

Culture, Rêve Et Travail De Psychisation De La Maladie Au Cours Des Soins Chez Le Patient Atteint De Cancer

NGUIMFACK Léonard

Maître de Conférences, Département de Psychologie, Université de Yaoundé 1 Yaoundé-Cameroun lenguimfack@yahoo.fr

MBANMOU Romuald Stone

Docteur PhD, Département de Psychologie, Université de Yaoundé 1 Yaoundé-Cameroun

RESUME

Objectif

Le cancer est une maladie qui cause beaucoup de dégâts chez le patient et impacte profondément sur sa vie psychique. Dans certaines sociétés, les rêves des malades de cancer sont riches en interprétation et leurs contenus peuvent renseigner sur le fonctionnement psychique des malades et leur perception de la guérison. La présente étude a pour objectif d'appréhender la place que le patient atteint de cancer, appartenant à une culture particulière, donne dans son espace psychique au rêve en rapport avec sa maladie, les soins et la guérison.

Méthodologie

L'étude s'inscrit dans une approche qualitative. La méthode clinique a été utilisée. Les entretiens semi-directifs de recherche ont été utilisés auprès de 3 malades souffrant de cancer, rencontrés au cabinet d'oncologie SOCHIMIO de Yaoundé au Cameroun. L'entretien avec chaque participant (patients) a duré environ 45 minutes. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone et les notes pouvaient être prises. Les données ont été analysées à l'aide de la technique d'analyse de contenu des entretiens.

Résultats

Les résultats montrent que nos participants (patients) s'appuient sur les contenus de leurs rêves imprégnés de signifiants culturels, pour donner un sens à leur maladie. Leurs rêves mettent en évidence des mécanismes de dégageant et des mécanismes de défense de type psychotique qui facilitent les mouvements psychiques et favorisent l'élaboration psychique (la psychisation) de la maladie.

Conclusion

Le malade souffrant de cancer au Cameroun a un fonctionnement psychique spécifique. Il puise dans les signifiants culturels de son groupe d'appartenance des éléments (mystico-religieux) qui lui servent de support pour interpréter ses rêves, pour faire un travail de pensée sur sa maladie. Ainsi, les résultats de cette étude permettent d'ouvrir sur de nouvelles voix de recherche en approche ethnopsychanalytique psychosomatique des soins.

Mots clés : culture ; rêve ; cancer ; travail de psychisation ; fonctionnement psychique.

ABSTRACT

Objective

Cancer is a disease which causes a lot of damage in the patient and has a profound impact on his psychic life. In some societies, the dreams of cancer patients are rich in interpretation and their content can provide information on the psychic functioning of patients and their perception of healing. The objective of this study is to understand the place that the cancer patient, belonging to a particular culture, gives in his psychic space to dreams in relation to his illness, care and healing.

Method, participants and procedure

The study is part of a qualitative approach. The clinical method was used. Semi-structured research interviews were used with 3 cancer patients met at the SOCHIMIO oncology practice in Yaoundé, Cameroon. The interview with each participant (patients) lasted

approximately 45 minutes. Interviews were recorded using a Dictaphone and notes could be taken. Data was analyzed using the interview content analysis technique.

Results

The results show that our participants (patients) rely on the contents of their dreams imbued with cultural signifiers, to make sense of their illness. Their dreams highlight release mechanisms and psychotic-type defense mechanisms that facilitate psychic movements and promote psychic elaboration (psychization) of the disease. The release mechanisms mobilized are: rites, potions consumption, confrontation, avoidance and confrontation of

INTRODUCTION

Il est reconnu en psychopathologie et en psychologie clinique que face à certaines situations troublantes ou déstabilisantes comme la maladie chronique, l'individu pour les contrôler et les apprivoiser fait un travail psychique intense. Miquel citant Jung (Miquel, 1982) a donné à cette activité psychique le nom de « psychisation ». Il s'agit d'une construction psychique plus ou moins élaborée que le sujet met en place pour améliorer son vécu d'une situation traumatisante. Ce processus de psychisation se construit progressivement à partir d'une combinaison des matériaux provenant de la situation, des convictions propres de la personne, et parfois chez certains peuples, des croyances et signifiants culturels valorisés dans leur groupe socioculturel. Dans ce dernier cas,

les gens font recours aux normes, aux représentations, aux coutumes et aux pratiques en vogue dans leur culture de référence pour donner un sens à la situation qui les trouble et les déstabilise [Sow, 1977a ; 1977b ; 1978]. Ceci dit, en situation de souffrance induite par la survenue d'une maladie grave comme le cancer, comment se combinent et s'intègrent ces matériaux culturels, particulièrement le cas du rêve, dans ce processus de psychisation de la

persecutor. The Psychotic-type defense mechanisms are: anticipation, affiliation, projection, introjection, falsification, cleavage.

Conclusion

The patient suffering from cancer in Cameroon has a specific psychic functioning. He draws from the cultural signifiers of his group of belonging (mystical-religious) elements which serve as a support for him to interpret his dreams, to do a psychic work on his disease. Thus, the results of this study open up new avenues of research in the psychosomatic ethno-psychoanalytic approach of care.

Keywords: culture; dream; cancer; work of psychisation; psychic functioning.

maladie au cours des soins médicaux en contexte culturel ? Ce qui est sûr, l'élaboration psychique dans cette situation particulière revêt ses spécificités, ce qui constitue le principal objet de cette recherche.

L'étude que nous réalisons est fondée sur quelques constats faits dans un hôpital au Cameroun : premièrement, plusieurs patients souffrant de cancer portent une attention particulière à l'écoute de leurs rêves et semblent préoccupés par le message qu'ils véhiculent ; deuxièmement, le fait qu'un médecin a étonné plus d'un en demandant à un patient pris en soin dans son hôpital dont le pronostic devenait inquiétant « *d'aller voir du côté du village* », une posture du médecin qui rompt avec les attitudes idéales de sa profession mais qui vient lever l'équivoque encore persistante aujourd'hui en milieu hospitalier africain au sujet de la relation entre la médecine du blanc (biomédecine) et la médecine indigène (médecine traditionnelle), et pourrait attester de ce que l'être humain est avant tout un être de culture ; troisièmement, le fait que les centres d'oncologie recensés au Cameroun ne travaillent pas avec les psychologues, ni avec des professionnels capables d'utiliser efficacement ce matériel onirique et bien d'autres matériaux psychiques fournis par le malade pour les accompagner.

Nous nous appuyons sur la théorie du relativisme culturel de Sow (1977, 1978) selon

laquelle « chaque pathologie prend sens dans le contexte socioculturel dans lequel elle émerge et les prises en charge doivent également se ressourcer de ce sens ». Ceci étant, nous nous intéressons au sens et à la place que le patient camerounais souffrant de cancer donne à un matériel culturel comme le rêve dans son espace psychique en rapport avec sa maladie et le travail de psychisation de celle-ci au cours des soins, et posons la question de savoir : « comment le patient cancéreux camerounais utilise-t-il son rêve pour effectuer un travail de pensée sur sa maladie au cours des soins ? » En effet, l'objectif de cette étude est d'appréhender les enjeux psychiques du rêve envisagé comme matériel culturel par le patient souffrant de cancer au Cameroun au cours des soins médicaux.

Guidé par la théorie du relativisme culturel susmentionnée, nous travaillons à partir de l'hypothèse suivante : « en puisant dans les signifiants culturels de son groupe, le patient camerounais atteint du cancer utilise ses rêves comme levier pour faire un travail de pensée sur sa maladie ».

L'étude s'articule autour de trois axes : la revue de littérature, la méthodologie et les résultats.

I. REVUE DE LITTÉRATURE

Parmi les situations les plus angoissantes, on connaît bien l'expérience de la maladie en générale, et celle de la maladie cancéreuse en particulier. Ce qui est sûr, vivre le cancer n'est pas une chose évidente, « *L'expérience du cancer, même victorieusement reversée, oblige le sujet à envisager sa propre finitude* » (Roussillon & al. : 492). Cette assertion montre que, même lorsqu'on est déclaré guéri de son cancer, l'inquiétude reste. L'angoisse en rapport avec l'impact de cette maladie ou des effets de son traitement sur l'organisme, et surtout l'angoisse d'un retour de cette maladie sur une autre partie du corps, peut impacter négativement sur le processus d'élaboration psychique de la personne. Si même guéri, l'ancien malade peut toujours être effrayé par la maladie cancéreuse, qu'en serait-il de celui qui est en plein dans cette maladie, dans cette « *inquiétante étrangeté ?* » Le taux d'échec thérapeutique du cancer en occident est de 20%, contre 85% en Afrique.

Selon l'organisation mondiale de la santé en 2014, on a recensé 3800 décès dus au cancer chez les hommes, et 4400 chez les femmes au Cameroun, avec environ 14000 nouveaux cas chaque année. On comprend à partir de ces chiffres que le cancer est presque toujours une fatalité en Afrique. Par ailleurs, il est appréhendé comme un phénomène foudroyant, démolissant et destructeur. Les appellations en langue locale traduisent ce caractère effroyable de la maladie cancer : Par exemple chez les Medumba de l'Ouest-Cameroun les peuples lui donnent le nom de « *KUITCHOU* » qui signifie « saccager ou détruire profondément », Les Yemba de cette même région du Cameroun l'appellent « *A'PIIH* » qui signifient « pourriture, destruction ».

Plusieurs études ont été menées dans l'objectif de comprendre les processus psychiques élaborés par le malade souffrant de cancer. On peut citer entre autres : les travaux de Wiart (2014) qui, partant de sa propre expérience d'un diagnostic de cancer réticulosarcome avec une tumeur à la cuisse, avait refusé la chimiothérapie développant une attitude de déni et de sublimation, ce qui a abouti à une rémission spontanée de sa part, ce qui l'a amené à conclure avec conviction « *qu'une foi sans faille et avec une détermination féroce pouvaient retarder, voir infléchir durablement les processus tumoraux* »; les travaux de Rosch (1996) montrent comment le stress peut impacter à la fois dans la survenue et dans la prise en charge du cancer, pour lui le lien entre le stress et le cancer passe par un défaut de communication et de contrôle dans la civilisation ; les travaux de Wiart (2014) et Gay (1999) où il est révélé que le manque de sommeil peut accroître le risque de déclenchement et ou d'installation d'un processus cancérigène ; les travaux de Crabbé (2005) qui souligne que « *Chez certains patients, les symptômes physiques s'accompagnent de rêves caractéristiques. Leurs maladies sont en relation avec un déséquilibre psychique et un stress inconscient que le rêve peut révéler et corriger* ».

Les chercheurs vont plus loin, en indexant les facteurs socio-culturels et cognitifs que mobilise la rencontre d'une personne avec le cancer. A ce sujet Roussillon, Chabert, Ciccone, et al (2007)

relèvent que « *le patient peut quelquefois réagir par un recours massif à la pensée magique en se précipitant sur toutes sortes de pratiques dont certaines ne relèvent que de l'efficacité symbolique... Le facteur socioculturel est ici fondamental, et il est ici nécessaire d'examiner dans chaque cas le retentissement positif d'un tel recours* ». C'est le cas des patients qui s'en remettent à leurs pratiques culturelles (rites divers) et à leurs croyances religieuses, ce qui atteste de l'importante place de la culture et des croyances dans le processus de réajustement. Dans ce cadre, selon certains auteurs (Enow Okock & al. 2012 ; Nukeme, 2002 ; Samb, 1998 ; Nguimfack, 2016 ; Tonda, 2002 ; Tagoua, 2017 ; De Rosny, 1982 ; De Rosny, 1992 ; Lammers, 2010), les populations africaines sont reconnues comme celles qui se réfèrent plus dans plusieurs situations (heureuses ou malheureuses) qui les interpellent à leur culture traditionnelle, et le rêve est très souvent ici, le matériel culturel le plus sollicité car, pouvant dépasser les frontières du normal, pour créer une passerelle entre le naturel et le surnaturel.

Quelques recherches se sont intéressées aussi au rapport entre la personne cancéreuse et son sommeil : Benezech (2010) et Nieto et al. (2012) ont mené et présenté des études sur ce rapport, mais ces études se sont limitées à la compréhension de la physiologie du sommeil chez les malades de cancer. L'activité onirique du malade n'a pas retenu leur attention.

II. MÉTHODES, POPULATION ET PROCÉDURE

L'étude s'inscrit dans une approche qualitative. La méthode clinique a été utilisée ici car l'objectif visé dans cette étude est de comprendre, au cours des soins, les enjeux psychiques du rêve envisagé comme matériel culturel par le patient camerounais souffrant de cancer. Autrement dit, il est question d'appréhender la place que le patient donne, dans son espace psychique, à son rêve interprété culturellement et le rôle qu'il joue dans le travail d'élaboration psychique (travail de psychisation) de sa maladie.

Trois adultes (âgés de plus de 45 ans) rencontrés au cabinet d'oncologie SOCHIMIO de Yaoundé ont participé à l'étude : madame V.

E. (cancer du sein depuis 4 ans), monsieur K. C. (leucémie myéloïde chronique depuis 3 ans) et monsieur G. A (gliome du tronc cérébral de l'adulte depuis 1 an). Les initiales des noms et des prénoms des participants ont été utilisées pour garder l'anonymat. Ils pouvaient se retirer de l'étude à tout moment s'ils le souhaitent. Le patient devrait se souvenir de ses rêves il devait régulièrement s'intéresser à ceux-ci. L'entretien semi-directif de recherche a été utilisé pour recueillir des informations auprès des patients.

Les entretiens semi-directifs ont été utilisés pour collecter les données auprès des trois participants. L'accent a été mis au cours des entretiens sur le vécu de la maladie, les croyances sur la maladie, la place du rêve dans la culture, le sens donné au rêve, le vécu des soins et le rôle du rêve dans les soins et la guérison. L'entretien avec chaque participant (patients) a duré environ 45 minutes. Les entretiens étaient enregistrés à l'aide d'un dictaphone et les notes pouvaient être prises.

Comme techniques d'analyse des données, nous avons utilisé l'analyse de contenu des entretiens. Les paroles des participants recueillis au cours des entretiens ont été retranscrits afin d'avoir le matériel (corpus des entretiens ou verbatim) d'analyse. Les fragments des phrases des participants ont été retenus pour fonder empiriquement l'analyse.

III. Résultats

On note chez tous les participants une activité onirique importante. Tous parlent des rêves en rapport avec leur situation de maladie : la cause et le traitement voire la guérison. Les éléments structurant leurs rêves sont généralement puisés dans la culture. En effet tous les patients que nous avons interrogés ont une conception mystico-religieuse de leurs rêves qui provient du registre interprétatif préconstruit par leur culture d'appartenance.

Les participants pensent que leur maladie (cancer), comme signifiée dans leurs rêves, est la conséquence d'une persécution mystique, d'un « envoutement » par un sorcier/mauvais esprit, ou d'une « punition divine ». Mme V. E. pense que c'est la femme de son mari aujourd'hui décédée, sa coépouse donc, qui lui a « lancé » le cancer par l'entremise de sa fille. Elle dit : « *en*

Aout 2015, j'ai rêvé que la fille de ma coépouse décédée est venue me mordre le sein gauche, et 6 mois plus tard, une boule est apparue dans ce même sein mais la boule à l'aisselle, c'est en décembre 2015, le rêve, je l'ai fait en aout 2015, la boule dans mon sein du même côté, est apparue en février 2016 ». Monsieur G.A fait un rapprochement entre sa maladie (cancer) et le non respect des coutumes ancestrales dans sa culture car dit-il « *dans un rêve que j'ai fait, mon père décédé il y a de cela 13 ans, est venu me réprimander pour le fait que j'ai abandonné son crâne pour me tourner vers l'église, or chez nous les Bamileké de l'Ouest Cameroun le culte des crânes est très pratiqué ; il a dit que si je veux guérir je dois organiser la cérémonie de la levée de son crâne.* »

Alors, d'après les dires de ces patients, le lien entre le rêve, la cause et la guérison est évident, ce qui justifie le recours, très souvent, aux thérapies traditionnelles. Se fondant sur leur interprétation des rêves suivant les codes culturels, les patients donnent un sens à leur maladie. Ce sens oriente en même temps leur trajectoire thérapeutique. K.C relate : « *après que j'ai raconté mon rêve dans lequel je mangeais des choses souillées à mon grand frère et à ma grande sœur, ils m'ont dit que c'est cela qui a souillé mon sang et a causé ce que les médecins ont appelé leucémie. Ils ont dit qu'on doit m'amener chez un guérisseur qui va me donner un remède pour purifier mon sang et apporter la guérison.* »

Les croyances sur la maladie, l'interprétation culturelle du rêve constituent également des éléments sur lesquels repose, en partie, le travail de la maladie. Autrement dit la prise en compte du sens donné au rêve en rapport avec les croyances sur la maladie amène les patients à mettre en place des stratégies pour résister et s'adapter à la maladie.

En effet, Il ressort de l'analyse du discours des malades que dans leurs rêves, ils ont mis en place des mécanismes de dégagements (rites, prise de potions, évitement ou affrontement du persécuteur), V. E raconte : « *quelqu'un est venu étant masqué dans mon rêve pour me donner un breuvage et un objet mystique en me disant que c'est ça qui va me sauver, et le matin au réveil je me suis senti plus alléger et j'avais moins des*

douleurs au sein, du coup j'ai commencé à ne plus penser au pire et à croire à ma guérison » ; des mécanismes de défense principalement facilités par l'interprétation qu'ils ont fait de leurs rêves, tels que l'anticipation « *M. C. se presse d'écourter son séjour sur Douala parce que son rêve venait de lui montrer qu'il va faire une crise, crise qu'il a fait le même jour en soirée, mais étant déjà à Yaoundé, ville où il est prise en charge* », l'affiliation (tous croient au pouvoir de guérison du rêve « *on m'a donné le remède dans ce rêve, j'ai mangé. Je vous dis vrai, vous n'allez pas me croire, le matin quand je me suis réveillé, je n'avais plus rien, tout était fini. Jusqu'à cette maladie est finie comme ça* », relate V.E ; la sublimation, la projection (les personnages du rêve repérés dans l'environnement social du malade comme dans le cas de K.C « *je Vous assure docteur que l'ennemi n'est jamais loin de nous, il est autour de nous, dans notre famille, parmi les amis, dans le voisinage, dans mon cas l'homme que j'ai vu dans le rêve et qui me donnait à manger a été découvert toujours dans un rêve et j'ai pu faire le vide dans ma tête en me rapprochant plus de lui* »); l'introjction (le repli sur soi comme dans le cas de G.A. « *dans mon rêve, je suis resté calme devant mon père qui me réprimandait et c'était comme si j'avais pu me maîtriser, maîtriser mes émotion et les pensées bizarres que j'avais, et le matin je suis allé parler sur sa tombe pour communier avec lui, je vous assure que cela m'a beaucoup aidé, j'ai commencé à accepter ma maladie que je redoutais beaucoup avant* »), la falsification (tendance à embellir les prouesses de leurs rêves comme dans le cas K.C. « *tous mes rêves m'ont beaucoup appris sur moi et ma maladie* » et celui de V.E. « *on doit toujours écouter ses rêves car ils peuvent nous sauver la vie* ») ; le clivage (un discours dichotomique, séparant les bon rêves des mauvais comme dans le cas de V. E « *quand j'ai fait mon deuxième rêve, j'ai compris que dans les rêves il y a toujours des enchainements que l'on doit dissocier afin de prendre ce qui est bon pour vivre avec, c'est comme cela que je vois aujourd'hui ma force face à ma maladie, je peux dire que je l'ai totalement apprivoisée* »).

Pour ces patients, les techniques de la médecine occidentale ne sont pas les recours thérapeutiques adaptés pour espérer vaincre le

cancer, car « *pour une maladie qui vous a été lancée mystiquement, seul un traitement mystique peut la vaincre* », racontent V.E et K.C. Tous présentent une hyper-production psychique qui se traduit par une verbalisation fluide et une expression abondante des émotions. Au cours des entretiens, nous avons observé que les patients accompagnaient les récits de leurs rêves par des sentiments d'assurance et de sécurité. En effet, ils avaient la propension à être sereins et convaincus par la réalité de leurs rêves. Il s'opérait entre la réalité de leurs rêves et leur imaginaire une profonde articulation qui rendait supportable les affects douloureux que pouvait provoquer la maladie. K.C. relève que « *ayant rêvé que mon ancêtre m'a fait boire un liquide qui devait purifier mon sang, je me suis réveillé le matin content et requinqué et obsédé par l'idée que mon cancer s'en ira.* » V.E. pour sa part révèle que « *le fait que dans son rêve, quelqu'un est venu lui donner des choses en lui disant que ça va lui sauver la vie l'a amené à imaginer une meilleure sortie de la maladie et à se sentir confiant et en sécurité.* »

Au demeurant, nous pouvons dire que nos participants ont un mode de fonctionnement psychique dominé par les mécanismes de défense de type psychotique : Anticipation, affiliation, projection, introjection, falsification, clivage. Ceci justifierait leur souplesse psychique qui faciliterai l'élaboration et l'adhésion aux mythologies groupales, la construction des mythologies personnelles qui se manifestent dans leurs rêves et, qui ne seraient pas différenciées de la réalité. De même, une telle adhésion aux mythologies groupales et construction des mythologies personnelles qui se manifestent dans leurs rêves permet une mise en sens de la maladie, donc un travail de pensée de la souffrance chez ces patients.

IV. DISCUSSION

Les résultats des entretiens montrent que nos participants font effectivement « *un recours massif à des pensées magiques* » comme le soulignent les chercheurs (Roussillon et al., 2012 ; Enow Okock et al., 2012), et que les rêves sont perçus comme ayant un pouvoir de guérison, « *Leurs maladies sont en relation avec un déséquilibre psychique et un stress*

inconscient que le rêve peut révéler et corriger » (Crabbé, 2005).

Cependant, il ressort de ces résultats qu'aucun défaut d'élaboration psychique ou d'impasse tel que décrit par l'école de Paris n'est observé chez les participants. Au contraire, on constate une élaboration psychique hyper-fluide. Pas d'inhibition des affects comme le décrit l'école de Chicago. C'est l'organe atteint qui donne sens à la maladie et à la souffrance, et non le diagnostic médical. Comme le souligne Nuekeme (2002) dans une étude des rêves chez les Grassfields, les conceptions locales des rêves sont très proches de celles de Jung, car va au-delà de la simple interprétation naturelle freudienne.

Par ailleurs le recours thérapeutique favori chez les malades souffrant de cancer reste la polythérapie, comme l'a souligné ALIAM (Alliance des Ligues Africaines et Méditerranéennes contre le cancer) (2017) et non une thérapie unique (thérapie traditionnelle) comme semble être le cas dans l'imaginaire de nos patients.

Relevons également que les résultats de cette étude ne peuvent être ni reproductibles ni généralisés à un ensemble de population car l'échantillon utilisé ici n'est pas représentatif de la population des personnes atteintes de cancer. En plus les résultats obtenus ne valent que pour des cas étudiés.

CONCLUSION

Le malade souffrant de cancer au Cameroun a un fonctionnement psychique spécifique, ici sans impasse dans l'élaboration de la pensée, sans inhibition des affects, et présente une hyper-fluidité verbale. Une fluidité verbale centrée sur les fonctions de l'organe atteint, et des symboles culturels qui y sont associés. Les rêves représentent pour lui le moyen le plus efficace pour écouter l'au-delà, se guider, pour comprendre et vaincre la maladie. Il puise dans les signifiants de son groupe culturel d'appartenance des éléments (mystico-religieux) qui lui servent de support pour interpréter ses rêves, pour faire un travail de pensée sur sa maladie.

Les résultats de cette étude permettent d'ouvrir sur de nouvelles voix de recherche en approche ethnopsychanalytique psychosomatique des soins. En effet, contrairement à l'approche psychanalytique psychosomatique qui envisage le patient et son traitement à partir du repérage chez lui d'un processus de somatisation, l'approche ethnopsychanalytique psychosomatique que nous envisageons ici va considérer le patient et son traitement à partir du sens que ce dernier donne aux valeurs de sa culture dans son espace psychique et dans la perception de sa maladie d'une part, et, le sens de la défaillance fonctionnelle et symbolique que celui-ci donne à son organe atteint.

REFERENCES

- [1] Alliance des Ligues Africaines et Méditerranéennes contre le cancer [ALIAM]. (2017). *Les cancers en Afrique francophone*. Paris: ALIAM.
- [2] Benezech J-P. (2010). Troubles du sommeil et cancer. *J.Medpal*, 9(4) : 1984-1990.
- [3] Couper C L. (1996). *Handbook of stress medicine and health*. Boca Raton FL: CRC Press; 27-60.
- [4] Crabbé J-M. (2005). *L'échec de la médecine occidentale ; L'idéologie médicale en question*. Paris : Elabore
- [5] De Rosny E. (1982). *Les yeux de ma chèvre*. Paris : Karthala.
- [6] De Rosny E. (1992). *Afrique des guérisons*. Paris : Karthala.
- [7] Enow Oroch GE, Ndom P, Doh AS, et al. (2012). Current cancer incidence and trends in Yaounde, Cameroon. *OncolGastroenterolHepatol*, 1 (1) : 58-63.
- [8] Gay M. (1999). *Bien dormir, source d'énergie, sous-les ailles du sommeil*. Paris : Dervy.
- [9] Lammers M-C. (2010). Manger dans la nuit. Exprimer la souffrance par le rêve à Douala. *L'Autre*, 5: 79-99.
- [10] Miquel J. (1982). *Cours de philosophie, Exposés et documents*. Paris : Roudil.
- [11] Nguimfack L. (2016). Psychothérapie des familles Africaines confrontées à la sorcellerie : Intervention systémique auprès de la famille d'un enfant délinquant. *Thérapie Familiale*, 3(37) : 293-305.
- [12] Nieto F.J. et al. (2012). Sleep-disordered breathing and cancer mortality : Results from the Wisconsin Sleep Cohort study. *Am J Respir Crit Care Med*, 2(186) : 1990-1994.
- [13] Nukueme P M. (2002). Conception du rêve chez les tradithérapeutes des Grassfields de l'Ouest Cameroun. Mémoire de Maîtrise en psychologie, Université de Yaoundé 1, Cameroun.
- [14] Organisation Mondiale de la Santé. (2015). *Traitement du cancer*. Repéré sur www.WHO.int.
- [15] Roussillon R, Chabert C, Ciccone A, et al. (2007). *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. Paris : Masson.
- [17] Rosch, P. J. (1990). Stress and cancer: disorders of communication, control, and civilization. In: Couper C.L, *Handbook of stress medicine and health*. Boca Raton FL: CRC Press, 27-60.
- [18] Sow A I, Balogun O, Aguessy H, et Diagne P. (1977). *Introduction à la culture africaine*. Paris : UNESCO.
- [19] Samb D. (1998). *L'interprétation des rêves dans la région sénégalienne*. Sénégal : Nouvelles Editions Africaines du Sénégal.
- [20] Sow A I. (1977). *Psychiatrie dynamique Africaine*. Paris : Payot.
- [21] Sow A I. (1978). *Structure anthropologique de la folie en Afrique Noire*. Paris : Payot.
- [22] Tagoua N. (2017) *Le rêve et la craniologie chez les Bamiléks*. Récupéré le 22 avril sur www.emsitchameuprod.com.
- [23] Tonda J. (2002). *La guérison divine en Afrique Centrale (Congo, Gabon)*. Paris : Karthala.
- [24] Wiart Y. (2014). *Stress et cancer, quand notre attachement nous joue des tours*. Louvain-La-Neuve : De Boeck.