La réorientation des projets académiques et professionnels chez les jeunes adultes épileptiques au Cameroun : enjeux et perspectives

Armel Romaric NGUEPNANG
Faculté des sciences de l'éducation
Université de Yaoundé 1
Yaoundé, Cameroun
E-mail: nguepnangarmel@gmail.com

Mireille NDJE NDJE et Jacques Philippe TSALA TSALA
Département de psychologie, Faculté des arts, lettres et sciences humaines
Université de Yaoundé 1
Yaoundé, Cameroun
E-mail: mervia2000@yahoo.fr
tsalatsala2003@yahoo.fr

***Abstract*—This study analyzes the transformations of the academic and professional projects of seven young adults aged 23 to 40 living with epilepsy in Yaoundé, Cameroon. Using an exploratory qualitative approach and semi-structured interviews subjected to thematic analysis, the research examines the constraints and resources associated with the processes of career reorientation and trajectory reconstruction. The results reveal diverse initial pathways that are transformed under the combined effect of illness experiences, working conditions, and the family context. These changes take various forms, including interruption of activities, adaptation of initial projects, search for less restrictive fields, or orientation toward self-employment. The reconstruction of projects mobilizes personal, family, training-related, and professional resources whose accessibility remains uneven across trajectories. The study thus highlights the need for a comprehensive career counseling approach that takes into account aspirations, constraints, and resources simultaneously, without prematurely restricting the professional opportunities of people living with epilepsy.**

Résumé

Cette étude analyse les transformations des projets académiques et professionnels de sept jeunes adultes âgés de 23 à 40 ans vivant avec l'épilepsie à Yaoundé, au Cameroun. À partir d'une approche qualitative exploratoire et d'entretiens semi-structurés soumis à une analyse thématique, la recherche examine les contraintes et les ressources associées aux processus de réorientation et de reconstruction des parcours. Les résultats révèlent des trajectoires initiales diversifiées qui se transforment sous l'effet conjugué des expériences de la maladie, des conditions d'exercice et du contexte familial. Ces modifications prennent des formes variées : interruption d'activités, adaptation des projets initiaux, recherche de filières moins contraignantes ou orientation vers l'auto-emploi. La reconstruction des projets mobilise différentes ressources personnelles, familiales, formatives et professionnelles dont l'accessibilité demeure inégale selon les trajectoires. L'étude souligne ainsi la nécessité d'un accompagnement en orientation globale prenant en compte simultanément les aspirations, les contraintes et les ressources, sans réduire prématurément les opportunités professionnelles des personnes vivant avec l'épilepsie.

Keywords—epilepsy; young adults; professional project; reorientation; reconstruction; resources

Mots-clés—épilepsie ; jeunes adultes ; projet professionnel ; réorientation ; reconstruction ; ressources

I. INTRODUCTION

L'entrée dans l'âge adulte constitue une période charnière du développement psychosocial, caractérisée par l'élaboration d'aspirations, la structuration des parcours de formation et l'engagement dans l'insertion professionnelle [1]–[3]. Au cœur de cette transition, les projets académiques et professionnels occupent une fonction structurante : ils permettent au jeune adulte d'anticiper l'avenir, de donner du sens à ses actions et d'asseoir son identité sociale et personnelle [4]. Toutefois, la trajectoire vocationnelle s'inscrit rarement dans un cheminement linéaire. Selon les perspectives théoriques du *Life Design* [5] et des parcours de vie [6], les projets sont des constructions évolutives, continuellement réévaluées et ajustées en fonction des opportunités de l'environnement, des contraintes rencontrées et des expériences personnelles.

Cette dynamique d'adaptation est particulièrement complexe lorsqu'elle est confrontée à l'imprévisibilité d'une maladie chronique somatique telle que l'épilepsie. Affection neurologique majeure touchant plus de 50 millions de personnes dans le monde, dont

une part prépondérante réside dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires [7], l'épilepsie ne se limite pas à ses manifestations cliniques et paroxystiques. Elle interagit directement avec les conditions concrètes de scolarisation, d'apprentissage et d'exercice professionnel [8], [9]. Dans la littérature internationale, les répercussions des crises sur le maintien dans l'emploi, les limitations d'aptitudes perçues et le risque de stigmatisation sociale ont largement été documentées [10], [11].

Cependant, appréhender la trajectoire des personnes vivant avec l'épilepsie sous le seul angle du déterminisme médical s'avère insuffisant. Un même diagnostic peut donner lieu à des parcours hautement différenciés selon le sentiment d'auto-efficacité de la personne [12] et la nature des ressources sociales ou institutionnelles mobilisables. Pour modéliser ces bifurcations, le modèle d'adaptation aux transitions de Schlossberg [13], [14] offre un cadre intégrateur pertinent : il appréhende le passage d'une étape à une autre à travers l'interaction dynamique entre la situation de transition, les caractéristiques individuelles, les soutiens de l'environnement et les stratégies de faire-face (*coping*). Dans cette optique, la réorientation ne signifie pas la résignation ou le renoncement, mais peut s'inscrire dans un processus actif de réadaptation, de maintien d'intérêts sous d'autres formes ou de reconstruction de nouvelles alternatives personnelles.

Au Cameroun, ces processus prennent une résonance singulière. Le contexte socio-économique est caractérisé par un secteur informel prédominant, un accès limité aux dispositifs formels d'orientation ou d'aménagement de poste, et un système de solidarité familiale central qui agit à la fois comme soutien indispensable et comme instance de régulation ou de restriction des choix individuels. Par ailleurs, les représentations socioculturelles associées à l'épilepsie en Afrique subsaharienne oscillent fréquemment entre stigmatisation, croyances métaphysiques et méconnaissance médicale, renforçant parfois la précarité ou le retrait professionnel des sujets concernés. Dès lors, il devient essentiel de comprendre comment les jeunes adultes confrontés à cette affection négocient leurs parcours au croisement des contraintes médicales, familiales et structurelles. Comment décrivent-ils les perturbations de leur trajectoire ? Quelles ressources internes et externes mobilisent-ils pour reconstruire un projet porteur de sens ? La présente étude qualitative exploratoire s'intéresse aux récits de vie de sept jeunes adultes vivant avec l'épilepsie à Yaoundé (Cameroun). Elle vise à analyser les transformations de leurs projets académiques et professionnels en examinant spécifiquement les contraintes perçues, l'expérience de la transition, ainsi que les leviers et ressources mobilisés dans leurs processus de réorientation et de reconstruction.

II. Cadre théorique

A. Le projet académique et professionnel à l'épreuve de la maladie chronique : de la trajectoire linéaire au Life Design

Historiquement perçu comme une démarche d'anticipation rationnelle et de planification séquentielle [4], [15], le projet académique et professionnel s'envisage aujourd'hui à travers des paradigmes plus dynamiques et constructivistes. La théorie du *Life Design* [5], [16] conceptualise le parcours professionnel non comme un déroulement prévisible, mais comme un processus continu d'autoconstruction et de contextualisation, où l'individu doit continuellement donner du sens à ses expériences et réorganiser ses choix face aux imprévus de l'existence. Dans le cas d'une maladie chronique comme l'épilepsie, l'élaboration du projet ne peut se réduire à un choix vocationnel stabilisé. La survenue des crises, l'imprévisibilité des symptômes et leurs traitements introduisent une discontinuité fondamentale dans le parcours individuel [17], [18]. Dès lors, le projet devient un « espace de négociation » permanent entre les aspirations personnelles, les limitations fonctionnelles perçues ou réelles et les exigences de l'environnement éducatif et professionnel.

B. La réorientation comme processus d'adaptabilité de carrière et d'agentivité

Loin d'être assimilée à une rupture passive ou à un échec individuel, la réorientation est analysée comme une manifestation de l'adaptabilité de carrière (*career adaptability*). Selon Savickas [19], [20], l'adaptabilité constitue une ressource psychosociale regroupant quatre dimensions clés : le souci de l'avenir (*concern*), le contrôle de son parcours (*control*), la curiosité face aux opportunités (*curiosity*) et la confiance en ses capacités (*confidence*). Face à un obstacle de santé ou à une incompatibilité environnementale, l'individu fait preuve d'adaptabilité en réévaluant ses objectifs et en modifiant les moyens d'action pour préserver son engagement professionnel [21]. Cette dynamique d'ajustement s'appuie également sur la notion d'agentivité et le sentiment d'auto-efficacité [12], [22]. Dans la théorie sociale cognitive de l'orientation (SCCT), les croyances de l'individu quant à sa capacité à surmonter les obstacles jouent un rôle médiateur central entre les contraintes environnementales ou médicales et la capacité à reconstruire un projet alternatif. L'auto-efficacité n'annule pas la maladie, mais elle détermine l'engagement actif de la personne dans la recherche de voies de contournement ou d'activités perçues comme plus compatibles.

C. Transitions contraintes, stigmate social et précarité contextuelle

Pour appréhender la complexité des parcours face à la maladie, l'analyse s'articule autour du modèle de l'adaptation aux transitions de Schlossberg [13], [14]. Cette auteure modélise le passage d'un état à un autre

à partir du système des « 4S » : la Situation (la nature de la transition, brutale ou progressive, contrainte ou choisie) ; le Soi (*Self* : les ressources personnelles, les caractéristiques psychologiques et la perception de la maladie) ; le Soutien (*Support* : les ressources relationnelles, familiales, institutionnelles et sociales) ; et les Stratégies (les modes de faire-face déployés pour gérer le changement).

Dans l'environnement subsaharien, et particulièrement au Cameroun, ce modèle doit être enrichi par la prise en compte du stigmate social et des réalités socio-économiques locales. En effet, l'épilepsie demeure une affection fortement marquée par des représentations culturelles négatives, des croyances métaphysiques ou la crainte de la contagion [10], [11], [23]. Ce « stigmate ressenti » (*enacted and felt stigma*) peut limiter l'accès à l'emploi formel et pousser les individus au retrait ou vers l'auto-emploi informel. De surcroît, les structures familiales en Afrique centrale exercent une influence ambivalente : la famille constitue à la fois un réseau de solidarité financière et émotionnelle indispensable à la reconstruction du projet, et une instance de surprotection ou de décision autoritaire susceptible de restreindre l'autonomie et les aspirations du jeune adulte.

D. Articulation des concepts et modèle d'analyse

Au total, l'articulation de ces approches théoriques permet de dégager une grille d'analyse intégrée : (i) le point de départ, à savoir le projet initial (aspirations, études, apprentissage) ; (ii) l'événement déclencheur et la transition contrainte, à savoir l'expérience des crises épileptiques, les risques perçus, les restrictions familiales et les barrières du marché du travail ; (iii) le processus d'ajustement (les 4S de Schlossberg et l'adaptabilité), à savoir la mobilisation des ressources personnelles (sentiment d'auto-efficacité, résilience), le rôle de l'entourage familial (soutien matériel ou restriction d'autonomie) et le recours à la formation ou à la réorientation fonctionnelle ; (iv) l'issue et la reconstruction du projet, à savoir l'adaptation (maintien du domaine d'intérêt sous d'autres formes), la reconfiguration ou bifurcation (auto-emploi, secteur informel, travail à domicile), la suspension ou l'incertitude temporaire. Cette modélisation permet d'éviter l'écueil d'une lecture médicale déterministe en réinscrivant la réorientation dans une dynamique globale et multidimensionnelle, propre au contexte d'étude.

III. MÉTHODOLOGIE

Cette étude s'inscrit dans une démarche qualitative exploratoire d'orientation phénoménologique et constructiviste [24]. Ce devis est particulièrement adapté pour comprendre la manière dont les individus attribuent du sens à leurs parcours de vie, expérimentent les ruptures de trajectoire et négocient la reconstruction de leurs projets face à une contrainte de santé majeure [25]. L'objectif n'est pas de mesurer statistiquement la réorientation ou d'établir une causalité univariée entre l'épilepsie et la rupture professionnelle, mais d'analyser en profondeur l'expérience vécue, les contraintes perçues et les ressources mobilisées au sein de leur contexte socioculturel. L'étude s'est déroulée au Centre de santé mentale Benoît Menni d'Efoulan (Yaoundé, Cameroun). Un échantillonnage par choix raisonné (*purposive sampling*) a été privilégié afin de recruter des participants capables d'offrir des récits riches sur les transformations de leurs projets académiques et professionnels [26].

Les critères d'inclusion étaient les suivants : être âgé de 18 à 40 ans (période du jeune âge adulte appréhendée selon une perspective psychosociale et développementale de l'insertion et de la structuration des projets [2], [3]) ; avoir un diagnostic formel d'épilepsie et être suivi au centre de santé mentale ; avoir élaboré au cours de son parcours un projet académique ou professionnel (initial ou concrétisé) ayant fait l'objet d'un réajustement, d'une suspension ou d'une réorientation. L'échantillon final comprend sept participants (4 femmes et 3 hommes), âgés de 23 à 40 ans (âge moyen = 29,3 ans). Les participants présentent une diversité de niveaux d'études (du primaire au supérieur) et de statuts d'activité, permettant de saisir des configurations variées de réorientation et de reconstruction (Tableau I). Afin de garantir la confidentialité, des pseudonymes ont été attribués (Fabrice, Amin, Thierry, Clara, Mimi, Soso, Calixte).

TABLEAU I. SYNTHÈSE DES CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTS

Participant	Sexe	Âge	Niveau d'étude	Statut social	Projet initial	Événement contraignant	Nouveau projet
1 (Fabrice)	M	40	Niveau 1 primaire	Célibataire sans enfants	Vendeur à la sauvette, puis service de sécurité dans un snack	Crises épileptiques	Boxe et haltérophilie
2 (Amin)	M	30	Niveau 1 primaire	Célibataire sans enfants	Travailler dans le corps médical ou être mécanicien	Crises épileptiques	Brouettier
3 (Thierry)	M	26	Terminale (sans baccalauréat)	Célibataire sans enfants, vivant avec les parents	Devenir médecin généraliste ou ingénieur	Crises épileptiques	Ne fait rien, est à la maison
4 (Clara)	F	23	CM2 avec CEP	Célibataire sans enfants, vivant avec les parents	Travailler dans une boulangerie, couture	Crises épileptiques	Vendeuse d'eau glacée
5 (Mimi)	F	23	Baccalauréat + 2 dans une école de formation	Célibataire sans enfants, vivant avec les parents	Polytechnique de Maroua pour faire génie textile	Crises épileptiques	Confection et réalisation de vêtements

Participant	Sexe	Âge	Niveau d'étude	Statut social	Projet initial	Événement contraignant	Nouveau projet
6 (Soso)	F	23	Troisième avec BEPC	Célibataire sans enfants, vivant avec les parents	Travailler dans une société (entreprise)	Crises épileptiques	Ne fait rien, est à la maison
7 (Calixte)	F	40	Troisième sans BEPC	Célibataire sans enfants, vivant avec les parents	Décoratrice	Crises épileptiques	Ne fait rien, est à la maison

Source: données de l'enquête.

La collecte des données s'est déroulée au Centre de santé mentale Benoît Menni d'Efoulan, en avril et mai 2026. Après obtention de l'autorisation institutionnelle auprès de la direction du centre, des entretiens individuels semi-structurés ont été menés en français, dans un local garantissant le calme et la confidentialité des échanges. Avant chaque entretien, une notice d'information détaillée exposait les objectifs de la recherche, le caractère strictement volontaire de la participation, la garantie de l'anonymat et le droit d'interrompre l'entretien à tout moment sans préjudice pour la prise en charge médicale. Un consentement libre et éclairé a été signé par chaque participant.

Le guide d'entretien semi-structuré a été conçu en cohérence avec le cadre théorique. Il s'articulait autour de quatre axes principaux : (i) le projet initial et les aspirations (scolaires, formatives ou professionnelles) ; (ii) l'expérience des transitions et des ruptures (survenue des crises, contraintes professionnelles, environnementales et familiales, ressentis face au stigmate) ; (iii) l'évaluation des ressources et des stratégies (les 4S de Schlossberg), à savoir le sentiment d'auto-efficacité, le rôle des soutiens familiaux et sociaux et l'accès aux formations ; (iv) les perspectives de reconstruction et d'adaptabilité, à savoir la réorientation, les ajustements du projet, l'auto-emploi ou l'incubation de nouvelles idées. Les entretiens, d'une durée moyenne de 45 à 60 minutes, ont fait l'objet d'un enregistrement audio intégral puis d'une retranscription mot à mot (verbatim).

Les verbatim retranscrits ont été soumis à une analyse thématique de contenu suivant la démarche en six phases décrite par Braun et Clarke [27], [28] : (i) l'immersion dans les données par des lectures répétées des retranscriptions ; (ii) la génération des codes initiaux découpant le texte en unités de sens (codage mixte, à la fois déductif, fondé sur le cadre théorique – Situation, Soi, Soutien, Stratégies, Adaptabilité – et inductif, pour laisser émerger les spécificités du contexte camerounais) ; (iii) la recherche de thèmes par le regroupement des codes similaires ; (iv) la revue et l'affinement des thèmes pour vérifier leur cohérence interne et leur distinction externe ; (v) la définition et la dénomination des thèmes majeurs ; (vi) la production du rapport d'analyse illustré par des extraits de verbatim représentatifs.

Pour assurer la validité et la rigueur (*trustworthiness* [29]), un processus de codage croisé et de vérification par réanalyse critique a été mis en œuvre entre les chercheurs, permettant d'affiner les catégories thématiques et de limiter les biais d'interprétation.

IV. Résultats

L'analyse thématique des récits de vie a permis de dégager quatre axes thématiques majeurs retraçant la trajectoire des participants : la diversité des projets initiaux et les premières velléités d'insertion ; l'expérience des ruptures ; l'expérience de la transition ; les processus de réorientation et de reconstruction.

A. Diversité des projets initiaux et velléités d'insertion

Les récits mettent en évidence des projets initiaux élaborés avant ou au début de la manifestation invalidante de la maladie. Ces projets s'étendent de parcours académiques hautement qualifiants à l'apprentissage de métiers manuels ou à la création de micro-activités. Sur le plan académique, certains participants projetaient des études supérieures dans des filières prestigieuses ou de longue durée. C'est le cas de Thierry, dont les aspirations initiales ciblaient la médecine ou l'ingénierie : *« [...] Depuis la première, j'ai eu d'abord mon premier projet qui était de devenir médecin généraliste ou ingénieur [...] »*. De même, Mimi visait une grande école d'ingénieurs en technologie textile : *« [...] Quand j'ai eu mon baccalauréat, je voulais aller fréquenter à polytechnique de l'extrême-Nord [...] »*.

D'autres participants s'orientaient d'emblée vers l'apprentissage d'un métier manuel ou l'exercice d'une activité professionnelle indépendante dans le secteur informel. Amin envisageait une formation en mécanique : *« [...] J'ai proposé que je voudrais travailler pour devenir mécanicien [...] »*, tandis que Calixte projetait l'ouverture d'un atelier artisanal : *« [...] J'avais proposé qu'ils m'aident à ouvrir un atelier de décoration [...] »*. Ces données montrent que les jeunes adultes disposaient d'un niveau d'aspiration structuré et diversifié, constituant le socle à partir duquel les ruptures ultérieures ont été évaluées.

B. L'expérience des ruptures : contraintes médicales, sécuritaires et environnementales

Les trajectoires des participants sont marquées par l'irruption de contraintes multifactorielles qui viennent altérer la viabilité du projet initial.

1) L'imprévisibilité de la maladie et le risque physique et professionnel

L'occurrence des crises épileptiques en milieu scolaire ou professionnel constitue une première source de rupture. Pour Thierry, la survenue récurrente des crises a interrompu sa formation en infographie : *« [...] en quatrième année, je faisais dans l'infographie [...]. Mais on a commencé à faire ça, je n'ai pas pu finir toujours à cause de la maladie. Cette année si, je voulais toujours aller faire ça, mais la maladie m'en a empêché [...] »*. Chez Fabrice, les crises survenues sur le lieu de travail (snack-bar, marché) ont entraîné des chutes et des pertes de conscience, rendant la poursuite de la vente à la sauvette dangereuse : *« [...] Il y avait un temps où je travaillais [...] Après la maladie m'a arrêté, c'était arrivé comme ça là en plein minuit au snack [...] puis parfois je tombais comme ça au marché [...]. Après un temps, j'ai laissé la sauvette [...] »*.

2) L'interaction avec le contexte familial et les restrictions d'autonomie

Les transformations de trajectoire ne s'expliquent pas uniquement par la contrainte médicale directe. Les décisions familiales, souvent motivées par l'inquiétude face aux crises ou par la surprotection, agissent comme des facteurs déterminants de réorientation. Mimi illustre cette situation : l'opposition maternelle à son éloignement géographique l'a empêchée d'intégrer Polytechnique à Maroua : *« [...] Comme la mère a refusé que je parte seule, je me suis inscrite dans une école de formation à Ebolowa qu'on venait de construire [...]. J'aurais souhaité faire le génie textile à polytechnique, comme je n'ai pas pu, j'ai pris cette formation pour toujours rester dans mon domaine [...] »*.

C. L'expérience de la transition : entre restriction des possibles et quête d'autonomie

La perception de la transition varie selon le niveau de contrôle que le participant estime conserver sur sa vie (*self-control*). Pour certains, la transition est vécue sous le mode du repli et de l'incertitude face à l'avenir. Clara exprime une forme d'attente passive et la crainte d'un confinement au domicile parental en cas de persistance des crises : *« [...] Si ça cesse, c'est que je vais trouver un métier, même si c'est placer les ongles, je vais le faire, parce que à part ça là je ne sais pas encore ce que je dois faire [...] mais si ça persiste, c'est que je ne vais pas pouvoir travailler, parce que je serai à la maison [...] »*. Pour d'autres, la transition est appréhendée comme l'opportunité de réorganiser leur mode d'activité pour échapper aux contraintes de l'emploi salarié traditionnel (horaires rigides, regard des collègues ou des employeurs face aux crises). Soso explicite ce basculement vers l'auto-emploi : *« [...] au lieu de travailler chez une personne, c'est mieux d'ouvrir pour moi. [...] Et la formation c'est sans problème. Si j'ai déjà la formation, je peux déjà avoir ma propre structure. [...] Je souhaite me former en couture [...] »*.

D. Les reconfigurations et ressources mobilisées dans la reconstruction des projets

Face aux ruptures, les participants déploient diverses stratégies d'adaptation reposant sur la combinaison de ressources personnelles, formatives, relationnelles et spirituelles.

1) L'agentivité personnelle et le maintien de l'engagement (concern et confidence)

La préservation d'un sentiment d'efficacité personnelle et la volonté d'atteindre un objectif malgré les détours du parcours constituent une source psychologique majeure. Thierry illustre cette détermination : *« [...] J'ai dit que je ne baisse pas les bras ; même si c'est quoi, je dois atteindre mon objectif »*.

2) La formation professionnelle comme espace de respécification du projet

La formation professionnelle courte ou l'apprentissage des métiers artisanaux (couture, coiffure, décoration) constitue le levier privilégié pour maintenir une continuité dans le domaine d'intérêt ou construire une nouvelle alternative d'insertion. Mimi a réajusté son projet en optant pour une école de formation en confection vestimentaire afin d'exercer dans le textile sans quitter sa région : *« [...] comme je n'ai pas pu, j'ai pris cette formation pour toujours rester dans mon domaine [...] »*. De même, Soso envisage la formation comme un moyen d'acquérir les compétences nécessaires à la création de sa propre structure : *« [...] supplier un membre de la famille afin que cette personne me mette à une formation, dont j'ouvre moi-même mon travail après la formation [...] »*.

3) La mobilisation des réseaux familiaux et les ressources de soutien

La famille agit comme un amortisseur économique indispensable pour financer les formations ou l'installation en auto-emploi. Amin associe le soutien paternel, la force personnelle et la dimension spirituelle comme ressources clés pour accéder à l'apprentissage : *« [...] Je demande seulement l'expérience avec la force. C'est l'aide de Dieu. Que Papa, ce que je veux, fais-moi cela [...] Même si je ne connais pas quelque chose, on va m'apprendre [...] »*. Enfin, le réinvestissement d'intérêts ou de compétences antérieures hors du champ professionnel classique constitue une autre voie de reconstruction. Fabrice s'est ainsi réorienté vers la pratique sportive et l'haltérophilie après avoir abandonné le commerce ambulant : *« [...] Après un temps, j'ai laissé la sauvette une seule fois et je suis rentré à la maison et j'ai recommencé mon sport, comme je fais dans la boxe, je fais aussi dans le fer »*.

V. Discussion

La présente étude avait pour objectif d'analyser les transformations des projets académiques et professionnels de jeunes adultes avec épilepsie au Cameroun, en examinant la manière dont s'articulent

les aspirations, les contraintes et les ressources au cours de leurs trajectoires. Les résultats montrent que les parcours vocationnels ne relèvent pas d'une trajectoire linéaire et figée, mais constituent des processus dynamiques d'ajustement et de reconstruction face aux épreuves de la vie et aux particularités du contexte.

A. Le projet professionnel comme construction dynamique et évolutive

Les trajectoires recueillies démontrent que les projets initiaux ne constituent pas des choix définitifs. L'analyse de ces parcours rejoint la perspective constructiviste du *Life Design* [5], [16] ainsi que l'anthropologie du projet de Boutinet [4], qui conçoivent le projet non comme un plan d'action rigide, mais comme une anticipation orientée vers l'avenir, continuellement réévaluée au gré des expériences concrètes et des obstacles rencontrés. Dans le cadre de l'épilepsie, la survenue de crises ou les barrières environnementales introduisent des ruptures qui obligent l'individu à reconfigurer le sens de son engagement. Cette dynamique s'inscrit pleinement dans la notion d'adaptabilité de carrière [19], [20], où l'ajustement ne se traduit pas nécessairement par un abandon des aspirations, mais par une modulation des moyens d'action, un maintien du domaine d'intérêt sous d'autres formes ou l'exploration de nouvelles voies alternatives.

B. L'interaction multifactorielle entre contraintes médicales, environnementales et familiales

Contrairement à une lecture biomédicale déterministe qui imputerait l'ensemble des ruptures professionnelles à la seule présence de la maladie, les résultats confirment que les transformations des trajectoires relèvent d'une multifactorialité complexe. S'il est vrai que les crises épileptiques perturbent l'exercice de certaines activités, elles interagissent constamment avec des facteurs structurels et relationnels. D'une part, les travaux de Smeets *et al.* [9] et de Baker *et al.* [8] soulignent les difficultés objectives d'accès et de maintien dans l'emploi des personnes vivant avec l'épilepsie, exacerbées par les risques perçus et les représentations sociales de la maladie [10]. D'autre part, l'étude met en lumière un facteur déterminant souvent sous-estimé dans les écrits occidentaux : l'influence ambivalente de l'environnement familial. La famille peut agir à la fois comme une contrainte normative ou de protection excessive et comme un soutien relationnel et financier indispensable à la reconstruction du projet. Cette ambivalence relationnelle constitue une spécificité majeure des parcours d'insertion en contexte subsaharien, où la solidarité intergénérationnelle régule l'autonomie des jeunes adultes.

C. Transition contrainte et stratégies de reconstruction par l'auto-emploi

L'analyse des processus de transition à travers le prisme du modèle des « 4S » de Schlossberg [13], [14] permet d'éclairer la viabilité des réactions observées chez les participants. Face au sentiment d'incertitude ou au risque de marginalisation, certains jeunes adultes déploient une agentivité marquée [12], [22] pour mobiliser des stratégies de contournement. L'orientation vers l'auto-emploi, l'apprentissage de métiers de l'artisanat local ou le réinvestissement de compétences sportives illustrent une volonté manifeste de reprendre le contrôle de son parcours (*career control*). Dans un contexte économique caractérisé par la prépondérance du secteur informel au Cameroun, l'auto-emploi et la création de petites structures autonomes se révèlent être des stratégies d'adaptation privilégiées. Elles permettent aux jeunes adultes d'aménager leurs conditions de travail, de limiter le stress lié aux contraintes d'un salariat rigide et de restaurer une identité sociale valorisante malgré la maladie.

D. Implications pour l'accompagnement et perspectives pratiques

Ces résultats appellent à renouveler profondément les pratiques d'orientation scolaire et professionnelle, ainsi que l'accompagnement médico-social des personnes vivant avec l'épilepsie. Ainsi, il faut : (i) dépasser l'approche restrictive : l'accompagnement ne doit pas consister à écarter prématurément les individus de leurs ambitions sous prétexte d'incompatibilité médicale, mais plutôt à explorer un large éventail de possibilités formatives et professionnelles adaptées ; (ii) adopter une approche systémique et globale : compte tenu du poids des dynamiques familiales et du contexte socio-économique local, les conseillers d'orientation et les psychologues gagneraient à intégrer l'entourage familial dans le processus de dialogue et de coconstruction du projet, tout en renforçant le sentiment d'auto-efficacité et l'adaptabilité du jeune adulte.

VI. Conclusion

Cette étude visait à analyser les transformations des projets académiques et professionnels de jeunes adultes vivant avec l'épilepsie au Cameroun, en examinant de manière approfondie les contraintes rencontrées et les ressources mobilisées tout au long de leurs trajectoires de réorientation et de reconstruction. À partir d'une approche qualitative exploratoire menée auprès de sept participants, l'analyse met en relief des parcours initiaux diversifiés, s'étendant de projets d'études supérieures à l'apprentissage de métiers ou à l'insertion dans l'auto-emploi. Les résultats démontrent que les transformations observées ne relèvent pas d'un déterminisme biomédical univoque où l'épilepsie constituerait la cause unique et mécanique des ruptures. Si les crises impactent l'exercice de certaines activités, elles interagissent continuellement avec des facteurs environnementaux, des conditions d'exercice et, de manière significative, avec l'influence ambivalente de l'environnement familial.

Loin d'être de simples abandons d'aspirations, les réorientations prennent des formes variées :

adaptation de la trajectoire, maintien d'un domaine d'intérêt sous d'autres modalités, ou bifurcation vers l'auto-emploi et l'artisanat local. Cette dynamique confirme l'intérêt d'appréhender le projet professionnel comme un processus évolutif nécessitant la mobilisation de ressources personnelles, familiales, formatives et psychologiques (telles que l'adaptabilité de carrière et l'agentivité). Ces observations soulignent la nécessité de repenser l'accompagnement en orientation pour qu'il ne se limite pas à une logique d'exclusion médicale, mais qu'il soutienne activement l'autonomie et la reconstruction des personnes vivant avec une maladie chronique.

Néanmoins, la portée de ces résultats doit être nuancée au regard de plusieurs limites méthodologiques et contextuelles. D'abord, la taille de l'échantillon et la portée qualitative : le nombre restreint de participants et la nature exploratoire de la démarche empêchent toute généralisation statistique des résultats à l'ensemble de la population des personnes vivant avec l'épilepsie au Cameroun ; ces données rendent compte d'expériences singulières et subjectives. Ensuite, la nature rétrospective des récits : les données recueillies reposent principalement sur les souvenirs et les perceptions rapportés par les participants, ce qui peut comporter des biais de reconstruction mémorielle. Enfin, l'absence d'évaluation institutionnelle approfondie : les ressources sanitaires, sociales et institutionnelles plus larges (politiques publiques de prise en charge du handicap, dispositifs formels d'orientation) n'ont pas été suffisamment documentées à travers les entretiens pour permettre une analyse exhaustive de leur rôle macrosocial.

Afin de pallier ces limites et d'approfondir la question, plusieurs perspectives de recherche peuvent être envisagées. Des études ultérieures pourraient s'appuyer sur des échantillons élargis, englobant différents contextes géographiques (zones urbaines et rurales) du Cameroun. Il serait également pertinent d'examiner de manière spécifique l'impact respectif des structures institutionnelles et des dispositifs d'insertion professionnelle formels dans les processus de résilience. Enfin, le recours à des méthodologies longitudinales permettrait de suivre au plus près l'évolution temporelle des projets et d'identifier précisément les facteurs de succès favorisant le maintien, l'adaptation ou la reconstruction durable des parcours professionnels chez les personnes vivant avec l'épilepsie.

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient la direction et le personnel du Centre de santé mentale Benoît Menni d'Efoulan, ainsi que les participants à cette étude.

RÉFÉRENCES

[1] J. J. Arnett, "Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties," *Amer. Psychol.*, vol. 55, no. 5, pp. 469–480, 2000.

[2] J. J. Arnett, *Emerging Adulthood: The Winding Road from the Late Teens Through the Twenties*, 2nd ed. New York, NY, USA: Oxford Univ. Press, 2014.

[3] E. H. Erikson, *Identity: Youth and Crisis*. New York, NY, USA: W. W. Norton, 1968.

[4] J.-P. Boutinet, *Anthropologie du projet*, 9e éd. Paris, France: Presses Univ. de France, 2012.

[5] M. L. Savickas *et al.*, "Life designing: A paradigm for career construction in the 21st century," *J. Vocational Behav.*, vol. 75, no. 3, pp. 239–250, 2009.

[6] G. H. Elder, M. K. Johnson, and R. Crosnoe, "The emergence and development of life course theory," in *Handbook of the Life Course*, J. T. Mortimer and M. J. Shanahan, Eds. New York, NY, USA: Springer, 2003, pp. 3–19.

[7] Organisation mondiale de la santé, "L'épilepsie," 8 févr. 2024. [En ligne]. Disponible : https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy

[8] G. A. Baker *et al.*, "Perceived impact of epilepsy in teenagers and young adults: An international survey," *Epilepsy Behav.*, vol. 12, no. 3, pp. 395–401, 2008.

[9] V. M. J. Smeets, B. A. G. van Lierop, J. P. G. Vanhoutvin, A. P. Aldenkamp, and F. J. N. Nijhuis, "Epilepsy and employment: Literature review," *Epilepsy Behav.*, vol. 10, no. 3, pp. 354–362, 2007.

[10] A. Jacoby, D. Snape, and G. A. Baker, "Epilepsy and social identity: The stigma of a chronic neurological disorder," *Lancet Neurol.*, vol. 4, no. 3, pp. 171–178, 2005.

[11] G. Scambler, "Sociology, stigma and epilepsy," *Epilepsy Behav.*, vol. 9, no. 3, pp. 379–384, 2006.

[12] A. Bandura, *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York, NY, USA: W. H. Freeman, 1997.

[13] N. K. Schlossberg, "A model for analyzing human adaptation to transition," *Couns. Psychol.*, vol. 9, no. 2, pp. 2–18, 1981.

[14] N. K. Schlossberg, "The over-30 spark: Transitions in adulthood," *Career Dev. Q.*, vol. 59, no. 5, pp. 456–462, 2011.

[15] D. E. Super, "A life-span, life-space approach to career development," *J. Vocational Behav.*, vol. 16, no. 3, pp. 282–298, 1980.

[16] M. E. Duarte and J. Rossier, "Career adaptability and life design interventions: Insights and advancements," *J. Vocational Behav.*, vol. 126, art. no. 103554, 2021.

[17] L. K. A. Räty and B. M. Wilde Larsson, "Young adults with epilepsy: Experiences of social

situations and personal development," *J. Neurosci. Nurs.*, vol. 43, no. 4, pp. 215–222, 2011.

[18] M. Szaflarski, J. P. Szaflarski, and L. McSweeney, "Chronic illness, employment barriers, and career adaptabilities in adults with epilepsy," *Epilepsy Behav.*, vol. 128, art. no. 108580, 2022.

[19] M. L. Savickas, "Career adaptability: An integrative construct for life-span, life-space theory," *Career Dev. Q.*, vol. 45, no. 3, pp. 247–259, 1997.

[20] M. L. Savickas, "Career construction theory and practice," in *Career Development and Counseling: Putting Theory and Research to Work*, 2nd ed., R. W. Lent and S. D. Brown, Eds. Hoboken, NJ, USA: Wiley, 2013, pp. 147–183.

[21] M. E. Duarte, "Life design and career counseling: Challenges and sustainable responses," *Front. Psychol.*, vol. 13, art. no. 875862, 2022.

[22] R. W. Lent, S. D. Brown, and G. Hackett, "Social cognitive career theory," in *Career Development and Counseling: Putting Theory and Research to Work*, 2nd ed., S. D. Brown and R. W. Lent, Eds. Hoboken, NJ, USA: Wiley, 2016, pp. 115–146.

[23] A. K. Njamnshi, S. A. Angwafor, P. Jallon, and W. F. Muna, "Secondary school teachers' knowledge and attitudes towards epilepsy in the Haute-Sanaga division, Cameroon," *Epilepsia*, vol. 50, no. 4, pp. 846–851, 2009.

[24] N. K. Denzin and Y. S. Lincoln, Eds., *The SAGE Handbook of Qualitative Research*, 5th ed. Thousand Oaks, CA, USA: SAGE, 2018.

[25] C. Willig, *Introducing Qualitative Research in Psychology*, 3rd ed. Maidenhead, U.K.: Open Univ. Press/McGraw-Hill, 2013.

[26] M. B. Miles, A. M. Huberman, and J. Saldaña, *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook*, 3rd ed. Thousand Oaks, CA, USA: SAGE, 2014.

[27] V. Braun and V. Clarke, "Using thematic analysis in psychology," *Qual. Res. Psychol.*, vol. 3, no. 2, pp. 77–101, 2006.

[28] V. Braun and V. Clarke, "Reflecting on reflexive thematic analysis," *Qual. Res. Sport Exerc. Health*, vol. 11, no. 4, pp. 589–597, 2019.

[29] Y. S. Lincoln and E. G. Guba, *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA, USA: SAGE, 1985.