radicale*. Et il fait comprendre que l'ensemble de ces négativités ne peut qu'être absorbé, résorbé, transformé par le lien et par le

travail psychique qui s'y déroule. De même, une partie de la négativité ne peut être pensée que par la pensée sur laquelle elle se construit. Un reste intraitable demeure et qui s'il ne peut faire l'objet d'une image ou l'objet d'une représentation par la pensée, il revient comme un acte ou une énigme dans le réel.

- ***La négativité d'obligation.***

Kaës (2009) utilise la notion d'*obligation* pour signaler la contrainte qui s'applique sur l'appareil psychique pour que des opérations défensives soient accomplies, et le lien qui se met en place comme résultat entre ces opérations et les intérêts intrapsychiques et interpsychiques ainsi conservés. Ainsi, il entend par négativité d'obligation, l'exigence de l'appareil psychique soit à :

- Accomplir les opérations défensives pour détruire, limiter ou moduler des représentations ou des perceptions qui porteraient atteinte à la continuité et à l'unité de l'intrapsychique ou l'espace psychique des liens dans lesquels les sujets y participent ;
- Renoncer ou supprimer certaines formations psychiques propres des sujets au bénéfice du lien ;
- Abandonner à la réalisation directe des buts pulsionnels aux risques que cette réalisation lui porte atteinte.

Si une représentation est intolérable par le moi, elle est refoulée. Si une perception est inadmissible, elle est déniée ou rejetée hors de l'appareil psychique. Ainsi, les alliances qu'engendre cette négativité sont avant tout des alliances pour accomplir et entretenir ces opérations, et contre le resurgissement du refoulé ou des perceptions déniées ou rejetées.

Kaës (2009) évoque d'autres opérations non défensives essentielles pour que la vie en commun soit réalisable et pour que le lien se structure. A l'occurrence l'effacement des limites du moi qu'exigent les identifications, le renoncement des idéaux individuels au bénéfice de l'idéal commun. Il y a donc nécessité d'effacement partiel des limites du moi et de l'identité individuelle pour que s'accomplissent l'identification : ce qui est démoli au soi est alors trouvé au lien. Le renoncement à la réalisation directe des buts pulsionnels comme autre opération non défensive.

- ***La négativité relative.***

La notion de « relative » est employée par Kaës (2009) pour indiquer que la négativité ici est dans le champ d'une possible réalisation que cette possibilité s'exécute ou qu'elle demeure un projet. Le négatif dans ce cas s'applique à ce qui ne s'est pas accompli dans la

réalité interne, ce qui est demeuré en souffrance dans l'organisation des contenants et des contenus psychiques, ce qui n'a pas trouvé une voie d'expression. En effet, l'objet et l'expérience de l'objet ont été formés, mais leur effacement, leur carence est en attente d'une réalisation.

Kaës (2009) suppose que cette négativité est l'espace du possible dans le lien, il prend en considération ce qui dans la psyché du sujet dépend de la psyché de l'autre. Concrètement, la capacité de la psyché de l'autre à traiter le négatif et à former un contenant et une activité provisoires de pensée sur lesquels viendra s'étayer le processus psychique défaillant, pour qu'il redevienne possible. Les alliances qu'engendre cette négativité sont beaucoup plus les alliances « pour », bien qu'elles s'organisent « contre ». Dans le secteur des systèmes de pensée, l'utopie (idéal jugé irréalisable) est un résultat de cette négativité. Cette négativité est à l'origine de pensées et de projets d'action. Elle préserve des liens avec la faculté de s'illusionner.

La troisième modalité évoquée par Kaës (2009) est la ***négativité radicale***. Cette dernière est moins pertinente pour notre recherche car elle est celle qui confronte à l'intraitable, à la mort. Elle se désigne par « ce qui n'est pas ». Cette négativité est ce qui reste résistant à toute liaison, et donc d'un *non-lié*, comparément aux autres modalités du négatif où il s'agit de *dé-lié*..

3.2.2.16. Alliances inconscientes et configurations de lien

- Les alliances inconscientes dans les familles et dans les couples.

Les recherches de Kaës (2009) sur ces formes anthropologiques qui s'établissent sur la sexualité et sur ses conflits à partir des alliances de base. Ces dernières qui forment le lien familial, sont étudiées sous l'influence de l'écroulement des garants métaphysiques et métasociaux qui les soutiennent.

La structuration de liens qui impose l'établissement des alliances qui associent le pacte narcissique et les pactes défensifs qui garantissent contre les angoisses archaïques de morcellement et de dépression. Ces alliances génèrent de la violence et elles sont également des opérateurs défensifs contre la violence.

Ce qui caractérise le lien d'un couple n'est sans aucun doute la sexualité par des actes sexuels qui sont interdit au sein d'une même famille. Kaës (2009) va s'intéresser particulièrement aux exigences et aux répercussions de la sexualité qui constituent le contenu psychique des alliances.

L'accord amoureux permet d'une part d'avoir accès à un accord narcissique perdu et d'autre part est une condition de reconnaissance de l'altérité (différence) de l'objet. Autrement dit, ce lien ou accord présume convenablement de la complémentarité et de la différence. Ce lien est créé sur des alliances inconscientes qui constituent la base du couple. Ces alliances sont également dépendantes des liens que chaque partenaire a vécu dans sa famille respective. Le caractère inattendu de la rencontre avec l'autre, fait aussi partie de l'originalité de la construction de ces accords. Un autre qui ne se doit d'être un substitut de ces premiers objets d'amour. Car, la répétition et le maintien de l'illusion de non-séparation vouent à l'échec le futur de ce couple. Le lien du couple est une forme distincte des autres liens. Il a en particulier le fait de l'exigence d'un accord, un espace d'indifférenciation où les objets qui y sont partagés n'appartiennent absolument à aucun des partenaires, et où l'imaginaire est unique. Bref, une réalité psychique inconsciente dont les mécanismes et les contenus sont dominés par la logique « pas l'un sans l'autre et sans l'ensemble qu'ils forment, qui les lie et qui les identifie ».

En partant de l'idée que le couple est un processus dans lequel le plaisir implique un travail psychique du lien amoureux, Kaës (2009) conçoit le couple comme un ensemble de deux acteurs où chacun participe ou co-construit leur espace psychique commun et partagée. Un travail qui connaît l'expérience de l'illusion et de la désillusion, qui se réalise à travers les crises, les séparations et les nouvelles liaisons. On y retrouve des alliances de réalisation de désir et des pactes défensifs. Autrement dit, le couple s'enregistre dans un double mouvement, comme un moyen réalisation de désirs inconscients qu'aucun des partenaires ne pourrait accomplir seul et comme métadéfenses, un costaud mobilisateur des défenses du moi pour chacun des sujets.

3.2.2.17. Les alliances inconscientes dans les groupes

Pour comprendre les contenus et les effets du groupe, dans la réalité psychique du groupe et dans la psyché de chacun des sujets du groupe, Kaës (2009) a proposé une représentation intelligible d'un appareil psychique groupal. Le groupe étant la zone d'une production particulière de la réalité psychique, d'une dynamique et d'une économie propre dans un espace psychique commun et partagé. Dans le groupe on retrouve divers inconscients hétérogènes dans leur formation, dans leurs contenus et dans leur topique. Les modalités de production de ces inconscients sont diverses que cela soit le refoulement ou hors-refoulement. Tous les sujets du groupe sont confrontés à cette hétérogénéité et celles des autres.

L'espace psychique commun et partagé se trouve entre l'espace intrapsychique et l'espace intersubjectif. Cet espace est constitué de contenus et processus tels que : Les identifications communes, les fantasmes et les représentations partagées, les formations de l'idéal, les personnes médiatrices, la matrice onirique commune, les alliances. Les alliances inconscientes trouvent leur essence, leur puissance et leur générateur dans les représentations co-refoulées, co-déniées ou co rejetées. De telles opérations soutiennent les différentes alliances qui s'établissent dans le groupe. Entre autres, les alliances structurantes et alliances défensives.

Les alliances nouvelles se lient à des contenus et des processus inconscients déjà implanté chez chacun des partenaires. C'est à travers les processus transférentiels, les symptômes partagés, la formation de rêves, que les contenus inconscients psychiques issus des processus groupaux, réapparaîtront dans le tissu groupal.

Du point de vue clinique, l'étude des alliances inconscientes dans les groupes montre que le sujet soumis à l'expérience de ces alliances inconscientes dont il a été acteur et dont il aura à se libérer pour arriver à la conscience, que ces alliances ont été, dans une certaine mesure, fondamentales à la construction de sa subjectivité.

Le groupe est une représentation d'un ensemble primitif qui renvoie par régression à l'expérience de la séparation primitive décrit par Freud et par Bion. Les enveloppes, la fonction conteneur, l'instauration des limites qui la constituent, ont également pour fonction de traiter la rupture entre le sujet et le groupe. Surmonter la rupture de la naissance (l'intégrant dans la matrice groupale) et la rupture entre les espaces psychiques des sujets ou faire face à la détresse qu'elles ravivent, restaure le flux de l'unité. Les alliances encadrent aussi ces fantasmes et ces angoisses et elles sont dédiées à la préservation narcissique et des défenses, ce qui leurs confèrent un rôle organisateur. Le fait que les sujets tendent à accéder à un groupe comme ils accèdent à un rêve est source de l'illusion groupale.

En définitif, Kaës (2009) structure ses affirmations autour deux idées majeures qui constituent l'orientation et le cadre de ses recherches. La première idée est de comprendre comment se constitue et en quoi réside la réalité psychique qui indique les liens intersubjectifs, dans la famille, le groupe, le couple, la société et l'institution. Bien que les recherches de Kaës sur les alliances inconscientes aient leur propre objectif, il pense qu'il est nécessaire de comprendre comment le sujet met en place sa subjectivité, développe son identité dans les ensembles structurés par des processus et des configurations psychiques communs à plusieurs sujets, dans des ensembles dont il est partie prenante et partie pris.

Les alliances inconscientes sont fondamentalement des formations et des processus psychiques propres au lien intersubjectif et transsubjectif. Elles sont le fondement majeur de la réalité psychique dans ces deux espaces. Il suppose aussi que tous sujets sont capables de se lier, mais aussi de penser sous un fond de négativité, dont les modalités influencent la variété des alliances. Tandis que le travail du lien est d'une part de contenir les produits de la négativité, et celui de la pensée, de recevoir la négativité comme exigence de la rencontre avec l'inconnu et avec l'altérité, tous les sujets s'appliquent à combler de substituts et d'objets puissants, l'espace ouvert par la négativité. Les alliances défensives y participent avec intensité.

3.2.2.18. L'implication théorique

La théorie des alliances inconscientes de Kaës (2009) nous permet de mieux appréhender dans notre recherche comment les interactions, les rencontres qui se font en ligne, dépourvu de tout corps, et les communautés numériques formées peuvent influencer sur la reconstruction identitaire, en créant d'une part de nouveaux espaces pour les liens intersubjectifs où sont mise en jeux des contenus et contenants propres à ces liens, et d'autre part les accords tacites qui façonnent l'expérience du sujet. En effet, la mastectomie peut affecter les relations de la femme mastectomisée à son propre corps, mais également avec son entourage, notamment avec son partenaire, les membres de sa famille, les amis et les collègues. Il y a donc nécessité pour la mastectomisée d'établir ces liens pour pouvoir se reconstruire.

3.2.2.19. Limites et critiques

Malgré son influence considérable dans le domaine de la psychanalyse et de la psychologie clinique, la théorie des alliances inconscientes de Kaës (2009), nous permet de comprendre comment les liens se tissent entre les différents membres d'un groupe, les formations et les contenus. Mais elle a également suscité des critiques et des débats, notamment en ce qui concerne sa portée explicative et ses implications cliniques. En effet, Kaës ne s'est concentré que sur les relations intersubjectives et transsubjectives, et les processus groupaux. Il s'est moins centré sur le sujet et son expérience subjective, d'autre part, tout comme Anzieu (1995), Kaës (2009) n'a pas également tenu compte de la relation homme-technologie.

3.2.3. LE CONCEPT DE MOI-CYBORG (2019)

Tordo (2019) soutient qu'il existe une dyade interne qui fait en sorte qu'à l'intérieur du Moi, se vit une relation au double virtuel, ce qui accorde au Moi-cyborg la caractéristique de réflexivité. Mais aussi que le sujet tisserait avec la technologie une relation semblable à celle établit par la dyade interne. Et donc *une relation en et au double*. Le Moi-cyborg est une interface entre le monde interne et le monde externe, une surface psychique dont la fonction est de mettre en contact le Moi non seulement avec la technologie, mais également avec le dehors. Etonnement, lorsque cette interface est tournée vers le dehors, elle est également vers le dedans. Exemple : lire un message, c'est également avoir accès à l'intérieur.

Tordo (2019) présente l'auto-empathie réflexive comme étant le processus capital à l'appareillage du Moi à la technologie. Effectivement elle permet au Moi-cyborg de se former et d'enregistrer la dyade interne comme le modèle de la relation sujet-technologie. Ce processus est essentiel autant qu'il forme un cycle autour du Soi-cyborg et du Moi-cyborg (virtuel). En effet, il se fait en deux étapes : *l'externalisation dans la technologie, dédoublement du Moi chez le cyborg, l'introjection dans le Moi de la technologie comme double* et *la construction de la boucle auto-empathique et réflexive avec les technologies*.

3.2.3.1. Psychogénèse du moi-cyborg

L'externalisation dans la technologie se fait lorsque le double corporel (constitué du corps (cyborg) et des traces du Moi-corps (qui a été originellement externalisé, puis internalisé avec les propriétés de la technologie)), le corps fantasmé (image consciente et inconsciente du corps), la vie subjective (contenus et contenant psychiques avec lesquels le sujet se trouve en empathie) sont projetés/externalisés dynamiquement vers la technologie. Tordo (2019) précise que cette externalisation ne concerne pas uniquement les « processus actuels », mais également les « processus virtuels » (qui n'ont pas encore eu lieu). Mais encore, cette externalisation ne concerne pas uniquement les expériences qui ont abouti au processus d'intériorisation, mais aussi les éléments incorporés dans le clivage interne.

A chaque externalisation se constitue dans le Moi une « copie figurative » qui double le Moi. Deux images du Moi sont donc observées : la fonction et le produit externalisé (élément transféré à la technologie comme fonction). Il y a donc reproduction artificielle de la duplicité du Moi. Entre l'espace du sujet et l'espace technologique se trouve une interface virtuelle qui redouble l'interface psychique. L'interface technologique augmente l'interface psychique tout

en facilitant une articulation mutuelle. Ce qui confère au Moi-cyborg également la fonction d'interface : d'un côté entre le Moi et la technologie et d'un autre côté entre le Moi/technologie et le dehors qui peut être constitué de technologie. Ainsi, Tordo (2019) parle de technologie comme interface entre l'homme et le monde. Le dédoublement du sujet avec la technologie se fait à deux niveaux distincts : au niveau des processus psychiques et au niveau des contenus psychiques.

L'introjection est le processus dont l'objectif est l'augmentation du Moi. Tordo (2019) soutient que ce qui est introjecté est l'ensemble de la relation (sujet-objet). La technologie est réflexive pour autant qu'elle permet au double technologique d'amplifier et d'étendre virtuellement les frontières du Moi, par introjections consécutives des traces à la relation à l'objet-cyborg comme double. Tordo (2019) soutient également que l'introjection dans le Moi de la technologie réécrit l'introjection initiale de l'objet comme double virtuel et interne.

La construction de la boucle auto-empathique et réflexive avec les technologies permet de nouer toutes les étapes qui précèdent entre-elles pour constituer une seule étape continuellement en action dans la boucle.

3.2.3.2. Les fonctions du moi-cyborg

Dans cette partie, Tordo (2019) tente d'établir le parallèle entre les fonctions de la technologie et les fonctions du Moi-cyborg. Autrement dit, pour chacune des fonctions le mode de correspondance entre le psychique et la technologie. Mais également, il tente de relever les différents types d'angoisse susceptibles de correspondre à une pathologie de la fonction.

- La fonction contenance et augmentation

Le Moi-cyborg charge par étayage la technologie de contenir les éléments psychiques. C'est la fonction de contenance du Moi-cyborg. Dans notre cas de figure, la technologie contient les données personnelles et dont la vie psychique du sujet. Mais aussi, le Moi-cyborg contient le technologique comme faisant partie du corps et comme faisant partie du Moi. Désormais, les fonctions propres à la technologie sont contenues dans le Moi. Ce qui fait en sorte que le sujet se bâtit une figuration suivant laquelle, il possède la technologie et la technologie le possède.

Le Moi-cyborg charge par étayage d'augmenter les frontières du Moi. C'est la fonction d'augmentation du Moi-cyborg. Tordo soutient en effet qu'en admettant sa fonction contenante,

cela implique sans toute les limites du Moi. La psyché possède la capacité de se jeter en dehors dans l'espace. Il y a donc extension de ces limites de la psyché.

Sans recours, les deux fonctions sont nouées ensemble. En contenant les éléments psychiques, la technologie devient une extension de soi ce qui en retour amplifie les frontières du Moi-cyborg.

Du moment où la technologie nous paraît éloigné du corps ou de la pensée, dû à une absence de fonction ou une défaillance de la technologie, la contenance n'est pas réalisable et le sujet expérimente probablement une angoisse terrible, voire d'une expérience persécutoire, d'un sentiment d'insécurité. Cela se traduit dans l'inconscient, comme le renversement d'une partie Moi contre le Moi propre. Autrement dit, la technologie dans sa fonction de contenance joue dans le Moi, le même rôle que joue le ça dans le Moi. Un peu comme si la technologie était un non-soi.

- La fonction de maintenance (d'être tenu) et d'auto-maintenance (tenir) du psychisme

La fonction de maintien que remplissent les mains de la mère dans la relation primaire, la technologie en fait tout autant dans le maintien du corps. Par extension, le Moi-cyborg assure la fonction de maintenance et d'auto-maintenance de la psyché, par identification à la solidité, à la force et au maintien garantie par la technologie. Autrement dit, la maintenance de la psyché s'étaye sur la technologie qui raffermi le corps. Le sujet ne peut se sentir plus fort, que lorsque qu'il s'est assuré de la solidité de la technologie. Cette maintenance est assurée par le fantasme de la robustesse de la technologie, qui à son tour vient soutenir le fantasme d'une solidité psychique, ce qui donne l'illusion de renouer avec la relation primaire.

La défaillance de la technologie peut conduire à une angoisse. Cette défaillance vient en fait réactualiser l'absence de soutien par l'objet primaire d'étayage. Autrement dit, l'échec de la prise en main maternelle a été remplacé inconsciemment par défaut par la technologie qui est parvenue à apaiser les tensions. L'appui à la technologie conduit le sujet à acquérir l'appui interne. Dans le cas contraire, le sujet peut développer une angoisse dans sa croyance à ne pas pouvoir vivre sans la technologie, faisant de lui un sujet dépendant, le sentiment d'être « nu » sans y vécu.

- Sentiment d'identité et sentiment d'existence

La technologie concède au sujet le pouvoir de se transformer par la personnalisation de la technologie et/ou par transformation du corps. Par étayage, le Moi-cyborg joue le rôle de

support de l'identité et du sentiment d'existence. C'est la double transformation du Moi et du corps par la technologie qui assure l'identité cyborg considéré comme hybride. Cette dernière se forme par hybridation du corps. Le Moi-cyborg est capable de se déformer. Tordo (2019) soutient que les oscillations identitaires, dues à l'hybridation, sont susceptibles de captiver les propres oscillations subjectives du sujet donnant alors accès aux failles de blessures narcissiques. Le processus de construction virtuelle d'une identité par étayage de sur la technologie est susceptible d'être réévalué dans certaines problématiques psychopathologiques. Le travail de transformation peut être mis en échec. Tordo (2019) émet aussi l'idée d'une identité numérique qui va aiguiller l'identité du sujet, et va lui donner l'impression qu'il est possible d'avoir plusieurs identités qui s'affaiblissent selon ses désirs. L'identité numérique en relation avec une technologie donnée, assimile ce dernier non seulement comme un support identitaire, mais également les propriétés physiques et techniques qui sont fantasmées comme appartenant à l'identité propre. De cette fonction peut découler deux formes d'angoisse. Une angoisse de la perte de la technologie comme support de soi et une angoisse de type existentielle

- **La fonction pare-excitation**

La technologie protège ou est imaginée comme telle des excitations ou des agressions externes. Afin d'assurer la fonction de pare-excitation, le Moi-cyborg s'appuie sur la technologie. Tordo (2019) formule l'hypothèse selon laquelle la technologie forme pour le Moi un support d'étayage pour une fonction de pare-excitation. L'angoisse d'intrusion ou d'effraction est celle qui correspond à la défaillance de la fonction pare-excitation, où le Moi-cyborg ne protège plus des stimulations ou excitations externes.

- **La fonction d'inscription des traces psychiques**

La fonction d'inscription de traces psychiques est assurée dans le Moi-cyborg suivant deux voies majeures : l'inscription dans des traces sensori-technologiques et l'extension de cette inscription dans la technologie (sauvegarde de la pensée, des affects... dans l'objet technologique). La première consiste à l'enregistrement des traces sensorielles, notamment le *contact* que le sujet a avec l'objet technologique. Elle renvoie au plaisir de toucher cet objet et du plaisir de continuer à le toucher. Le Moi-cyborg se charge de conserver toutes ces traces. Dans ce sillage la technologie est considérée comme une nouvelle surface sociale. La deuxième voie consiste à « faire trace », à conserver une trace de soi externalisée grâce à un milieu technologique. L'angoisse de disparition de traces est liée à cette fonction. Elle consiste à la peur de l'effacement de l'inscription ou sur la perte de la capacité à fixer des traces.

3.2.3.3. Implication

Ce concept de Moi-cyborg permet de mieux comprendre comment la relation homme-technologie peut influencer la reconstruction identitaire chez la femme mastectomisée par étayage de la technologie sur le corps.

3.2.3.4. Limites et critiques

Bien que Tordo (2019) s'est appuyé sur les travaux d'Anzieu (1995) sur le Moi-peau pour établir la relation homme-technologie, il ne s'est pas particulièrement intéressé aux processus intrapsychiques, et non plus aux liens intersubjectifs et aux processus groupaux établis à travers la technologie ou dans le numérique.

PARTIE II :

CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET

OPÉRATOIRE

CHAPITRE 4 :

MÉTHODOLOGIE

Dans le cadre de cette étude qui porte sur *les signifiants culturels, les nouvelles technologies et la reconstruction identitaire chez la femme ayant subi une mastectomie*, il sera question pour nous de présenter le cadre méthodologique dans lequel celle-ci s'inscrit. Toutefois, il nous revient au préalable de rappeler en quelques points la problématique de cette étude, la question de recherche et l'hypothèse de recherche. Par la suite, nous nous intéresserons au cadre institutionnel et clinique de l'étude, sans toutefois oublier le cadre méthodologie choisie, ainsi que les raisons de son choix. Et enfin, présenter quelques considérations éthiques et les difficultés rencontrées au courant de ce travail de recherche.

4.1. BREF RAPPEL DE LA PROBLÉMATIQUE

Il est juste question dans cette section de rappeler les éléments essentiels de la problématique. Notamment le problème de l'étude, la question de recherche, l'hypothèse générale et l'objectif général de notre étude.

4.1.1. Rappel du problème

Le cancer du sein est le cancer ayant le plus haut taux d'incidence tant dans au monde (OMS, 2020) avec 2,3 millions de nouveaux cas, qu'au Cameroun (CNLC, 2022) avec 4170 nouveaux cas enregistrés et un taux de mortalité de 67,07%, soit environ 2797 cas de décès. Faisant d'elle un enjeu majeur de Santé Publique. Pour lutte contre cette pathologie, le gouvernement camerounais implémente une des pratiques médicales recommandées par l'OMS, nommée la mastectomie. Cette chirurgie ablative mutilante affecte tant le physique que le narcissisme chez la patiente (Reich, 2008, pp. 248 ; 249).

Kaës (2009) dans son approche psychanalytique, stipule que tout sujet construit son identité dans son réseau d'alliances inconscientes, qui est formé et maintenu à l'aide des processus intersubjectifs et transsubjectifs. Or, en dépit du fait qu'il a compris que la vulnérabilité soit vécue dans le sujet, dans son lien à l'autre et dans la culture, Kaës (2009) n'a pas tenu compte des alliances inconscientes qui se nouent dans la Toile. De ce constant naît le problème du rôle des *signifiants culturels dans la reconstruction identitaire chez la femme ayant subi la mastectomie*.

4.1.2. Rappel de la question de recherche

Cette étude tente de comprendre relation entre les signifiants culturels et la reconstruction identitaire. Autrement dit, nous cherchons à appréhender le rôle des signifiants culturels dans la reconstruction identitaire chez la femme ayant subi une mastectomie. Pour mieux orienter cette recherche, nous nous sommes posés la question suivante : « *comment est-ce que les signifiants culturels contribuent-ils à la reconstruction identitaire chez la femme ayant subi une mastectomie ?* ».

4.1.3. Hypothèse générale

Notre étude portant sur la compréhension du rapport entre les signifiants culturels et la reconstruction identitaire, nous avons formulé comme hypothèse générale : « les signifiants culturels d'une femme mastectomisée contribuent à la reconstruction de son identité par l'espace psychique qu'offre la toile comme métaconteneur ».

4.1.4. Rappel de l'objectif général

La question de recherche et l'hypothèse générale laissent voir que l'objectif général de cette étude est d'appréhender les processus psychiques par lesquels les signifiants culturels participent à la reconstruction identitaire chez la patiente mastectomisée.

4.2. SITE DE L'ÉTUDE

4.2.1. Localisation géographique du site de l'étude

Cette étude s'est déroulée à l'Hôpital Général de Yaoundé (HGY). Il est situé dans la région du Centre, département du Mfoundi, arrondissement de Yaoundé 5, précisément dans le quartier Ngoussou, entre Centre Hospitalier de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et Reproduction Humaine (CHRACERH) et l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY).

4.2.2. Justificatifs du choix du site de l'étude

L'Hôpital Général de Yaoundé est l'un des meilleurs centres hospitaliers de référence dans la prise en charge du cancer. En effet, elle dessert la plupart des régions du Cameroun, on y trouve des oncologues et des gynécologues de qualité, elle a un important plateau technique, une bonne capacité d'accueil des patients souffrant du cancer.

Notre mise en stage au service d'Oncologie par l'institution, ne nous a pas empêché d'avoir accès au service Gynécologie et Pédiatrique. Ce dernier est subdivisé en deux unités : l'unité gynécologique et l'unité pédiatrique. Les raisons de ce parcours sont dues au fait que l'accueil et le soupçon d'un cancer se fait dans l'unité gynécologique, qui réfère au service d'oncologie pour diagnostic, qui a son tour réfère à l'unité gynécologique en cas de nécessité chirurgicale (mastectomie). Dans le cas où il n'y a pas nécessité d'une chirurgie ablative, la patiente restera au service d'oncologie pour suivre une chimiothérapie. Il faut noter que la première séance de chimio se déroule au sein du service et la seconde se déroule au pavillon du jour qui est situé hors de l'enceinte de l'hôpital et ils sont séparés par le CHRACERH.

4.2.3. Présentation du HGY

L'Hôpital Général de Yaoundé est un centre hospitalier de référence au Cameroun, il a été créé en 1987 sous la convention de coopération entre la Belgique et le Cameroun. Il occupe une superficie de 20 301 m² du quartier Ngousso.

Dans l'aspect structurel, il a en son sein et même en dehors de nombreux bâtiments qui abritent des services gérant toutes formes de pathologies, et donc son statut de « Général ». Il a également un volet académique-professionnel, dans le sens où il est un établissement d'application dans les sciences biomédicales.

Il est doté d'une autonomie financière. Il est administré par un Directeur Général (volet technique et organisationnel) et d'un Conseil d'Administration (Politique de l'entreprise). Mais encore, il a un important capital humain allant de spécialistes de renommée, passant par les médecins généralistes et infirmiers de qualité, sans oublier les maintenanciers, les brancardiers, les réceptionnistes et les vigiles.

4.3. PROCÉDURE ET CRITÈRES DE SÉLECTION DES PARTICIPANTS

Notre étude porte sur les signifiants culturels et la reconstruction identitaire chez la femme ayant subi une mastectomie. Nos participantes proviennent d'un groupe WhatsApp de femmes malades de cancers « Association Soutien Aux Malades De Cancer (ASAMDC) », toutes sont des patientes du HGY. Toutefois, pour faire partie de notre étude, elles doivent être soumises à certaines conditions. Il s'agit des critères de sélection.

4.3.1. Critères de sélection

Pour être sélectionnées, nos participantes doivent être soumis aux critères d'inclusion et aux critères d'exclusion.

- Critère d'inclusion

Pour participer à cette étude, il faut :

- Avoir entre 45 et 55 ans ;
- Avoir été diagnostiquée d'un cancer du sein et avoir subi une mastectomie dont la date de l'opération est supérieure ou égale à 02 ans ;
- Être membre d'un groupe de réseaux sociaux (WhatsApp, Facebook...), forum, suivre le blog ou groupe de soutien en ligne ;
- Avoir signé volontairement la fiche du consentement éclairé.

4.3.2. Caractéristiques des participantes

Participantes	X	Y	Z
Age	45 ans	55 ans	46 ans
Genre	Féminin	Féminin	Féminin
Ethnie	Eton	Mbouda	Douala
Rang dans la fratrie	3 ^{ème} /5	2 ^{ème} /3	5 ^{ème} /6
Religion	Protestante	Catholique	Protestante
Situation matrimoniale	Mariée	Mariée	Mariée
Profession	Enseignante	Commerciale	Communicatrice
Niveau de scolarité	Licence	Licence	Master 2
Nombre d'enfants	03	02	02
Temps de la mastectomie	02 ans	02 ans	02 ans

Tableau 1: caractéristiques des participantes

4.4. TYPE DE RECHERCHE

« La recherche scientifique est une démarche d'acquisition de connaissances qui utilise diverses méthodes de recherches quantitatives et qualitatives pour trouver des éléments de réponses à des questions déterminées que l'on souhaite approfondir. Elle consiste à décrire, expliquer, prédire et contrôler des phénomènes » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 4). Pour notre étude il est intéressant d'opter pour une recherche qualitative. La raison de notre choix est qu'elle a pour objet d'étudier les phénomènes humains en vue davantage de compréhension et d'explication. La recherche qualitative est puissante à ce sens qu'elle s'intéresse surtout à des cas et à des échantillons plus restreints qui sont étudiés en profondeur. Elle permet de rechercher le sens et le but de l'action humaine et des phénomènes sociaux. Évidemment, nous cherchons dans cette étude à appréhender le rôle des signifiants culturels dans la reconstruction identitaire chez la femme ayant subi une mastectomie.

La recherche qualitative met l'accent sur l'expérience de l'individu telle qu'il le vit. Ce type de recherche est appropriée dans le cadre de notre étude, car elle concède une primauté à une perspective des participantes. Elle donne un espace de choix aux notions du quotidien et du vécu sans lesquelles plusieurs facettes de la réalité psychique peuvent échapper à la connaissance.

4.5. MÉTHODE DE RECHERCHE : MÉTHODE CLINIQUE

4.5.1. Définition de la méthode clinique

Juignet (2016) entend par « méthode », les conditions générales de la science, mais aussi et plus particulièrement les procédés qui règlent l'expérience de façon à la rendre rigoureuse et adaptée à l'objet. Quant au terme « clinique », il désigne la constitution d'un savoir in vivo, individualisé (Bioy & Fouques, 2016). La méthode clinique vise donc à recueillir des informations fiables dans le domaine clinique. C'est le chemin dessiné par anticipation pour mener à un but, pour atteindre un objectif. Le chemin qui nous semble le plus rigoureux pour l'atteinte de notre objectif est la méthode clinique.

La psychologie clinique a pour objet l'étude la plus exhaustive possible des processus psychiques d'un individu ou d'un groupe dans la totalité de sa situation et de son évolution (Bioy & Fouques, 2016). Ainsi, dans le cadre de notre recherche, nous utiliserons la méthode clinique pour élucider la singularité de la femme ayant subi une mastectomie. Également, nous

voulons appréhender la reconstruction identitaire dans sa globalité. Le but étant d'obtenir un matériel riche, fin, tout en assumant les difficultés pouvant découler d'une telle approche en ce qui concerne le traitement et l'analyse des données. Ceci étant, la modalité fondamentale utilisée par la méthode clinique est l'étude de cas.

4.5.2. L'étude de cas

« *L'étude de cas consiste à faire état d'une situation réelle particulière, prise dans son contexte, et à l'analyser pour découvrir comment se manifestent et évoluent les phénomènes auxquels le chercheur s'intéresse* » (Fortin et Gagnon, 2016, p. 197). Autrement dit, il est une approche qui implique une analyse en profondeur d'une participante dans son contexte du quotidien pour mieux découvrir comment se manifeste et se développe le phénomène auquel nous nous intéressons.

Dans sa dimension holistique, elle ne vise pas la généralisation des entités, mais la préservation et la compréhension de la globalité du cas. Nous permettant ainsi de citer comme qualités de l'étude de cas étant de donner une analyse en profondeur du phénomène étudié dans son contexte ; de proposer la possibilité de présenter l'historicité ; de garantir une importante validité interne, à savoir, les phénomènes enregistrés sont effectivement des représentations sincères de la réalité étudiée.

Bien que cette approche soit pertinente pour notre étude, elle présente également des faiblesses dont il est essentiel pour le chercheur d'en prendre conscience. Les plus importantes sont : faible généralisation des résultats, due à un contexte spécifique du cas ; biais du chercheur, dans ses interprétations subjectives des données recueillies ; dépendance au contexte, le hors contexte invalide les conclusions ; temps et ressources, dans l'implication du chercheur et du sujet.

Une raison plus spécifique du choix de cette approche est qu'elle nous permet d'appréhender les processus psychiques par lesquels les signifiants culturels participent à la reconstruction identitaire chez la patiente mastectomisée.

4.6. TECHNIQUES ET OUTILS DE COLLECTE DES DONNÉES

4.6.1. Technique de collecte des données : Entretien semi-directif

L'entretien « ...est une méthode qualitative qui sert à recueillir des données auprès des participants quant à leurs sentiments, leurs pensées et leurs expériences sur des thèmes préalablement déterminés » (Fortin et Gagnon, 2016, p. 320). Elle installe un contact entre l'interviewer (le chercheur) et l'interviewé (le participant), tous les deux dans un milieu naturel. Généralement sous la forme non directif et semi-directif, même si il existe une troisième modalité, le directif, l'entretien permet de recueillir l'information en vue de comprendre la signification d'un événement ou d'un phénomène vécu par les participants (Fortin et Gagnon, 2016, p. 201).

En fonction des éléments que nous ressorte notre sujet d'étude, pour plus de rigueur scientifique, ces éléments nous amènent à opter pour une approche semi-directive. Cet outil offre l'occasion à la participante d'exprimer ses sentiments et ses opinions sur le sujet traité (Fortin et Gagnon, 2016, p. 201). La flexibilité de son outil est précieuse dans le sens où il atteint la participante dans ses tréfonds lors de l'élaboration de son discours. Mais encore, cette flexibilité permet à la participante de centrer ou d'encadrer son récit dans des thèmes propres au sujet traité.

Bien que cette technique soit adéquate pour notre étude, il est important pour nous de tenir compte de ses principaux inconvénients. Nous parlons à l'occurrence de : la subjectivité des données, qui limite la fiabilité ; l'influence du chercheur, qui par ses comportements, peuvent orienter les réponses ; l'analyse des données est ardue ; la faible reproductibilité des résultats ; la possibilité de la participante d'être en position de désirabilité sociale.

4.6.2. Outil de collecte des données : Guide d'entretien

« Document utilisé par l'intervieweur au cours d'un entretien en guise de rappel des différents thèmes ou des questions devant être abordés » (Fortin et Gagnon, 2016, p. 320 ; 501). Ce guide propose relativement le moment et la manière d'introduire les thèmes et les sous thèmes dans l'échange. Ce document est à la disposition de l'enquêteur pour lui permettre de suivre la méthodologie définie, tout en observant le comportement du participant lors de l'entretien. Néanmoins, il nous est accordé de noter que l'ordre d'évocation des thèmes, de même que la formulation des questions peuvent varier au cours de l'entretien.

Le guide d'entretien de cette étude est élaboré ainsi qu'il suit :

- **Le préambule**
- **L'identification des participants**
- **Le thème 1 : *Le vécu de la perte***
- **Le thème 2 : *Signifiants culturels***
- **Le thème 3 : *Numérique***
- **Le thème 4 : *Reconstruction identitaire***

Nous nous sommes appuyés sur cet outil, pour dérouler à bien nos entretiens et il nous a permis d'atteindre l'objectif de notre étude.

4.7. DÉROULEMENT DES ENTRETIENS

Les entretiens ont eu lieu avec les participantes qui répondaient aux critères d'inclusion mentionnés plus haut. Elles étaient toutes volontaires à participer à l'étude. Les participantes étaient libres et avaient la possibilité de décliner l'entretien à tout moment. Les rencontres se sont faites dans un environnement qui leur était familier, au HGY, plus précisément dans la salle d'abstinence des infirmiers du service d'oncologie, cadre où la situation de recherche venait s'imbriquer sans grand changement. Par ailleurs la salle d'abstinence des infirmiers est la seule dont nous pouvions disposer. Bien que nous puissions avoir accès à une des salles de consultation externe, elles ne pouvaient pas être appropriées dans la mesure où le temps d'occupation de la salle est en fonction de la disponibilité des médecins qui en fonction de leur occupation pouvaient venir mettre fin à l'entretien, et donc ces salles nous étaient limitées dans le temps.

L'optimisation de cette technique selon Fortin et Gagnon (2016) passe tout d'abord par la *préparation de l'entrevue*, qui requiert la détermination des objectifs et la préparation d'un plan ou d'un guide d'entrevue, de même que l'indication de thèmes et de sous-thèmes associés à la question de recherche ; ensuite par la *conduite de l'entrevue*, elle requiert de l'habileté communicationnel et pratique de la part du chercheur ; et enfin par la *transcription des données* que nous prendrons soin de développer plus loin.

4.8. DIFFICULTÉS RELATIVES A LA COLLECTE DES DONNÉES

Notre première difficulté était relative à l'accès au site. En effet, après avoir déposé une demande de stage et une demande de collecte de données conformément aux souhaits de l'institution, notre dossier s'est perdu dans le circuit administratif. Dans les nombreuses tentatives de les retrouver, il nous a été demandé de déposer de nouvelles demandes. Ce n'est qu'environ 05 mois après que nous avons pu avoir l'accès au site.

Notre deuxième difficulté était le fait que la plupart des participantes rencontrées venaient pour leur séance de chimiothérapie, or il nous fallait celles qui bien qu'elles étaient en total rémission, elles ne devraient plus suivre de chimiothérapie. Cette attente nous était chronophage et pour la résoudre, il nous a fallu adhérer dans un groupe WhatsApp de soutien des femmes malades de cancer où nous avons pu recruter nos participantes. Et notre rencontre ne pouvait qu'être en fonction de leur rendez-vous de contrôle au HGY.

La troisième difficulté rencontrée relative à la collecte des données était l'accès à une salle où nous pouvions passer nos entretiens. Nous avons pu avoir la salle d'abstinence des infirmiers. Bien que le chef de service de l'hôpital ait demandé à la major de nous donner libre accès à la salle d'abstinence des infirmiers, cela n'était pas chose facile, car, c'est dans cette même salle où se trouvait le réfrigérateur pour conserver certains médicaments. Donc il fallait attendre que les infirmiers aient fait la ronde des salles d'hospitalisation du service d'oncologie pour pouvoir mener mes entretiens ou renvoyer les renvoyer à une date ultérieure, pour cause un emploi de temps serré de la participante.

4.9. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

La recherche en sciences sociales et humaines a ceci de spécifique qu'elle porte sur l'homme, avec tout ce que cela peut contenir comme incidences dans leur vie, leurs droits et leur dignité. Il est donc nécessaire pour l'étudiant-chercheur d'encadrer ses habiletés techniques par un certain nombre de règles éthiques.

Dans un premier temps, les participantes ont été informées de la nature de l'étude, des objectifs recherchés et du bienfondé des résultats. Les participantes étaient complètement libres d'accepter ou de décliner de participer à l'étude et ce, à tout moment de la collecte et sans aucune conséquence. Un formulaire de consentement à participer à la recherche fut signée par chaque participante, et une demande d'enregistrement de l'entretien leur a été adressée au

préalable. Mais encore, les participantes ont été avisées que les contenus de ces entretiens resteront anonymes et confidentiels.

Nous sommes conscients que mener une recherche sur la reconstruction identitaire est évocatrice d'expériences douloureuses en lien avec le cancer. Raison pour laquelle, nous avons veillé à ce que chaque participante intervienne sur une base volontaire en ayant connaissance du contenu de la recherche. Nous avons également tenu compte de la dimension sensible que peut entraîner ces entretiens. Advenant qu'une participante soit dans un état de tristesse lors des échanges, il a été convenu de ne pas l'obliger à continuer l'entretien si c'est trop difficile d'y penser à nouveau.

Quant aux intérêts pour ces dames à participer à notre étude, en premier lieu, nous pensons que ce fut pour elles l'opportunité de parler de leur vécu. En second lieu, en raison du choix de l'entretien comme outil de collecte de données, cela leur a permis de participer à des travaux qui s'intéressent à leur réalité selon leur propre perspective. De plus, la participation à la recherche contribuera probablement à l'amélioration de leur prise en charge.

En définitif, nous avons fait l'emploi de la méthode clinique dans notre cadre méthodologique. Nous nous sommes notamment appuyés sur l'étude de cas. Cette méthode a été choisie pour sa capacité à fournir une analyse en profondeur des phénomènes dans leur contexte. La recherche qualitative qui a pour objet d'étudier les phénomènes humains en vue de plus d'appréhension et d'explication a été notre choix le plus avisé. Suivant nos critères d'inclusion, nous avons obtenu trois participantes. Il a été question de trois femmes ayant subi une ablation du sein suite au cancer au HGY. Après élaboration d'un guide d'entretien, les données ont été collectées au travers des entretiens semi-directifs. Nous avons eu un entretien de maximum une heure avec chacune des participantes. La technique d'analyse de contenu des entretiens axée sur le repérage des thèmes significatifs a été utilisée pour l'analyse des résultats.

CHAPITRE 5 :

PRÉSENTATION ET ANALYSE DES

RÉSULTATS

Dans ce chapitre, nous allons explorer les résultats de l'analyse des données, en nous concentrant sur les grands thèmes de l'étude, tels que définis dans le guide d'entretien. Ces thèmes sont abordés à travers des catégories que nous avons jugées les plus pertinentes en fonction des phénomènes observés. Parmi ces thèmes, nous trouvons : le corps mutilé, la douleur, l'étayage, le soutien à travers la technologie comme levier de l'étayage, la spiritualité et le rejet des rites traditionnels, ainsi que les ressources et tensions, sans oublier l'identité féminine et la transformation subjective.

5.1. RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

5.1.1. Présentation sommaire des participants

Les trois femmes interviewées pour cette recherche ont toutes vécu l'épreuve de la mastectomie suite à un cancer du sein, chacune dans des contextes personnels, familiaux et culturels très différents. Elles présentent des profils sociodémographiques variés.

- **Participant 1** : Noémie, 45 ans, est mariée, mère de trois enfants, titulaire d'une licence et enseignante de profession travaillant une inspection pédagogique. Originaire du village Nkoloba, dans l'arrondissement d'Elig-Mfomo (département de la Lékoumou, région du Centre), elle fait partie de l'ethnie Eton et se considère comme une chrétienne-protestante pratiquante. Elle troisième dans une fratrie de cinq. Elle a subi une mastectomie partielle. Et a joui d'un important soutien conjugal depuis le début de la maladie. Elle a informé sa mère de son état de santé qu'au lendemain de la chirurgie. Elle présente un usage fréquent de son smartphone qui pour elle est multi-usage (bible, communication personnelle et discussion de groupe, sauvegarde, recherche...)
- **Participant 2** : Ariane, 55 ans, elle est mariée mais en instance de divorce, et mère de deux enfants (une fille et un garçon). Issue de l'ethnie Bamileké (Mbouda) et titulaire d'une licence, elle travaille comme commerciale dans une société pétrolière dans la ville de Yaoundé. Issue d'une famille de 7 enfants, elle finit par perdre 4 de ses frères et se retrouve troisième dans une fratrie de 3. Elle est chrétienne-catholique. Déclarée souffrante d'une mastopathie fibrokystique, elle a vécu une expérience de maladie marquée par la solitude, surtout pendant sa radiothérapie à Douala, même si ses enfants à différents horizons et à travers les nouvelles technologies, ont joué un rôle essentiel comme soutien moral. Jusqu'à présent ses frères et elle, ont gardé la nouvelle pour ne

pas perturber l'état de santé de leur mère qui est déjà bien fragile. Elle également a subi une mastectomie partielle. Elle fait également d'un usage constant de son téléphone qui pour elle est un objet important pour les échanges d'informations, de stockage de données personnelles, de communication tant personnelle que communautaire...)

- **Participante 3** : Audrey, 46 ans, travaille comme communicatrice dans une structure parapublic de la place. Au moment de son diagnostic, son mari a apporté tout le soutien nécessaire pendant le traitement, bien qu'il y eût déjà les antécédents conjugaux. Elle finit par quitter le foyer conjugal avec ses deux filles quelques mois après son retour du Maroc, mais demeure mariée sans aucune procédure entamée et se trouve donc en séparation de corps avec son mari. Elle est issue d'une fratrie de six enfants dont elle occupe le cinquième rang. Elle est d'origine Bassa'a du Littoral, engagée dans sa foi protestante. Elle est très entourée par sa famille, notamment par ses sœurs, son frère qui vit en France et une de ses tantes qui a pris en charge la moitié de l'opération. Ces derniers ont joué un rôle clé dans son traitement. Elle a choisi de se faire soigner au Maroc au détriment de la France pour deux raisons, le choix du Maroc parce que sa tante ayant eu la même maladie, c'est dans ce pays-là qu'elle a été soignée, contrairement à la France où sa sœur qui aussi ayant le même cancer finit par perdre la bataille. Elle a subi une mastectomie totale. Tout comme les deux autres patientes, son smartphone est d'une importance capitale dans ses besoins du quotidien.

Ces trois femmes, bien que confrontées à la même épreuve, vivent des parcours de vie et de relations à la maladie qui leur sont propres. Elles ont ceci en commun que les nouvelles technologies, particulièrement le smartphone a été et continu d'être pour chacune d'elle d'une importance fondamentale dans leur quotidien. Bien qu'Audrey, à un moment bien précis dans sa quête d'informations relatives au cancer, son smartphone ne lui a pas été totalement bénéfique en ce qui concerne surtout sa santé physique.

5.1.2. Résumé des profils de trois femmes inspirantes

Noémie, 45 ans, est enseignante, mariée et maman de trois enfants. Elle vit dans la circonscription de Soa, au Centre Cameroun, et fait partie de l'ethnie Eton. Très attachée à sa foi, elle place la prière et le soutien de son partenaire au cœur de sa vie. Son histoire illustre une acceptation profonde de la maladie, un solide soutien familial et une relation équilibrée avec sa féminité, malgré les défis physiques qu'elle a rencontrés. Elle fait l'objet d'une bonne relation

avec son téléphone qui est une source d'informations, un moyen de communication avec ses proches et sauvegarde de données...

Ariane, 55 ans, travaille dans le secteur commercial d'une entreprise pétrolière et traverse une période de divorce. Originaire de Mbouda, dans l'Ouest du Cameroun, elle a partagé la moitié de traitement entre Douala et Yaoundé. Son expérience de la maladie est teintée de solitude, dû à la séparation avec son mari, mais également l'éloignement de ses enfants et de ses deux frères qui sont dans respectivement dans les régions de l'Ouest et du Nord-Cameroun, sans compter l'ignorance du vécu de la fille par la mère, mais elle reste profondément attachée à ses enfants, en particulier sa fille, qui a été un pilier dans son cheminement vers la réassurance. Bien qu'elle ressente une baisse d'énergie, elle s'efforce de rester active tant dans son travail que dans sa quête d'une redéfinition personnelle. Elle entretient également une bonne relation avec la technologie qui intervient dans son quotidien depuis des lustres.

Audrey, 46 ans, est communicatrice de formation, protestante et maman de deux filles. Issue de l'ethnie Bassa'a, elle a eu la chance de bénéficier d'un large soutien familial et a choisi de se faire soigner à l'étranger, au Maroc, préférant éviter la France où sa sœur a perdu la bataille contre le cancer. Elle réussit à allier modernité, grâce à l'utilisation du numérique et à sa mobilité internationale, tout en restant profondément ancrée dans sa culture, tout en gardant un regard critique sur les modèles de soins occidentaux. Audrey, quant à elle, à un moment de sensible de son traitement post-mastectomie a vécu une relation mitigée avec la technologie du fait de fausses informations divulguées dans le cyberspace. Mais manifeste un retour au beau fixe avec la technologie.

5.1.3. Diversité des profils de femmes ayant subi une mastectomie

La diversité des profils des femmes ayant subi une mastectomie est vraiment frappante. L'échantillon montre une variété significative sur plusieurs aspects :

- **Statuts matrimoniaux variés** : Noémie bénéficie du soutien de son mari, tandis qu'Ariane traverse une rupture conjugale, et Audrey vit une séparation de corps avec son partenaire.
- **Âge** : Les participantes ont entre 45 et 55 ans, une période où beaucoup de femmes jonglent encore entre maternité, carrière et vieillesse.

- **Profession** : On trouve une enseignante, une commerciale et une communicatrice, illustrant leur autonomie financière et leur capacité à s'exprimer.
- **Origine ethnique** : Les femmes viennent d'horizons différents : Eton (Centre), Bamiléké (Ouest), Bassa'a (Littoral), ce qui enrichit le tableau culturel.
- **Spiritualité** : Bien qu'elles soient toutes chrétiennes, leur engagement religieux varie. Noémie et Audrey s'appuient beaucoup sur la prière et les communautés religieuses, tandis qu'Ariane se concentre sur les paroles de ses enfants.
- **Rapport à la culture traditionnelle** : Noémie a une connaissance de rites traditionnels post-mastectomie, mais rejette l'idée même de les réaliser, tandis qu'Ariane et Audrey en ont une méconnaissance de ces rites. Toutes nos participantes ont préféré se tourner vers les soins biomédicaux et les discours religieux. Toutefois, elles ont des connaissances profondes de certains interdits, adages et certaines pratiques culturelles autres que les rites.
- **Usage de la technologie** : Toutes nos participantes ont utilisé leur smartphone pour faire des recherches relatives au cancer et leur thérapeutique, pour le partage de leur quotidien avec les proches, pour l'acquisition de certaines pratiques et conseils partagés dans les groupes de soutien, pour la prière et recevoir les versets bibliques, et surtout dans la sauvegarde de données personnels relatives à sa réalité (photos, vidéos...). Toutes reconnaissent avoir constamment leur téléphone près d'elle. Presque collé à leur peau, connecté 24H/24. Dans le temps, l'objet de leur recherche dans le cyberspace a changé. Les recherches dans le web sont beaucoup plus orientées vers d'éventuelles symptômes post-mastectomie que sur le cancer comme il était fait au départ. L'usage du smartphone est beaucoup plus prononcé en ce qui concerne Ariane et Audrey dans la communication continue avec les proches qui sont des horizons divers.

5.1.4. Réseau de soutien :

Noémie bénéficie d'un réseau solide (son mari, sa fille aînée, son frère pasteur, son pasteur, les collègues), tandis qu'Ariane, dans un soutien diffus (enfants et frères), et Audrey, dans un soutien plus structuré (famille élargie constituée frères/sœurs et tante, collègues et choix thérapeutiques internationaux). Le contact à l'autre est conservé, même en l'absence physique de celui-ci grâce à certaines applications numériques tels que WhatsApp. À la différence près de Noémie, elles sont fortement présentes dans le cyberspace.

Noémie, Ariane et Audrey sont simultanément dans des groupes de soutien des pairs numériques. Les modalités de participation dans le groupe sont variantes. Noémie réagit par occasion et surtout dans l'unique nécessité d'aider un pair. Ariane est quasi silencieuse, elle y adopte plutôt un comportement passif, évitant et ne tire que bénéfice de certains contenus qui lui sont favorables. Quant à Audrey, elle est dynamique, réagit dans des conditions de lecture et non d'écoute (voix). On pourrait décrire cette dernière comme une personne assertive. On note une faible pollution informationnelle dans ces groupes avec la diffusion des contenus sensibles tels que les photos de l'évolution d'un cancer sur un membre l'annonce d'une récurrence ou d'un décès. Également, on note l'absence de modérateur pour la diffusion de contenus. Les échanges qui s'y déroulent sont dans le respect de l'autre sans aucun conflit. Les pratiques culturelles pour apaiser la douleur y sont évoquées. Les astuces du quotidien y sont partagées.

Les participantes sont toutes dans des groupes de famille. Contrairement au groupe de soutien, elles y sont actives. D'après leur récit, les échanges qui s'y déroulent sont pour la plus part du temps harmonieux, constructifs et conviviaux. Il y a un partage d'informations tels que les naissances, les mariages, des jours de rencontres, mais aussi des annonces de décès. Chacune en tire implicitement bénéfice.

Noémie et Audrey font partis des groupes communautaires religieux. Chacune en tire des bénéfices dans le suivi des versets bibliques, des prières et des prescriptions qui pour chacune d'elles les a menés vers la guérison. Elles y sont intégrées comme participantes, mais les échanges sont beaucoup plus unilatéraux et encadrés uniquement dans le sens de la prière. Sans toutes autres possibilités de réactions que celles des intentions de prières. La foi, la prière et la spiritualité protestante ou catholique jouent un rôle clé dans l'acceptation de leur situation et leur vision d'avenir.

5.1.5. Contexte géographique

Noémie et Ariane sont suivies ou opérées dans des établissements médicaux situés dans les zones urbaines du Cameroun, notamment au HGY pour Noémie et Ariane (bien qu'elle ait fait sa radiothérapie à Hôpital Général de Douala. Audrey a choisi de se faire traiter à l'étranger, particulièrement au Maroc, ce qui met en lumière une dimension transnationale de leur parcours de soins.

Leurs origines (Elig-Mfomo, Mbouda, Douala), toutes résidentes à Yaoundé, illustrent bien la diversité des trois grandes régions socioculturelles du pays : le Centre, l'Ouest et le Littoral.

- **Des enjeux spécifiques à considérer**

- **Transformation corporelle et perception de soi**

La perte d'un sein est ressentie comme une atteinte à l'identité. Chacune d'elles parle d'un changement dans leur relation avec leur corps, oscillant entre mutilation, douleur et adaptation. Noémie parvient à l'accepter grâce au soutien constant de son mari, même à travers la téléphonie. Ariane, quant à elle, a pris plus de temps à l'accepter, mais si elle présente encore des blessures internes. Tandis qu'Audrey revendique d'être belle, malgré les séquelles.

- **Étayage et évolution identitaire**

Chacune d'elles témoigne d'une transformation intérieure significative : acceptation, maturité et une force mentale nettement supérieure à celle du début, malgré la perte et la transformation physique tel particulièrement observé chez Noémie et Audrey. Elles s'identifient aux différents membres de leurs différentes constellations numériques de soutien et reconnaissent y appartenir tout en conservant leur individualité.

5.2. PRÉSENTATION ET ANALYSE THÉMATIQUE DU DISCOURS DES PARTICIPANTS

5.2.1. Vécu de la perte

Noémie, 45 ans, enseignante, Eton d'origine, est mariée et maman de trois enfants. Quand elle apprend qu'elle va subir une intervention, elle réalise que son corps va changer. C'est le mot « mastectomie » après une recherche dans le cyberspace à la sortie d'hôpital, qui lui fera vraiment prendre conscience de la situation. « *...enfin quand on m'a annoncé la maladie, j'ai essayé de faire les recherches à mon petit niveau, où avant même que le médecin ne me dise qu'on devra m'opérer, j'avais déjà vu la chute finale...* ». Elle parle d'un soutien inébranlable de son mari, de sa famille et de ses collègues qui était présent à tous moments, même à travers la téléphonie. Réservée, elle partage son vécu avec une certaine retenue à ses proches, mais s'ouvre davantage dans le cyberspace très dans les échanges avec autrui, mais semble se déployer dans la quête d'un sens à son vécu. Elle affirme que cette expérience l'a

aidée, surtout à travers le groupe de soutien et les communautés religieuses en ligne « à s'adapter et à avancer ». Dans le groupe numérique « soutien malade », elle trouve un reflet de sa souffrance et une source d'énergie : « *Les souffrances que ces femmes partagent ont réveillé en moi une force que vous ne pouvez pas imaginer* ».

Ariane, 55 ans, commerciale, d'origine Mbouda, est en instance de divorce et maman de deux enfants. Son parcours de soins à Douala a été marqué par la solitude, l'absence de soutien physique des proches, mais beaucoup plus accentué dans le monde numérique en particulier dans le groupe familial, les appels vocaux et vidéos sur WhatsApp avec sa fille le plus souvent, mais aussi les appels téléphoniques qui semblait maintenir un certain moral. Elle a été très touchée par les changements physiques et déclare : « *Je suis une femme ! Je le sais ! Je suis une maman ! Mais je ne suis plus cette femme-là !... Je ne me sens plus belle* ». Malgré tout, elle se décrit comme une battante. Sa foi et l'amour de ses enfants deviennent les fondations de sa reconstruction. Elle dit : « *Ce sont les enfants qui m'ont permis de tenir* ».

Audrey, 46 ans, communicatrice, d'origine Bassa'a, a perdu sa mère avant la survenue de son cancer et sa sœur de cause du cancer du sein en France. Elle aborde la maladie avec une lucidité remarquable et refuse de céder au fatalisme. Sa pensée fait l'objet d'une superstition qui masque une certaine peur ou angoisse face à la mort : « *Je ne suis pas allée en France me faire soigner parce que ma sœur y est morte. Moi, je ne veux pas mourir* ». Elle choisit le Maroc pour ses traitements. Très connectée, elle participe à deux groupes de soutien et à des communautés religieuses en ligne. Elle critique parfois leur contenu qui semblent morbides : « *Ce sont des groupes de soutien, mais on ne soutient pas en confrontant les autres à des images bizarres* ». Elle affirme une forte autonomie dans ses différents groupes : « *Qui peut m'arrêter ?* ».

- Le corps mutilé et étayage

La mastectomie, bien plus qu'une simple intervention chirurgicale, représente une expérience marquante de rupture tant sur le plan corporel qu'identitaire. Les témoignages des participantes révèlent un va-et-vient complexe entre la souffrance physique, la dégradation de l'image de soi et le processus de réappropriation de ce corps transformé. Tout cela n'a été possible que sur le fait de soutiens multiples dans le numérique qui offrent un espace de partage de préoccupations qui aide à gérer l'angoisse en lien avec la perte.

- Un corps devenu « étranger » : discours entre l'image intérieure et l'apparence

Directement après l'ablation du sein, le corps n'est plus perçu comme quelque chose de familier. Il devient altéré, blessé, incomplet, et sa différence devient visible, parfois même source de honte ou de gêne. Cette étrangeté est accentuée par le regard de l'autre. Pour Ariane, cette perception est particulièrement intense : *« j'étais laide ! quoi ? bien laide même ! eh ah ! je n'ai jamais... je ne me suis jamais sentie aussi laide que ça. Toute noire. Je ne me reconnaissais même plus. Non !!! Même me regarder me dépassait. Quoi ??? surtout alors la cicatrice là !!! »*. *« Je ne voulais même pas que les gens me voient »*. Ici, le corps se transforme en un stigma social, symbole de la maladie et du deuil de soi. L'image de soi est tellement perturbée qu'elle engendre une angoisse face au miroir ou au regard de l'autre surtout les collègues qui la surnommait Ariane de « charbon ».

Noémie, quant à elle, accepte cette transformation, mais avec plus de pudeur : *« Ça ne m'a rien fait ! au contraire, je voulais qu'on m'opère là ! là ! là ! pour qu'on me sépare de la maladie... le prix à payer, je l'accepte. Et je dois vivre avec la perte, j'accepte, j'ai accepté »* ; *« Quand on s'habille, ça dérange, mais on accepte »*.

Au départ, Audrey semblait être détaché d'elle-même et avoir une certaine distance par rapport à son propre corps, ce qui fait qu'elle avait du mal à se le représenter *« Un sentiment de grand vide. C'était bizarre. J'avais l'impression d'avoir perdu mon corps, je n'avais vraiment pas envie de regarder mon corps qui me semblait charcuté. Je ne voulais même pas en parler à vrai dire. Chaque fois qu'on l'évoquait, ça me faisait bizarre »*. Mais après quoi, elle semble revendiquer son corps mutilé de manière plus active : *« Moi je ne me cache pas. [...] Ce n'est pas le corps qui fait la femme, c'est ce qu'elle traverse »*. Elle exprime une résistance à la réduction biologique et propose de transcender symboliquement le manque corporel à travers son expérience vécue.

- Le passage de la souffrance à l'acceptation : adaptation et reconstruction

Ce thème explore un mouvement progressif d'intégration de la perte, avec des variations selon les parcours de chacun. Noémie déclare avec assurance : *« J'ai accepté. Je me suis adaptée. Je vis avec »*. Son acceptation est soutenue par l'appui de son partenaire, ses croyances religieuses, et un récit cohérent où la perte s'intègre dans une quête de sens.

En revanche, Ariane a plus de mal à franchir le cap : *« Je continue ma vie, mais ce n'est plus moi. [...] Je suis obligée d'être une nouvelle personne »*. Son histoire met en lumière un

traumatisme physique qui n'est pas complètement guéri, mais une continuité dans le discours de sa vie et l'empêchant de retrouver une identité pleinement reconstruite.

Audrey, quant à elle, est plus déterminée et propose une voie de dépassement : « *Je me bats pour mon bras, pour bouger, pour vivre. Je veux que mes filles me voient comme une femme debout* ». Pour elle, la reconstruction passe par l'action, le mouvement, et l'image qu'elle renvoie à ses enfants, un enjeu crucial pour la transmission.

- Le corps comme champ de bataille mais aussi comme territoire reconquis au contact de la technologie

À travers leurs récits, ces femmes nous montrent que leur corps, loin d'être passif, est un véritable champ de bataille, mais aussi un espace de reconquête qui s'étend à l'espace technologique. Elles mettent en avant des conseils et des astuces, des pratiques de soin, incluant l'alimentation, la prière, qui sont des contenus partagés dans le cyberspace ; et des récits de valorisation où elles se disent « *belles malgré tout* », « *fortes* », « *toujours femmes* ». Audrey résume parfaitement cette dynamique en disant : « *Je sais que j'ai changé, mais moi je suis là. Je suis encore moi, peut-être même plus* ». Le thème du corps mutilé incarne à la fois la souffrance physique, la désintégration de l'image de soi et la possibilité d'un dépassement qui dont le facteur commun est la technologie. Les vécues respectifs de Noémie, d'Ariane et d'Audrey révèlent que le corps, bien qu'éprouvé, n'est pas seulement un lieu de perte, mais aussi lieu où s'inscrit et est inscrit les nouvelles technologies susceptibles de fournir un levier de transformation identitaire. Il devient un corps vécu, raconté, défendu, et même sublimé.

5.2.2. Culture et soutien : leviers d'étayage

La mastectomie plonge la femme dans une véritable crise existentielle : elle touche à son corps, à son identité, à son image de soi et à ses perspectives d'avenir. Dans un contexte où les NT sont déjà bien ancrés dans leurs mœurs. Un soutien, qui ne peut être dissocié de la culture, qu'il soit affectif, conjugal, familial, communautaire ou spirituel devient ainsi un élément clé dans le processus d'étayage. Ce dernier étant défini comme l'ensemble des supports affectifs, relationnels, symboliques, institutionnels et même technologique sur lesquels le Moi s'appuie pour se réorganiser et éviter la désagrégation psychique.

5.2.2.1. Étayage social et affectif : le rôle des proches

Noémie bénéficie d'un soutien conjugal solide, constant et valorisant, qui semble être un appui d'étayage affectif. Dès qu'elle a appris la nécessité de l'opération, son mari a pris une attitude protectrice et rassurante : « *Ce n'est pas ce sein-là qui te définit ! Si j'étais à ta place sans sein, je serais fier de t'avoir comme femme* ». Ces mots, chargés d'émotion et répétés par Noémie, agissent comme des gestes réparateurs : ils restaurent sa valeur, son identité de femme, et donnent un sens à sa perte. « *Ça m'a vraiment réconfortée* ». Elle se sent toujours valorisée et ne ressent en aucun moment de l'abandon, car, même en l'absence de son mari, ils sont continuellement en communication : « *Mon mari m'appelle constamment pour avoir des nouvelles surtout quand j'étais à l'hôpital et qu'il travaillait* » ; « *Et j'avais envoyé un article sur un de mes symptômes à mon mari, qui a vite fait de le lire et de me dire que ce n'est pas grave* ». Le fait d'évoquer la technologie dans son discours, indique que l'étayage conjugal est maintenu grâce à la technologie. La technologie devient une forme de représentation de l'affection que lui porte son mari. La technologie permet donc qu'elle est un accès constant à un espace d'apaisement de conflits inconscients qu'offre le lien du couple.

Elle a également joui d'un étayage social : « *... il y a aussi peut-être Lisette (étudiante en psychologie) avec qui je partageais presque tout. Du début de la maladie (claque de main), c'est avec elle que j'étais vraiment en contact, c'est avec elle que je partais à l'hôpital, donc je n'avais presque rien à lui cacher. Surtout en ce qui concernait la maladie* ». L'observation pendant l'entretien sur le fait d'avoir levé le téléphone qu'elle avait en main pendant qu'elle prononçait les mots « *vraiment en contact* », nous indiquent qu'il s'agit du contact maintenu à travers la technologie.

Pour Ariane le contraste est frappant. Elle traverse une relation conjugale en ruine, et donc ne saurait s'appuyer sur son partenaire : « *Il savait que j'avais un cancer, mais il n'a même pas réalisé qu'on m'a amputé d'un sein* ». Indiquant ainsi la distance entre les deux parties. Cette absence cruelle et silencieuse aggrave sa souffrance. Elle doit porter seule le poids de la maladie et de la maternité : « *Je suis à la fois leur père et leur mère* ». L'expérience de la mastectomie ravive et confirme une solitude affective préexistante, profondément ancrée dans les conflits conjugaux.

Toutefois, bien qu'elle manque d'étayage affectif dans le couple, elle en bénéficie autrement en s'appuyant sur ses enfants et ses frères. Sa fille vit en France, son fils est au séminaire, le frère aîné est à Bafoussam où il occupe la fonction d'évêque, l'autre frère vit au Nord-Cameroun. On pourrait analyser l'étayage qui se fait sur les enfants comme une inversion

de l'étayage où l'enfant devient un soutien du parent. Tous ne sont pas géographiquement proche d'elle, mais le lien, qu'il soit matrimonial ou fraternel, indique le réel point d'ancrage effectué par Ariane sur ces derniers. La technologie vient donc se présenter comme outils fédérateur, un relai qui permet ainsi de maintenir ces liens solides nécessaire pour sa reconstruction. La présence de sa fille, revenue spécialement pour son opération, lui apporte une ancre tant existentielle que psychologique : « *Juste sa présence là... ça a fait en sorte que je sois tranquille* ». Grâce à ce soutien, Ariane se sent plus sereine dans le bloc opératoire, malgré son mal-être physique. « *J'ai voulu abandonner le traitement nor !? ma fille et mon fils ont parlé, mon frère qui est évêque à Bafoussam a parlé. Tout le monde dans la famille a parlé* ». Dans son discours, on note une présence forte de son patron qui semble avoir joué un rôle important durant la crise qu'elle traversait. Qui semble-t-il prenait constamment des nouvelles.

Audrey a profité d'un soutien affectif de son mari durant la période de son traitement : « *Mon mari a très bien pris soin de moi, il était là, très présent* ». Quelques mois après la mastectomie, elle a perdu ce soutien en décidant de quitter la maison avec ses filles. Tout comme Ariane, cela indique que l'épreuve de la mastectomie ravive et confirme une solitude affective préexistante, profondément ancrée dans les conflits conjugaux. Ce sont plutôt sur les membres de sa famille (ses sœurs, son frère et sa famille, ses filles et sa tante) qu'elle va s'appuyer pour pouvoir se reconstruire. En effet, le fait de garder le contact avec son frère et sa famille qui vivent en France est ce point d'ancrage important qui se réalise grâce à la téléphonie « *on t'aime Tata !* ». Le groupe de famille où elle retrouve tous les membres sur lesquels elle peut s'appuyer, constitue un espace où le négatif peut être traitée.

Contrairement à Ariane qui a des collègues qui peuvent considérer comme source d'angoisse. Audrey a des collègues qui constituent un soutien important durant tout son traitement : « *... mon DG, celui qui est décédé, il m'avait aidé à parti en me payant le billet d'avion* » ; « *...là maintenant c'est une femme, elle assure l'intérim, elle comprend très bien. Quand en février 2023, je suis allée la voir que je ne me sens pas bien, il faut que je rentre au Maroc, elle m'a dit : "il n'y a pas de problème, vous avez besoin de quoi ? ", je lui ai dit que : "je veux seulement le billet d'avion", et elle l'a fait ! je peux dire que je suis béni quoi !* ». Le fait de l'évoquer montre à suffisance que pendant sa longue absence dans le pays et même pendant la phase de rémission, ces collègues prenaient de ces nouvelles via la technologie. Elle évoque également son médecin traitant du Maroc qui l'a rassuré sur les symptômes normaux post-mastectomie.

5.2.2.2. Étayage symbolique par la foi et la spiritualité religieuse à travers la technologie

Noémie s'appuie sur la foi et la spiritualité pour donner du sens à sa souffrance et à diminuer ainsi ses angoisses : « *je suis dans n groupes de prière* » ; « *En Dieu est la vérité, la guérison et la vie* » ; « *Je vais vers le pasteur, on fait la prière et je sais que tout ira bien* » ; « *Sinon mes autres groupes, c'est la prière...* ». Elle évoque aussi le fait de faire usage chaque matin de la bible dans son téléphone. Ce qui change de la lecture traditionnelle de la bible.

Son frère pasteur a été un soutien crucial dans son vécu « *Mais mon grand frère qui est pasteur me disait que " je vois les plus jeunes femmes comme toi qui viennent à la prière ici, donc ne fait pas de ça ... ne te traumatise pas. Dis-toi que tu vas suivre ton traitement et ça va aller"* ». Au-delà du fait qu'il y a un lien fraternel, Noémie le présente comme un pasteur, qui représente dans la culture africaine le représentant de Dieu sur terre et qui pourrait intercéder.

Audrey est autant plus ancrée dans la spiritualité qui constitue un soutien solide et on peut l'observer dans l'énonciation des éléments de la spiritualité partout dans son discours et même dans les allusions : « *C'est Dieu seul qui lit les cœurs et il connaît ma foi avec lui* » ; « *c'est Dieu qui a créé ces médecins* » ; « *... Je leur dirai de prier, car il n'y a que Dieu pour nous sauver...* »

Ariana s'appuie également sur la spiritualité pour donner du sens à sa souffrance, mais sa foi, bien que discrète, est profondément ancrée. Elle valorise particulièrement les prières de ses enfants, surtout celles de son fils qui est séminariste : « *Il m'a dit : Dieu ne peut pas t'enlever à moi... Il sait que je suis là pour le servir* ». Ce discours religieux résonne en elle comme un écho mobilisateur. Ariane se sent soutenue par les intercessions de ses proches.

Pour Noémie et Audrey, la spiritualité est un pourvoyeur de sens. Alors, le groupe communautaire religieux et la bible numérique font de la technologie un espace où la souffrance ou la détresse peut être métabolisé en donnant du sens à leur vécu. La prière est sacrée et leur offre un espace où élaborer des représentations inavouables et permet de dissiper les angoisses. Cet étayage de la spiritualité à travers le numérique est susceptible de contribuer grandement à la réorganisation de leur identité. La spiritualité apparaît donc comme une narration réparatrice et une structure symbolique. La spiritualité chrétienne ne fait pas disparaître la douleur, mais l'entoure d'une structure symbolique et éthique, en contraste avec les systèmes de croyances traditionnels

Au fil de leur expérience, ces trois femmes utilisent leur foi comme un outil pour donner un sens au chaos qu'elles ont vécu. Cette foi opère à plusieurs niveaux : Cohérence existentielle,

en apportant un sens à l'épreuve (expiation, transformation, mission) ; protection psychique : elle aide à gérer les peurs (mort, abandon, stigmatisation) ; appartenance communautaire qui relie toutes ces femmes à un groupe de prière, à un pasteur et/ou à une église ; temporalité ouverte qui inscrit leur parcours dans une perspective d'avenir, de guérison et de grâce.

5.2.2.3. La technologie comme relai d'un étayage maternel

Les rites traditionnels sont rejetés, méconnus, jugés dépassés, inefficaces, voire toxiques. Cette rupture indique un changement générationnel, culturel dans la façon d'aborder la maladie, pour se tourner vers les NT. Le fait qu'Audrey se définisse comme « *je suis Bassa'a de Douala, ma mère est née à Akwa, Douala 100%* ». (Akwa quartier en zone urbain), « *je suis Eton* », « *je suis Bamiléké, Mbouda* ». Ces verbatims indiquent qu'elles s'identifient à leur culture d'origine, mais toutefois, qu'il existe un défaut transmission de connaissances transgénérationnelles en ce qui concerne certaines pratiques culturelles surement due à l'existence d'un conflit dans la famille élargie, les poussant ainsi au rejet des pratiques propres à leur culture.

5.2.2.4. Étayage sur les pairs à travers le numérique

Le numérique sert également d'espace dépositaire et retrait de pratiques pour ces femmes qui sont très réservées dans les groupes de soutien : Noémie : « *on est 90% dont le taux de globule blanc est bas quand le moment où on vous fait les chimios. Donc c'est là où on partageait beaucoup de choses. On avait aussi un problème de crampe que j'ai résolu avec les conseils. Le taux de globules blancs, le problème de crampes et quoi encore... le taux de sang* » ; Adriana : « *il y a aussi que les nouvelles adhérentes, quand elles posent leur difficulté, tu reconnais la même difficulté que tu as connu et il ne te reste plus qu'à lui donner des conseils. On a fait pareil pour moi* ». À l'exception d'Audrey : « *... dans ces groupes on partage beaucoup de choses* ». Ces verbatims indiquent que le groupe de soutien est un espace numérique qui permet à chacune des membres de tirer des éléments partagés et disponibles sur lesquelles elles peuvent s'appuyer pour se reconstruire.

Noémie rejoint le groupe « soutien malade » après son opération. Bien qu'elle soit plutôt discrète dans ses interventions, elle met en avant le soutien moral profond que lui apportent les témoignages d'autres femmes : « *Les souffrances que ces femmes partagent ont réveillé en moi une force que vous ne pouvez pas imaginer* ». Pour elle, ce genre de groupe agit comme un miroir : les autres femmes deviennent des témoins de sa propre douleur, mais aussi des

exemples de persévérance. Son engagement est cependant silencieux : elle lit plus qu'elle ne s'exprime.

Ariane adopte une approche sélective et fonctionnelle vis-à-vis des groupes. Elle y cherche des conseils pratiques : « *Je prends ce qui m'intéresse... les conseils, les marches sportives* ». Elle ne se retrouve pas dans tous les récits, mais apprécie les contenus pratiques, motivants et légers, tout en évitant ceux qui sont trop chargés émotionnellement. Elle reconnaît l'importance d'y trouver une forme de soutien.

Audrey remet en question certains usages au sein du groupe. Pour elle, partager ne suffit pas pour aider : l'esthétique et la qualité du contenu partagé sont essentielles. Elle déclare : « *Ce sont des groupes de soutien, on ne soutient pas en confrontant les autres à des images bizarres* ». Elle critique la surreprésentation de contenus anxiogènes ou choquants, comme des photos choquantes ou des discours alarmistes, qui, selon elle, alimentent davantage la peur. Elle plaide pour une éthique du partage, plus respectueuse : « *On doit être dans la lumière, pas dans la peur* ».

Pour ces femmes, les groupes de discussion représentent un endroit où elles peuvent exprimer ce qu'elles ne peuvent pas dire ailleurs : la douleur, la peur de la mort, les doutes, les effets secondaires, l'image corporelle. C'est aussi un espace d'auto-narration collective, où chacune trouve sa place dans un récit partagé : « *femme combattante* », « *survivante* », « *lionne* ».

Pour Noémie, le groupe lui offre l'opportunité de réinterpréter sa souffrance à travers les expériences d'autres femmes. Ariane, quant à elle, voit le groupe comme un prolongement de sa volonté de rester active, en recevant des suggestions sur des exercices physiques, des recettes, et des astuces naturelles. Audrey, de son côté, aborde la relation au groupe de manière plus analytique. Elle se positionne en médiatrice morale, refusant que ces espaces deviennent des vitrines de désespoir : « *Il y a des femmes qui n'en parlent pas, c'est parce que parfois le groupe fait plus de mal que de bien* ».

Toutes ces femmes soulignent les limites de l'utilisation de ces espaces : trop d'images et de récits morbides, trop de détresses non accompagnées. Il existe donc une ambivalence structurelle du soutien numérique : entre bienveillance collective et surcharge affective. Audrey insiste sur l'importance de réguler la circulation des images : « *Montrer sa cicatrice à tout le monde ? Pourquoi ? Est-ce que ça aide ?* ». Ariane, sans le dire directement, laisse entendre qu'elle filtre les contenus pour se protéger : « *Je saute certaines discussions... ça me fatigue* ». Ces prises de position montrent que le groupe n'est pas neutre : il active des émotions, des

représentations, des souvenirs, et nécessite une gestion psychique. Pourtant Noémie voit en ces contenus le moyen de pouvoir rééditer son histoire, en prenant une position de celle qui prodigue les conseils, les astuces.

Ces prises de position montrent que le groupe de pairs dans le numérique n'est pas neutre : il active des affects, des représentations, des souvenirs, et nécessite une gestion psychique.

Participant	Rapport au groupe	Positionnement subjectif	Attente principale
Noémie	Discrète mais émotionnellement impliquée	Intériorisée, réservée	Soutien moral, identification
Ariane	Sélective et utilitaire	Prudente, pratique	Conseils, stimulation
Audrey	Critique et analytique	Autonome, engagée, régulatrice	Éthique du partage, autonomisation

Tableau 2: Usage des groupes de soutien en ligne selon les profils

Le thème des groupes numériques met en lumière la transformation actuelle des dynamiques des groupes et le soutien social dans les parcours de santé. Le numérique offre des espaces de sororité, d'accompagnement, de narration et d'écoute mutuelle ; des ressources concrètes (soins, nutrition, exercices) ; un enjeu émotionnel, qui met le sujet face à ses angoisses et peut à la fois renforcer ou fragiliser. Cependant, il met aussi en évidence des zones de tension : saturation affective, voyeurisme, conflits d'interprétation. Il est donc nécessaire d'avoir des filtres psychiques et culturels pour naviguer entre l'intime et le collectif.

Les participantes développent ainsi des stratégies d'appropriation variées : Noémie s'y ressource, Ariane y sélectionne, Audrey y régule. Ces espaces numériques deviennent alors des extensions sociales qui constituent un appui d'étayage, mais nécessitent un engagement subjectif actif pour en tirer un véritable bénéfice.

5.2.2.5. Étayage technologique comme élargissement du Moi

Cette forme d'étayage vient relever la relation existante entre la femme et la machine, son importance dans le quotidien de ces femmes. Hormis le fait que la technologie intervienne dans les autres formes d'étayages, dans la communication avec d'autres subjectivités, elle est

également présentée comme une extension du corps comme espace de stockage des données personnels (photos, vidéos, musiques, documents), et dans la recherche d'informations personnels. Le fait de revenir à ces photos et vidéos de temps à autre, leur permettent de se reconnecter à leur vécu et de l'intégrer dans le but de pouvoir la narrer comme récit personnelle.

Audrey : « *Je voulais savoir hier si je peux prendre le Para, malgré que je prenne le Norigine. Et ma fille est en première année hein... elle fait médecine. Elle me dit que tu peux prendre tu peux boire, ce n'est pas la même chose. J'ai dit " ok ! " mais je suis d'abord allée regarder sur google* ». Le cyberspace apparaît comme un espace où vient se dissiper le doute. Montrant la relation de confiance qui existe entre le numérique et le sujet. Bien qu'au début de début de la relation.

Noémie : « *Je me souviens que mon dernier fils, sans le faire exprès a effacé les photos que j'avais pris dans un événement. Je me suis mis dans une colère. Jusqu'à failli mettre la main sur lui* » ce verbatim illustre assez bien l'importance capital que porte la technologie dans son quotidien. L'effacement de données personnelles est vécu pour elle comme un viol, une intrusion de son intimité, où il y a une atteinte aux limites du Moi. La fréquence d'usage pour ces femmes de leur smartphone Audrey : « *Je suis constamment connectée !* », Ariane : « *le téléphone est l'outil que j'utilise le plus* », indique la place de la technologie dans le psychisme.

Cette analyse de multidimensionnel de l'étayage nous révèle que les mécanismes compensatoires ne sont pas du seul fait de la force intérieure. Leur mise en évidence permet de penser des accompagnements plus humains, culturels et ajustés à chaque trajectoire thérapeutique pour une possible réorganisation identitaire. Nous avons également observé que pour chaque modalité présente pour chacune de ces femmes, la technologie n'était pas exempte du paradigme.

5.2.3. Identité féminine et transformation subjective

La mastectomie a un impact profond sur l'image corporelle, mais ses effets vont bien au-delà du simple aspect physique. Elle remet en question les fondements de l'identité féminine, ce que cela signifie vraiment d'être « une femme », « désirable », « mère », ou « debout ». Ce thème examine comment les participantes, après avoir perdu un sein, s'engagent dans un processus de redéfinition personnelle, naviguant entre l'effondrement psychique, les NT et la reconstruction de leur identité.

5.2.3.1. La féminité blessée : entre perte de l'organe et perte du soi

Ariane est celle qui exprime le plus intensément la rupture identitaire causée par la perte d'un sein. Son discours est puissant et dramatique, empreint d'un sentiment d'anéantissement : « *Je suis une femme ! Je le sais ! Je suis une maman ! Mais je ne suis plus cette femme-là !* ». « *Je ne me trouve plus belle. [...] Même me regarder était devenu trop difficile* ».

Ce double mouvement « *je sais que je suis une femme – je ne me reconnais plus comme telle* » révèle une dissonance identitaire profonde. La perte du sein est vécue comme une atteinte directe à la féminité, à l'estime de soi, et à la capacité d'être aimée. Elle évoque également une perte du pouvoir de séduction, du regard de l'autre, surtout le regard masculin : « *Mon mari n'a même pas remarqué que j'avais été opérée* ».

Pour Ariane, la mastectomie est perçue comme une dévaluation de son statut de femme : son corps mutilé devient un corps silencieux, sans désir, sans reflet, sans reconnaissance.

À l'opposé, Noémie adopte une approche plus intégrative et sereine. Elle reconnaît les effets visibles de la mastectomie, mais affirme sa féminité comme un principe intérieur, au-delà de l'apparence : « *Oui, j'ai perdu un sein, mais je suis toujours une femme. Mon mari me le dit chaque jour* ». « *Quand je m'habille, je remarque que les choses ont changé, mais j'ai appris à vivre avec* ».

Elle montre comment elle parvient à préserver son identité féminine malgré les transformations de son corps, soutenue par le regard bienveillant de son mari et par une estime de soi nourrie par la foi et la pudeur. Ici, la féminité ne se concentre pas sur ce qui a été perdu, mais sur la continuité de son rôle, l'amour qu'elle reçoit, et sa capacité à se « tenir debout ».

Quant à Audrey, elle refuse de céder au fatalisme, bien qu'ayant subi une mastectomie totale. Elle incarne une féminité combative, réinventée et fière. Elle déclare qu'elle est toujours une femme entière, non pas malgré l'épreuve, mais grâce à elle : « *Ce n'est pas le corps qui fait la femme, c'est ce qu'elle traverse* » ; « *Je suis encore plus femme maintenant qu'avant. J'ai connu la douleur, mais je suis debout* ». Elle se bat pour reprendre le contrôle de son corps, notamment de son bras, pour rester belle et forte aux yeux de ses filles, et pour affirmer une subjectivité féminine forte et autonome : « *Qui peut m'arrêter ?* ». Audrey transforme sa souffrance en un capital symbolique féminin : sa vulnérabilité devient une force, et sa transformation se mue en fierté.

5.2.3.2. La maternité et la continuité de l'identité

Les trois femmes partagent le rôle de mères. La maternité, loin d'être une simple fonction, se transforme en un puissant symbole pour préserver ou redéfinir leur identité.

Ariane met en avant son rôle de mère comme sa dernière ancre identitaire : « *Ce sont mes enfants qui m'ont aidée à tenir le coup* ».

Noémie veille sur ses enfants, les protégeant des épreuves de la maladie, mais évoque sa fille comme un soutien silencieux : « *L'ainée des fois ne disait rien, mais son regard doux me réconfortait toujours* ».

Audrey aspire à montrer à ses filles l'image d'une femme forte, debout et digne, afin de ne pas leur transmettre la peur ou le désespoir : « *je m'arrange à être présente pour mes filles quand elles sont présentes* »

Ainsi, la maternité à laquelle ces femmes s'identifie devient un axe central de reconstruction identitaire, une raison de survivre, un reflet réparateur.

5.2.3.3. Du repli à la transformation personnelle : trois parcours

Participante	Réaction à la perte du sein	Reconfiguration de l'identité féminine
Ariane	Effondrement initial, honte, isolement	Recherche de sens à travers la prière et l'amour maternel dont elle dispose
Noémie	Acceptation, adaptation, soutien conjugal	Affirmation d'une féminité intérieure et spirituelle
Audrey	Résistance, fierté, combativité	Élaboration d'une féminité renouvelée, autonome et inspirante

Tableau 3: Tableau de transformation personnelle

Ces parcours illustrent trois façons distinctes de vivre dans un corps transformé et de redéfinir l'identité féminine après une rupture corporelle significative.

5.2.4. L'émergence d'un nouveau récit de soi

La mastectomie, bien qu'elle crée une déchirure symbolique, offre aussi une chance de réécrire son histoire personnelle. Chacune des trois femmes partage, à sa manière, le désir de donner un sens à ce qu'elles vivent. Le récit devient alors un espace où se dessine une nouvelle subjectivité :

Noémie : *« la maladie ci m'a donné un moral de fer, un mental très fort »*

Ariane : *« Je suis contrainte de devenir une nouvelle personne ».*

Audrey : *« Ce n'est pas la fin, c'est un tournant. J'ai évolué, et ce n'est pas une mauvaise chose ».*

Ce processus de réécriture biographique contribue à la reconstruction de leur identité. Être une femme après une mastectomie, ce n'est pas seulement retrouver ce qui a été perdu, mais aussi réinventer qui l'on devient.

Le thème de l'identité féminine met en lumière un processus de déstabilisation et de réinvention profonde. La mastectomie, bien au-delà de la perte d'un sein, entraîne une remise en question de la féminité telle qu'elle est socialement définie (beauté, désirabilité, rôle maternel). Noémie, Ariane et Audrey représentent trois voix d'un même combat : retrouver leur identité après une épreuve qui touche au cœur de la féminité. Leurs témoignages montrent que l'identité féminine, loin d'être anéantie par la mastectomie, peut se reconstruire différemment, de manière plus profonde, plus libre, et parfois plus forte qu'auparavant.

En résumé, cette recherche qualitative révèle que la mastectomie, loin de figer les femmes dans un rôle de victime, les engage dans un processus actif de reconstruction, où les ressources internes (comme la foi, la dignité, et le récit de soi) se mêlent aux soutiens externes (famille et amis) à travers la technologie.

Les témoignages recueillis ne parlent pas seulement de souffrances : ils mettent également en lumière des formes de courage, de sagesse et de lucidité, qui révèlent ce que la médecine ne peut pas toujours exprimer : la force intérieure des femmes face à la perte, et leur capacité à réinventer leur identité même dans la vulnérabilité.

CHAPITRE 6 :

INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS

Ce chapitre est principalement consacré à l'interprétation des résultats obtenus et à leur discussion. Dans cette visée, nous allons premièrement faire la synthèse desdits résultats. Puis nous les interpréterons à la lumière des théories sur lesquelles s'étaient notre étude. Par la suite nous ferons une discussion au regard des recherches antérieures. Enfin nous présenterons les implications et les perspectives de notre étude.

6.1. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

Les résultats de notre étude proviennent des données collectées auprès de trois femmes ayant subi une mastectomie. Ces femmes ont été rencontrées dans l'enceinte du HGY, au service d'oncologie. Elles se trouvent dans un intervalle de 45 à 55 ans. C'est ainsi que notre échantillon est constitué d'une femme de 45 ans à qui nous avons donné le pseudonyme de Noémie : d'une femme d, de 46 ans qui a pour pseudonyme Ariane et d'une femme de 55 ans ayant pour pseudonyme Audrey. À travers les histoires de Noémie, Ariane et Audrey, cette étude met en avant la richesse et la complexité des expériences vécues par les femmes qui font face à la mastectomie. Bien au-delà de l'aspect médical, la perte d'un sein chez une femme, représente une rupture corporelle significative, mais aussi une crise identitaire, sociale et existentielle, qui pousse chaque femme ayant subi une ablation du sein à redéfinir sa relation avec elle-même, avec les autres, et avec son environnement.

Le processus d'élaboration subjective observé chez ces femmes mastectomisées repose sur un étayage multidimensionnel social/affectif, ; spirituel/religieux Kaës (2009) et technologique (Tordo ; 2019) sans lequel la reconstruction identitaire post-mastectomie n'est possible. Notre analyse thématique a fait ressortir trois principaux thèmes du vécu post-mastectomie. Il s'agit en outre du corps mutilé ; du soutien multiple au travers de la technologie ; et enfin de la féminité.

Devenu étranger et douloureux au multiples facettes (physique, esthétique, existentiel), le corps mutilé est d'abord perçu comme un corps blessé, Cependant, pour certaines, ce corps finit par être accepté et devient un symbole de résistance et de réappropriation, où la souffrance peut se transformer en une source de dignité ou de combativité.

Bien qu'il ne puisse pas effacer la douleur, il permet de la partager, de la rendre plus supportable, et parfois même de lui donner du sens. Le soutien, qu'il soit conjugal, familial, religieux ou communautaire et même de l'artefact à travers la technologie comme interface, se révèle être un levier essentiel pour l'étayage. À l'inverse, l'absence de soutien peut intensifier

l'isolement et la dégradation de l'estime de soi. Hormis le soutien familial et social, la spiritualité chrétienne se présente comme un élément important dans la manière dont l'épreuve est symbolisée. Elle offre une structure de sens, une promesse de paix, de guérison et une alternative aux explications traditionnelles (rituelles) généralement rejetées. La foi devient alors un moteur de courage et d'espoir.

Nous trouvons également la technologie qui est perçue comme un nouvel espace d'expression et d'extension du corps, de réflexion, d'information et de reconnaissance. L'utilisation du smartphone, comme espace de stockage (photos, vidéos) permet à ces femmes de pouvoir se reconnecter à leur vécu douloureux, voire de l'intégrer en donnant un sens nouveau à son passé. Cependant, dans les groupes numériques, leur utilisation varie selon les personnalités : certains y trouvent un refuge, tandis que d'autres y ressentent un désordre émotionnel. Leur efficacité dépend donc d'un engagement subjectif actif et critique.

Enfin, la féminité après une mastectomie ne se limite pas à une simple perte ou à une reconquête standardisée, elle se redéfinit à travers des parcours uniques. La mastectomie devient une expérience de transformation personnelle, un passage qui peut être douloureux, mais aussi un chemin vers une redéfinition de soi : être femme malgré la perte, être mère d'une manière différente, être forte là où l'on a pu se sentir affaiblie.

6.2. INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS

Dans cette section, nous interprétons les résultats de notre recherche au regard des théories phénoménologiques et des théories psychanalytiques. Les théories phénoménologiques sont convoquées pour comprendre la transformation subjective et l'intégration de la perte dans le nouveau récit de son histoire. Nous convoquerons ainsi dans notre recherche la phénoménologie interprétative de Ricoeur (1990), qui articule le vécu subjectif et l'interprétation du sens, et la phénoménologie existentielle et perceptive de Merleau-Ponty (1945), qui se concentre sur le corps vécu, la perception et l'incarnation du corps. Quant aux théories psychanalytiques, elles sont sollicitées pour appréhender les processus inconscients, les conflits psychiques et les défenses mobilisés par le sujet en nous aidant à analyser les mécanismes de reconstruction psychique, les fonctions de l'étayage et le rôle des signifiants culturels inconscients. Nous convoquerons les recherches d'Anzieu (1995) sur le Moi-peau, les travaux de Kaës (2009) sur les alliances inconscientes et les études de Tordo (2019) sur le Moi-cyborg.

6.2.1. Interprétation et discussion des résultats issus du corps mutilé et devenu étranger : rupture du Moi corporel

La brulure [mastectomie] réalise un équivalent de situation expérimentale où certaines fonctions de la peau sont suspendues ou altérées et où il est possible d'observer les répercussions correspondantes sur certaines fonctions psychiques. Le Moi-peau, privé de son étayage corporel, présente dans un certain nombre de défaillances, auxquels il est toutefois possible de remédier en partie par des moyens psychiques (Anzieu, 1995, p. 230).

Noémie : « C'est ça qui m'a un peu bouleversé. Ça !!! il faut le signaler. Ça m'a bouleversé » ; « je me suis senti vraiment diminuée ». Ariane : « C'était dur le moment-là Docteur ! très, très dur » ; « c'était un choc, un choc pour moi » ; « Les mains, les pieds, le visage, tout ça-là était vraiment noir » ; « Je ne me reconnaissais même plus ». Audrey : « Sur l'instant j'ai été bien déstabilisée ». Cela nous indique sentiment de rupture. Il y a eu atteinte de l'unité narcissique du Moi, qui s'appuyait sur l'intégrité de la peau et donc du corps. Cette atteinte fut plus profonde chez Ariane comparément aux deux autres participantes. Particulièrement chez Audrey où on note une résonance traumatique due au fait de la mort de sa sœur de suite du même cancer.

Ariane : « j'étais laide ! quoi ? bien laide même ! eh ah ! je n'ai jamais... je ne me suis jamais sentie aussi laide que ça. Toute noire » ; « Même me regarder me dépassait. Quoi ??? surtout alors la cicatrice là !!! ». Ces verbatims nous signalent une perturbation de l'image du corps. Il y a eu effondrement de l'enveloppe narcissique construite sur son image du corps entier.

Seul le discours d'Ariane nous indique une altération corporelle profonde, souvent décrite comme une perte de soi ou un corps étranger. Ce vécu traduit une rupture dans le lien d'identification au corps, que le Moi-peau d'Anzieu (1995) aide à éclairer : le corps est un support narcissique et relationnel. Une atteinte de l'intégrité de la peau peut provoquer un effondrement du contenant psychique, menaçant la stabilité du Moi. Ce qui se présente autrement chez Noémie et Audrey qui ont vécu une altération corporelle moins profonde.

La privation d'étayage corporel du Moi-peau peut être analysé selon les résultats de notre recherche comme le positionnement de la technologie comme mécanisme compensateur. Tordo déclare que : « Touchant à la topographie du psychisme, comme elle touche [...] à la structure profonde de la peau. En effet, non seulement le cyborg passe par une métamorphose

du corps, mais il est aussi traversé, suivant notre hypothèse, par une métamorphose du Moi » (2019 ; 118).

6.2.2. L'Étayage : Ressources multidimensionnelle

6.2.2.1. Étayage affectif/social

« Le lien de couple est de ce point de vue une configuration particulière de tout lien, mais il s'inscrit électivement dans cette proposition que le lien est l'expérience de cette réalité psychique inconsciente dont les processus et les formations sont gouvernés par la logique du " pas l'un sans l'autre et sans l'ensemble qu'ils forment, qui les lie et qui les identifie " » (Kaës, 2009, p. 165).

« Lui-même (mari) m'a dit que ce n'est pas ça toi ! ce n'est pas le sein-là qui est toi ! si moi j'étais toi sans sein, je serai fière de t'avoir comme ma femme que j'ai aimée et que j'aime et que je continuerai à aimer. Ça m'a trop réconforté » ; « ... mon mari est toujours présent » ; « Je suis ton mari et je t'aime encore plus fort ... et ses encouragements » ; « Mon mari m'appelle constamment pour avoir des nouvelles surtout quand j'étais à l'hôpital et qu'il travaillait » ; « Et j'avais envoyé un article sur un de mes symptômes à mon mari, qui a vite fait de le lire et de me dire que ce n'est pas grave ».

Ces verbatims indiquent le pacte du couple est structurant avec son mari. Le lien de couple, établi et maintenu dans ce pacte, malgré les enjeux que comporte la mastectomie, semble respecté l'accord amoureux et s'actualise pour mettre traiter la négativité. Ce lien est un espace psychique commun et partagé où il y a réparation, apaisement des angoisses pour les partenaires du lien. Son mari agit également au niveau narcissique. Sans toutefois oublier qu'il agit aussi symboliquement, dans la place que son mari lui accorde dans le couple *« sans compter les mots que mots que mon mari dit : " ma femme ! " ; " mon épouse ! " ; " ma mère ! " ; " ce n'est rien tout ça ! " »*. Le mécanisme qu'on retrouve dans ce pacte de couple est le refoulement.

Le couple se présente simultanément comme une espace et un processus pour l'aboutissement de désirs inconscients qu'aucun des partenaires ne pourrait effectuer de lui-même. En même temps, le couple apparaît comme un vigoureux organisateurs des mécanismes de défenses du Moi de chaque sujet. La technologie se présente donc comme cette interface qui maintien la dynamique du couple même hors-regard.

« Lisette avec qui je partageais presque tout. Du début de la maladie. C'est avec elle que j'étais vraiment en contact, c'est avec elle que je parlais à l'hôpital, donc je n'avais presque rien à lui cacher. Surtout en ce qui concernait la maladie ». La directionnalité de cette alliance indique

qu'il s'agit d'une alliance « pour », car c'est pour atteindre un but, la guérison de Noémie, que le lien s'est consolidé. Ce lien fournit un espace où pourra être traité la négativité. Le numérique maintient cette espace dans le virtuel. Le mécanisme qu'on retrouve dans cette alliance est le refoulement.

Ariane : *« Donc, l'opération a eu lieu. Et puis, j'étais très contente parce que ma fille est revenue ... j'avais peur » ; « je ne sais pas, dans ma tête, si elle (sa fille) n'était pas là, je ne sais pas si je serais sortie, je ne sais pas » ; « il y a aussi plein de messages de réconfort de ma fille, de mon fils surtout quand il m'avait dit : " ne t'en fais pas, Dieu ne peut pas t'enlever à moi..." »*. Des pactes matrimoniaux et fraternels, il y a un investissement narcissique d'Ariane dans l'attention que lui porte l'ensemble des membres de sa famille, particulièrement celle de sa fille. La défense qui y est présente est le refoulement.

« Originellement, le contrat est fondé sur une inégalité fonctionnelle et hiérarchisée, il doit susciter l'adhésion et l'influence qui, par le mouvement des identifications et des idéaux, impriment sa pensée et sa volonté à l'ensemble et sur le nouveau membre. En réalité, chaque fois qu'il se renouvelle, il met en tension des rapports de force inégaux. Et de cette asymétrie, ou de cette inégalité, résulte une dette narcissique dont chaque sujet s'acquitte selon diverses modalités, imaginaires ou symboliques, à travers ses investissements de transmission dans le groupe des contemporains ou dans la descendance » (Kaës, 2009, p. 63).

« J'ai voulu abandonner le traitement nor !? ma fille et mon fils ont parlé, mon frère qui est évêque à Bafoussam a parlé. Tout le monde dans la famille a parlé ». Ce verbatim peut être traduit par le fait que la guérison d'Ariane était une façon pour elle de s'acquitter d'une dette narcissique. L'interface numérique a permis de maintenir la pression pour que Ariane respecte son engagement.

« Trois sœurs, même mon petit frère qui est en Europe est venu, tout le monde est venu me voir » ; « mon petit frère et sa petite famille qui m'ont été d'un réconfort avec les " on t'aime Tata ! " » ; « j'étais en contact constant avec mon frère » ; « ma tante qui est milliardaire là ! qui a payé plus de la moitié de mon hôpital-là au Maroc ». Ce pacte fraternel maintenu à travers le numérique (qui joue sa fonction d'interface), nous indique le lien fraternel offre une scène et un moyen d'accomplir les désirs inconscients qu'Audrey ne pourrait réaliser seule. En même temps, ce groupe apparaît comme un puissant organisateur de processus défensifs du Moi pour celle-ci.

6.2.2.2. Étayage symbolique par la foi et par la spiritualité religieuse à travers la technologie

La fonction de représentation commune, qu'exige l'alliance, est assurée pour l'essentiel par la référence religieuse. Le rassemblement de toute l'institution se fait presque toujours à partir d'un prétexte religieux, et même lorsque le motif ne l'est pas, la réunion du groupe commence et se termine toujours par un cantique ou une prière. À cette occasion, tous s'éprouvent comme une seule voix. Les discours qui se tiennent sont toujours organisés par le thème suivant : « Nous sommes un seul corps, un seul esprit, celui de Jésus ; en lui nous ne faisons qu'un. » La référence religieuse est mise au service de la co-inhérence de chacun à l'institution. Elle est l'occasion de proclamer et de ritualiser l'union de tous les participants en un seul corps ; elle fournit les arguments nécessaires à la neutralisation des angoisses de perte et de morcellement, ravivées par chaque départ et elle suscite cette promesse : " Nous prierons pour elle, nous nous retrouverons tous au ciel. " » (Kaës, pp. 137-138).

« L'alliance se marque donc d'une coupure, d'une trace, d'un sceau, qui participent à la fonction d'un repère identificateur » (Kaës, p. 22)

Noémie : *« Je sais que je vais à la prière... » ; « Je vais vers le pasteur, on fait la prière et je sais que tout ira bien » ; « on fait la prière et je sais que tout ira bien » ; « Je prie et voilà, je trouve ma paix ».* Ariane : *« sans compter la prière. Beaucoup de prières » ; « mon fils surtout quand il m'avait dit : " ne t'en fais pas, Dieu ne peut pas t'enlever à moi..." ».* Audrey : *« ... car il n'y a que Dieu pour nous sauver ... » ; « C'est Dieu seul qui lit les cœurs et il connaît ma foi avec lui » ; « c'est Dieu qui a créé ces médecins ».* Les alliances religieuses sont des alliances asymétriques qui renvoient à un pacte d'aliénation, tissées par chacune des participantes dans le numérique dans leur(s) groupe(s) respectif(s), nous indiquent l'importance de la religion dans la reconstruction identitaire. La religion pour Kaës (2009) est en effet un repère identificateur, qui dans une telle situation d'atteinte corporelle, elle leur permet de se sentir dans un seul corps avec Yahvé en donnant du sens à un tel événement. Ce qui crée un espace pour soulager cette angoisse de morcellement. Le numérique offre un équivalent de cette espace avec abstraction de corps physique, mais avec maintien d'un corps uni dans Yahvé. La défense qu'on retrouve généralement dans ce genre de lien selon Kaës (2009) est le déni. L'analyse montre également le déni dans ces groupes communautaires religieux.

6.2.2.3. La technologie comme relai d'un étayage maternel

« la folie peut se transmettre, tout comme les bases fondatrices de la psyché sont sous l'effet des déterminations transgénérationnelles et intergénérationnelles. C'est au moment où la souffrance narcissique s'ouvre sur la faillite des civilisations que surgissent

les catégories et les concepts par le moyen desquels nous essayons de les penser. Aujourd'hui nous pouvons commencer à comprendre comment s'effectue — ou ne s'effectue pas — la transmission des mouvements de vie et de mort psychique entre les générations. Nous commençons à comprendre à l'échelle du sujet, de la famille, du groupe et des sociétés, les effets de ce qui est resté inélaboré dans le processus de transmission, comment des objets énigmatiques et des silences se sont transmis à l'occasion de dénis collectifs ou de ruptures du contrat narcissique » (Kaës, 2009, p. 75).

Certains pratiques, surtout les rites demeurent pour les participantes comme des objets énigmatiques qui se sont transmis parfois dans les dénis collectifs ou parfois dans les ruptures narcissiques. Ces énigmes sont des objets inélaborés qui ont été transmis de génération en génération. Pour Kaës (2009) et selon nos analyses, la « faillite de la civilisation » renvoie à l'ouverture à la technologie.

« La technologie maintien le corps, tout comme les mains de la mère ont tenu le bébé dans les premiers temps de sa vie. Par extension, le Moi-cyborg assure une fonction de maintenance et d'auto-maintenance du psychisme, par identification à la solidité, à la force et au maintien assuré par la technologie » (Tordo, 2019, p. 102).

Autrement dit, la technologie dans sa fonction de maintenance et d'auto-maintenance a pris le relai de certains éléments de la culture qui par essence servaient d'appui au psychisme et à l'identité pour se construire.

6.2.2.4. Étayage sur les pairs à travers le numérique

« ...quels que soient leur fondement, leur fonction et leur finalité, les alliances inconscientes accomplissent les liens, tous les liens intersubjectifs, transsubjectifs et sociaux, autant ceux qui lient les générations entre elles que ceux qui lient les contemporains entre eux » (Kaës, 2009, p. 4).

Noémie : « ... si quelqu'un pose un problème, par où je suis passé, j'essaye de lui dire comment j'ai fait pour y arriver » ; « C'est en étant dans ce groupe que j'ai compris qu'il faut partager » ; « ... dans le groupe on est 90% dont le taux de globule blanc est bas... » ; Ce sont les gens du groupe-là qui m'ont aidé à relever ça ». Ariane : ; « le groupe de soutien malade [...] on avait tous le cancer ». Audrey : « ... dans ce groupe-là. Bon on est ensemble » ; « dans ces groupes on partage beaucoup de choses ». Ces verbatims traduisent selon Kaës (2009) que cette alliance fondée dans le numérique par les pairs, est construite « contre » la mort, la destructivité relative au cancer et qui provoque chez les participantes de l'angoisse. Ainsi, dans l'unisson, cette alliance permet le traitement du négatif tant dans l'espace interne que dans le

lien. Pour Tordo (2019), en ce qui concerne le lien qui s'établit dans le numérique, la technologie exécute la fonction contenante.

Ariane : « *« Je prends ce qui m'intéresse... les conseils, les marches sportives »*. Audrey : « *... dans ces groupes on partage beaucoup de choses » ; « Montrer sa cicatrice à tout le monde ? Pourquoi ? Est-ce que ça aide ? » ; « Je saute certaines discussions... ça me fatigue »*. Ces verbatims traduit selon Kaës (2009) que cette alliance établit dans le numérique est un pacte dénégatif dont l'investissement des participantes dans le groupe n'est ni imposé ni impossible.

« Mais maintenant là ils ont mal orienté ce groupe » ; « l'histoire du groupe-là ne m'aide plus en rien » ; « je vais même sortir de ce groupe ». Selon Kaës (2009) le groupe de soutien numérique a changé les termes du contrat. Ce qui pour Noémie est prête à la trahison en quittant le groupe pour protéger son Moi. Selon Tordo (2019), la technologie ne joue pas sa fonction de pare-excitation, ne remplit pas ses qualités filtrantes des excitations, agressions.

6.2.2.5. Étayage technologique/numérique

« Le Moi-cyborg est une figuration dont le Moi du sujet se sert pour se représenter la technologie comme faisant partie de son corps et de son psychisme. C'est donc une réalité fantasmatique » dont le sujet se sert pour se représenter la technologie comme faisant partie de lui-même, comme une extension de lui-même » (Tordo, 2019, p. 55).

Noémie : « *Tous les jours de la vie, chaque heure de la vie, chaque minute de la vie, chaque seconde de la vie. Sauf quand je dois dormir. Parfois je suis connecté... mais au moment de dormir j'oublie de me déconnecter » ; « Je suis connectée 24 heures sur 24 » ; « qu'à mon réveil, c'est avec mon téléphone que je prie » ; « Mon mari m'appelle constamment pour avoir des nouvelles surtout quand j'étais à l'hôpital, la famille, les amis, du moins ceux qui était au courant de ma situation, aussi certains collègues là... » ; « Le téléphone me sert à beaucoup de choses à communiquer, à prier, comme j'ai ma bible à l'intérieur, garder des photos... Bref, pour beaucoup hein, je dirai » ; « J'ai aussi fait des recherches et des recherches sur le cancer du sein, la mastectomie... ça je ne vous le dis pas. Pour voir à quoi j'ai à faire »*.

Ariane : « *Je suis toujours avec mon téléphone. Je me réveille, je prends mon téléphone, je pars au boulot, j'ai constamment mon téléphone à portée de main, avant de dormir, j'ai mon téléphone. En fait, je l'ai constamment... » ; « Suivre la musique, regarder les vidéos »*.

Audrey : « *De nos jours on peut encore vivre sans la technologie ? Sauf si tu es un hermite. J'ai toujours mon téléphone* » ; « *Mon téléphone est important [...] pour stocker mes données, photos, vidéos, documents* ».

Ces verbatims révèlent que le smartphone chez la participante comme artefact qui sert à stocker des données personnelles remplit, selon Tordo (2019, p. 85), la fonction de contenance et la fonction d'augmentation, car il se présente comme étant une forme d'élargissement des limites du Moi dans la technologie.

L'analyse faite indiquant que les participantes sont en contact continue avec le smartphone est traduit par Tordo (2019, p. 102) comme le Moi-cyborg assurant la fonction de maintenance et d'auto-maintenance du psychisme.

6.2.3. Transformation subjective : vers une reconstruction identitaire

6.2.3.1. Mouvement de reconstruction du soi Ricoeur (1990)

Ricoeur (1996) introduit la notion d'identité narrative. Et il écrit :

Le récit construit l'identité du personnage, qu'on peut appeler son identité narrative, en construisant celle de l'histoire racontée. C'est l'identité de l'histoire qui fait l'identité du personnage. C'est cette dialectique de concordance discordante du personnage qu'il faut maintenant inscrire dans la dialectique de la mêmeté et de l'ipséité. La nécessité de cette réinscription s'impose dès lors que l'on confronte la concordance discordante du personnage à la requête de permanence dans le temps attaché à la notion d'identité... (pp. 224-225).

Noémie : « *Donc je savais qu'on devait opérer...* » ; « *j'avais déjà vu la chute finale* » ; « *Ce qui est sûr, je savais qu'on devait me blesser...* » ; « *Mais présentement je suis diminuée physiquement...* ». Ariane : « *...quand j'étais sous traitement...* » ; « *C'est là où on s'est rendu compte que c'était un cancer. Ce que je n'osais même pas prononcer* » ; « *c'était dur le moment-là Docteur ! très, très dur. Mais bon !!! Maintenant ça va !* ». Audrey : « *Ce n'était surtout pas très agréable...* » ; « *je répondais toujours que...* ». Les verbatims de chacune de ces participantes montrent une mise en récit de l'épreuve vécu, le passage du chaos au sens en intégrant les éléments du chaos dans son discours.

Noémie : « *...maintenant, je me suis adaptée. A l'intérieur j'ai accepté ma situation* » ; « *Je peux juste accepter ma situation* ». Ariane : « *Dans la tête, je m'y suis déjà fait à l'idée que*

mon corps ne reviendra pas » ; « mais je ne suis plus cette femme-là ! » ; « Alors obligé d'être une nouvelle personne... ». Audrey : « Maintenant je dois faire les tresses tout le temps, si je dois être présentable » ; « Mais moi je suis toujours belle ! ». Chacune des participantes réorganisent son récit en incluant la perte de l'objet. Cela peut se traduire par le fait que le soi soit affecté par la mastectomie, ce qui peut transformer également la manière de se présenter soi-même. Les participantes expriment donc un mouvement reconfiguration du soi à partir de leur récit. En effet, leur récit témoigne d'une refiguration de leur trajectoire. En racontant différemment leur histoire, tout en intégrant la perte dans le discours.

6.2.3.2. La réincorporation du corps mutilé de Merleau-Ponty (2014)

Pour parvenir à ce processus de reconstruction identitaire, il nécessite une réincorporation du corps blessé. Merleau-Ponty (1945) déclare :

Le compte est déjà fait, déjà la nouvelle apparence est entrée en composition avec le mouvement vécu et s'est offerte comme apparence d'un cube. La chose et le monde me sont donnés avec les parties de mon corps, non par une « géométrie naturelle », mais dans une connexion vivante comparable ou plutôt identique à celle qui existe entre les parties de mon corps lui-même (p. 406).

« Le corps est le véhicule de l'être au monde, et avoir un corps c'est pour un vivant se joindre à un milieu défini, se confondre à certains projets et s'y engager continuellement » (p. 171)

Nous avons réappris à sentir notre corps, nous avons retrouvé sous le savoir objectif et distant du corps cet autre savoir que nous en avons parce qu'il est toujours avec nous et que nous sommes corps. Il va falloir de la même manière réveiller l'expérience du monde tel qu'il nous apparaît en tant que nous sommes au monde par notre corps, en tant que nous percevons le monde avec notre corps. Mais en reprenant ainsi contact avec le corps et avec le monde, c'est aussi nous-même que nous allons retrouver, puisque, si l'on perçoit avec son corps, le corps est moi naturel et comme le sujet de la perception (Merleau-Ponty, 1945, p. 409).

La reconstruction identitaire est donc caractérisée par la capacité de retrouver son corps, de le réinvestir. Ce qui est le cas de Noémie : *« La personne que tu as face à toi actuellement, c'est cette femme de 45 ans qui a envie d'atteindre les 80. De voir ses enfants grandir et ses petits-enfants. Et cette dame qui... qui a envie d'aller de l'avant comme je l'ai dit déjà, c'est cette femme. Je veux vivre, je veux avancer... » ; « Mais la maladie ci m'a donné un moral de fer, un mental très fort ». Audrey : « Maintenant je dois faire les tresses tout le temps, si je dois*

être présentable ». Noémie et Audrey présentent assez bien le fait qu'elle ait pris conscience de leur apparence et elles ont accepté leur corps et ont des perspectives d'avenir. Quant à elle Ariane : « *Je suis aimante. Je suis une personne aimante. Une femme battante qui sort de loin. Même si ça ne donne pas encore à 100% je sais que ce n'est qu'une question de temps.* On note une réappropriation lacunaire du corps. En effet, même si elle ressent encore comme toutes les autres de la douleur post-mastectomie, elle a ce sentiment de regain corporel.

6.2.4. Vers une identité numérique : Tordo (2019)

Par étayage, le Moi-cyborg a pour fonction le support de l'identité et du sentiment d'existence. Ce qui confère au sujet le pouvoir de se transformer grâce à la technologie, par la personnalisation de la technologie et/ou par transformation du corps. Il y a donc hybridation du corps.

Tordo (2019) en émettant l'idée d'une identité numérique qui va aiguiller l'identité du sujet, et va lui donner l'impression qu'il est possible d'avoir plusieurs identités qui s'affaiblissent selon ses désirs se vérifie assez bien dans le fait que l'identité qu'elles ont dans le groupe de soutien (survivante de cancer), n'est pas la même identité qu'elles présentent dans le groupe de famille, ni dans le groupe de communauté religieuse.

6.2.5. Aboutissement à une nouvelle identité

6.2.5.1. Signifiants culturels et appartenance

Ces alliances sont conclues entre des sujets et un ensemble, qui les leur imposent comme condition de la vie sociale et de leur appartenance à une communauté. C'est donc par le moyen d'une instance de la culture que l'alliance accomplit une double fonction structurante, pour l'ensemble et pour le sujet — le sujet « social » et le sujet « psychique », le sujet de l'inconscient. À l'intérieur de cette double fonction, l'alliance joue un rôle de garant et de tiers, générateur de processus de symbolisation (Kaës, 2009, p. 78).

Noémie : « *je suis une Eton du département de la Lékié, Arrondissement de Elig-Mfomo, village Nkoloba* » ; « *tant que le serpent ne t'a pas encore mordu, la peau du serpent ne peut pas t'intéresser. C'est quand le serpent t'a déjà mordu que même si tu vois la peau, tu t'intéresses que...* ». Ariane : « *je suis Bamilelé de Mbouda* » ; « *Il n'y a pas cette maladie chez nous* ». Audrey : « *je suis Bassa'a de Douala, ma mère est née à Akwa, Douala 100%* ». Selon Kaës

(2009), ces données traduisent l'appartenance à un groupe à partir des éléments communs et partagées avec leur culture d'origine qui lui assure une place.

6.2.5.2. Une dynamique d'identification, de différenciation et d'appartenance.

Dans les alliances inconscientes, la reconstruction identitaire passe aussi par un triple mouvement :

Noémie : *« je retrouve dans ce groupe... »* ; Ariane : *« Mais dans les réseaux, je discute beaucoup plus avec la présidente en Inbox »* ; Audrey : *« Je suis même dans deux fora »*. Ces données traduisent qu'elle s'identifie comme « je » dans le groupe numérique. Ce qui leur montre que chacune des participantes se pense dans leur singularité.

L'appartenance et l'identification à un collectif de vécu commun et partagé. Ces groupes de soutien numérique fonctionnent comme un espace d'appartenance symbolique où tout le monde se reconnaît en l'autre et dont la place est assurée par les différents partenaires de chaque groupe que cela soit dans les alliances familiales ou les liens contemporaines. Il est nécessaire qu'il y ait un réaménagement des liens internes et des liens intersubjectifs pour qu'ils soient maintenus.

Noémie : *« Mais la maladie ci m'a donné un moral de fer, un mental très fort. C'est-à-dire que moi j'ai dit au gens que je crois que ce n'est pas la maladie qui va me tuer. Parce que j'ai connu la pire des douleurs dans mon corps, dans mon intérieur »* ; *« La personne que tu as face à toi actuellement, c'est cette femme de 45 ans qui a envie d'atteindre les 80. De voir ses enfants grandir et ses petits-enfants »* ; *« je ne suis peut-être pas la femme du passé, qui était physiquement forte, apte. Le côté-là a diminué, mais mentalement, je suis équilibrée. Ariane : « j'ai compris que mieux moi... » ; « j'ai la chance d'avoir ce que d'autres n'ont pas. La famille, les moyens de se soigner tout ça »* Audrey : *« je suis différente, j'ai trop de grâces et je remercie le Seigneur pour ses bienfaits dans ma vie »*. On peut repérer pour chacune des participantes de la consistance inconsciente qui leur permet de se (re)penser comme sujet singulier, ayant surmonté une épreuve, capable de redéfinir sa féminité. Ce que Kaës (2009) traduit comme la différenciation.

6.3. DISCUSSION DES RÉSULTATS

Dans la présente section, nous confrontons les résultats acquis dans notre étude avec ceux obtenus dans les recherches antérieures. Les résultats issus de nos entretiens menés auprès de

femmes ayant subi une mastectomie mettent en lumière un processus complexe de reconstruction identitaire, fortement approfondi par les signifiants culturels et les formes contemporaines d'étayages, notamment les nouvelles technologies. Il sera donc nécessaire d'articuler cette discussion sur deux principaux axes. Le premier axe qui est le corps mutilé et l'identité, il s'agit d'interroger comment le corps désorganise l'identité. Le deuxième axe qui est l'étayage et l'identité, consiste à interroger comment ce processus d'étayage dans ses diverses formes permet à la participante mutilée de *tenir* face à la perte corporelle et de pouvoir se reconstruire subjectivement.

6.3.1. Corps mutilé et identité

La mastectomie, au-delà de sa finalité médicale, constitue une effraction corporelle majeure (Freud, 1920 ; Lehman, 2014). Le corps, siège de l'identité sexuée et narcissique, est ici touché dans sa consistance la plus intime. Le corps dans la culture camerounaise est un corps magnifié, Alors une atteinte de l'intégrité de celui-ci, comme c'est le cas pour l'ablation du sein, est vécu non pas comme un désordre organique, mais comme un désordre cosmique (Tsala Tsala, 1989 ; Sow, 1977), mais encore, Tsala Tsala (2009) soutient que pour comprendre la pathologie au sein d'une famille, il est nécessaire de tenir compte de la culture d'appartenance, les croyances, les pratiques sociales, ancestrales ou actuelles. Dans cette étude, l'atteinte de l'unité du corps n'est non pas vécue comme un désordre cosmique, mais plutôt comme un désordre biologique qui doit être restauré dans Yahvé. En effet, nos participantes réfutent toute pensée en lien les pratiques traditionnelles comme moyens de guérison, même si elles en ont connaissance et ne se retournent qu'au seul soin de la médecine et de Dieu pour la guérison.

« Le Moi-peau, privé de son étayage corporel, présente dans un certain nombre de défaillances, auxquels il est toutefois possible de remédier en partie par des moyens psychiques » (Anzieu, 1995, p. 230). Anzieu, avec son concept de Moi-peau, montre que la peau, métaphore du psychisme, fonctionne comme une enveloppe protectrice. Or, la cicatrice suite à la mastectomie, visible ou fantasmée, rompt cette enveloppe et génère une brèche dans la représentation de soi. Elle entraîne également une perte du processus d'étayage qui conduit aux difficultés émotionnelles (anxiété, dépression, colère, tristesse), les problèmes relationnels tels qu'au niveau du couple, et en impactant sur la sexualité.

La mastectomie renvoie à une perte d'identité avec l'atteinte à l'intégrité physique par la mutilation et la détérioration de l'image de soi (apparence, désirabilité). Elle oblige la patiente à faire le deuil du sein retiré par rapport à la silhouette antérieure et à s'adapter à une

asymétrie et des modifications du volume et des sensations tactiles pouvant entraîner des répercussions sur la sexualité et la vie conjugale (Reich, 2012).

La mastectomie est susceptible d'entraîner des troubles de l'image du corps responsable de la souffrance tant physique que psychique. Ce que notre recherche présente autrement avec une seule de nos participantes (Ariane) qui manifeste l'ensemble ces souffrances. Contrairement aux autres participantes qui présentent uniquement des douleurs physiques dues à l'opération. Ce constat vient donc remettre en question les travaux de Reich (2012) qui ne peut être généralisable à l'ensemble des femmes ayant subi une mastectomie

La difficulté émotionnelle est relevée chez la plupart des participantes de notre étude (Audrey avec le sentiment de vide ; et Ariane avec le sentiment de laideur). Ce constat corrobore avec l'étude de Derzelle (2003) qui soutient que la perte d'un sein chargé symboliquement entraîne une perte de toute-puissance. Même si cela n'est pas applicable à l'ensemble de mon échantillon.

Les problèmes relationnels, particulièrement dans le couple où dans notre étude, nous avons pu constater chez certaines de nos participantes (Ariane et Audrey), la fragilité de leur relation, dont le cancer est juste venu raviver les symptômes auxquels le couple était en proie. C'est ce que l'étude Proia-Lebouey et Lemoignie (2012) met en évidence dans le « syndrome de Lazare » comme responsable de la perturbation de l'homéostasie du couple même bien après la rémission.

L'identité, selon les perspectives psychanalytiques de Freud (1923), Anzieu (1995) ou encore Kaës (2009), s'enracine dans un Moi corporel. Le corps mutilé bouleverse dès lors l'image du corps et fragilise l'enveloppe narcissique. Le sentiment de continuité d'être est mis à mal, laissant apparaître des manifestations dépressives, des replis, parfois une perte de repères identificateurs.

6.4. Étayage et reconstruction identitaire

La notion d'étayage, héritée de Freud (1923) et reprise par Kaës (2009), renvoie au fait que le psychisme s'appuie sur des formations et contenus (internes et externes) pour se structurer et se maintenir. En situation de crise, comme celle de la mastectomie, le sujet convoque des supports multiples c'est-à-dire symboliques, relationnels, numériques pour renforcer sa continuité de soi. Ces étayages jouent un rôle fondamental dans le traitement de la négativité

pour l'intégration de la perte. Ils soutiennent le narcissisme, autorisent la mise en récit de la perte et permettent une reconstruction symbolique de l'image du corps.

Kaës (1984 ; 2009) rappelle que l'identité se construit dans les processus d'intersubjectifs et transsubjectif : elle est toujours le produit d'alliances inconscientes qui assurent le maintien du Moi et la reprise comme une des modalités de l'étayage. Notre étude montre que lorsque ces alliances sont menacées, comme dans l'expérience du cancer et de la mutilation, au-delà des alliances déjà établies et maintenues, le sujet doit également s'appuyer sur de nouveaux points d'ancrage. Dans un monde globalisé, les NT déjà ancré dans les mœurs de l'Homme, se présentent à la fois comme des nouvelles configurations dans la rencontre des contemporains, mais aussi comme une (re)configuration des alliances déjà établis, servant ainsi de relai dans les liens intersubjectifs. Elles permettent de maintenir le lien social, de chercher de l'information auprès de l'autre, de rejoindre des communautés de sens et d'affiliation.

Garcia (2008) présente le couple comme l'espace où se construit l'identité dans le sens où le sujet peut se réaménager psychiquement en réélaborant les représentations du rapport au premier objet. Cette étude correspond à notre recherche car, nous avons pu observer chez Noémie qu'elle était assez confiante en soi au détriment d'Ariane qui par l'absence de ce lien a de la difficulté à élaborer. Audrey quant à elle en a joui le temps de la maladie.

Claudel-Valentin (2017), tout comme Kaës (2009), soutient que le lien fraternel est un élément fondamental dans la construction d'un individu. Dans la survenu d'un évènement familial à caractère traumatique où l'homéostasie de la famille est troublée, ce lien peut jouer le rôle d'étayage. Chose que nous avons pu constater dans notre recherche chez la majorité de nos participantes (Ariane et Audrey) qui s'appuyait sur ce lien pouvoir continuer à se reconstruire. La dynamique de ce lien est toujours maintenue constant grâce à la numérique où se forme les groupes de famille dans on retrouve une massification de liens (matrimoniaux, fraternels et familiaux). Ce lien fraternel à travers le numérique est essentiel pour un ressenti de soutien constant par le sujet en détresse.

Ondoua (2020) dans son étude en contexte de migration, elle arrive à penser que la culture est une enveloppe qui permet à l'individu d'assurer sa continuité psychique. C'est en effet ce que révèle notre étude. Mais à la différence que nos participantes s'appuient à la fois sur certains éléments de leur culture qui constitue un repère identificatoire, et également sur les NT qui viennent davantage appuyer la culture dans son rôle.

Kaës (2009 dans les liens matrimoniaux, montre que le partage des contenus et des formations sont transmis à travers ce lien pour le développement du psychisme de l'enfant. La mère se présente dans cette alliance comme le garant. Celle à qui les autorités ont donné une procuration pour organiser la vie psychique de l'enfant. Or, dans notre étude, il est noté chez Ariane une inversion du processus d'étayage et chez Noémie, se réalise un soutien silencieux dans le regard de sa fille. Quant à Audrey, elle fait tout son possible pour ne pas perdre ce titre de garant.

Tordo (2019), avec son concept de Moi-cyborg, montre comment la technologie devient un prolongement du Moi. Le numérique, ici, est investi non pas comme simple outil, mais comme espace transitionnel, un lieu de subjectivation dans lequel l'identité peut se redéployer. La femme mastectomisée ne se résigne pas : elle réinvente son image, redéfinit ses appartenances, s'offre de nouvelles narrations d'elle-même. Toutefois, nos recherches nous ont permis de constater qu'il y a des liens qui sont établis dans le numérique. Ce qui n'a pas pu être développé par Tordo (2019) qui ne s'est limité qu'au double mouvement projection-introjection qui permet d'agrandir le Moi, or le lien tissé à travers le numérique et les processus qui s'y déroulent peuvent jouer ce même rôle d'agrandissement.

6.4. IMPLICATIONS ET PERSPECTIVES

Les implications et les perspectives liées à la présente étude sont multiples. Elles peuvent se situer tant sur le plan théorique que pratique.

6.4.1. Implications

Le cancer et ses thérapeutiques mutilantes, particulièrement la mastectomie sont des actes médicaux qui touchent l'individu dans tous les domaines de la vie. Elle est responsable de la souffrance des patients tant sur le plan physique, psychique qu'identitaire. Pour comprendre comment le recours aux nouvelles technologies renforce la reconstruction identitaire chez la femme ayant subi une mastectomie, une étude objectivante est envisageable.

Ainsi, les études effectuées dans le cadre de cette recherche nous ont permis de découvrir que le recours aux NT renforce la reconstruction identitaire chez la femme mastectomisée dans son rapport à elle-même, mais également dans son rapport à l'Autre favorisé par un étayage pluriel combinant à la fois social/affectif, symbolique, culturel.

À travers cette découverte, ces résultats vont permettre à la communauté scientifique et aux professionnels, dans leur pratique clinique, de les aider à penser autrement l'accompagnement psychique de ces femmes, dans une approche pluri-référentielle, en intégrant la dimension symbolique du corps, la pluralité des appuis et les médiations contemporaines du sujet à l'occurrence les NT qui repensent la dynamique humaine. En ce qui concerne les implications théoriques, elle contribue dans l'enrichissement des modèles de l'identité, dans l'actualisation des théories psychanalytiques et un possible dialogue entre la psychanalyse et la phénoménologie.

6.4.2. Perspectives

L'objectif de cette étude était d'appréhender comment le recours aux nouvelles technologies renforce la reconstruction identitaire chez la femme ayant subi une mastectomie. À la fin de cette étude nous avons pu effectivement relever que le recours aux NT intervient à deux niveaux. Le premier niveau dans le rapport de la femme à elle-même, et le second niveau dans son rapport à l'Autre.

Ainsi, pour continuer à questionner l'importance du recours des NT dans la reconstruction identitaire, nous souhaiter mener des études sur le plan théorique à approfondir le concept d'étayage numérique en tant que forme contemporaine de soutien et de narration de soi. Sur le plan métrologique suivre l'évolution longitudinale de la reconstruction identitaire du moment de la chirurgie jusqu'à la stabilisation du soi. Et sur le plan clinique mettre en place un dispositif clinique d'accompagnement psychologique post-mastectomie sensible aux appuis symboliques et numériques.

CONCLUSION GÉNÉRALE

La présente recherche s'est intéressée à appréhender les dynamiques intrapsychiques, intersubjectives et transsubjectives à l'œuvre dans le processus de reconstruction identitaire chez la femme ayant subi une mastectomie. En articulant les concepts de signifiants culturels, d'étayage, et de corps meurtri, elle a cherché à comprendre comment la femme, confronté à une atteinte corporelle majeure, engage un travail de transformation subjectif, à la fois interne et inscrit dans des espaces collectifs et symboliques.

L'analyse clinique des discours recueillis a révélé combien la mastectomie constitue bien plus qu'une opération chirurgicale : elle s'inscrit comme un événement de rupture du sujet avec son corps et son psychique en est atteint, mettant en crise l'ensemble des repères fondamentaux à l'identité féminine. Le corps devenu étranger, marqué par la perte d'un organe symboliquement chargé, contraint la femme à reconfigurer sa relation à elle-même, à l'Autre, mais également à son environnement. Ce travail intrapsychique s'inscrit dans un conflit psychique inconscient entre la blessure du corps réel et le désir de continuité de soi.

Dans ce contexte, les signifiants culturels jouent un double rôle, à la fois normatifs et prescriptifs, ils symbolisent les idéaux de beauté, de féminité et de maternité. Toutefois, il est également un point d'ancrage pour le psychisme, dès lors qu'ils sont réappropriés, réinscrits ou utilisés comme appuis symboliques. Les récits des participantes indiquent comment certaines se reposent sur les garants de l'alliance religieuse au détriment de la tradition. Elles se reposent aussi sur leur entourage bienveillant bien que pour certaines la distance géographique fait en sorte qu'elles ne puissent pas jouir de leur contact physique. La technologie apparaît donc comme cette médiation qui permet de conserver l'ensemble de ces liens.

C'est ainsi que le rôle des nouvelles technologies se révèle être fondamental dans plusieurs récits. Ces technologies apparaissent comme des espaces de médiation identitaire, où le sujet peut exprimer son vécu, rencontrer des pairs, s'identifier à l'Autre, se reconnaître en l'Autre et recevoir une reconnaissance symbolique et parfois initier une nouvelle narration de soi. La machine, avec l'ensemble des fonctions qu'elle remplit chez les sujets, constitue pour le psychique un espace sur lequel il peut s'appuyer pour développer son Moi-cyborg dans un double mouvement projection-introjection (Tordo, 2019). Selon notre étude les groupes de soutien numérique, les groupes communautaires religieux, les groupes de famille remplissent tout autant ces différentes fonctions et bien plus encore. Ces espaces deviennent donc des espaces où l'on peut à la fois déposer la douleur, expérimenter de nouvelles formes de représentation du corps, et reformuler son histoire.

Le processus d'étayage, au cœur de notre cadre théorique inspiré de Kaës (2009), se s'est manifesté sous des formes diverses : affectif (lien de couple, matrimonial), social (les contemporains, groupes, la société ou institutions), symbolique (alliance religieuse), ou culturel (transmissions transgénérationnelles des contenus et formations communs et partagées). Ces appuis, parfois implicites, contribuent à contenir l'angoisse de morcellement provoquée par le cancer du sein, à restaurer une enveloppe psychique stable et à soutenir une forme de continuité du narcissisme.

Cette recherche confirme aussi que la reconstruction identitaire ne peut être pensée sans une attention fine du discours du sujet, à la manière dont il narre son histoire, reformule le sens de son épreuve, et tente de réinscrire la perte dans une temporalité signifiante. Nous indiquant que l'identité n'est pas ici une donnée figée, mais un processus narratif et dynamique, tel que le théorise Ricœur (1990), où le soi se construit dans la médiation entre l'expérience vécue, les représentations culturelles et le tissu symbolique commun.

Sur le plan clinique, cette étude offre des perspectives précieuses : elle invite les professionnels à (re)penser l'accompagnement psychique post-mastectomie en tenant compte non seulement du vécu corporel, mais aussi des ressources culturelles et technologiques, et des médiations symboliques dans la foi que le sujet peut mobiliser pour se réaménager. Il ne s'agit pas seulement de réparer une blessure, mais de renforcer, et de reconstruire son identité.

Cette recherche ouvre enfin des pistes pour de futurs travaux. Il serait pertinent d'approfondir le rôle des médiations religieuses ou communautaires dans la reconstruction identitaire dans le monde numérique, d'étudier les différences interculturelles dans l'expérience de la mastectomie, ou encore d'observer plus finement l'effet des supports numériques sur les processus de subjectivation dans d'autres contextes de perte corporelle.

En somme, cette étude nous présente que la reconstruction identitaire post-mastectomie est un phénomène pluriel, engageant simultanément le corps, la culture, la parole, la relation à l'objet et les nouvelles technologies. Elle souligne la capacité du sujet à mobiliser des différents appuis pour faire face à la perte de l'objet, et à se réinventer dans un processus où la douleur devient parfois matière à la création de soi. C'est en cela que cette recherche s'inscrit dans une clinique du sujet en devenir, attentive aux formes nouvelles de l'identité contemporaine.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Amazou, E. (2008). *L'impact de la culture occidentale sur les cultures africaines*. L'Harmattan.
- Anzieu, D. (1995). *Le Moi-peau*. Dunod.
- Ardakani, B. Y., Tirgari, B., & Rashtabadi, O. R. (2019). L'image corporelle et sa relation avec les stratégies d'adaptation : le point de vue des femmes iraniennes atteintes d'un cancer du sein après une opération. *European journal of cancer care*, 1-12. 10.1111/ecc.13191.
- Balibar, E. (1992). Culture et identité. *Revue Naqd*, 2, 9-21.
- Bandura, A. (2019). Chapitre 2. La théorie sociale cognitive : une perspective agentique. Dans P. Carré et F. Fenouillet *Traité de psychologie de la motivation : Théories et pratiques* (p. 13-45). Dunod. 10.3917/dunod.carre.2019.01.0013.
- Beaucage, P. (2009). *Corps, cosmos et environnement chez les Nahuas de la Sierra Norte de Puebla: une aventure en anthropologie*. LUX-Humanités.
- Ben Soussan, P. (2021). Psychanalyste dans un centre anticancéreux : Andrée Lehmann (1923-2022). *Cancer(s) et psy(s)*, 1(6), 127-139. 10.3917/crpsy.006.0127.
- Bertrand, M. (2005). Qu'est-ce que la subjectivation ?. *Recherches*. 24-27.
- Bouillier, V., et Tarabout, G. (2002). *Images du corps dans le monde hindou*. CNRS Editions.
- Brahmi, F. (2001). La généalogie du moi dans la philosophie de Hume. *Revue philosophique de la France et de l'étranger*, 126(2), 169-190.
- Brunet, J., Sabiston, C. M., et Burke, S. (2013). Surviving breast cancer: Women's experiences with their changed bodies. *Body Image*, 10(3), 344-351. 10.1016/j.bodyim.2013.02.002.
- Cano, D. (2015). L'atteinte du corps. Une psychanalyste en cancérologie Andrée Lehmann, Editions ERES, 2014, Collection « Singulier-Pluriel ». *Cahiers de psychologie clinique*, 1(44), 223-225. 10.3917/cpc.044.0223.
- Carré, P. et Fenouillet, F. (dir.) (2009). *Traité de psychologie de la motivation : Théories et pratiques*. Dunod.
- Cernat, C., & Birman, J. (2018). La prise en charge des représentations laides de soi. *Topique*, 3(144), 125-139.
- Chardel, P.-A., et Khatchatourov, A. (2020). Identité, différence et droit au secret à l'ère numérique. *Rue Descartes*, 98(2), 103-117. 10.3917/rdes.098.0103.

- Claudel-Valentin, S. (2017). Chapitre 16 : La fratrie comme source de résilience. Dans A. Vinay (dir.), *La famille aux différentes étapes de vie*. halshs-02337170.
- Cuynet, P. (2010). Lecture psychanalytique du corps familial. *Le Divan familial*, 25(2), 11-30. <https://doi.org/10.3917/difa.025.0011>.
- Dalibert, L. (2021). Technologie. Dans J. Rennes *Encyclopédia critique du genre* (p. 762-774). La Découverte. 10.3917/dec.renne.2021.01.0762.
- Dejours, C. (2008). Psychosomatique et troisième topique. *Le Carnet Psy*, 126(4), 38-40. 10.3917/lcp.126.0038.
- Derzelle, M. (2003). Temps, identité, cancer. *Cliniques méditerranéennes*, 68(2), 233-243. 10.3917/cm.068.0233.
- Derzelle, M. (2010). Les enjeux d'une « consultation rémission ». *Annales Médico-Psychologiques*, 168(8), 636. 10.1016/j.amp.2010.07.003.
- Deschamps, D. (1997). *Psychanalyse et cancer*. L'Harmattan.
- Devereux, G. (1972). *Ethnopsychanalyse complémentariste*. (T. Jolas & H. Gobard, Trad.). Flammarion.
- Djomby-Sike Moukoudi, M. G. (2021). Le corps féminin : site traumatique et discursif chez Léonora Miano. *African Journal of Literature and Humanities*, 2(3). 158-167.
- Dong, T., Magne Fongang A. G., Njifon Nsangou, H. (2023). Vécu mélancolique et altération de la sexualité chez les femmes mastectomisées avec cancer du sein. *Perspectives Psy*, 62(3). 268-277. 10.1051/ppsy/2023623268.
- Dubar, C. (2008, 02 avril). Entretien avec Claude Dubar [entretien]. Propos recueillis par S. Fraisse-D'Olimpio. SES. SES/rmtomp4/ù4a/dubar/interview_31-03-2008.m4a
- Esong, E. L. (2024, 22 août). Radiotherapy Machine Absolutely Needed. *Cameroon tribune*, 18.
- Essaga Onyong, S. B. (2022). *Capacités créatrices et réaménagement identitaire chez l'adolescent infecté par le VIH/sida une étude de cas* [mémoire de master, Université de Yaoundé I]. hdl.handle.net/20.500.12177/10487
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (3^e éd). Chenelière éducation.

- Foucault, M. (1982). *The subject and power*. *Critical Inquiry*, 8(4), 777-795.
- Freud, S. (1923). *Le moi et le ça* (S. Jankélévitch, Trad.). [E-book]. Cégep de Chicoutimi.bibliotheque.uqac.quebec.ca/index.htm.
- Garcia, V. (2008). Le couple : espace identitaire à trois facettes. *Dialogue*, 4(182), 135-144. 10.3917/dia.182.0135.
- Gosselin, V. (2011). *Problématique(s) des rapports soma/psyché dans les neurosciences et dans la psychanalyse. Du réel de la science au réel du parlêtre* [Thèse de doctorat, Université Toulouse 2 Le Mirail]. Thèse.fr.
- Gros, C.-M. (novembre 2009). *Le sein entre corps, symbole et expérience de la maladie* [Conférence 31^{es} Journées de la SFSPM, Université Lyon 1]. dlwqtxts1xzle7.cloudfront.net/37989577.
- Hall, S. (1996). *Cultural identity and diaspora*. In P. Mongia (Ed.), *Contemporary postcolonial theory: A reader* (pp. 110-121). Arnold.
- Ionescu, S., Rutembesa, E., & Boucon, V. (2010). La résilience : perspective culturelle. *Bulletin de psychologie*, 63 (6). 463-466.
- Juignet, P. (2016). Chapitre 13. La méthode clinique en psychopathologie. *Manuel de psychopathologie générale : Enfant-Adolescent-Adulte*. 158-166. Presses universitaires de Grenoble. <https://shs.cairn.info/manuel-de-psychopathologie-generale--9782706124198>.
- Julliem, F. (2016). *Il n'y a pas d'identité culturelle*. L'Herne.
- Kpatchaa, S. (2022). Itinéraires thérapeutiques des patients dans un contexte de défaillances du marché de soins au Togo. *Santé Publique*, 4(34), 527-536. 10.3917/spub.224.0527
- Kaës, R. (2009). *Alliances inconscientes*. Dunod.
- Kaës, R. (1984). Étayage et structuration du psychisme. *Connexions*, 44. 11-48.
- Kristeva, J. (1982). *Powers of horror: An essay on abjection*. Columbia University Press.
- Le Breton, D. (2011). Images culturelles du corps Entre organisme et chair. *Représentation en science du vivant* (6), 27(3), 311-314. 10.1051/medsci/2011273311.

Leroy, F., & Fawaz, A. (2016). L'intrus qui venait de l'intérieur : Le cancer, entre corps affecté et sujet divisé. *Cliniques méditerranéennes*, 2(94), 177-188.

Lontsi Kiampi, F. (2023). *Vécu traumatique des diabétiques amputés et reprise du moi-corps : une étude de cas* [mémoire de master, Université de Yaoundé I]. hdl.handle.net/20.500.12177/11435.

Marty, P. (2021). *La psychosomatique de l'adulte* (8^e éd). PUF.

Ménissier, T. (2008). Culture et identité : Une critique philosophique de la notion d'appartenance culturelle. *Le Philosophoire*, 30, 211-231.

Merleau-Ponty, M. (1976). *Phénoménologie de la perception*. Gallimard.

Ministère de la Santé Publique. (Juin, 2020). *Plan Stratégique National de Prevention et de Lutte contre le Cancer* (PSNPLCa).

Mohammadi, S. Z., Khan, S. M., & Vanaki, K. Z. (2018). Reconstruction of feminine identity: the strategies of women with breast cancer to cope with body image altered. *International Journal of Women's Health*, 689-697. 10.2147/IJWH.S181557.

Mucchielli, A. (2021). *L'Identité*. Presses Universitaires de France.

N'goran, H., Ainyakou T. G., & Comoe, C. C. (2019). Social Logic for the Refusal of Breast Reconstruction by Women Who Have Had a mastectomy in the Locality of Paris (France). *East African Scholars Multidisciplinary Bulletin*, 2(10), 298-307. 10.36349.EASMB/2019.v02i10.007.

Nguimfack, L. (2021) The cultural signifiers in the adoption of critical behaviors in the face of COVID-19 in Cameroon : reflection and outline of a solution for a therapeutic intervention. *Journal of Psychology* 2. 109-134.

Noury, M. (2017). *La nanosanté. La médecine à l'heure des nanotechnologies*. Liber.

Ondoua, J. L. (2020). La des-émigration, un révélateur des tares de l'immigration. *Journal de la recherche scientifique de l'université de lomé*, 22(3). 331-344.

Ondoua, J. L., et Metende, U. (2022). Regards croisés sur l'épreuve du vieillir : Une perspective interculturelle. *International Journal on Intergrated Education*. 5(3). 169-182.

Organisation Mondiale de la Santé (2024, Mars). Consulté le 16 Février 2024 sur <https://www.oms.org>.

Paumelle, H. (2004). Le rituel initiatique et sa double fonction : symbolisation et socialisation. *Psychotropes*, 10(3), 91-96.

Pirlot, G. (2005). Des rites et secrets – y compris psychanalytiques. *Champ psychosomatique*, 1(37), 77-91. 10.3917/cpsy.037.0077.

Proia-Lelouey, N. et Lemoignie, S. (2012). Couples face au cancer. *Dialogue*, 197(3), 69-79. 10.3917/dia.197.0069.

Reich, M. (2008). Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique. *L'information psychiatrique*, 85(3), 247-254, 10.1684/ipe.2009.0457.

Ricoeur, P. (1996). *Soi-même comme un autre*. Seuil.

Róheim, G. (1978). *Psychanalyse et anthropologie : culture, personnalité, inconscient*. (R. Dadoun, Trad.). Gallimard.

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

Steiner, P. (2010). Philosophie, technologie et cognition. Etats des lieux et perspectives. *Intellectica. Revue de l'Association pour la Recherche Cognitive* 53/54, 7-40. 10.3406/intel.2010.1176.

Tapia, C. (2018). Le corps dans la culture hypermoderne. Représentations et valeurs. *Connexion*, 2(110), 11-24. 10.3917/cnx.110.0011.

Tordo, F. (2019). *Le Moi-Cyborg : Psychanalyse et neurosciences de l'homme connecté*. Dunod.

Tsala Tsala, J.-P. (2009). *Familles africaines en thérapie : Clinique de la famille camerounaise*. L'Harmattan.

Tsala Tsala, J.-P. (1989). De la demande thérapeutique au Cameroun. *Revue de médecine psychosomatique*, 19, 109-124.

Turner, V. (1969). *The ritual process: Structure and anti-structure*. Aldine Publishing.

Vigarelo, G. (2008). Le corps comme objet de représentations : un regard d'historien. *Hors collection*, 189-197. 10.3917/eres.madio.2008.01.0189.

ANNEXES

Annexe 1: demande de mise en stage

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix - Travail - Patrie
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
HÔPITAL GÉNÉRAL DE YAOUNDE
DIRECTION GÉNÉRALE



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace - Work - Fatherland
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
YAOUNDE GENERAL HOSPITAL
GENERAL MANAGEMENT DEPARTMENT

BP 5408 YAOUNDE - CAMEROUN
TEL : (237) 22 21 31 81 FAX : (237) 22 21 20 15

N/Ref: **139-24** /HGY/DG/DP/M/APHM-TR.

Yaoundé, le **22 FEB 2024**

Le Directeur Général

A/TO

**Monsieur le Coordonnateur
du Laboratoire de Psychologie,
du développement et du mal développement
UNIVERSITE DE YAOUNDE I**

Objet/subject :

*V/Demande de mise en stage académique
de Monsieur MOUGNOL AROGA Guy Renaud.*

Monsieur le Coordonnateur,

Nous accusons réception de votre correspondance du 09 janvier 2024 dont l'objet est repris en marge.

Y faisant suite, nous marquons un avis favorable pour que **Monsieur MOUGNOL AROGA Guy Renaud**, étudiant de Master 2 en Psychologie option « psychopathologie clinique », effectue un stage académique de six (6) mois allant **du 26 février au 25 Août 2024 au Service ONCOLOGIE** dans le cadre de la finalisation de son mémoire dont le sujet s'intitule : « Souffrance psychique chez les femmes ayant subi une mastectomie ».

Il observera le règlement intérieur de l'établissement pendant la durée des recherches. Toutefois, les éventuelles publications à l'issue de ce travail devraient inclure les médecins de de l'Hôpital Général de Yaoundé.

Il prendra attache dès son arrivée avec le Directeur des Prestations Médicales pour les modalités pratiques.

Veuillez agréer, Monsieur le Coordonnateur, l'expression de notre parfaite considération./-

Copies :

- DPM
- Chef service Oncologie
- Intéressé
- Archives/chrono.



Le Directeur Général,

Prof. EYENGA Victor

Annexe 2 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Sujet de recherche : Signifiants culturels, nouvelles technologies et reconstruction identitaire chez la femme ayant subi une mastectomie.

À l'intention des participants :

Les renseignements recueillis pendant notre recherche sont anonymes et confidentiels. Ils ne peuvent être exploités dans un but autre que scientifique. La participation à cette recherche est volontaire. Aucun renseignement permettant de vous identifier ne figure sur ce formulaire de consentement éclairé et sur l'entretien qui vous est soumis. Comme dans toute étude scientifique, nous souhaitons avoir le maximum d'informations pour confirmer la viabilité de nos résultats. Toutefois, ces informations pourront être utilisées dans des publications scientifiques, mais sans que l'on ne puisse vous identifier personnellement. C'est pourquoi nous osons croire que votre participation est importante dans sa réussite.

Votre participation à cette étude est librement consentie. Vous avez le droit de vous retirer à tout moment au cours de l'entretien. On vous a expliqué la teneur de l'étude, vous avez lu et compris le formulaire de consentement, nous avons répondu à vos questions et nous convenons que vous puissiez participer à cette étude. Nous allons vous remettre une copie du présent formulaire de consentement dûment signé.

Signature de la participante

Date

Signature de l'enquêteur

Date

Nous vous remercions de votre participation.

Annexe 3 : GUIDE D'ENTRETIEN

Introduction : Bonjour Madame/ Mademoiselle, je m'appelle Monsieur MOUGNOL AROGA, je suis étudiant-chercheur en Master 2 en Psychologie, et je vous remercie de prendre le temps de parler avec nous. Notre travail porte sur les « *signifiants culturels et la reconstruction identitaire chez la femme ayant subi une mastectomie* ». Êtes-vous d'accord pour répondre à nos questions ? Permettez-vous que nous puissions vous enregistrer question pour nous de ne perdre aucun élément qui pourrait nous aider à mieux réaliser notre recherche et davantage vous comprendre ? Sachez que votre participation est volontaire et nous pouvons vous garantir que chacune de vos réponses resteront anonymes et confidentielles.

Identification de la participante

Age :

Religion :

Situation matrimoniale :

Ethnie :

Profession :

Rang dans la fratrie :

Niveau scolaire :

Thèmes	Sous-thèmes	Questions	Observations Silence, mimique...	Mécanismes de défense
Accroche		Comment allez-vous ? Parlez-moi de vous.		
Le vécu de la perte	<i>Contexte et vécu immédiat</i>	Racontez-moi dans quelles circonstances vous avez appris que vous devriez vous faire opérer.		
		Comment avez-vous réagi en apprenant cela ?		
		Comment la nouvelle a été prise par vos proches ?		
		Comment s'est déroulé le traitement ?		
	<i>Réactions initiales</i>	Qu'avez-vous ressenti juste après le soin ?		
	<i>Vécu corporel</i>	Depuis l'opération qu'est-ce qui peut avoir changé en vous et que vous avez essayé de retrouver ?		

		Y a-t-il eu des changements par rapport au fait que vous vous voyez femme ?		
Signifiants culturels	<i>Surmoi partagé et idéaux transmis</i>	Actuellement, ressentez-vous du remord ou de la culpabilité sur le fait d'avoir été ou d'être responsable de votre condition physique ?		
		Vous arrive-t-il souvent d'enfreindre des règles, des interdits ou des lois même si cela peut vous coûter quelque chose de précieux ?		
		Depuis cette expérience, sentez-vous redevable aux autres et surtout ressentez-vous le sentiment d'être obligé de redonner toute l'attention, l'assistance ou l'aide que votre entourage vous a accordé ?		
	<i>Langage représentations collectives</i>	Y a-t-il des mots ou des expressions qui vous reviennent à l'esprit à chaque fois qu'il vous arrive de penser à l'expérience que vous avez traversée ?		
		Que pensez-vous de la beauté à l'heure actuelle, du plaisir que la femme tire en prenant soin d'elle ?		
	<i>Transmission de connaissances des processus et des formations psychiques transgénérationnelles</i>	Chez nous les Bafia, après une telle expérience, pour empêcher la personne de revivre une telle situation, on pratique un rite, le Keucheù keù Bâk, qu'en est-il dans votre culture ?		
		Existe-t-il une anecdote, un adage ou une histoire dans votre famille qui vous reviens souvent à l'esprit depuis votre expérience ?		
		Avez-vous connaissance des interdits ou des lois dans votre culture ?		
Nouvelles technologies	<i>Fonction de maintenance/ auto-maintenance</i>	A quelle fréquence entrez-vous en contact avec votre téléphone au quotidien ?		
		A quoi vous sert le téléphone dans votre quotidien ?		

	Fonction de contenance et d'augmentation	Est-il important pour vous d'avoir accès aux différentes informations et données présents dans votre téléphone ?		
		Avez-vous cherché du soutien et/ou des informations sur internet et les réseaux sociaux ?		
		Ces recherches et ces échanges ont-ils été à votre intérêt ? comment ?		
		Pourriez-vous me parler des différents contenus échangés avec vos proches à travers les réseaux ?		
		Qu'est-ce que ces contenus vous procurent-ils ?		
	Fonction de pare-excitation	Y a-t-il des discours dans vos différents groupes de discussions qui vous ont fortement marqué et influencé ?		
Identité	Identification	Dans vos différents groupes de discussions, pensez-vous avoir retrouvé des personnes avec qui vous partagez le même vécu ?		
		Quel est votre ressenti par rapport à ce tout ce qui est partagé dans ses groupes de discussions ?		
		Vous êtes-vous fait des amis en particulier à travers les réseaux sociaux ?		
	Appartenance	Qu'est-ce qui vous fait sentir que vous appartenez à ces différents groupes ?		
		Qu'est-ce qui vous lie à ses membres ?		
	Différenciation	Vous sentez-vous libre de pouvoir faire des choix personnels même si cela peut aller à l'encontre de ce que votre famille attend de vous ?		
		Dans le groupe de soutien, te sens-tu libre à exprimer ton idée, tes valeurs, tes croyances, même s'il diffère de celui des autres membres ?		
		En quoi est-ce que le groupe de soutien d'aide-t-il à mieux te connaître ou à te différencier ?		

		Vous-êtes-il déjà arrivé de vouloir quitter d'un groupe ? (si oui, pourquoi ?)		
		Maintenant que le temps est passé, que direz-vous de la personne que j'ai face à moi et de celle d'avant ?		
Autres questions		Quels conseils donnerez-vous à une femme qui vient de vivre la même expérience que vous ?		
		Y a-t-il autre chose que vous aimeriez partager concernant votre expérience ?		

Merci beaucoup pour votre temps et votre contribution précieuse. N'hésitez pas à revenir sur des questions ou à ajouter des précisions si vous le souhaitez. Si vous avez besoin davantage d'écoute et de soutien, je peux vous recommander un psychologue qui vous prendrait en charge gratuitement.

Annexe 4 : CORPUS DES ENTRETIENS AVEC NOEMIE

PREMIER ENTRETIEN

Cet entretien a eu lieu dans la salle d'abstinence des infirmiers du service d'oncologie de la HGY, Mardi, 13 Mai 2025 à 09h 23 min. Sa durée est de 18 min 29 s.

Etudiant : Bonjour Madame !

Noémie : Bonjour Monsieur !

Etudiant : Bonjour Madame/ Mademoiselle, je m'appelle Monsieur MOUGNOL AROGA, je suis étudiant-chercheur en Master 2 en Psychologie, et je vous remercie de prendre le temps de parler avec nous. Notre travail porte sur les « signifiants culturels et la reconstruction identitaire chez la femme ayant subi une mastectomie ». Êtes-vous d'accord de répondre à nos questions ? Permettez-vous que nous puissions vous enregistrer question pour nous de ne perdre aucun élément qui pourrait nous aider à mieux réaliser notre recherche et davantage vous comprendre ? Sachez que votre participation est volontaire et nous pouvons vous garantir que chacune de vos réponses resteront anonymes et confidentielles.

Noémie : oui !

Etudiant : sinon, Madame Noémie, comment allez-vous en cette matinée ?

Noémie : Je vais bien, merci ! (Sourire)

Etudiant : Parlez-moi de vous.

Je me nomme Noémie, je suis Mariée, mère de plusieurs enfants, je suis enseignante de profession, je suis une Eton du département de la Lékié, Arrondissement de Elig-Mfomo, village Nkoloba.

Etudiant : Vous avez dit être mère de plusieurs enfants, il s'agit de combien d'enfants ?

Noémie : mère de trois enfants.

Etudiant : Avez-vous de frère et sœurs ?

Noémie : j'ai deux grands frères et deux petites sœurs

Etudiant : j'aimerais savoir dans quelles circonstances vous avez appris que vous devriez vous faire opérer.

Noémie : opérer le sein malade.

Etudiant : oui ! opérer le sein malade.

Noémie : Je... je savais déjà qu'on devait m'opérer, parce que quand je, euh ! euh j'entre en contact avec le médecin, l'oncologue. Le premier débat (rencontre), elle m'a dit que votre

présence dans ce département médicale vous allez subir la chimiothérapie, après la chimiothérapie, on devra vous opérer impérativement, quelque sera le cas. Mais sauf que je n'ai pas (hésitation) compris tout de suite qu'on devait me faire une mastectomie. Donc je savais qu'on devait opérer, enlever la maladie et... donc, je savais déjà qu'on devait m'opérer. Donc déjà quand on t'annonce, quand on nous annonce, enfin quand on m'a annoncé la maladie, j'ai essayé de faire les recherches à mon petit niveau, où avant même que le médecin ne me dise qu'on devra m'opérer, j'avais déjà vu la chute finale, enfin (hésitation) qu'à 90%, on opère, même l'utérus à 90% on opère. Donc je savais déjà qu'on devait m'opérer.

Etudiant : Comment avez-vous réagi en apprenant cela ?

Noémie : Ça ne m'a rien fait ! au contraire, je voulais qu'on m'opère là là là ! pour qu'on me sépare de la maladie. Ça m'a certes bouleversé quand on m'a dit qu'on devait enlever l'organe entièrement. C'est ça qui m'a un peu bouleversé. Ça !!! il faut le signaler. Ça m'a bouleversé. Sauf que !!! après les explications du médecin, bon je suis arrivée à la conclusion que si... si... si... (hésitation) le prix à payer, je l'accepte. Et je dois vivre avec la perte, j'accepte, j'ai accepté.

Etudiant : Comment la nouvelle a été prise par vos proches ?

Noémie : (le regard vers le ciel, frottement des paumes de mains) Je ne l'ai pas tout de suite dit aux enfants, enfin j'ai trois enfants, il y a une qui est déjà majeur et les deux autres, il y a un 10 ans, à l'époque, il avait 08 ans et l'autre était à 12-13 ans, les deux-là, ils ont été épargnés du choc (regard vers la droite, en balançant les pieds). C'est l'ainé et moi et leur papa qui étions dans la mouvance, les réflexions, des débats, de petites discussions, les conseils qui venaient. Bon moi je me dis, les deux n'ont pas eu de problèmes concrets, ils ont été forts, parce qu'ils savaient que si on enlève, je serai guéri (soulagement). L'ainée des fois ne disait rien, mais son regard doux me réconfortait toujours. Donc mon mari particulièrement n'a pas eu de problème, ma fille-là n'a pas eu de problème quand je leur ai dit qu'on devait m'opérer. Tout de suite, on ne savait pas qu'on devait enlever l'organe. Il faut d'abord retenir ça que la première annonce est qu'on opère, mais on ne sait pas qu'on va enlever l'organe.

Etudiant : Comment vous leur avez annoncé que l'opération consistait à enlever l'organe ?

Noémie : Je leur ai dit que ça ne faisait rien, moi j'ai dit à mon mari que ça ne fait rien, et lui-même m'a dit que ce n'est pas ça toi ! ce n'est pas le sein-là qui est toi ! si moi j'étais toi sans sein, je serai fière de t'avoir comme ma femme que j'ai aimée et que j'aime et que je continuerai à aimer. Ça m'a trop réconforté.

Etudiant : Comment s'est déroulé le traitement ?

Noémie : (long silence) Quand on m'a opéré, j'ai eu beaucoup de difficultés de tensions. Parce

qu'au bloc ma tension est allée à plus de 20. Donc quand je suis sortie de bloc. C'est la tension-là qui m'a dérangé sinon que la blessure, le pansement, ça fait mal ! on accepte et on avance. On ne peut pas s'en passer de ça (écholalie). Ce qui est sûr, je savais qu'on devait me blesser et la blessure fait mal.

Etudiant : qu'est-ce que vous avez ressenti hormis la douleur physique ?

Noémie : je me suis senti vraiment diminuée (très réactive). Mais présentement je suis diminuée physiquement parce que de nature, je bossai et j'aimai bien faire le ménage et depuis cette opération je ne suis plus apte à le faire, même si l'envie y est toujours. Et je me suis dit qu'après la cicatrisation, la douleur va me lâcher, mais je me rends compte que cette douleur ne me lâche pas (présente le bras droit) et au jour d'aujourd'hui ce côté ne répond vraiment pas et ne permet plus d'être aussi dynamique dans mes tâches bien qu'il y ait de la volonté.

Etudiant : Donc là on parle bien de l'aspect physique ?

Noémie : oui ! par exemple, je suis parti au marché, porté un petit sac jusqu'à la moto m'a dépassé et ça faisait énormément mal ou encore s'il me faut de l'eau au puit, sois je laisse, sois je puise petit-à-petit pour ne pas sentir de la douleur que je ressentirai en portant un sceau plein. Ce sont les choses qui me faisaient énormément mal au début, les petites choses que je faisais de moi-même, maintenant, je me suis adaptée. A l'intérieur j'ai accepté ma situation.

Etudiant : Comment est-ce que vos proches, la famille, les amies ont réagi après que vous ayez guéri du cancer ?

Noémie : (hésitation, regard orienté vers le haut et les mains entrecroisées) huuuummm !!! dans la famille, je ne sais pas comment ils ont pris, mais ce que je sais c'est que tout le monde était porteur d'un message encourageant, tout le monde m'encourageait. Mais mon grand frère qui est pasteur me disait que « je vois les plus jeunes femmes comme toi qui viennent à la prière ici, donc ne fait pas de ça ... ne te traumatise pas. Dis-toi que tu vas suivre ton traitement et ça va aller ». Donc les gens éclairés m'ont vraiment donné de l'espoir. C'est peut-être la maman qui a un peu... (hésitation + maugrée) ça l'a un peu dérangé, mais quand elle est arrivée à l'hôpital, dans ma salle, elle a trouvé plus jeune que moi, 26 ans et elle a demandé pardon à prière. Car elle a compris que c'est un problème qui touche beaucoup les femmes. Je savais qu'elle allait réagir comme ça, raison pour laquelle elle a été au courant seulement quand on m'a opéré.

DEUXIEME ENTRETIEN

Cet entretien a eu lieu dans la salle d'abstinence des infirmiers du service d'oncologie de la HGY, Jeudi, 22 Mai 2025 à 10h 30in. Sa durée est de 15 min 06 s.

Etudiant : Depuis l'opération qu'est-ce qui peut avoir changé à l'intérieur de vous et que vous avez essayé de retrouver ?

Noémie : Ma force, mon énergie. C'est dur ! d'être aussi faible. Je ne peux même pas porter un petit sac sans que cela me dérange. J'ai perdu un sein et je l'ai accepté, on s'adapte et on avance. Mais si je vous dis que j'ai fait quoique ce soit, bon peut-être de manière inconsciente. Je peux juste accepter ma situation. C'est au début que je ne comprenais pas ce qui m'arrivait, mais après j'ai compris que ça ne m'affectait pour rien. J'ai fait l'effort de traversé tout ça.

Etudiant : Y a-t-il eu des changements par rapport au fait que vous vous voyez femme ?

Noémie : sur le plan physique ça changé. Dans la mesure où...(rire). On se sent femme quand on a les seins et toute femme normale (gène) sait qu'elle a deux seins. Du moment où on t'enlève un, ton aspect physique change. Il faut peut-être utiliser les méthodes palliatives, les prothèses, quand on s'habille (silence+ regard orienté vers le haut) ça dérange, mais on accepte. Mais on accepte ! mais à l'intérieur, je me sens toujours femme (sourire+ gène) et mon mari est toujours présent.

Etudiant : Actuellement, ressentez-vous du remord ou de la culpabilité sur le fait d'avoir été ou d'être responsable de votre condition physique ?

Noémie : Non ! Non ! pourquoi devrais-je ressentir de la culpabilité ? je n'accuse personne de ma condition physique. Ce sont les choses de la vie. Me voilà je suis allée à l'hôpital et on m'a soigné. Seul le type qui est là-haut, veille. Il y a d'autre qui n'ont même pas cette chance que j'ai.

Etudiant : Vous arrive-t-il souvent d'enfreindre des règles, des interdits ou des lois même si cela peut vous coûter quelque chose de précieux ?

Noémie : Comme tout le monde (rire). Toi-même tu ne le fais pas ? (Rire) Sérieusement, tu vois ton enfant entrer dans le trou parce qu'il a fait quelque chose de grave, tu fais comment ? Tu le regardes partir ? (Sourire).

Etudiant : Qu'en est-il des interdits parentaux, des règles familiaux ?

Noémie : Et comment ! même mon mari pareil ! (Rire+ claquement des mains) on m'a tapé petite hein ! surtout que mes parents étaient très stricts (se redresse+ mines resserrées), mais n'empêchait que j'étais moi toujours dehors. Silencieuse, mais piment (rire). Parfois mon mari lui-même là, il peut me demander de faire quelque chose, si je suis fatigué je laisse, je ne fais pas, même si je sais qu'il va venir se fâcher. Le soir j'attends et j'encaisse tranquillement son bavardage (Rire).

Etudiant : Depuis cette expérience, sentez-vous redevable aux autres et surtout ressentez-vous

le sentiment d'être obligé de redonner toute l'attention, l'assistance ou l'aide que votre entourage vous a accordé ?

Noémie : Tu sais ! on est toujours redevables à ceux qui sont avec nous, car la vie c'est le Njangui. Aujourd'hui c'est moi, demain ça sera l'autre et après ça va encore revenir sur moi. Donc...

Etudiant : Pensez-vous que ce Njangui est obligatoire ?

Noémie : Nooon ! je ne dis pas que c'est obligatoire. Personne n'est obligé de faire quoique ce soit. Mais je dis juste que c'est important d'avoir ça en tête et d'avoir l'habitude, même comme le monde est devenu ce qu'il est.

Etudiant : Il y a-t-il des mots ou des expressions qui vous reviennent à l'esprit à chaque fois qu'il vous arrive de penser à l'expérience que vous avez traversée ?

Noémie : Oui ! Nous avons... par exemple quoi là... En Dieu est la vérité, la guérison et la vie. Nous avons aussi quoi là... quand j'étais malade et quand je priais, je disais toujours « dit seulement un mot et je serai guérit ». En fait, c'est plein de versets bibliques. Sans compter les mots que mon mari dit : « ma femme ! » ; « mon épouse ! » ; « ma mère ! » ; « ce n'est rien tout ça ». Je suis ton mari et je t'aime encore plus fort » ... et ses encouragements.

Etudiant : Que pensez-vous de la beauté à l'heure actuelle, du plaisir que la femme tire en prenant soin d'elle ?

Noémie : je suis toujours belle, je suis plus belle qu'avant, même mon mari m'a dit que je ne sais même pas pourquoi tu te dérangeais à faire les tresses. Avec les cheveux là, moi je suis à l'aise (sourire). Je suis à l'aise ! Bon peut-être... (maugré) peut-être mon teint hein ! un bon moment-là j'ai noirci !!!!! je suis devenue tellement noir à un niveau !!!!!(dépitée). Bon mais les anciens malades nous disaient qu'après les chimios, après le traitement, vous allez retrouver votre éclat corporel. C'est déjà le cas, donc... Mais moi je sais que je suis belle ! plus qu'avant même ! (Sourire).

Etudiant : Chez nous les Bafia, après une telle expérience, pour empêcher la personne de revivre une telle situation, on pratique un rite, le Keucheù keù Bàk, qu'en est-il dans votre culture ?

Noémie : Je n'ai pas, bon ! le deuil peut-être ! mais ma situation là ! Tsui ! (Silence + regard vers le haut). Je sais que je vais à la prière, je vais à l'hôpital, je prends mes médicaments, je respecte les petites prescriptions tels qu'éviter de trop manger du sucre, le cube, comme moi j'ai les problèmes de tension. Ce n'est qu'à ce niveau hein !? Mais pour être aussi honnête, la vie de la culture, ma famille n'est pas fan, n'est pas trempé, n'est pas attachée, je veux dire la vie traditionnelle. (Rire). Parce qu'il faut aussi le dire, dès le début de cette situation même,

j'ai eu une collègue qui m'a dit qu'il y a les gens, il faut aller on te verse l'eau avant le début de l'opération. Je ne connais pas ça (maugrée). Je vais vers le pasteur, on fait la prière et je sais que tout ira bien.

Etudiant : donc, vous me faites comprendre qu'à aucun moment un objet traditionnel ou un rite n'est intervenu depuis que vous avez le cancer jusqu'à ce jour ?

Noémie : Honnêtement, rien ! rien du tout ! parce qu'au début de cette situation-ci, j'ai eu une collègue qui m'a dit qu'il y a des gens, il faut aller on te verse l'eau avant l'opération. Je n'aime pas ça ! (tsuip) je vais vers le pasteur, on fait la prière et je sais que tout ira bien.

Etudiant : Existe-t-il une anecdote, un adage ou une histoire dans votre famille qui vous reviens souvent à l'esprit depuis votre expérience ?

Noémie : Forcément, Forcément. Il y a un adage chez nous qui dit que : « tant que le serpent ne t'a pas encore mordu, la peau du serpent ne peut pas t'intéresser. C'est quand le serpent t'a déjà mordu que même si tu vois la peau, tu t'intéresses que... ». C'est parti du moment où j'ai été déclaré malade que j'ai commencé à m'intéresser aux débats, les discussions il y avait un film autour du cancer, ça m'intéressait.

Etudiant : Avez-vous connaissance des interdits ou des lois dans votre culture ?

Noémie : La femme ne mange pas la vipère, Ne pas se placer à l'entrée de la porte, une femme ne s'assoit pas sur une pierre... il y en a plein comme ça chez nous les Eton.

Etudiant : A quelle fréquence entrez-vous en contact avec votre téléphone au quotidien ?

Noémie : (Sourire) Tous les jours de la vie, chaque heure de la vie, chaque minute de la vie, chaque seconde de la vie (rire) sauf quand je dois dormir. Parfois je suis connecté... mais au moment de dormir j'oublie de me déconnecter (sourire).

TROISIEME ENTRETIEN

Cet entretien a eu lieu dans la salle d'abstinence des infirmiers du service d'oncologie de la HGY, Lundi, 26 Mai 2025 à 09h 30in. Sa durée est de 17 min 06 s.

Etudiant : A quoi vous sert le téléphone dans votre quotidien ?

Noémie : Le téléphone me sert à beaucoup de choses à communiquer, à prier, comme j'ai ma bible à l'intérieur, garder des photos... Bref, pour beaucoup hein, je dirai. Mon mari m'appelle constamment pour avoir des nouvelles surtout quand j'étais à l'hôpital et qu'il travaillait, la famille, les amis, du moins ceux qui était au courant de ma situation, aussi certains collègues

là. Vous savez qu'on ne le dit pas à tout le monde. J'ai aussi fait des recherches et des recherches sur le cancer du sein, la mastectomie... ça je ne vous le dis pas. Pour voir à quoi j'ai à faire. Et j'avais envoyé un article sur un de mes symptômes à mon mari, qui a vite fait de le lire et de me dire que ce n'est pas grave.

Etudiant : Est-il important pour vous d'avoir accès aux différentes informations et données présents dans votre téléphone ?

Noémie : Bien-sûr !!! évidemment !!! toutes les photos qui sont là sont d'une importance capitale pour moi. Je me souviens que mon dernier fils, sans le faire exprès a effacé les photos que j'avais pris dans un événement. Je me suis mis dans une colère. Jusqu'à failli mettre la main sur lui (sourire). Mais après c'est passé. J'ai mes applications là ! comme la bible, je ne dois pas chercher. Mais aussi... j'ai les documents qu'on m'envoie de l'inspection par whatsapp. Donc...

Etudiant : Avez-vous cherché du soutien et/ou des informations sur internet et les réseaux sociaux ?

Noémie : (silence) Moi je ne parlais même pas de mes choses aux gens hein !? Mais j'ai cherché les informations sur le cancer, sur la mastectomie comme je vous les dis. Parce que quand le mot même, quand on m'a dit que « vous allez subir une mastectomie » (hésitation). Tout de suite, je n'ai pas... !!! enfin ! au début, on m'a dit qu'on devait m'opérer, quand on me transfère chez le... le chirurgien (regard évitant). Il me dit que : « vous allez subir une mastectomie ! ». Je n'ai rien compris. Bon ! comme c'est un monsieur que je connaissais à l'avance, j'ai évité de baisser le charisme, là là là. Mais quand on s'est séparé la première chose que je fais c'est d'ouvrir mon téléphone et de demander à Google que « mastectomie » même là c'est quoi même hey !? (Claque les mains et les met entre les jambes). C'est là où on me dit : « éradication total de l'organe du sein ». J'ai dit que oh ! ma part est arrivée ! je n'ai pas vu qu'il y avait la partiel. Mais sinon, mastectomie reste mastectomie. Totale oh... partielle oh !!! Je... me félicite parce quand je vois les gens sombrer. C'est la force des débats, la force de ceux qui sont autour de moi. Mince ! Je crois que je suis hors sujet hein (rire). La force, la force n'est pas ! la force vient toujours de l'extérieur dans le majeur parti des cas. Ma force à moi est venu de l'extérieur. C'est en découvrant donc sur les réseaux, parce que j'ai d'abord confisqué l'information à moi et à ma famille. Je n'ai pas voulu partager avec mon autre entourage. C'est les réseaux sociaux qui me font découvrir que c'est une maladie qui attaque. Parce que j'ai lu un truc là où on disait (silence) où c'était combien de milliers femmes par an meurent. Le cancer du sein (long silence) doit être la deuxième cause de mortalité chez les femmes si je ne me trompe. J'ai lu ça. C'est en lisant ça que je me suis dit que bon si je blague là, on va me

compter parmi les femmes qui meurent-ci. Il faut que je sois l'exception. J'ai demandé la force au ciel, j'ai demandé la force et j'ai pris la résolution de tous sacrifier pour que je m'en sors. J'ai envoyé cet article à mon mari, il a lu, il m'a dit « non ! les femmes qui meurent sont les femmes, c'est des femmes qui n'acceptent pas qu'elles sont malades. Il y a parmi elles, celles qui n'ont pas de moyens pour se soigner, elle a peut-être la volonté de soigner, mais elle n'a pas les moyens. Parmi elle, celles qui sont même abandonnées. Moi je suis là ! je vais t'accompagner dans ce combat ne baisse pas les bras, que cela ne t'affecte pas, on va avancer ». C'est un article que j'ai lu que j'ai compris que c'est une maladie qui se vit.

Etudiant : qu'avez-vous fait par la suite ?

Noémie : je suis rentrée chez moi, j'ai causé avec mon mari et ma fille ainée, je suis allée voir le pasteur, mon grand frère, et un ami pasteur à la famille, c'est avec lui que je priais. Bon on a d'abord gardé dans ce cercle jusqu'à l'opération. Bon, il y a aussi peut-être Lisette (étudiante en psychologie) avec qui je partageais presque tout. Du début de la maladie (claque de main), c'est avec elle que j'étais vraiment en contact (lève son téléphone vers le haut), c'est avec elle que je partais à l'hôpital, donc je n'avais presque rien à lui cacher. Surtout en ce qui concernait la maladie.

Etudiant : A quelle fréquence vous vous connectez pour participer aux activités des réseaux ?

Noémie : je suis connectée 24 heures sur 24. (Rire). Je suis connectée 24/24 (sourire). Bon, ce n'est peut-être que la nuit que je suspends la ligne pour que je me repose. Mais sinon qu'à mon réveil, c'est avec mon téléphone que je prie. Moi je suis toujours connectée !

QUATRIEME ENTRETIEN

Cet entretien a eu lieu dans la salle d'abstinence des infirmiers du service d'oncologie de la HGY, Mardi, 03 Juin 2025 à 09h 30in. Sa durée est de 17 min 03 s.

Etudiant : comment avez-vous fait pour adhérer à un groupe ou forum qui parle du cancer du sein ?

Noémie : (sourire) je me retrouve dans ce groupe au travers d'une amie, épouse d'un pasteur qui a les problèmes. Je me retrouve dans ce groupe en Janvier 2022, après l'opération. C'est là où elle me demande que « est-ce que tu es dans le *groupe soutien malade* ». J'ai dit non ! Bon, elle m'a dit que je te mets dans ce groupe. Comme j'ai dit là hein !? C'est en janvier 2022 c'est là où j'adhère à ce groupe. Et même dans ce groupe moi je ne partage pas mes vraies choses. Bon si quelqu'un pose un problème, par où je suis passé, j'essaye de lui dire comment j'ai fait

pour y arriver. Tu vas même voir dans le groupe je réagis difficilement.

Etudiant : le fait d'y adhérer à ce groupe cela vous a aidé ?

Noémie : Ouiii !!! ça m'a aidé parce qu'au (hésitation + main entre les jambes) début j'avais un complexe de cacher ma situation aux gens. C'est-à-dire que tu viens même chez moi on cause, je ne te fais même pas allusion que j'ai un problème. C'est en étant dans ce groupe que j'ai compris qu'il faut partager, c'est en partageant que je vais aider beaucoup de gens. Par exemple, il y a une collègue au bureau qui est venue de manière naïve dire que : « j'ai une boule sur le sein ! ». Ça m'a fait mal, parce qu'elle prenait ça de manière survolée, à la légère, elle n'avait pas conscience de ce qui l'attendait. C'est là que je l'ai appelé et je lui ai demandé si on peut causer, elle m'a dit « oui ! ». Elle a voulu qu'on cause à huis clos, j'ai dit « non ! on va causer ici ». Ce que tu dis là, il faut faire attention, descends tout de suite à l'hôpital, cherche à savoir pourquoi cette boule ». Parce qu'elle est mon aînée, elle doit avoir 56-57 ans. Je lui ai dit « fais attention ! j'ai eu cette situation, j'ai négligé et ça m'a beaucoup coûté ». Parce que quand je constate la boule sur mon sein, ça n'avait même pas la grosseur de pépin d'orange, j'ai fait un mois (tsuip), c'est après là que je suivi une émission à la télé, je dis que hey ! donc l'histoire ci peut faire c'est dangereux. Bon je lui ai dit « vas à l'hôpital ! cette histoire n'est pas simple ». Elle est revenue me remercie. C'est moi qui attire son attention.

Etudiant : qu'est-ce que cela vous a procuré ?

Noémie : Non ! (Fierté) ça m'a fait plaisir ! parce qu'après elle a été reconnaissance en disant aux gens que c'est moi qui attire son attention.

Etudiant : Faites-vous partie d'un groupe ou forum qui parle du cancer du sein ? si oui, est-ce que les échanges qui s'y déroulent vous aident-ils ?

Noémie : (Silence) Au début ça aidait, on partageait et on avançait même. Parce que dans le groupe on est 90% dont le taux de globule blanc est bas quand le moment où on vous fait les chimios. Donc c'est là où on partageait beaucoup de chose. On avait aussi un problème de crampe que j'ai résolu avec les conseils. Le taux de globules blancs, le problème de crampes et quoi encore... le taux de sang. Ce sont les gens du groupe-là qui m'ont aidé à relever ça. Bois ci, fais-ceci, fais-cela. Sinon mes autres groupes, c'est la prière, mais je ne parle pas de mon cancer.

Mais maintenant là ils ont mal orienté ce groupe. Heureusement hier là j'ai lu une femme qui nous racontait son histoire, ça m'a plu, son histoire m'a plu. Mais sinon l'histoire de groupe-là ne m'aide plus en rien (tsuip !) elles ont mal orienté le groupe. Le groupe à la base n'était pas que cotiser, faite ceci, faite, cela. Le groupe c'était quoi ? Une des nôtres incapable de payer ses factures. On peut sortir 1000f, 2000f, 5000f pour ceux qui sont à l'aise, on va à son chevet,

on lui donne cet argent et ça l'aide, ça, je supportais. L'une des nôtres qui décède, on dit envoyons quelque chose à la famille, on sort 2000f, ça avançait. Les conseils, « mon taux de globules blancs est bas », on dit va boire telle chose. C'était bon ! mais... Tsuip ! je vais même sortir de ce groupe, je vais sortir. J'ai même déjà bloqué mama Mariama (présidente du groupe soutien malade). Mais après je vais sortir. Ça ne m'aide plus ! honnêtement parlant ! (Dépitée)

Etudiant : donc à part le groupe de « soutien malade », avez-vous d'autres groupes ?

Noémie : je suis dans n groupes de prière (sourire)

Noémie : Hum ! je ne suis pas ! je ne suis pas ! Tsuip ! on dit ça comment ? je ne suis pas ! je ne suis pas ! Enfin ! je vais expliquer, le terme m'échappe. (Silence). Toi et moi, on peut voyager de Yaoundé jusqu'à Douala. Je ne te dis pas bonjour. Si tu ne dis pas bonjour, on reste comme ça. Je suis timide en fait. Donc je... Tsuip ! je n'embrasse pas trop la vie de l'amitié.

Etudiant : et cela a toujours été comme ça ?

Noémie : depuis mon jeune âge. Je... Tsuip ! dans ce groupe je connais même qui physiquement à par ma mère, l'épouse du pasteur qui m'a inséré dans le groupe, mama Mariama qui est vraiment dynamique au niveau des amitiés là hein !? les relations (rire). Donc, mon amitié donc il faut que tu me forces, il faut que tu forces et je finis par comprendre que si je ne t'encourage pas un peu, je vais te décevoir. Donc si tu n'insistes pas. Tsuip !!!

Etudiant : Y a-t-il des discours dans les réseaux qui vous ont fortement marqué et influencé ?

Noémie : (Silence) Forcément ! Quand quelqu'un vient faire son témoignage, de ce qu'elle vit, ça marque. Sans compter les appels à l'aide qui sont font dans le groupe par les voice. Tu écoutes comment la femme a du mal à s'exprimer ça fait mal. Parfois tu te retrouves en train de repenser ce par quoi tu es passée. Il faut avoir le moral fort pour ne pas pleurer quand, bien même on vous annonce que la femme qui a fait le voice, il y a de cela trois jours n'est plus (main entre les pieds + mine triste + regard orienté vers le bas)

Etudiant : Dans vos différents groupes de discussions, pensez-vous avoir retrouvé des personnes avec qui vous partagez le même vécu ?

Noémie : les guerrières ! ce que je veux dire, c'est que je découvre que beaucoup de femmes sont malades. Donc je ne suis pas seul. Tu comprends que dans le beaucoup là, il y a les jeunes moins âgés que moi (silence + claquement). Automatiquement ça te donne la force, ça te permet de comprendre que tu n'es pas seule face à cette situation, vous êtes nombreuses, le combat... tu ne combats pas seule, tu es avec des gens qui combattent aussi, qui veulent vivre. Et pourquoi tu dois baisser les bras si d'autres se battent pour vivre. Ça donne cette force d'aller de l'avant.

Etudiant : Quel est votre ressenti par rapport à ce tout ce qui est partagé dans ses groupes de discussions ?

Noémie : Je ne sais vraiment pas quoi te dire. Tantôt ce que je retrouve dans ce groupe est le ressenti très bien, avec les aides, les, les... bonjours, les astuces, les discussions... Mais dans des fois avec les nouvelles bizarres qu'on annonce là... Hum ! comme je vous les dis. On se lève un matin on vous dit que telle est morte. Pour moi ce sont les choses qui ne ressentent pas aussi bien. On ne devait pas annoncer aussi facilement dans ce groupe.

Etudiant : Quel est votre ressenti par rapport à ce tout ce qui est partagé dans vos groupes de prières et dans le groupe familial ?

Dans le groupe de prières, c'est la prière. Qu'est-ce qu'on peut ressentir là-bas à part la prière. Je prie et voilà, je trouve ma paix. On devait ressentir quoi ?

Mais dans la famille c'est autre chose. Chacun dit ce qu'il a dire, fais ce qu'il à faire, chacun annonce ce qu'il a annoncé. Là-bas je suis là comme ça. Parfois ils s'engueulent là-bas. D'ailleurs vous n'ignorez pas nous les Eton. (Rire).

Etudiant : Vous êtes-vous fait des amis en particulier à travers les réseaux sociaux ?

Noémie : Hum ! je ne suis pas ! je ne suis pas ! Tsuip ! on dit ça comment ? je ne suis pas ! je ne suis pas ! Enfin ! je vais expliquer, le terme m'échappe. (Silence). Toi et moi, on peut voyager de Yaoundé jusqu'à Douala. Je ne te dis pas bonjour. Si tu ne dis pas bonjour, on reste comme ça. Je suis timide en fait. Donc je... Tsuip ! je n'embrasse pas trop la vie de l'amitié.

Etudiant : et cela a toujours été comme ça ?

Noémie : depuis mon jeune âge. Je... Tsuip ! dans ce groupe je connais même qui physiquement à par ma mère, l'épouse du pasteur qui m'a inséré dans le groupe, mama Mariama qui est vraiment dynamique au niveau des amitiés là hein !? les relations (rire). Donc, mon amitié donc il faut que tu me forces, il faut que tu forces et je finis par comprendre que si je ne t'encourage pas un peu, je vais te décevoir. Donc si tu n'insistes pas. Tsuip !!!

Etudiant : Qu'est-ce qui vous fait sentir que vous appartenez à ces différents groupes ?

Noémie : (étonnement) Comment ça ? Mais je pense que c'est évident nor ! nous toutes nous avons ou avions le cancer, nous sommes toutes les femmes. Vous ne voyez pas comment on s'appelle les guerrières ? Sans compter tout ce que j'ai déjà dit sur les aides et le fait qu'on se supporte dans nos épreuves.

Etudiant : qu'en est-il du groupe de famille et de vos groupes de prières

Noémie : Mais dans la famille, nous sommes un, nous somme une famille, quand ils ont appris que j'ai été opéré tout le monde s'est mobilisé. Donc...

Dans les groupes prières. Ah ! on envoie juste les intentions de prières et on partage les versets.

Etudiant : Vous sentez-vous libre de pouvoir faire des choix personnels même si cela peut aller à l'encontre de ce que votre famille attend de vous ?

Noémie : Bien-sûr ! on peut empêcher qui de faire ses choix ? de prendre ses décisions ? chez nous les Eton nous champions pour ça. On peut prendre des décisions à l'unanimité, mais il y aura toujours les opposants. (rire)

Etudiant : Vous de même ?

Noémie : Moi la première ! (rire) Non !!! surtout si ça ne m'arrange pas ! je prends ma position et je quitte derrière les choses. Chacun est libre.

Etudiant : Dans le groupe de soutien, te sens-tu libre à exprimer ton idée, tes valeurs, tes croyances, même s'il diffère de celui des autres membres ?

Noémie : Tout le monde est libre. Mais moi je n'aime pas trop. Sauf s'il y a vraiment une personne qui a besoin d'un conseil. Mais quand les femmes là commence leurs discussions je préfère m'abstenir.

Etudiant : En quoi est-ce que le groupe de soutien d'aide-t-il à mieux te connaître ou à te différencier ?

Noémie : je vous ai dit que ce groupe ne m'aide plus en rien. Mais néanmoins, il m'a permis de constater que je suis chanceuse par rapport à certaines qui viennent partager leur expérience.

Etudiant : Maintenant que le temps est passé, que direz-vous de la personne que j'ai face à moi et de celle d'avant ?

Noémie : (Silence) la personne que tu as face à toi actuellement, c'est cette femme de 45 ans qui a envie d'atteindre les 80. De voir ses enfants grandir et ses petits-enfants. Et cette dame qui... qui a envie d'aller de l'avant comme je l'ai dit déjà, c'est cette femme. Je veux vivre, je veux avancer, je veux si j'avais vraiment la possibilité de m'améliorer, je le ferais. Si j'avais la force même euh... Mais la femme que j'étais avant, honnêtement parlant, n'est pas la même parce que je t'ai signalé que je suis diminué physiquement.

Mais la maladie ci m'a donné un moral de fer, un mental très fort. C'est-à-dire que moi j'ai dit au gens que je crois que ce n'est pas la maladie qui va me tuer. Parce que j'ai connu la pire des douleurs dans mon corps, dans mon intérieur. Certes les gens vont te dire qu'il y a plus douleur que ça. Mais moi je vous dis que cette histoire. J'ai eu mal à la dent, j'ai eu mal à l'estomac, j'ai eu mal au dos. Mais cette douleur, si quelqu'un surmonte ça, la mort n'est pas à côté. Tu dois vivre, tu dois avancer.

Et ce qui est mauvais, c'est que la douleur du cancer n'est pas seulement physique. Le cancer t'anéantit à tous les niveaux. C'est-à-dire que je suis une femme, j'ai un salaire, mais je ne peux pas, mais je ne peux pas me faire plaisir (dépassée). L'argent part et je reste. Incapable de faire plaisir à moi-même, encore moins aux gens qui sont autour de moi. Au début ça fait mal, mais quand tu te dis que tu dois avancer, tu abandonnes et tu avances. Donc je ne suis peut-être pas

la femme du passé, qui était physiquement forte, apte. Le côté-là a diminué, mais mentalement, je suis... je suis équilibrée, je suis équilibrée. Donc ce que je me suis dit dans ma tête, c'est que bon, j'ai pris un crédit de 10 ans. Où on me coupe tout mon salaire. Donc je croise les bras, j'attends 10 ans. Donc moi je mets ma barre à 10 ans. J'attends 10 ans, je sais que je vais recommencer à vivre ma vie pleinement.

Etudiant : Quel conseil donneriez-vous à une autre femme qui vient de vivre la même expérience que vous ?

Noémie : Le premier conseil que je vais lui donner, c'est d'aller à l'hôpital, suis et respectes tes rendez-vous à la lettre, ne manque à aucun rendez-vous, vas ! Bois tes médicaments suppose que ça va aller, ça va donner. Moi j'ai cette foi que l'hôpital soigne le cancer, j'ai cette foi, enfin, ce n'est même pas la foi, c'est pratique. Je vois comment ça eu des effets sur moi. Ne baisse pas les bras, respecte tes rendez-vous et dis-toi que ce n'est qu'une étape de la vie, ça va passer et tu vas raconter.

Etudiant : Y a-t-il autre chose que vous aimeriez partager concernant votre expérience ?

Noémie : Non ! mais hormis le soutien que ça soit mes proches, le personnel de l'hôpital, même la prière m'ont vraiment été d'un grand apport.

Etudiant : Merci pour votre participation. N'hésitez pas à poser des questions si vous en avez. Nous sommes disponibles et même si vous avez des choses à ajouter.

Noémie : Merci à vous ! Parce que des occasions pour s'exprimer comme ça sont rares (rire). Je suis réservée, et les occasions manquent. C'est parce que moi j'ai toujours été difficile.

Les personnes ouvertes, tu peux causer avec n'importe qui. Parce que moi je connais des dames à l'hôpital qui racontent leurs trucs. Donc pour moi, les occasions vraiment pour causer comme ça sont rares. Donc je tiens vraiment à te dire merci. Je reste à votre entière disposition, donc moi je suis toujours là.

Annexe 5 : CORPUS DES ENTRETIENS AVEC ARIANE

PREMIER ENTRETIEN

Cet entretien a eu lieu dans la salle d'abstinence des infirmiers du service d'oncologie de la HGY, Jeudi, 22 Mai 2025 à 11h 46 min. Sa durée est de 23 min 40 s.

Etudiant : Bonjour Madame !

Ariane : Bonjour Monsieur !

Etudiant : Bonjour Madame/ Mademoiselle, je m'appelle Monsieur MOUGNOL AROGA, je suis étudiant-chercheur en Master 2 en Psychologie, et je vous remercie de prendre le temps de parler avec nous. Notre travail porte sur les « signifiants culturels et la reconstruction identitaire chez la femme ayant subi une mastectomie ». Êtes-vous d'accord de répondre à nos questions ? Permettez-vous que nous puissions vous enregistrer question pour nous de ne perdre aucun élément qui pourrait nous aider à mieux réaliser notre recherche et davantage vous comprendre ? Sachez que votre participation est volontaire et nous pouvons vous garantir que chacune de vos réponses resteront anonymes et confidentielles.

Ariane : D'accord ! Compris !

Etudiant : sinon, Madame Ariane, comment allez-vous ?

Ariane : Je suis là ! Dieu veille ! (Sourire)

Etudiant : Parlez-moi de vous

Ariane : Précisez les domaines pour que ça soit plus facile parce que parlez de moi c'est un peu vaste.

Etudiant : parlez-moi de tout ce qui vous vient à l'esprit.

Ariane : Je suis Ariane, je suis âgée de 55 ans, je suis mariée, mais en instance de divorce, je suis mère de 02 enfants. Un garçon et une fille. Je suis commerciale dans une structure pétrolière de la place. J'ai une licence. Je suis Bamileké de Mbouda. Maman est vivante, mais papa n'est plus. Je suis la troisième dans une fratrie de sept frères et sœurs, mais (hésitation) l'ainé est déjà décédé et bien ceux après moi. Ce qui fait que je suis actuellement deuxième sur trois. Bon ! qu'est-ce que je peux dire d'autre ? Bon ! Moi Ariane, je préfère aussi vous parler de mon enfance qui était (souple+ long silence) de toutes les façons, j'ai été, j'étais une personne très calme, très réservée. Le genre on peut passer toute la journée moi je ne formule

pas une phrase, quand c'est bien je souris, quand ce n'est pas bien, je (hésitation), mais bon... j'ai changé après le mariage, je trouve que je bavarde trop, un peu trop (rire) je suis comme le perroquet, je bavarde un peu trop. Je n'aime pas les sorties, du genre casanier. Je suis comme un perroquet, je bavarde un peu trop. Euh, je n'aime pas les sorties. Je suis déjà assez famille. Je n'aime pas les problèmes. Face aux difficultés, face aux problèmes, au lieu de les affronter.... Bon voilà j'évite.

Etudiant : Racontez-moi dans quelles circonstances vous avez appris que vous devriez vous faire opérer.

Ariane : Euh, j'ai eu d'abord un nodule au sein. Au sein droit (sourire + silence). Bon, il y avait un nodule et puis l'écoulement. J'ai fait des examens, on a fait la ponction, les échographies, la mammographie. On, on a déclaré, euh la mastopathie fibrokystique. C'était ça ! Donc, j'avais un suivi... ainsi de suite, ainsi de suite, donc je ne m'inquiétais même pas. Bon, dernièrement, quand je dis dernièrement, je crois en 2022, j'ai commencé à... Euh !!! à, à être étouffée. Je ne parvenais pas bien à respirer et des bouts, je m'évanouissais très régulièrement.

Je suis allée à l'hôpital, on m'a envoyé chez c'est à l'hôpital général. On m'a envoyé chez le radiologue. Euh, il a fait euh un certain nombre de d'examens. Il n'y avait rien, il n'y avait rien d'anormal. Je n'avais aucun problème au cœur. Mais le problème persistait, on m'a donc envoyé chez l'endocrinologue. Euh !!! Il a fait ces examens. Euh D'après les résultats, j'avais l'hyperthyroïdie. Donc, c'est ça qui accélérât les battements de mon cœur. Donc, le nodule s'est développé anormalement, ainsi de suite.

Après ça, quand j'étais sous traitement, euh le nodule a commencé à me faire excessivement mal et je me suis rendue compte et je me suis dit, du coup, je n'ai même pas je n'ai pas paniqué parce que je me disais que... avant mes menstrues, j'ai toujours eu à avoir mal au sein. Mais c'est un seul côté qui me faisait mal. Ce qui m'a ce qui m'a fait aller consulter. Donc, on m'a, on m'a demandé d'aller faire la biopsie. Chose qui a été faite. Et voilà.

C'est là où on s'est rendu compte que c'était un cancer. Ce que je n'osais même pas prononcer.

Etudiant : pourquoi vous n'osiez pas le prononcer ?

Ariane : Beuh !!! C'était dur le moment-là Docteur ! très, très dur. Mais bon !!! Maintenant ça va ! (Sourire)

Etudiant : comment avez-vous réagi en apprenant cela ?

Ariane : Ah ! C'était un choc !!! Et puis en allant pour les résultats, j'étais zéine, je me disais que non, on a l'habitude de faire les examens et c'est sûr que c'est toujours la mastopathie fibrokystique là et puis je n'ai pas, je n'ai pas pensé un seul instant que ça pouvait être ça.

Bon, quand on m'a annoncé, c'était un choc, un choc pour moi. Dans ce sens, que ce n'était pas pour moi personnellement. Moi, je suis déjà en âge où si je meurs, j'ai fait mon temps, je peux dire que j'ai fait mon temps, même comme ça ne suffit toujours pas aux êtres humains (rire), mais surtout pour mes enfants. Parce que mes enfants compte, ont toujours compté sur moi et puis ils ont encore besoin de moi. Donc, j'ai dit mais tient ! Si l'histoire si, quand on me parle de cette histoire, et puis quand on prononce déjà le mot là, bah quand on prononce le mot d'un côté, de l'autre côté, c'est... c'est... c'est la mort. Qu'est-ce qu'ils vont devenir ? Leur papa ne s'en occupe pas. Ils ont toujours compté sur moi, je suis leur père, leur mère. Qu'est-ce qu'ils vont donc devenir ? Surtout le garçon a encore besoin de moi, ça c'est sûr. Qu'est-ce qu'ils vont devenir ? Après j'ai dit bon tient, (silence) c'est ça la situation !

Il faut donc savoir ce qu'il y a lieu de faire (assurance + regard plus ferme). Et comment leur annoncer cela ? C'était un peu ça !

Etudiant : Comment la nouvelle a été prise par vos proches ?

Ariane : C'était les Pleurs, les pleurs, les pleurs, les pleurs (mine triste). Tout le monde pleurait. Les enfants. Tout le monde. (Long silence).

Bon, pour les enfants, pour les calmer, je leur ai dit que le médecin m'a fait comprendre que ce n'était rien, c'était encore au début, donc, on va soigner, il m'a montré les exemples des cas similaires qui ont été, donc, ne pensons pas toujours euh à la mort. Il a dit que mon cas, bon, ils se sont calmés et puis ils ont écouté, donc euh bon, on a c'est un peu ça. Sinon, c'était le deuil !

Même à mes frères, c'est à ma maman. On ne lui a rien dit. On ne lui a rien dit. C'est très récemment qu'elle a été informée

Etudiant : Quand on a détecté le cancer, vous étiez encore mariée ?

Ariane : Bon ! On était là, mais ce n'était pas... !!! Bon, on était quand même, on vivait dans la même maison, mais des chambres séparées. On était là, même si on faisait chambre séparée.

Etudiant : Diriez-vous que c'est cette maladie qui a favorisé votre séparation ?

Ariane : Bon ! non, c'était déjà évident. C'était déjà évident. C'était déjà évident parce que c'était déjà les querelles a ne point terminée. C'était invivable, on ne pouvait même continuer ensemble. C'était déjà un échec. Donc... Il savait que j'avais un cancer, mais il n'a même pas su pour... qu'on a amputé un sein. Bon la suite des événements, il n'est même pas au courant de tout ça. Et puis bon, je ne vois pas... !!! Bon même s'il était au courant, de toutes les façons (silence), il était au courant de ma maladie.

Etudiant : comment s'est déroulé le traitement ?

Ariane : Hmm !!! (Rire) trop dur. Trop dur, c'était trop dur. Euh !!! quand on a détecté, on m'a donné un protocole. Donc, je devais avoir huit séances de chimiothérapie. Hmm ! Euh, donc j'ai commencé la chimiothérapie en décembre même. Hmm ! On a détecté la maladie en novembre, j'ai commencé la chimiothérapie en décembre. Hmm !!! Ce n'était pas évident, ma famille, on a dit c'est juste un problème d'argent, à tout pour que tout se passe bien. Donc, je n'ai pas sauté une séance de chimio à cause des finances. Et c'était très dur. J'ai même voulu fuir à quatre séances, je ne voulais plus continuer parce que c'était insupportable. C'était vraiment insupportable. Ils ont commencé à crier chez moi, que ooh !!! ne pense pas seulement à toi, pense à nous. Si tu n'es pas là, on aura très mal, il faut penser à cela et puis il faut aller de l'avant. Regarde tu n'es pas la seule. Tu vois il y a d'autres personnes, d'autres femmes qui finissent leur traitement, tu croies qu'elles ne supportent pas ? pourquoi ne pas supporter ? on croyait que tu étais une grande battante. Bref, on a parlé, on a bavardé, bavardé comme ça. Ça m'a permis de... de... de... d'aller encore continuer, sinon ce n'était pas facile. Ce n'était pas facile, c'était trop dur la chimio hum ! C'était vraiment compliqué. Oui ! Mais maintenant, quand j'ai fini, c'était euh en juin. C'est fini en mai. Il fallait donc passer à l'opération, à la deuxième phase, parce qu'on a dit le traitement devait passer en trois phases, la chimiothérapie, euh la chirurgie et la radiothérapie.

Et puis, il fallait donc passer à la deuxième phase maintenant. (Rire) qui n'a pas été aussi Bon, là, moi je ne sais pas, c'est les proches qui parlent quand on dort, je ne sais pas si ça se passe bien ou si ça se passe mal. Mais ça s'est bien passé. Ça s'est bien passé. Et bon, c'est vrai qu'avant, (hésitation) j'avais... j'avais quand même un peu peur. On ne peut pas aller au bloc opératoire sans... sans avoir peur. On m'a obligé, je dis bien obligée à rencontrer un psychologue. (Rire). Je suis partie, il m'a demandé si... si... je lui ai dit, je ne sais même pas pourquoi, on me force à... à être là parce qu'avec la peur là, je ne sais pas comment quelqu'un va me dire de ne pas avoir peur, c'est un fait. C'est un fait, mais quand même moi-même je... je me dis il y a des gens qui... qui comptent sur moi, donc je ne vais pas faiblir et puis les abandonner. Donc je sais que je dois avoir le moral pour y aller. Bon ! il a évalué. Bon, il a trouvé que j'étais prête à 80 %. Donc, l'opération a eu lieu. Et puis, j'étais très contente parce que ma fille est revenue.

Donc, j'ai... j'avais peur. Comme vous avez dit, de balancer tout ce qui se passe dans la tête. Ma peur était que si je meurs, qui... d'un, les enfants vont faire comment ? De deux, qui va s'occuper de mon corps, qui va s'occuper de... Mes frères, comme ils ne sont pas là. L'un est au Nord, l'autre à l'Ouest, ainsi de suite. Donc, je vais même chercher qui pour m'accompagner pour cette opération, donc je n'avais confiance en personne. Il ne faut pas qu'on m'expose mon

corps si jamais ça tourne au vinaigre. Mais quand ma fille est venue, oh là là ! (Sourire+ hypermimie). J'étais très contente, donc il n'y avait je n'avais plus une inquiétude euh bon, vous savez qu'elle était là. Donc, son vol était arrivé, elle continue ses études en France. Elle est arrivée, donc j'étais très contente, je suis partie là. On se retrouve en salle avant même d'injecter (hésitation) euh l'anesthésie. On bavardait, on faisait des commérages, on disait qu'on n'a jamais vu quelqu'un au bloc opératoire en train de parler comme-ci c'était. Bon, parce que j'étais, je ne sais pas, j'étais tranquille, (hypermimie) je n'avais aucune peur. Donc, pour moi, je ne sais pas. Juste sa présence là a fait en sorte que dans ma tête, ça devait bien se passer. Bon. Voilà ! c'était la phase opératoire donc.

DEUXIEME ENTRETIEN

Cet entretien a eu lieu dans la salle d'abstinence des infirmiers du service d'oncologie de la HGY, Mercredi, 28 Mai 2025 à 10h 01 min. Sa durée est de 22 min 41 s.

Etudiant : Autrement dit, le soutien que vous avez eu autour de vous, que ce soit la famille, votre fille, vous a beaucoup aidé en cette phase opératoire ?

Ariane : Beaucoup, beaucoup, surtout elle, toujours. Si... je ne sais pas, dans ma tête, si elle n'était pas là, je ne sais pas si je serais sortie, je ne sais pas. Pour moi, je ne sais même pas pourquoi, c'est toujours dans ma tête comme ça. Mais sa présence m'a galvanisée. Ça c'est un truc que je ne parviens même pas à m'expliquer hum ! je ne peux pas oublier les collègues, mon patron également qui m'ont envoyé une enveloppe. Avec la famille cela m'a permis de partir au privé à Bikoko à Douala pour la radiothérapie.

Vous savez qu'en société on joue tous un rôle, plein d'hypocrisie, Parce que j'ai euh... quelqu'un euh... j'ai appris bon, je ne sais pas, je ne peux pas dire si c'est vrai ou pas, mais je sais que ça c'est possible, quelqu'un est allé voir le patron pour dire oh non, il faut qu'on occupe son poste à vide, Tu comprends que c'est une personne qui rit avec moi. En tout cas, ça ne me surprend pas parce que je sais que c'est comme ça. La personne oublie que j'ai commencé. Mon patron est entré dans le carburant en 1990. On m'a pris au début, c'était encore petit. Il était là. Il m'a engagé comme chef de piste. On a grandi ensemble. Après j'étais gérante et ainsi de suite donc avant d'aller à la direction générale. Donc le patron sait que je suis une des fondatrices de l'entreprise qui a pris des sorts aujourd'hui. Quelqu'un va venir lui dire. C'est lui-même qui m'a fait comprendre ça. Hum ! De toutes les façons, c'est pour dire que les collègues euh... venaient rire mais bon, ça ne me dérangeait plus comme les gens qui m'appelaient Charbon. Parce que c'était vraiment très loin. Les mains, les pieds, le visage, tout

ça-là était vraiment noir. Quand ils venaient, ils disaient que « oh c'est comme le vernis haoussa, prends ça comme ton vernis haoussa ». Ainsi de suite. Ça ne m'a pas trop choqué. Bon, je ne peux pas dire que la famille, tous les collègues, il n'y en a pas qui ne sont pas proches de moi, il y en a aussi. Ceux qui m'appelaient régulièrement, savoir comment tu vas ? comment tu as dormi ? tu te sens encore mal ? et ainsi de suite. Donc il y a eu des sincères. Il y a aussi des moqueurs. Et il y a eu tout ça. Donc j'ai fait face à cela. Ça ne me dérange plus. Je viens maintenant, je vais bien, je suis au contrôle, je suis au département contrôle donc on a au moins 27 stations-services. Là, donc quand je viens, je dois faire le contrôle de toutes les stations. Vous comprenez que ça me prend, je n'ai pas le temps de penser à... à quoi que ce soit. Et je m'y donne à fond. Pour ne pas broyer du noir comme on dit.

Etudiant : Qu'avez-vous ressenti juste après le soin ?

Ariane : j'étais laide ! quoi ? bien laide même ! eh ah ! je n'ai jamais... je ne me suis jamais sentie aussi laide que ça. Toute noire. Je ne me reconnaissais même plus. Non !!! Même me regarder me dépassait. Quoi ??? surtout alors la cicatrice là !!!

Etudiant : Qu'est-ce que vous avez ressenti lorsque certains se mobilisaient pour prendre de vos nouvelles ?

Ariane : Non, ça me faisait beaucoup de bien. Beaucoup de bien. Par exemple, je vous ai dit j'étais très seule à Douala. Très seule. J'ai passé des mois. La radiothérapie là ! Je vais à l'hôpital seule. Or, je vois que les gens viennent toujours en groupe, accompagnés (tremblements vocaux). Moi je suis là malade seule. Mince ! Tchaï !!!! hum ! seule ! après je retournais dans ma chambre seule ! Donc pour dire quoi ! ? Quand on m'appelait comme ça là, ça me ..., (tremblement de voix+ Pleurs) excusez-moi Monsieur !

Etudiant : Ne vous inquiétez pas ! Allez-y, c'est normal. C'est normal. Lâchez prise.

Ariane : Merci ! (Voix tremblante+ pleurs+ reniflement+ long silence). Donc, quand je finis ma séance, je retourne dans ma chambre. Quand on m'appelle comme ça, on fait euh comme on dit souvent, comme on dit souvent on tape les divers, on s'appelle, on se donne les informations, les nouvelles de de la société dans la salle commune avec d'autres malades (Voix plus stable+ reniflements) et quand je rentre dans ma chambre je suis plongé dans mon téléphone. Et c'est vrai, mes enfants m'appelaient aussi. Et surtout ma fille parce que le garçon, le garçon est parti séminaire. Donc il n'a pas droit au téléphone et autres, c'est seulement le week-end qu'il avait droit au téléphone. Donc quand on m'appelle, ça meuble un peu le temps, je ne me sens pas tellement... peut-être après là je m'endors, à mon réveil je prends mon phone et je passe davantage le temps.

Etudiant : Comment était les échanges avec votre fils ?

Ariane : C'était réconfortant (sourire) dans la mesure où il disait « ne t'en fais pas, Dieu ne peut pas t'enlever à moi. Il sait que je suis là pour le servir et puis ce que je lui ai demandé c'est de te rétablir, qu'il te guérisse, donc je prie pour cela, j'ai reçu son appel, donc s'il veut que j'avance dans ce sens, il faut qu'il te guérisse et je sais qu'il va te guérir ». Quand il a dit ça, ça m'a donné beaucoup d'espoir. Il priait avec ses camarades et ils m'appelaient ainsi de suite. Pendant les congés, ils venaient tous ici et continuent de le faire. Donc ça me fait beaucoup de bien.

Etudiant : Qu'avez-vous ressenti juste après le soin ?

Ariane : d'avoir perdu mon corps, d'être fini. Rien n'avait plus de sens. Je me, je me sentais (hésitation) vraiment laide. Mais heureusement que nous avons les prothèses mammaires pour combler ce vide et nous permettre de sortir sans qu'on ne nous regarde bizarrement. Hum ! le regard ! surtout le regard des collègues.

Etudiant : Depuis l'opération qu'est ce qui peut avoir changé en vous et que vous avez essayé de retrouver ?

Ariane : Hum ! après l'opération tout a changé. Tout a changé ! euh !!! Je me suis déchargé de cette maladie, Je suis déjà vieille mais j'ai encore vieilli de... de peut-être plus de 5 à 10 ans. (rire)

Euh !!! (Silence) c'est vrai, quand on dit que je vais chercher à retrouver par exemple mon sein, je ne vais plus le retrouver. Quand je me mets au miroir franchement c'est... c'est un handicap. Si c'était à refaire, moi je... j'aurais voulu que mon sein soit là, en santé. Mais bon ! pfff ! obligé ! il n'est plus, obligé d'avancé. Mais ma force d'avant j'aimerais totalement la retrouver. Je n'ai pas mon entière vitalité. Si je pouvais avoir la force que j'avais avant. Parce que j'ai travaillé en station-service, un travail d'homme vous le savez. Et quand je suis arrivée à la direction, je contrôle toutes les stations dans toutes les villes, Nord, Est, euh Littoral. Je vais là-bas pour les contrôles, l'inventaire et ainsi de suite. Vous comprenez que j'étais très... très active quoi. Je n'ai pas cette force. Je n'ai plus cette force, euh même prendre un taxi quand il faut, j'ai de la peine à tenir.

Etudiant : Donc si je comprends bien, vous aimerez bien refaire tout ce que vous faisiez avant, mais la condition physique ne le permet pas.

Ariane : Exactement ! Dans la tête, je m'y suis déjà fait à l'idée que mon corps ne reviendra pas. D'ailleurs même si je fais comme certaines qui vont en France, aux Etats-unis, en Tunisie, Maroc... Euh !!! pour faire la reconstruction (mammaire) cela ne changera rien dans ma condition. Tout ce que je veux. C'est ma force ! Ça se ressent dans mon travail parce que je ne voyage plus. Je ne peux plus voyager, je ne peux plus dans les questions d'aller faire les

inventaires, les contrôles et ainsi de suite. Il faut que quelqu'un d'autre y aille. Quelqu'un d'autre doit voyager.

Déjà sans mon fils qui est là qui est bon... parce que sa sœur a quand même fini ses études. Mais lui il est encore en 5^e année.

Lui reste encore et on paie, il est diocésain donc on paie la scolarité et il faut le faire, tu vois, et tout ça. Ça m'embête. Sinon c'est que je... je... je prenais ma retraite. C'est vraiment la bagarre. Le matin, j'ai... j'ai juste envie de dormir, de continuer à me coucher, manger, voyager et prendre soin de moi.

Etudiant : Je suppose que votre patron a constaté que vous êtes diminuée. Quel est votre rapport actuel ?

Ariane : Bon, il m'a dit ceci. Le jour où je sens que je peux travailler, je viens.

Et quand bien même j'arrive là-bas et je sens que je ne peux pas tenir jusqu'au soir, je rentre. Donc ! il me comprend ! J'ai déjà montré mes preuves donc ce n'est pas aujourd'hui là que... Je fais mon travail. Je n'y manque pas.

TROISIEME ENTRETIEN

Cet entretien a eu lieu dans la salle d'abstinence des infirmiers du service d'oncologie de la HGY, Vendredi, 20 juin 2025 à 10h 32 min. Sa durée est de 19 min 09 s.

Etudiant : Y a-t-il eu des changements par rapport au fait que vous vous voyez femme ?

Ariane : Euh ! (Hésitation) oui ! je suis une femme ! je le sais ! je suis une maman ! mais je ne suis plus cette femme-là ! alors obligé d'être une nouvelle personne, je ne suis plus belle (mine triste). Je continue ma vie, mon histoire. J'attends voir quand je serai grand-mère. (Rire)

Etudiant : Actuellement, ressentez-vous du remord ou de la culpabilité sur le fait d'avoir été ou d'être responsable de votre condition physique ?

Ariane : Hein ? (étonnement) Non ! pas du tout ! avoir de la culpabilité ? Se dire être responsable. Akah ! C'est une maladie dont on ne connaît même pas encore bien l'origine d'après ce que le docteur m'avait dit. Je ne suis pas-moi coupable. C'est vrai que quand le cancer est tombé. Je me suis posé la question que « qu'est-ce que j'ai fait ? ». Il n'y a pas cette maladie chez nous. Pourquoi moi. Mais après l'idée là est partie.

Etudiant : Vous arrive-t-il souvent d'enfreindre des règles, des interdits ou des lois même si cela peut vous coûter quelque chose de précieux ?

Ariane : Pour faire quoi ? pour qu'elle raison ? je fais même comment pour me retrouver dans ce genre de situation ? Nooo...

Etudiant : Même au niveau familial ?

Ne je pense pas ! chez nous ton avis compte, mais c'est ce qu'on aura décidé qui est important. Et c'est bien ! sinon je ne sais pas si je serai déjà morte ou vivante. Mais le cancer fait mal oh !! Je vous ai dit tout à l'heure que... J'ai voulu abandonner le traitement nor !? ma fille et mon fils ont parlé, mon frère qui est évêque à Bafoussam a parlé. Tout le monde dans la famille a parlé

Etudiant : Depuis cette expérience, sentez-vous redevable aux autres et surtout ressentez-vous le sentiment d'être obligé de redonner toute l'attention, l'assistance ou l'aide que votre entourage vous a accordé ?

Noémie : Oui ! c'est de coutume chez nous d'assister l'autre. Bien même si... si... s'il ne l'a jamais fait on nous apprend ça tout petit. Si tu ne fais tu verras toi-même nor ! Donc je me sens redevable et... obliger si un de mes proches à un soucis.

Etudiant : Il y a-t-il des mots ou des expressions qui vous reviennent à l'esprit à chaque fois qu'il vous arrive de penser à l'expérience que vous avez traversée ?

Noémie : Oui ! « Charbon » depuis que ma collègue me l'avait dit. Hum ! (mine resserrée). Même comme maman n'est pas au courant, je pense toujours à ce qu'elle m'avait une fois, « tu es la mère de tes frères. Tu dois bien les garder ! ». Mais il y a aussi plein de messages de réconfort de ma fille (sourire).

Etudiant : Que pensez-vous de la beauté à l'heure actuelle, du plaisir que la femme tire en prenant soin d'elle ?

Ariane : Belle ! je ne dirai pas totalement ! du moins ! je ne suis pas belle comme avant ! je me savais belle ! mais là n'est pas ma priorité. Ma priorité est mes enfants. Avant c'était grave ! vraiment grave ! avec les effets de la chimiothérapie, la radio, la radio et encore la chimio. On m'a dit à l'hôpital que c'est normal. Tout ça fait en sorte que tu vieillisses très vite, tu noircisses, on ne me reconnaissait plus et on te regarde un genre. Mais bon ! maintenant ma peau est revenue, mais pas totalement, vu mon âge avancé. Mes cellules ne pourront plus se régénérer aussi facilement. Mais on ne me dévisage plus comme avant. Je n'ai plus de problème de ce côté-là. Je suis contrainte de devenir une nouvelle personne.

Etudiant : Chez nous les Bafia, après une telle expérience, pour empêcher la personne de revivre une telle situation, on pratique un rite, le Keucheù keù Bâk, qu'en est-il dans votre culture ?

Ariane : Ah voilà ! je voulais demander depuis que... Aroga c'est un nom d'où ?? (Rire) je voulais commencer par là.

Pour répondre à votre question. Je ne suis pas au courant de ça. Je ne peux pas connaître ça. Puisque ma famille est essentiellement chrétienne. On a grandi dans la chrétienté.

Etudiant : Existe-t-il une anecdote, un adage ou une histoire dans votre famille qui vous reviens souvent à l'esprit depuis votre expérience ?

Noémie : Je n'en ai vraiment pas connaissance. Mais je sais que si tu entres dans la case traditionnelle sans être invité, tu te perdras. L'appel c'est l'appel peut importe où tu te trouves, si on t'appelle tu dois venir, dans le cas contraire tu vas subir la rage des ancêtres, une série de malchances dans ton quotidien

Etudiant : Avez-vous connaissance des interdits ou des lois dans votre culture ?

Noémie : on ne se place pas à l'entrée d'une porte pour discuter avec une personne qui est à l'intérieur de la maison. Aussi qu'on ne balaie pas dans la nuit, sinon ce sont tes chances que tu balaies.

Etudiant : A quelle fréquence entrez-vous en contact avec votre téléphone au quotidien ?

Ariane : je suis toujours avec mon téléphone. Je me réveille, je prends mon téléphone, je pars au boulot, j'ai constamment mon téléphone à portée de main, avant de dormir, j'ai mon téléphone. En fait, je l'ai constamment... (sourire)

Etudiant : A quoi vous sert le téléphone dans votre quotidien ?

Ariane : A beaucoup de chose. D'un, de discuter avec mes enfants, surtout ma fille, mes frères, celui du Nord, et de Bafoussam, appeler maman. De deux pour le boulot, il y a les informations qu'on partage à l'intérieur. Suivre la musique, regarder les vidéos. Je ne suis pas trop réseaux sociaux hein ! Je ne suis pas dans Facebook et machin. Le seul truc où je me trouve c'est WhatsApp.

Etudiant : Qu'est-ce que ces contenus que partage la famille vous procurent-ils ?

Ariane : (sourire) de la joie, parce que nous avons perdu papa très tôt, alors maman nous a appris à nous serrer les coudes, alors parfois quand on partage une vieille photo dans le groupe je me souviens de ce moment. Sans compter les intrigues. (Rire)

Etudiant : Est-il important pour vous d'avoir accès aux différentes informations et données présents dans votre téléphone ?

Ariane : Hum ! il est vrai que depuis que je suis malade, le téléphone est l'outil que j'utilise le plus. C'est vrai que les raisons pour lesquels je l'utilise sont beaucoup plus pour des informations de boulot, comme je vous ai dit je suis contrôleur, le plus souvent, il est important qu'on m'envoie les informations du terrain, les rapports, les photos que j'organise, donc... Mais aussi, les échanges avec mes proches me permettent d'avoir constamment les nouvelles, les photos, les vidéos, de mes enfants, de celui du Nord... Je lis toutes les femmes qui se manifestent dans le groupe sans que je ne me manifeste. D'ailleurs je ne sais pas trop quoi leur dire. Sauf dans les rares cas où c'est important (rire). Leur bavardage en longueur de journée,

je ne suis pas là. Je prends ce qui m'intéresse comme les conseils, les rencontres comme les marches sportives, les informations et s'il faut cotiser, je cotise. C'est tout !

Etudiant : Avez-vous cherché du soutien et/ou des informations sur internet et les réseaux sociaux ?

Ariane : Bon ! je n'ai pas cherché du soutien en tant que tel, j'avais déjà ma famille qui me soutenait, même comme nous sommes dispersés, on m'appelle tous les jours à partir de whatsapp. Mais dire que j'ai cherché du soutien sur internet, non ! Mais des informations par contre oui ! Tu sais ? Quand on t'annonce une maladie comme le cancer, après qu'on te dise qu'on va te faire une mastectomie, la première des choses c'est faire ses recherches personnelles. J'ai fait des recherches sur le cancer oh, la mastectomie oh, les aliments à manger et à ne pas manger oh ! voir les vidéos... plein de choses. Donc voilà...

Etudiant : Ces recherches et ces échanges ont-ils été à votre intérêt ? comment ?

Ariane : Oui ! d'un très grand intérêt. Parce que... à partir des informations que tu fouilles, tu adoptes de nouveaux comportements qui t'aident à mieux te porter. Avec ses informations tu discutes avec le Docteur sur ton état de santé et tu comprends mieux ce qui t'arrive. Parce que l'histoire du cancer là ! Hum ! Quand on te l'annonce, tu vois comment tout tombe sans te mentir. Alors tu as besoin d'être rassuré.

Etudiant : Y a-t-il des discours ou un commentaire dans vos différents groupes de discussions qui vous ont fortement marqué et influencé ?

Ariane : Pas trop hein ? même s'il y a les encouragements des unes pour les autres. Je ne vois vraiment pas un discours qui m'a influencé.

Etudiant : Dans vos différents groupes de discussions, pensez-vous avoir retrouvé des personnes avec qui vous partagez le même vécu ?

Ariane : Oui ! évidemment ! avec ma famille, nous avons grandi ensemble, j'ai élevé mes enfants et dans le groupe de soutien malade on a... on a... on avait tous le cancer. Même certaines l'on encore.

Etudiant : Quel est votre ressenti par rapport à ce tout ce qui est partagé dans ses groupes de discussions ?

Ariane : Tout n'est pas bon ! Par exemple dans « soutien malade » une fois, une maman là a fait le témoignage dans le groupe qu'elle est rejetée par sa famille. Je me sentais bizarre que si je montre que moi j'ai eu le soutien de ma famille, elle va mal le voir. Mais le fais de penser que si j'étais à sa place, m'a mis mal à l'aise. Si c'était moi je pleurais. Allah ! vous savez ? dans ces choses-là, il y a du bon et du mauvais. Tout n'est pas rose dans la vie.

Mais, il y a aussi que les nouvelles adhérentes, quand elles posent leur difficulté, tu reconnais la même difficulté que tu as connu et il ne te reste plus qu'à lui donner des conseils. On a fait pareil pour moi. Ça fait du bien d'aider.

Etudiant : Vous êtes-vous fait des amis en particulier à travers les réseaux sociaux ?

Ariane : Non ! c'est vrai que nos premiers contacts étaient via les réseaux, mais par la suite, lors de nos rendez-vous de contrôle à l'hôpital pour ceux que ça coïncidait (sourire). On se rencontrait et on discutait le temps qu'on nous reçoive. Mais dans les réseaux, je discute beaucoup plus avec la présidente en Inbox.

Etudiant : Qu'est-ce qui vous fait sentir que vous faites partie de ces différents groupes ?

Ariane : Le fait qu'on me prenne en compte dans ces différents groupes. C'est vrai que je n'interviens pas beaucoup dans « soutien malade » mais je sais que nous sommes ensemble dans le même combat.

Etudiant : Qu'est-ce qui vous lie à ses membres ?

Ariane : Nos épreuves, nos expériences, la chose là... hum !

Etudiant : Et dans le groupe de famille ?

Ariane : (sourire) beaucoup de choses. Nos parents, notre sang, notre langue, nos vies, vous voyez quoi !

Etudiant : Vous sentez-vous libre de pouvoir faire des choix personnels même si cela peut aller à l'encontre de ce que votre famille attend de vous ?

Ariane : Oui ! évidemment ! je suis leur mère (rire)

Etudiant : Dans le groupe de soutien, te sens-tu libre à exprimer ton idée, tes valeurs, tes croyances, même s'il diffère de celui des autres membres ?

Noémie : Je vous ai dit que j'interviens très peu, quasiment pas dans ce groupe. Mais à ce que je sache, tout le monde est libre de s'exprimer. Quand une personne se sent mal, les idées viennent de partout. Vous savez qu'on a des membres qui sont même en Inde nor ? Donc tout le monde peut dire ce qu'il a dire. Tout le monde

Etudiant : En quoi est-ce que le groupe de soutien d'aide-t-il à mieux te connaître ou à te différencier ?

Noémie : Quand je suis tombé malade et que j'ai rencontré la présidente pendant l' « octobre rose », je voyais les femmes bien là, mais les intervenants seules parlaient. Tu vois des femmes tu te dis que tout va bien, que tu es la seule à vivre du cancer. Mais quand la présidente m'a inscrit dans le groupe. C'est là que j'ai compris que mieux moi. Les choses qui se disent dans ce groupe, les photos qu'on partage, les souffrances que ces femmes présentent ont réveillé en

moi une force que vous ne pouvez pas imaginer. Moi au moins j'ai la chance d'avoir ce que d'autres n'ont pas. La famille, les moyens de se soigner tout ça. Mais d'autres... (triste).

Etudiant : Vous-êtes-il déjà arrivé de vouloir quitter d'un groupe ?

Ariane : Non ! il ne m'a jamais pris l'envie de partir un groupe.

Etudiant : Maintenant que le temps est passé, que direz-vous de la personne que j'ai face à moi et de celle d'avant ?

Adriana : Je suis aimante. Je suis une personne aimante. Une femme battante qui sort de loin (sourire). Même si ça ne donne pas encore à 100% je sais que ce n'est qu'une question de temps.

Etudiant : Quels conseils donnerez-vous à une femme qui vient de vivre la même expérience que vous ?

Ariane : Hum ! pauvres femmes oh ! Aïe ! Tout ce que je peux leur dire dans leur vie, c'est qu'elles tiennent quand même à quelque chose. Ça peut leurs enfants, leur conjoint, leur maman. Toujours est-il qu'elles doivent tenir à quelque chose qu'elles tiennent beaucoup. Qu'elles s'accrochent sur la chose-là pour traverser les difficultés. Parce que je pense que ce sont les enfants qui m'ont permis de tenir. Je leur dirai aussi de beaucoup prier.

Etudiant : Y a-t-il autre chose que vous aimeriez partager concernant votre expérience ?

Ariane : Il n'y a jamais eu de cancer dans ma famille que ce soit du côté paternel ou maternel. Je ne sais d'où je viens avec ça. Mais bon. L'important c'est de s'accrocher et de tenir, de tenir ferme. Sans compter la prière. Beaucoup de prières.

Etudiant : Merci beaucoup pour votre temps et votre contribution précieuse. N'hésitez pas à revenir sur des questions ou à ajouter des précisions si vous le souhaitez. Si vous avez besoin davantage d'écoute et de soutien, je peux vous recommander un psychologue qui vous prendrait en charge gratuitement.

Ariane : Je vous en prie Monsieur Aroga et merci !

Annexe 6 : CORPUS DES ENTRETIENS AVEC AUDREY

PREMIER ENTRETIEN

Cet entretien a eu lieu dans la salle d'abstinence des infirmiers du service d'oncologie de la HGY, Mardi, 03 juin 2025 à 12h 40 min. Sa durée est de 15 min 25 s.

Etudiant : Bonjour Madame !

Audrey : Bonjour Monsieur !

Etudiant : Bonjour Madame/ Mademoiselle, je m'appelle Monsieur MOUGNOL AROGA, je suis étudiant-chercheur en Master 2 en Psychologie, et je vous remercie de prendre le temps de parler avec nous. Notre travail porte sur les « signifiants culturels et la reconstruction identitaire chez la femme ayant subi une mastectomie ». Êtes-vous d'accord de répondre à nos questions ? Permettez-vous que nous puissions vous enregistrer question pour nous de ne perdre aucun élément qui pourrait nous aider à mieux réaliser notre recherche et davantage vous comprendre ? Sachez que votre participation est volontaire et nous pouvons vous garantir que chacune de vos réponses resteront anonymes et confidentielles.

Audrey : D'accord ! Compris !

Etudiant : sinon, Madame, comment allez-vous ?

Audrey : En dehors de ce bras, comme je lui dis souvent qui me manque de respect. Ça va ! ça va très bien ! (Sourire) j'étais chez le neurologue lundi, bon comme je lui ai expliqué les picotements et tout et tout, il m'a prescrit des examens. Donc j'ai commencé, j'espère que ça va aller de ce côté-là. Et je bois aussi le para.

Etudiant : Ce médicament vous aide ?

Audrey : Quand je prends le para, oui ça m'aide ! mais on m'avait demandé aussi de voir le rhumatologue, on m'avait prescrit 25 séances de kiné. J'ai fini ! j'ai aussi rencontré un rhumatologue à l'hôpital de la caisse, elle aussi, elle a prescrit 15 séances. Il m'en reste peut-être 2 ou 3.

Etudiant : depuis ces séances de kinésithérapie avez-vous noté un quelconque changement ?

Audrey : Oui ! même comme c'est insignifiant, on voudrait toujours retrouver le plein potentiel de son bras et on a tendance à l'oublier. Oublié que le physique n'est plus celui-là !

Etudiant : Ok ! Parlez-moi de vous ?

Audrey : (Rire) qu'est-ce que je vais vous dire de moi, Hum ! du début de la maladie ou quoi ?

Etudiant : De tout ce qui vous vient à l'esprit et comment ça vous vient.

Audrey : Bon, je m'appelle Madame Audrey, j'ai 46 ans, je suis marié, je suis communicatrice, je suis protestante, je suis la cinquième d'une fratrie de six enfants. J'ai perdu ma mère en 2015, trois mois après ma sœur, du cancer du sein, malgré tous les efforts, elle est partie en 2018. Bon, moi en 2022. Je ne suis pas allée à la Cathédrale (clinique privée) moi-même, j'ai ressenti la boule, c'est là où je suis allée à l'hôpital général. On a fait tout ce qu'on doit faire comme examens ? Et puis l'interniste qui est là-bas, le Docteur Ntchoutang, c'est elle qui m'a dirigé vers le docteur Ateguena, les résultats sont sortis en... tous les résultats sont sortis le 20 février. Et j'ai fait ma première chimio le 23. On avait programmé la première chimio le 22, j'ai dit au docteur que c'est mon anniversaire, je ne viens pas à l'hôpital (rire). J'ai fait toutes ces chimios, je crois 16. Et puis on a programmé l'opération. Bon, dans ma tête je savais que je ne pouvais pas me faire opérer au Cameroun. J'ai une tante, la cousine de ma maman qui avait aussi été malade, elle était au Maroc, on a bien pris soin d'elle. J'avais la phobie de la France. Mon petit frère est là-bas, il m'a dit qu'il faut venir, j'ai dit que : « non ! ma sœur est morte là-bas, et comme moi je ne veux pas mourir, je ne viens pas là-bas » (rire). Je suis allé au Maroc, ils ont pris soin de moi. On m'a fait la mastectomie totale, le curetage ganglionnaire, j'ai fait la radiothérapie, j'ai fait deux mois et demi là-bas. La radiothérapie 16 séances et puis j'étais revenu au Cameroun. J'ai fait le contrôle en Janvier-là (2023) ! Mais les résultats, il n'arrivait pas à comprendre, c'était, c'était chaotique (se redresse de la chaise). Au point où le docteur, le docteur Mani, c'est lui qui m'avait, m'avait fait la biopsie, à la, à la cathédrale, disait qu'il n'arrive pas bien à interpréter les résultats, il faut peut-être faire, euh !!! (Long silence) une biopsie. Hum ! et dans tout ça, il n'a... il n'arrivait pas à programmer (croisement des bras). Je me suis rendu compte que non, il faudrait mieux que je reparte. Donc je suis reparti en février. Là-bas (silence), quand j'ai refait le TDL, on m'a dit que non ce n'est pas ça, on a fait l'échographie, l'échographie jusqu'au dos. Et c'est le... le médecin là, celui qui s'est chargé de... la radiologue, c'est elle qui m'a dit que : « non ! elle pense que c'est une, c'est une, c'est... on appelle ça quoi ? C'est le rhumatisme accompagné de la peau. Je lui ai dit que « l'autre ci sort d'où ? ». Elle me dit : « non ! ça peut arriver parce que quand on fait une mastectomie totale, il y a beaucoup de nerf à cet endroit, donc forcément, on ne peut pas faire ça sans toucher un nerf ». Donc c'est elle qui a dit à mon oncologue là-bas, tous les résultats,

j'ai même fait la... j'ai refait là... j'ai refait tout ça, tout ce qu'on fait souvent. Bon, mon oncologue avait dit que « ce n'est pas ça ! » Elle ne pense pas que soit une récédive, mais c'est juste qu'il faut aller faire les massages. Elle m'a envoyé chez le rhumatologue qui m'a prescrit la pommade et l'huile. Je suis rentrée, bon mon kiné a commencé à masser. Et quand il masse, je me sens mieux. Comme je vous disais tantôt, je ne vais pas passer ma vie à faire les massages. Quand je ne masse pas, je ne me sens pas mieux alors hein !? On m'avait prescrit le para aussi là-bas. Quand je suis aussi arrivé ici on m'a prescrit le para. C'est ce que je prends de temps en temps. (Silence) Mais vraiment c'est... tsuip ! ce n'était pas agréable d'être, de souffrir tout doucement à cause de mon bras comme ça (elle touche le bras gauche). Ce n'était surtout pas très agréable devant mes filles, parce que... tsuip ! je ne voulais pas qu'elle soit inquiète. Parce que à chaque moment elles me demandaient « maman, ça va ? maman, ça va ? », je répondais toujours que : « ça va ! ». Mais elles se sont rendues compte que ça n'allait pas très bien, parce que quand je passais ma main sur mon bras (la main droite sur le bras gauche) elle me posait la question « comment tu vas bien alors que tu es toujours en train de te masser ? ». Je dis : « non ! mais... il faut bien que je me soulage un peu ».

Etudiant : Comment avez-vous réagi en apprenant cela ?

Audrey : Sur l'instant j'ai été bien déstabilisée. Un choc parce que ma sœur était décédée suite de cela, mais après le discours tenu par ma tante qui s'est faite soigner au Maroc, j'ai su que ça ira pour le mieux. Mais j'ai senti un grand déphasage pour vous dire vrai.

Etudiant : Comment est-ce que vos proches, la famille, les amies ont réagi après que vous ayez guéri du cancer ?

Audrey : Comme je vous ai dit non ! j'ai été très entouré, mes sœurs, j'ai quatre, trois sœurs, l'autre est décédée, trois sœurs, même mon petit frère qui est en Europe est venu, tout le monde est venu me voir (sourire). Mes sœurs venaient tous les trois semaines, chaque fois que j'avais chimio (sourire). Chaque fois que j'avais chimio, elles venaient. Mon mari a très bien pris soin de moi, il était là, très présent. Bon ! au bureau alors, bon mon DG, celui qui est décédé, il m'avait aidé à partir en me payant le billet d'avion. Parce qu'il a demandé : « Je peux faire quoi pour vous ? » je lui ai dit que « tout ce que je veux que vous fassiez c'est me payer le billet d'avion », il a acheté. Même celle qui est là maintenant c'est une femme, elle assure l'intérim, elle comprend très bien. Quand en février 2023, je suis allée la voir que je ne me sens pas bien, il faut que je rentre au Maroc, elle m'a dit : « il n'y a pas de problème, vous avez besoin de

quoi ? », je lui ai dit que : « je veux seulement le billet d'avion », et elle l'a fait ! je peux dire que je suis béni quoi ! Je suis béni !

Etudiant : Qu'avez-vous ressenti juste après le soin ?

Audrey : Un sentiment de grand vide. C'était bizarre. J'avais l'impression d'avoir perdu mon corps, je n'avais vraiment pas envie de regarder mon corps qui me semblait charcuté. Je ne voulais même pas en parler à vrai dire. Chaque fois qu'on l'évoquait, ça me faisait bizarre. Avec tout le soutien qui était autour cela m'était toujours bizarre.

Bon comme je savais que je devais me battre et que je savais à quoi m'y attendre. Je ne vois pas trop le changement. Mais il est vrai qu'après ablation totale, on se sent fini et laide. Mais quand tu as les gens qu'il faut autour de toi, alors tu t'appuies davantage sur eux pour te refaire. Mais pour vous dire vrai, ce n'a pas évident sans...

DEUXIEME ENTRETIEN

Cet entretien a eu lieu dans la salle d'abstinence des infirmiers du service d'oncologie de la HGY, Mardi, 06 juin 2025 à 12h 30 min. Sa durée est de 14 min 55 s.

Etudiant : Depuis l'opération qu'est-ce qui peut avoir changé en vous et que vous avez essayé de retrouver ?

Audrey : je n'ai plus beaucoup d'énergie, ce qui a changé, je n'ai plus beaucoup d'énergie malgré toute la volonté possible. Comme on disait que je ne dois pas trop utiliser ce bras, je ne dois pas porter plus de cinq kilos. Mais on m'a dit qu'il a un peu gonflé, bon que même les moins de cinq kilos, je dois un peu éviter. C'est ça qui est... parfois on oublie, je peux vouloir tenir mon sac, je le tiens avec le bras gauche alors que je sais que je ne dois pas trop l'utiliser avec ce bras. C'est un peu embêtant d'être, d'être réduit à... réduit à faire attention. Mais ça ne me gêne pas, c'est plutôt les autres qui sont gênés.

Etudiant : comment ça les autres ?

Audrey : Oui, mes sœurs, mes filles sont gênées de ne plus voir la force qui était en moi. Tout ce que je demande au Seigneur c'est de me redonner cette énergie. Même si ce bras reste comme ça, il n'y a pas de problème.

(Se redresse de nouveau) Mais les choses ont aussi changé parce que j'ai quitté mon mari, juste après notre retour. Il m'avait accompagné, il a fait tout ce que toute personne doit faire. Bon, c'est vrai qu'avant d'être malade on n'était pas en de bons termes. Bon quand je suis tombée

malade, je me suis dit que bon... comme il s'occupait de moi. Il m'accompagnait en chimio hein !? toutes les trois semaines hein !!! Bon, je me suis dit comme je suis tombée malade, peut-être il a changé. Mais dès que nous sommes rentrés du Maroc (rire). Nous sommes rentrés en décembre, en janvier 2023, il a repris ses vieilles habitudes, ses bonnes vieilles habitudes, c'était, ça faisait mal. (Silence) Dans mon fond intérieur, je me suis dit que ça ne vaut pas la peine de rester avec le type-ci hein !? Comme je le dis toujours « si la maladie ne m'a pas tué, c'est lui qui va me tuer de chagrin ». Donc... en juin, j'ai déménagé avec mes filles. Nous sommes parties. Voilà, voilà le grand changement.

Etudiant : En quoi ça été un grand changement ?

Audrey : (croise les mains et pose les coudes au niveau de la table) Un peu comme s'il fallait que je... je me débarrasse d'une autre partie malade de moi.

Etudiant : Y a-t-il eu des changements par rapport au fait que vous vous voyez femme ?

Audrey : Moi, moi, moi, je n'ai pas de problème hein !? (Rire). Je n'ai pas de problème parce que là-bas (Maroc) on m'a montré, il y a les prothèses. Si je ne dis pas à quelqu'un, il ne peut pas savoir. Il y a aussi les soutiens aussi adaptés. Donc, (silence) comme moi j'ai toujours dit au Seigneur, je veux seulement vivre, je veux voir la troisième génération comme ma grand-mère. Ma mère est morte à soixante-six ans, ma grand-mère a quatre-vingt-seize ans, elle vit encore. Elle m'a même appelé au téléphone pour savoir comment je vais. Maintenant, mon corps ne me gêne pas, sincèrement, ça ne me gêne pas du tout.

Etudiant : Actuellement, ressentez-vous du remord ou de la culpabilité sur le fait d'avoir été ou d'être responsable de votre condition physique ?

Audrey : Vous voulez que je me querelle avec Dieu ? je suis une croyante et ce n'est pas la croyance avec la bouche-là. C'est Dieu seul qui lit les cœurs et il connaît ma foi avec lui. Je n'ai pas à me plaindre. Je n'ai aucun ressentiment. Au contraire, je suis très heureuse parce que j'ai guéri. Parce que le Seigneur m'a fait grâce. Ce qui n'est arrivé à ma feu sœur, paix à son âme. Et à tous les amis qui meurent tous les jours dans les hôpitaux, dans les maisons, dans le monde. Où vous voulez que je me plaigne que pourquoi il m'a donné et n'a pas donné à une de mes sœurs ou même à mon frère. Je ne peux pas souhaiter la maladie à quelqu'un. Même à mon pire ennemi, si jamais j'ai un pire ennemi, jusque-là je ne peux pas lui souhaiter la maladie. Je ne me plains de rien.

Etudiant : Vous arrive-t-il souvent d'enfreindre des règles, des interdits ou des lois même si cela peut vous coûter quelque chose de précieux ?

Audrey : Je ne comprends pas la question, ça quel rapport avec la maladie ? ça va me coûter quoi de précieux ? quelque chose précieux ça ne peut qu'être que ma santé et ma liberté. Mais je ne vois pas aussi faire certaine chose au détriment de ma santé ou de ma liberté.

Etudiant : Depuis cette expérience, sentez-vous redevable aux autres et surtout ressentez-vous le sentiment d'être obligé de redonner toute l'attention, l'assistance ou l'aide que votre entourage vous a accordé ?

Audrey : Dites-moi ! ma tante qui est milliardaire là ! qui a payé plus de la moitié de mon hôpital-là au Maroc. Je dois penser lui remettre ça ? Non ! elle m'a donné parce que c'est la sœur de ma mère, même père, même mère et je lui ai dit merci. Je ne passe pas mes nuits ou mes journées à penser qu'un jour, je lui rends l'appareil. Ça veut dire que ce n'est plus la dotation, c'est le prêt. Ma famille qui m'a assisté ? Mes amis qui m'ont assisté physiquement, matériellement, financièrement ? Je ne pense pas. Tout le monde m'a assisté ! tout le monde m'a assisté. Je ne pense pas. Je fais ce que j'ai affaire. Si je peux assister quelqu'un je le fais, si je ne peux pas, je laisse. Ça n'a rien à voir avec une dette quelconque. Puis que même avant je le faisais. Quand je peux assister, j'assiste. Quand je ne peux pas, je ne peux pas. Ce qui est sûr on se sent toujours reconnaissant avec les gens qui nous ont aidé. Si un être humain ne se sent pas reconnaissant, ça veut dire qu'il n'est pas ... il n'a pas de cœur. Redevable. Bon... je ne souhaiterai à personne cette saleté.

Etudiant : Il y a-t-il des mots ou des expressions qui vous reviennent à l'esprit à chaque fois qu'il vous arrive de penser à l'expérience que vous avez traversée ?

Audrey : Oui ! oui ! les mots de mon petit frère et sa petite famille qui m'ont été d'un réconfort avec les « on t'aime Tata ! ». De mes sœurs qui sont toujours présentes avec leur intrigue que à chaque fois que j'y pense, je ris seulement. Ma grand-mère était une femme de fer, je parle d'elle dans le passé parce qu'elle a beaucoup changé. Vous savez, quand on vieillit on s'adoucît avec l'âge. Surtout que j'ai passé une bonne partie de mon enfance à ces côtés. Elle disait toujours que : « si tu ne te bats pas dans la vie, tu penses qui va le faire ? ». Mais concernant ma mère, c'est pour moi et je le garde pour moi et je peux le dire une fois en passant pour prendre exemple avec mes filles. Mais je ne peux le raconter à quelqu'un, quel que soit le sujet on débat. Ça ne se fait pas ! c'est personnel. C'est trop personnel. Ça ne se fait pas ! (sourire).

TROISIEME ENTRETIEN

Cet entretien a eu lieu dans la salle d'abstinence des infirmiers du service d'oncologie de la HGY, Mercredi, 09 juin 2025 à 12h 25 min. Sa durée est de 13 min 55 s.

Etudiant : Que pensez-vous de la beauté à l'heure actuelle, du plaisir que la femme tire en prenant soin d'elle ?

Audrey : Mais moi je suis toujours belle ! moi je suis toujours belle. Comme je dis toujours, la beauté n'est pas que physique hein ! elle n'est pas que physique ! tu vois une belle femme avec les sales habitudes, ça ne vaut pas la peine ! ça ne vaut pas la peine ! il faut être une personne agréable de l'intérieure. Pas une personne qu'on fuis. Pas une personne quand on voit, on dit que hey ! la femme là !

Etudiant : Chez nous les Bafia, après une telle expérience, pour empêcher la personne de revivre une telle situation, on pratique un rite, le Keucheù keù Bàk, qu'en est-il dans votre culture ?

Audrey : Ah bon ? Je suis Bassa'a du littoral, mais je ne suis pas au courant. En tout cas, la perte d'un membre, c'est certains membres de la famille qui le savent et peut-être quelques collègues. En fait, je suis Bassa'a de Douala, ma mère est née à Akwa, Douala 100%. Il y a aucun rite à faire. On nous a opéré, il y a aucun rite à faire, l'essentielle est qu'on vous a opéré.

Etudiant : Existe-t-il une anecdote, un adage ou une histoire dans votre famille qui vous reviens souvent à l'esprit depuis votre expérience ?

Audrey : Oui ! il en existe plein. Les démangeaisons n'attrapent que les gens qui n'ont pas d'ongles. La chèvre broute là où elle est attachée... il en existe vraiment plein.

Etudiant : Avez-vous connaissance des interdits ou des lois dans votre culture ?

Audrey : On ne mange pas le chat et la vipère. La femme ne prend pas la parole à la dote. La femme n'achète pas le mortier, la pierre à écraser tant qu'elle n'est pas mariée. On ne salut pas quelqu'un en étant à la porte que ça bloque tes chances...

Etudiant : A quelle fréquence entrez-vous en contact avec votre téléphone au quotidien ?

Audrey : De nos jours on peut encore vivre sans la technologie ? Sauf si tu es un hermite. J'ai toujours mon téléphone.

Etudiant : A quoi vous sert le téléphone dans votre quotidien ?

Audrey : Mon téléphone est important dans ma communication, dans mon travail, pour stocker mes données, photos, vidéos, documents... Je suis constamment connectée ! au boulot, nous avons le wifi en perpétuel. Sauf si le réseau dérange. A la maison quand je suis seul, je suis connecté avec mes mégas. Mais je m'arrange à être présente pour mes filles quand elles sont présentes. On se fait de petits films et on discute.

Etudiant : Est-il important pour vous d'avoir accès aux différentes informations et données présents dans votre téléphone ?

Audrey : Bien-sûr ! il est important que je retrouve tout ce que j'ai stocker, comme ça à tout moment je peux revenir les retrouver aux besoins. À tout moment on veut voir des photos de ces neveux et nièces, prendre un document pour le traiter, suivre sa musique religieuse...

Etudiant : Avez-vous cherché du soutien et/ou des informations sur internet et les réseaux sociaux ?

Audrey : Et comment !? j'avais peut-être perdu quinze Kilos. Puisque je lisais sur le net, ne mange pas ceci, ne mange pas cela, ne fait pas ceci, ne fais pas cela. Le médecin m'a demandé « qui vous a envoyé suivre tout ça dans le téléphone ? Tous ceux qui écrivent tout ça n'est pas des médecins. Qui vous a raconté que le sucre donne le cancer ? C'est que tous les enfants auraient le cancer ». Mais on dit que tous ceux qui ont déjà le cancer, le sucre n'est pas bon. Il m'a dit que « lui particulièrement, il n'a pas d'interdit. En toute chose c'est l'exagération qui est mauvaise. Donc... (silence) Moi au début je n'écoutais pas ! je faisais tout ce qu'on disait dans le net. (Silence). La conséquence est que j'avais des carences, j'avais des carences. Donc quand on m'a parlé et même le Docteur Njampou. Quand elle m'a dit que « mangez comme il faut ». Quand je suis allée refaire, je crois c'était à la quatrième visite, quand je suis allée refaire mes examens c'était bon ! j'ai vraiment mangé tout ce qui fallait.

Bon, comme je voulais savoir hier si je peux prendre le Para, malgré que je prenne le Norigine (médicament). Et ma fille est en première année hein... elle fait médecine. Elle me dit que tu peux prendre tu peux boire, ce n'est pas la même chose. J'ai dit « ok ! » mais je suis d'abord allée regarder sur google (rire). Et c'était comme elle a dit, ce n'est pas la même chose.

Etudiant : donc cela veut dire que le net vous a fait plus de mal que de bien.

Audrey : Oui ! c'est la vérité ! Vu que ce n'est pas normal de dire à des gens de ne manger que des légumes et des fruits. Je ne mangeais que des légumes et des fruits. J'ai peut-être perdu 15

Kilos. Mais la vérité aussi c'est qu'à travers le net, j'étais en contact constant avec mon frère. Il m'appelait tout le temps et il prenait de mes nouvelles.

Etudiant : Pourriez-vous me parler des différents contenus échangés avec vos proches à travers les réseaux ?

Audrey : Quoi des contenus ? Les messages, les photos, les vidéos ? On n'en fait tous les jours que Dieu a créé. J'ai les nouvelles de tout le monde, le week-end alors on passe nos appels et je vois tout le monde en visio. Et c'est un plaisir de voir mes bébés. Ah oui ! quand on se connecte tous, c'est tout un événement. Des moments de bonheur.

Audrey : Oui ! Comme la dame qui était décédée parce qu'elle avait laissé, elle avait laissé l'hôpital (hésitation) pour aller chez les gens qui disent qu'ils guérissent tout là et dans les églises. Quand elle était morte, sa fille nous avait annoncé qu'elle est morte, ça m'avait choqué. Et puis j'avais fait le commentaire en disant que vraiment il ne faut pas qu'on laisse l'hôpital, c'est bien d'aller à l'église. Mais aucune église ne va te dire de laisser l'hôpital. Quand une église te dit déjà qu'il faut laisser l'hôpital qu'il faut venir prier. Qui l'a dit ? c'est Dieu qui a créé ces médecins. Dieu ne peut pas créer quelque chose qui vous soigne et vous demande de ne pas aller vous faire soigner et ces médecins traditionnalistes qui disent qu'ils soignent une maladie, ils vous donnent les boutons de médicament qui n'ont pas de posologie vous buvez, vous ne savez même pas ce que vous buvez. Vous laissez complètement le traitement qui est bien spécifique. Je ne vous dis pas que sa fille m'a appelé inbox hein... elle m'a maudit, elle m'a dit comment moi-même je vais mourir, je vais souffrir avant de mourir. Je n'ai parlé de ça à personne, c'est seulement ici que je viens le parler. J'ai seulement regardé et j'ai secoué la tête. J'ai seulement dit que nous sommes tous venu sur terre pour mourir. Personne n'est éternelle. Nous ne sommes là personne ne sait ce qui va arriver tout à l'heure ou encore demain. J'ai juste fait un commentaire pour attirer l'attention des autres que vraiment à l'hôpital, allons à l'église, mais si l'église vous dit déjà ne partez plus à l'hôpital, ne partez plus dans ces églises, ce n'est pas une église. Parce qu'il y a aucun dieu, celui qui a créé les médecins qui dit qu'il ne faut pas aller à l'hôpital prendre ses médicaments. Je vous dis, elle a été violente hein... j'ai d'abord voulu parler de ça à la présidente du groupe, après j'ai dit que non, c'est la douleur qui fait parler. C'est la douleur. Mais ce n'est pas parce qu'on est en douleur qu'il faut s'en prendre aux autres et leur dire des méchancetés.

Etudiant : Y a-t-il des discours dans vos différents groupes de discussions qui vous ont fortement marqué et influencé ?

Audrey : Normalement ! vous savez ? dans whatsapp, il y a trop de choses qui circulent. Tellement de choses qui sont dites et faites. Mais ce qui m'a beaucoup plus touché c'est un message, vous voyez les messages de prédication qu'on envoie les matins ? il y a un où on disait que « N'abandonne pas ! car ton avenir est certain selon ma volonté ». Il y a aussi de tout dedans. Dans les réseaux sociaux.

Etudiant : Dans vos différents groupes de discussions, pensez-vous avoir retrouvé des personnes avec qui vous partagez le même vécu ?

Audrey : Non ! dans ma famille, ils ont subi mon expérience, or dans « soutien malade. On partage la même réalité.

Etudiant : Quel est votre ressenti par rapport à ce tout ce qui est partagé dans ses groupes de discussions ?

Audrey : Vous le savez ! (Silence). Je n'aime pas entendre que quelqu'un est mort. Sincèrement ! Je suis même dans deux fora. Il y a « soutien malade » et « personnes braves et fortes » c'est aussi un autre forum. Et comme je dis souvent, celles qui font les voix là. Sans tenir du ressenti des autres. Ce sont des groupes de soutiens, on ne soutient pas à confrontant à chaque fois les autres aux images bizarres.

Bon, on en parle ! On en parle ! vu que ce sont aussi des groupes d'entre-aides. Il y a plein de choses qui sont partagées, surtout quand, une fois j'avais une douleur au niveau de l'épaule et qu'on m'avait conseillé de prendre une herbe là avec le clou de girofle.

Etudiant : Vous êtes-vous fait des amis en particulier à travers ses réseaux ?

Audrey : Non ! dans ce groupe-là. Bon on est ensemble. On se parle, ce n'est pas comme si quelqu'un va venir chez moi le week-end, on va causer. Mais à l'hôpital, oui ! j'ai rencontré une sœur là-bas, on partageait la même chambre. Elle et moi on est en contact, on se fréquente. Mais dans le groupe, non ! mais avec ce groupe non ! il y a que lorsqu'on organise « octobre rose ».

Etudiant : Qu'est-ce qui vous fait sentir que vous appartenez à ces différents groupes ?

Audrey : Parce que je me retrouve en ces groupes. La maladie, nos réalités. Vous savez ce ne sont pas les choses aisées, mais on vit avec. Alors dans ces groupes on partage beaucoup de choses. Tout le monde respecte tout le monde du moment que tu apportes une solution à l'autre tu es des nôtres.

Etudiant : Et dans le groupe de famille ?

Audrey : Ils vont me jeter (rire) ? je blague ! on partage tous ce qui concerne la famille. Alors jusqu'à preuve de contraire je fais partie de la famille.

Etudiant : Vous sentez-vous libre de pouvoir faire des choix personnels même si cela peut aller à l'encontre de ce que votre famille attend de vous ?

Audrey : Qui peut d'abord m'arrêter ? (Rire). Je pense vraiment que tout le monde dans la vie est libre de faire ses propres choix. Quand mon frère m'a demandé dans le groupe de famille de venir en France me faire soigner. J'aurai pu y aller. Mais j'ai fait le choix et un choix raisonné d'ailleurs d'aller au Maroc. Me voilà je suis debout.

Etudiant : Dans le groupe de soutien, vous sentez-vous libre à exprimer ton idée, tes valeurs, tes croyances, même s'il diffère de celui des autres membres ?

Audrey : Vous êtes dans le groupe nor !? vous avez vu qu'on a empêché qui d'exprimer son opinion, son idée ou quoique ce soit. Chacun est libre de dire ou de faire ce qu'il veut tout en respectant le cadre du groupe.

Etudiant : En quoi est-ce que le groupe de soutien d'aide-t-il à mieux te connaître ou à te différencier ?

Audrey : Sérieusement. Me connaître, en rien. Mais me différencier oui. Dans le sens où, je sais qu'elles sont nombreuses dans le groupe qui souffre. Dans ce sens, je suis différente, j'ai trop de grâces et je remercie le Seigneur pour ses bienfaits dans ma vie.

Etudiant : Vous-êtes-il déjà arrivé de vouloir quitter d'un groupe ?

Oui ! il m'est déjà arrivé de vouloir quitter des groupes

Etudiant : Pour quelle raison ?

Parce que ce qui disait ou se faisait dans le groupe ne me portait plus d'intérêts. En plus dans certains on fait tout pour t'énervier. Je me rappelle dans le grand groupe de la famille, j'étais en train de recadrer une cousine qui passait le temps à m'insulter et le reste de la famille observait observait comment on m'insultait. J'ai vite fait de sorti dans le groupe et on a aussi vite fait de me remettre dans le groupe. Lol (Rire)

Etudiante : Maintenant que le temps est passé, que direz-vous de la personne que j'ai face à moi et de celle d'avant ?

Noémie : (rire et long silence) celle d'avant aimerai revenir comme avant. Personne n'aimera qu'on lui prenne une partie de son corps. De deux (silence) je ne peux plus mettre le défrisant sur la tête, c'est un produit chimique. Alors qu'avant, je pouvais défriser les cheveux sans problème, je n'étais pas obligée de me faire les tresses tout le temps. Maintenant je dois faire les tresses tout le temps, si je dois être présentable. Voilà quelque chose qui m'embête. Bon, c'est la vie ! Ce n'est pas le corps qui fait la femme, c'est ce qu'elle traverse. Je suis encore plus femme maintenant qu'avant. J'ai connu la douleur, mais je suis debout. En plus ce n'est pas la fin, c'est un tournant. J'ai évolué, et ce n'est pas une mauvaise chose.

Etudiant : Quels conseils donnerez-vous à une autre femme qui vient de vivre la même expérience que vous ?

Audrey : je leur dirais d'être au-dessus de tout ça. Je leur dirai de prier, car il n'y a que Dieu pour nous sauver et de suivre ce que le médecin dit, d'éviter fortement les tradipraticiens, les naturopathes-là qui disent qu'ils soignent le cancer. Qu'elles aillent à l'hôpital, elles suivent ce que le médecin dit et qu'elles prient

Etudiant : Y a-t-il autre chose que vous aimeriez partager concernant votre expérience ?

Audrey : j'ai déjà tout partagé, je vais encore dire quoi ?

Etudiant : Merci beaucoup pour votre temps et votre contribution précieuse. N'hésitez pas à revenir sur des questions ou à ajouter des précisions si vous le souhaitez.

Audrey : Merci beaucoup Monsieur. Merci d'avoir pris le temps de m'écouter. J'ai compris !

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	i
DEDICACE	ii
REMERCIEMENTS.....	iii
RÉSUMÉ	iv
ABSTRACT.....	v
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	vii
LISTE DES ANNEXES	viii
INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
PARTIE I :CADRE THÉORIQUE.....	4
CHAPITRE 1 :PROBLÉMATIQUE	5
1.1. CONTEXTE DE L'ÉTUDE ET JUSTIFICATION.....	6
1.2. Formulation du problème de recherche.....	9
1.3. QUESTION DE RECHERCHE.....	15
1.4. HYPOTHÈSE DE RECHERCHE	15
1.5. OBJECTIF DE RECHERCHE	16
1.6. INTÉRÊT DE L'ÉTUDE	17
1.6.1. Sur le plan scientifique.....	17
1.6.2. Sur le plan social et culturel.....	17
1.6.3. Sur le plan clinique et thérapeutique.....	17
CHAPITRE 2 :REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	18
2.1. LE CORPS	19
2.1.1. Approche biomédicale du corps.....	19
2.1.2. Approche philosophique	20
2.1.3. Approche sociologique.....	21
2.1.3.1. Les usages sociaux du corps	21
2.1.3.2. Le corps entre biologie et culture	22

2.1.3.3. Le corps comme produit social	22
2.1.3.4. Les Imaginaires Sociaux du Corps.....	23
2.1.4. Approche anthropologique.....	24
2.1.5. Approche psychopathologique.....	26
2.1.5.1. Le corps comme lieu d'expression du psychisme.....	26
2.1.5.2. Le corps fragmenté et image du corps	26
2.1.5.3. Une approche africaine de la psychopathologie.....	27
2.1.6. Approche psychanalytique	29
2.1.6.1. Conception classique.....	29
2.1.6.2. Image du corps.	29
Le corps selon Mayi	30
2.2. ÉTAYAGE.....	32
2.2.1. Étayage en sociologie.....	32
2.2.2. Étayage en psychologie du développement	32
2.2.3. Étayage en psychanalyse.....	32
2.3. CULTURE ET PSYCHISME	33
2.4. NARCISSISME	36
2.4.1. Conception Lou Andreas-Salome (1921).....	37
2.4.2. Conception de Kernberg.....	38
2.4.3. Conception de Kohut.....	39
2.4.4. Conception de Leguil	39
2.5. IDENTITE.....	40
2.5.1. Approche philosophique.	41
2.5.2. Approche sociale.	43
2.5.3. Approche psychologique.....	44
2.5.4. Approche pathologique du soi.....	46
2.5.5. Approche cognitive	47
2.5.6. Approche psychanalytique	48
2.5.6.1. Identification et non identité chez Freud.....	48
2.5.6.2. Identité selon Lacan	50
2.5.6.3. Identité selon Winnicott.	51
2.5.6.4. Identité selon Gorog.....	51
2.5.6.5. Identité selon Kaës	51

CHAPITRE 3 :INSERTION THÉORIQUE DE L'ÉTUDE.....	54
3.1. APPROCHE PHÉNOMÉNOLOGIQUE	55
3.2. APPROCHE PSYCHANALYTIQUE	57
3.2. 1Théorie du Moi-peau (1995)	57
3.2.2. Théorie des alliances inconscientes (2009).....	61
3.2.2.1. La notion d'alliance inconsciente.....	61
3.2.2.2. Alliance matrimoniale, filiation et prohibition de l'inceste	62
3.2.2.3. Alliances religieuses.....	63
3.2.2.4. L'alliance et le symbole : les garants symboliques	63
3.2.2.5. L'alliance, le don et le contre-don.....	63
3.2.2.2.6. Alliance et trahison.....	64
3.2.2.7. Les cadres et les garants métapsychiques et métasociaux des alliances	64
3.2.2.8. Alliances inconscientes et champ social	65
3.2.2.9. Le travail de l'inconscient dans les alliances inconscientes.....	66
3.2.2.10. Les autres opérateurs psychiques des alliances inconscientes	68
3.2.2.11. Les alliances et la transmission psychique intergénérationnelle	68
3.2.2.12. Les principaux types d'alliances inconscientes.....	69
3.2.2.12. Dimensions des alliances inconscientes	70
3.2.2.13. Les alliances structurantes.....	71
3.2.2.14. Les alliances structurantes primaires.....	71
3.2.2.15. Figures et modalités du négatif dans les alliances inconscientes	73
3.2.2.16. Les modalités du négatif et leur destin dans les alliances	73
3.2.2.16. Alliances inconscientes et configurations de lien	75
3.2.2.17. Les alliances inconscientes dans les groupes	76
3.2.2.18. L'implication théorique.....	78
3.2.2.19. Limites et critiques	78
3.2.3. LE CONCEPT DE MOI-CYBORG (2019).....	79
3.2.3.1. Psychogénèse du moi-cyborg.....	79
3.2.3.2. Les fonctions du moi-cyborg	80
3.2.3.3. Implication	83
3.2.3.4. Limites et critiques	83

PARTIE II :CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET OPÉRATOIRE.....	84
CHAPITRE 4 :MÉTHODOLOGIE.....	85
4.1. BREF RAPPEL DE LA PROBLÉMATIQUE	86
4.1.1. Rappel du problème	86
4.1.2. Rappel de la question de recherche	87
4.1.3. Hypothèse générale	87
4.1.4. Rappel de l'objectif général	87
4.2. SITE DE L'ÉTUDE	87
4.2.1. Localisation géographique du site de l'étude	87
4.2.2. Justificatifs du choix du site de l'étude	88
4.2.3. Présentation du HGY	88
4.3. PROCÉDURE ET CRITÈRES DE SÉLECTION DES PARTICIPANTS	89
4.3.1. Critères de sélection	89
4.3.2. Caractéristiques des participantes	89
4.4. TYPE DE RECHERCHE.....	90
4.5. MÉTHODE DE RECHERCHE : MÉTHODE CLINIQUE.....	90
4.5.1. Définition de la méthode clinique	90
4.5.2. L'étude de cas.....	91
4.6. TECHNIQUES ET OUTILS DE COLLECTE DES DONNÉES.....	92
4.6.1. Technique de collecte des données : Entretien semi-directif.....	92
4.6.2. Outil de collecte des données : Guide d'entretien.....	92
4.7. DÉROULEMENT DES ENTRETIENS	93
4.8. DIFFICULTÉS RELATIVES A LA COLLECTE DES DONNÉES	94
4.9. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES.....	94
CHAPITRE 5 :PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS	96
5.1. RÉSULTATS DE LA RECHERCHE.....	97
5.1.1. Présentation sommaire des participants	97
5.1.2. Résumé des profils de trois femmes inspirantes	98
5.1.3. Diversité des profils de femmes ayant subi une mastectomie.....	99
5.1.4. Réseau de soutien :	100
5.1.5. Contexte géographique.....	101

5.2. PRÉSENTATION ET ANALYSE THÉMATIQUE DU DISCOURS DES PARTICIPANTS.....	102
5.2.1. Vécu de la perte.....	102
5.2.2. Culture et soutien : leviers d'étayage	105
5.2.2.1. Étayage social et affectif : le rôle des proches	106
5.2.2.2. Étayage symbolique par la foi et la spiritualité religieuse à travers la technologie	108
5.2.2.3. La technologie comme relai d'un étayage maternel.....	109
5.2.2.4. Étayage sur les pairs à travers le numérique	109
5.2.2.5. Étayage technologique comme élargissement du Moi	111
5.2.3. Identité féminine et transformation subjective.....	112
5.2.3.1. La féminité blessée : entre perte de l'organe et perte du soi	113
5.2.3.2. La maternité et la continuité de l'identité.....	114
5.2.3.3. Du repli à la transformation personnelle : trois parcours	115
5.2.4. L'émergence d'un nouveau récit de soi	115
CHAPITRE 6 :INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS	117
6.1. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS	118
6.2. INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS	119
6.2.1. Interprétation et discussion des résultats issus du corps mutilé et devenu étranger : rupture du Moi corporel	120
6.2.2. L'Étayage : Ressources multidimensionnelle	121
6.2.2.1. Étayage affectif/social	121
6.2.2.2. Étayage symbolique par la foi et par la spiritualité religieuse à travers la technologie	123
6.2.2.3. La technologie comme relai d'un étayage maternel.....	123
6.2.2.4. Étayage sur les pairs à travers le numérique	124
6.2.2.5. Étayage technologique/numérique	125
6.2.3. Transformation subjective : vers une reconstruction identitaire	126
6.2.3.1. Mouvement de reconstruction du soi Ricoeur (1990).....	126
6.2.3.2. La réincorporation du corps mutilé de Merleau-Ponty (2014).....	127
6.2.4. Vers une identité numérique : Tordo (2019).....	128
6.2.5. Aboutissement à une nouvelle identité.....	128
6.2.5.1. Signifiants culturels et appartenance.....	128

6.2.5.2. Une dynamique d'identification, de différenciation et d'appartenance.	129
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	135
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	138
ANNEXES.....	145