NNT :

UNIVERSITE DE BOURGOGNE

UFR de Sciences Humaines-Département de Psychologie
École Doctorale n°594 « Société, Espace, Pratiques, Temps » (SEPT)
Laboratoire « Psychologie dynamiques relationnelles et processus identitaires » (EA 7458)

Fonction rituelle de l'hypnose dans le suivi de troubles du deuil persistant

THÈSE

Pour obtenir le grade de Docteur de l'Université de Bourgogne Franche-Comté
Discipline : Psychologie clinique et Psychopathologie

Soutenue publiquement le 14 décembre 2017 par :

Monsieur Jean-Sébastien LEPLUS-HABENECK

Sous la direction de monsieur le Professeur Antoine BIOY

COMPOSITION DU JURY :

André Mariage, Professeur des universités, Université de Franche-Comté, Président
Antoine Bioy, Professeur des universités, Université de Paris 8, Directeur
Arnaud Plagnol, Professeur des universités, Université de Paris 8, Rapporteur
Joanic Masson, Maitre de conférences HDR, Université d'Amiens, Rapporteur
Christelle Viodé, Maître de conférences HDR, Université de Bourgogne, Examinatrice
Hélène Riazuello, Professeur des universités, Université Paris 10, Examinatrice

Titre : Fonction rituelle de l'hypnose dans le suivi de troubles du deuil persistant

Mots clés : Hypnose – deuil persistant – rituels

Résumé : Les processus hypnotiques font l'objet d'études transdisciplinaires qui attestent d'un état spécifique et impliquent des dimensions relationnelles et contextuelles (Rainville, 2004 ; Bioy, 2017). Cette recherche s'effectue dans le contexte des Troubles du Deuil Persistant (T.D.P., Prigerson). Une approche pharmacologique améliore la composante dépressive sans affecter les symptômes spécifiques du TDP, questionnant la place des interventions psychothérapeutiques (Hensley, 2006). Cette recherche exploratoire interroge le sens que peut prendre l'expérience hypnotique lors de TDP dans une perspective phénoménologique. La dimension rituelle du dispositif hypnotique pourrait sous-tendre les phénomènes de « guérisons immédiates » (Michaux, 2007), tâche aveugle dans la pratique de l'hypnothérapie. La méthode est celle d'une recherche-action qualitative, longitudinale, utilisant l'*Interpretative Phenomenological Analysis* (Smith, 2009). Les résultats montrent que l'hypnose peut endosser une fonction de rituel thérapeutique qui se caractérise par une scansion temporelle nette, comme acte de clôture. . Nous avons identifié une mythologie hypnotique relevant du « savoir commun », tributaire de l'intensité des expectatives et croyances sur l'hypnose, notamment de ses dimensions « *magiques* » et « *thérapeutiques* ». L'effet de cadre et la ritualisation séquencée de la séance sont primordiaux. Les personnes expérimentant un rituel de « guérison immédiate » étaient exemptes de comorbidités psychiatriques majeures. Les éléments centraux sont : l'alliance thérapeutique, l'absence de compétition avec d'autres systèmes de croyances, le respect de l'écologie psychique du sujet, son engagement dans un changement de relation avec le défunt et l'ouverture d'une opportunité socialement acceptable pour le produire. Cette ritualité est un acte de clôture d'un mode de relation. Les situations d'inopérance du dispositif montrent des effets de conflit cognitif induit, entre soumission temporaire à une suggestion et résistance à un vécu d'abandon du défunt. Les dimensions de « *fidélité* » et de « *loyauté* » sont majeures dans ces phénomènes, face à un hypnothérapeute « sujet supposé pouvoir ».

Title : Ritual Function of Hypnosis in the Follow-up of Persistent grief Disorders

Keywords : Hypnosis – Rituals – Persistent Grief

Abstract: Hypnotic processes are the subject of transdisciplinary studies that testifies a specific state and involve relational and contextual dimensions (Rainville, 2004, Bioy, 2017). This research is carried out in the context of persistent grief disorders (P.G.D., Prigerson, 2009). A pharmacological approach improves the depressive component without affecting the specific symptoms of PGD, questioning the place of psychotherapeutic interventions (Hensley, 2006). This exploratory research questions the meaning that the hypnotic experience can have during PGD in a phenomenological perspective. The ritual dimension of the hypnotic device could underlie the phenomena of "immediate healings" (Michaux, 2007), a blind task in the practice of hypnotherapy. The method is that of a qualitative, longitudinal research-action using the Interpretative Phenomenological Analysis (Smith, 2009). The results show that hypnosis can endorse a therapeutic ritual function characterized by a clear temporal scansion, as a closing act. We have identified a hypnotic mythology of "common knowledge", dependent on the intensity of expectations and beliefs about hypnosis, including its "magical" and "therapeutic" dimensions.The frame effect and the sequenced ritualisation of the session are essential. People experiencing an "immediate healing" ritual were free from major psychiatric comorbidities. The central elements are: the therapeutic alliance, the absence of competition with other belief systems, the respect of the psychic ecology of the subject, his commitment to a change of relationship with the deceased and the opening of a socially acceptable opportunity to produce it. This ritual is an act of closing a mode of relationship. Situations of non-functioning of the device show effects of induced cognitive conflict, between temporary submission to a suggestion and resistance to an experience of abandonment of the deceased. The dimensions of "fidelity" and "loyalty" are major in these phenomena, facing a hypnotherapist "subject supposed to be able".

« *Les morts sont des invisibles, ils ne sont pas des absents* »

Saint Augustin

Remerciements

Je remercie très chaleureusement le Professeur Antoine Bioy pour son écoute attentive et sa disponibilité tout au long de ce travail de recherche. Il a su avec calme, humour et sagesse, aiguillonner ma pensée et en canaliser le flux parfois trop impétueux. Alors, sincèrement, merci pour être une figure importante de mon parcours et pour la bienveillance amicale avec laquelle tu occupes cette place.

J'adresse mes sincères remerciements aux membres du jury qui me font l'honneur de lire et de commenter mon travail, le Professeur André Mariage qui le préside et les rapporteurs, le Professeur Arnaud Plagnol et le Docteur Joanic Masson pour le temps et l'attention qu'ils y consacrent. Je remercie le Docteur Christelle Viodé pour ses remarques et sa présence chaleureuse, toujours bienveillante, pendant ces trois années de recherche. Merci d'avoir contribué à faire grandir ce projet. J'adresse mes chaleureux remerciements au professeur Hélène Riazuelo qui a accepté d'examiner cette recherche. Je remercie également les membres du comité de thèse, les Professeurs Khadija Chahraoui et Marie-Frédérique Bacqué pour avoir partagé leurs remarques et réflexions chaque année, me poussant à préciser ma pensée et devenir plus exigeant dans mon propos. Cette démarche a contribué à fertiliser la construction de la recherche. J'adresse également mes remerciements à toute l'équipe du laboratoire PSY-Drepi pour ces trois années très enrichissantes en leur compagnie, merci à Léonor Fasse pour ses conseils et explications, toujours posés et structurés et à mes collègues doctorants pour cette belle ambiance de travail et de partage, Marie-Armelle Muribi, Marion Richard, Flora Roizot, Bertrand Lionet, Clément Maillot.

Je dois des remerciements tout particuliers aux personnes qui ont accepté de participer à cette recherche, à partager en confiance ces expériences de vie avec moi et tous ceux que j'ai accompagnés comme psychologue et avec qui nous avons évolué de concert.

Je remercie spécialement mes équipes hospitalières de soins palliatifs et de douleur chronique, ainsi que le Centre Hospitalier de Périgueux. Merci au Docteur Gaëlle Ranchou pour avoir facilité mon activité de doctorant avec une précieuse bienveillance, aux Docteurs Audrey

Rey et Eymeric Jacques pour leur soutien moral, à mes consœurs, Ségolène Roger et à Patricia Donnais, pour leurs précieuses relectures et pour avoir accepté de pallier mes absences et supporté avec beaucoup de gentillesse les « mouvements », physiques et thymiques, occasionnés par ce travail, à Isabelle Mazet pour l'incontournable soutien logistique, les relectures et sa capacité à me pousser à m'enfermer pour rédiger, à Lucie Eymond pour son appui dans le traitement des questionnaires. Merci chère équipe, je vous dois beaucoup.

Je remercie ma compagne Niloufar, pour avoir échangé avec moi tout au long du processus, m'avoir aidé à formuler et préciser mes idées, avoir apporté son regard et ses pensées. Je la remercie aussi d'avoir accepté de faire entrer le sujet de la mort et du deuil, même dans les situations les plus incongrues de l'existence quotidienne et d'avoir fait une place à ce travail. Merci d'avoir pu accompagner les périodes de tensions intenses et pour les rires partagés.

Un grand merci également à ma famille pour son indéfectible soutien, mes parents et mon frère, toujours présents et aidants au cours de ma vie, avec une pensée pour les « invisibles » de la famille, qui, même morts, demeurent parmi nous. Merci à vous pour votre présence et votre affection. Merci aux amis qui ont cheminé avec moi et avec qui l'idée de ce projet a germé, Fabien, Samuel, Matthieu, Pierre-Guillaume et Dan Tran pour m'avoir donné le goût de la combativité. Mes sincères remerciements à ma collègue et amie Coralie pour sa relecture attentive (obsessionnelle ?) des derniers instants.

Enfin, je remercie ma fille, Azadée, qui est venue au monde au cours de ce travail. En pleine réflexion sur la perte et la mort, tu m'apportes de la joie, du rire et tu m'apprends ce qu' « attachement » signifie vraiment. Merci pour le courant de vie que tu insuffles.

Introduction……page 1

I- Aspects théoriques : Deuils, Rites funéraires, hypnoses……page 4

1. Compréhension et évolution des processus de deuil……. page 5

1.1. Données épidémiologiques ……. page 5

1.1.a. Données générales…..…….…….. page 5

1.1.b. Données en psychopathologie…….....…….. page 10

1.2. Rites et deuils : dimensions historiques et religieuses ……..…page 12

1.2.a- Préhistoire ……..... page 13

1.2.b- Mythologie grecque ……..... page 14

1.2.c. Bouddhisme…….....page 17

1.2.d. Les monothéismes ……..... page 18

a- Chrétienté……..... page 19

b- Islam……..... page 20

c- Judaïsme……..... page 21

1.2.e. L'invention de « La Mort » ..... page 22

1.3. Perspectives sociologiques et anthropologiques..... page 24

1.3.a. Les rites et la mort jusqu'au XXème siècle..... page 24

1.3.b. Les rites et la mort à partir XXème siècle….....page 26

1.3.c. Deuils, rites et mort au XXIème siècle..... page 29

1.4. Le deuil : du normal au pathologique…….....page 38

1.4.a. Controverses historiques sur les pathologies du deuil..... page 39

1.4.b. Mythes cliniques du deuil .....page 40

1.4.c. Classifications et conceptualisations des pathologies du deuil……..page 41

1.5. Approches psychodynamiques du deuil ……..... page 45

1.6- Modèles théoriques du deuil ……..... page 50

1.6.a. Théorie de l'attachement….....page 50

1.6.b. Théories comportementales, cognitives..... page 53

1.6.c. Modèle de réponse au stress..... page 54

1.6.c. Modèles biomédicaux, culturalistes..... page 56

1.7- Clinique des deuils …..... page 57

1.7.a. facteurs de risques : défunt, endeuillé, conditions du décès…….. page 57

1.7.b. Genre et personnalité ……..... page 60

1.8. Évaluations et dispositifs thérapeutiques..... page 62

1.8.a Echelles et questionnaires…… page 62

1.8.b. Dispositifs thérapeutiques …… page 63

2. Rites et rituels sacrés et profanes..... page 68

2.1. Définitions..... page 68

2.2. Rites et rituels : types, structures, fonctions..... page 69

2.2.a. Structures rituelles……..page 70

2.2.b. Fonctions socio-anthropologiques des rites et rituels…… page 72

2.2.c. Fonctions psychologiques des rites et rituels……. page 75

3- Hypnose(s) ..... page 78

3.1. La construction historique de l'hypnose..... page 79

3.2. Modes de fonctionnement de l'hypnose..... page 86

3.3. La notion d'hypnosabilité..... page 98

3.4. Hypnose, pensée magique et rituels..... page 100

3.5. Cadre, contexte et cérémonial..... page 120

3.6. Perspectives psychanalytiques sur la suggestion…….. page 123

3.7. Construction du dispositif rituel hypnotique…….page 124

Conclusion..... page 129

II- Recherche clinique..... page 132

1- Méthodologie ..... page 133

1.1. Contexte de la recherche..... page 133

1.2. Question de recherche, hypothèses, problématique, objectifs…….. page 137

1.3. Méthode..... page 139

1.4. Instruments d'évaluation et d'analyse..... page 141

1.4.a. *Inventory of complicated grief* (I.C.G.)……page 142

1.4.b. Grille d'entretien semi-structuré…….. page 143

1.4.c. L'*Interpretative Phenomenological Analysis* (I.P.A.)…… page 147

1.5. Procédure thérapeutique……page 148

1.6. Population et critères de participation à la recherche..... page 150

2. Situations cliniques …….. page 152

2.1- Mme Tyne ……page 152

2.1.a. Manifestations psychologiques et somatiques……page 154

2.1.b. Rites et croyances…….. page 158

2.1.c. Défunt…… page 166

2.1.d. Les Autres…….. page 172

2.1.e. Hypnose……. page 174

2.1.f. Histoire personnelle…… page 179

2.1.g. Résumé de la situation……page 180

2.2. Mme Vigne …….. page 182

2.2.a. Manifestations psychologiques et somatiques……page 184

2.2.b. Défunt…… page 189

2.2.c. Rites et croyances…….. page 193

2.2.d. Hypnose……. page 197

2.2.e. Les Autres…….. page 207

2.2.f. Histoire personnelle…… page 207

2.2.g. Résumé de la situation……page 210

2.3. Mme White……... page 212

2.3.a. Hypnose……..page 215

2.3.b. Manifestations psychologiques et somatiques……page 223

2.3.c. Défunt…… page 225

2.3.d. Les Autres…….. page 229

2.3.e. Rites et croyances…….. page 230

2.3.f. Histoire personnelle…… page 231

2.3.g. Résumé de la situation……page 231

2.4. Mme Ulle …….page 232
2.4.a. Défunt…… page 234
2.4.b. Manifestations psychologiques et somatiques……page 237
2.4.c. Hypnose…….page 240
2.4.d. Les Autres…….. page 244
2.4.e. Rites et croyances…….. page 245
2.4.f. Histoire personnelle…… page 245
2.4.g. Résumé de la situation……page 246

2.5. Mme Zane…….. ……..page 247
2.5.a. Manifestations psychologiques et somatiques……page 249
2.5.b. Défunt…… page 252
2.5.c. Rites et croyances…….. page 260
2.5.d. Histoire personnelle……page 264
2.5.e. Les Autres…….. page 264
2.5.f. Hypnose……. page 265
2.5.g. Résumé de la situation……page 270

2.6. Mme Hubert……..page 271
2.6.a. Manifestations psychologiques et somatiques……page 274
2.6.b. Rites et croyances…….. page 279
2.6.c. Défunt…… page 284
2.6.d. Histoire personnelle……page 286
2.6.e. Hypnose……. page 287
2.6.f. Les Autres…….. page 291
2.6.g. Résumé de la situation……page 292

2.7. Mme Arte…… page 293
2.7.a. Hypnose…… page 295
2.7.b. Défunt…… page 300
2.7.c. Manifestations psychologiques et somatiques……page 301
2.7.d. Rites et croyances…….....page 303
2.7.e. Histoire personnelle……page 304

2.7.f. Les Autres…….. page 304
2.7.g. Résumé de la situation……page 305
2.8. Mme Quinet…….. page 307
2.8.a. Manifestations psychologiques et somatiques……page 308
2.8.b. Défunt…… page 313
2.8.c. Les Autres…….. page 316
2.8.d. Hypnose……. page 318
2.8.e. Rites et croyances…….. page 323
2.8.f. Histoire personnelle…… page 325
2.8.g. Résumé de la situation……page 325

2.9. Mme Estate……... page 327
2.9.a. Manifestations psychologiques et somatiques……page 328
2.9.b. Rites et croyances…….. page 333
2.9.c. Défunt…… page 336
2.9.d. Les Autres…….. page 340
2.9.e. Histoire personnelle……page 342
2.9.f. Hypnose……. page 343
2.9.g. Résumé de la situation……page 346

2.10. Mme Younes ……..page 348
2.10.a. Rites et croyances……page 350
2.10.b. Défunt……...page 353
2.10.c. Manifestations psychologiques et somatiques……..page 355
2.10.d. Hypnose……page 356
2.10.e. Les Autres……page 359
2.10.f. Histoire personnelle…….. page 360
2.10.g. Résumé de la situation……..page 360

3. Résultats globaux …… page 362

3.1- Manifestations psychologiques, somatiques et comportementales….. page 363

3.1.a. Symptômes psychologiques et somatiques…… page 363

3.1.b. Modification du rapport à l'espace et au temps……. page 366
3.1.c. Imprévisibilité……... page 370
3.1.d. Pensées sur la mort…… page 371

3.2. Le défunt…….. page 374

3.2.a. Présence du défunt au quotidien…….. page 375
3.2.b. Conditions du décès…….. page 377
3.2.c. Relations au défunt de son vivant…….. page 379
3.2.d. Histoire du défunt…… page 380

3.3. Croyances et rituels …… page 380

3.3.a. Rites et rituels ……page 380
3.3.b. Croyances religieuses et profanes……. page 393

3.4. « Les autres » ……... page 394

3.4.a. Discours et attitude entourage…….……page 394

3.4.b. Sentiment de solitude et décalage…….……. page 397

3.4.c- soutien social perçu…….…….. page 397

3.5. Hypnose…… page 398

3.5.a. Représentations…….. page 398

3.5.b. Effets perçus……...page 402

3.6. Histoire personnelle…… page 410

3.6.a. Narration autobiographique……page 411
3.6.b. Deuils antérieurs……page 413

4. Limites ……page 414

4.1. Limites instrumentales…….. page 414

4 .2. Limites méthodologiques…… page 415

5. Discussion…… page 419

Conclusion …… page 434

Références bibliographiques ……page 437

Annexes ……..... page 470

Introduction

Les processus de deuil recouvrent un ensemble d'expériences réactionnelles à la perte. L'acception contemporaine du terme « deuil » ne se limite plus à signifier le cheminement individuel et collectif consécutif aux décès de proches. Il concerne à présent divers objets ou fonctions, réels ou symboliques, dont la disparition mobilise des réactions psycho-comportementales chez un individu ou un groupe. Afin de respecter ses implications culturelles, sociétales et son lien spécifique à la mort, nous choisissons au cours de cette recherche de réserver la notion de « deuil » à son usage initial, que nous définissons comme un processus dynamique réactionnel du survivant face au décès d'un proche affectivement investi dans un environnement socioculturel donné. Nous y associons la conception de Racamier (1992) qui le décrit comme un « *processus maturatif universel* ». Le terme est polysémique, désignant l'expérience de la perte, les processus qui en sont issus et les manifestations communautaires qui l'accompagnent. Cette thématique est féconde par ses dimensions universelles et les multiples approches qui tendent à l'appréhender. Les sciences humaines développent des lectures historiques, anthropologiques, sociologiques et psychologiques du phénomène. L'objet d'étude devient morcelé, abordé sous l'angle de son environnement, des rites qui le formalisent ou des troubles psychiques qu'il peut produire. La psychopathologie du deuil est déclinée en différentes qualifications. La littérature relève une forme de gradient pathologique. Les signes « normaux » du deuil sont transitoires. Certains phénomènes hallucinatoires sont habituels au début du processus (President and Fellows of Harvard College, 2011). Le deuil peut devenir « compliqué » et s'exprimer sous des formes différées, inhibées ou chroniques. Des évolutions pathologiques sont identifiées avec des manifestations hystériques, obsessionnelles, dépressives, anxieuses, maniaques ou délirantes. L'existence de formes de deuils reconnus comme entités pathologiques propres a été un sujet de controverses qui se poursuivent actuellement. Les approches psychopathologiques interrogent les spécificités d'une pathologie du deuil distincte d'un trouble dépressif ou d'une décompensation de troubles psychiatriques antérieurs. Dans ce dernier cas, le deuil serait un événement de vie suffisamment délétère pour favoriser l'expression d'un ensemble de troubles préexistants. Holmes et Rahe (1967) classaient le « *deuil du conjoint* » comme l'événement de vie le plus stressant sur leur « *social readjustment rating scale* ». Les récents consensus de groupes d'experts ont officialisé la perception d'un trouble propre au deuil en l'intégrant dans le DSM-V. Il se trouve sous l'appellation « *Persistent Complex Bereavement Disorder* », soit un trouble du deuil complexe

et persistant dont la validité nosographique doit être soumise à des études complémentaires. Cette classification propose un repère temporel au-delà duquel le deuil peut se compliquer, un an après le décès pour les adultes et six mois pour les enfants. Prigerson (2009), auteur contemporaine de référence, a identifié des critères spécifiques pour le deuil persistant et des indicateurs de complications à partir de six mois après le décès. Ses travaux seront vraisemblablement intégrés dans la CIM-11 pour définir le trouble du deuil persistant (TDP), en spécifiant la place essentielle du « *ressenti du manque* » dans le tableau clinique (Sauteraud, 2015). Notre appréhension du deuil persistant se réfèrera davantage aux recherches d'Holly Prigerson, tout en veillant à préserver un regard clinique, plus dimensionnel que catégoriel, centré sur la subjectivité de l'expérience d'un sujet dans un contexte socioculturel donné. Pour fluidifier notre propos, nous utiliserons indistinctement les notions de « deuils persistant », « deuils prolongés » et « deuils compliqués », en insistant sur le fait qu'ils ne sont pas strictement superposables, comme le notait Prigerson. Nous soulignons l'importance pour les chercheurs et cliniciens d'éviter l'écueil d'une pathologisation d'un processus normal qui peut connaître des expressions et une temporalité variables selon les individus.

Notre pratique clinique nous a précisément incité à vouloir explorer certains enjeux individuels et psychosociaux du deuil persistant en France contemporaine. Nous investiguons cette problématique par une approche thérapeutique centrée sur deux axes : l'hypnose et la ritualité. La dimension rituelle se retrouve régulièrement mentionnée dans le discours des endeuillés, avec une acuité particulière dans les évolutions complexes du deuil. Elle peut s'exprimer par les rites funéraires collectifs mais également à travers des rituels plus singuliers. Ces derniers incluent des pratiques spirituelles domestiques et des manifestations compulsives avec une idéation obsessionnelle. Le délitement de l'efficacité symbolique des rites traditionnels se fait au profit de l'émergence de nouvelles pratiques (Thomas, 1975 ; Baudry, 1999 ; Clavandier, 2009). Nous ne constatons pas de réelle déritualisation mais plutôt des mutations rituelles qui interpellent sur le besoin de ritualité des humains dans leur relation à la Mort. Nous interrogerons l'impact de ces pratiques sur les endeuillés selon les générations et leur ancrage symbolique. L'hypnose constitue un objet d'étude d'une grande richesse par ses caractéristiques propres. Plusieurs auteurs soulignent l'efficacité partielle, non spécifique, des traitements psychotropes dans le traitement des deuils complexes et persistants (Hensley, 2006) en regard des psychothérapies interpersonnelles (Shear et al., 2005) et cognitivo-comportementales (Boelen et al., 2006 ; Simon, 2013 ; Bryant et al., 2014). Cette recherche

s'intéresse à une approche psychothérapeutique des troubles du deuil et aux processus qui la sous-tendent. Notre pratique de l'hypnothérapie nous amène à vouloir comprendre le sens que peut prendre une soudaine amélioration symptomatique à l'issue d'une seule séance alors que la problématique de deuil est installée depuis plusieurs années. L'hypnose est une approche polymorphe qui ne se limite pas à une technique ou un outil thérapeutique. Elle est un phénomène social et culturel chargé de représentations collectives, ce qui lui confère une dimension spécifique dans le champ des psychothérapies. Notre propos ne sera pas d'évaluer l'efficacité thérapeutique de l'hypnose selon une méthodologie de type test-retest mais d'apprécier la fonction et le sens que peut prendre cette approche dans un contexte donné (Gueguen, Barry, Hassler & Falissard, 2015). Nous nous intéressons aux processus thérapeutiques en investiguant la place des représentations et attentes sur l'hypnose, sa dimension de potentiel rituel thérapeutique ainsi que les facteurs associés majorant ou inhibant ses effets. Cette recherche vise à offrir une perspective qualitative sur l'expérience de l'hypnose dans le contexte de deuils prolongés et ainsi proposer des pistes de réflexions sur les dispositifs thérapeutiques d'accompagnement des endeuillés.

Ce travail est structuré en deux sections principales et des éléments de discussion et de conclusion. La première aborde les données de la littérature qui nous permettent de situer la problématique du deuil persistant dans une incontournable perspective multidimensionnelle. La question des rituels s'articule avec celle du deuil et de l'hypnose comme dispositif thérapeutique. Nous verrons la façon dont peut se comprendre et se concevoir cette pratique dans le suivi des deuils complexes et persistants. Nous questionnerons l'existence d'une « mythologie hypnotique » qui situerait la pratique entre pensée magique, représentations parascientifiques et psychothérapie répondant aux critères de « l'*Evidence Based Medecine* ». Nous verrons si cet ancrage peut lui octroyer une fonction de rituel thérapeutique. La seconde partie présente les résultats de l'analyse qualitative du suivi de dix sujets présentant un deuil compliqué. La recherche est prospective et longitudinale, sur une année. Les participants expérimentent le dispositif hypnotique, structuré autour d'un discours, de techniques et d'un cadre institutionnel (Quirion, 2007). La notion de « dispositif » traduit le plus adéquatement la dimension rituelle de l'hypnose, fondée sur ces trois référents. La dernière section présente la discussion et les conclusions générales de la recherche ainsi que les pistes de réflexion qu'elle peut proposer.

Aspects théoriques : Deuils, rites funéraires, hypnoses

1- Compréhension et évolution des processus de deuil

Nous proposons de conserver, dans le cadre de cette recherche, la compréhension du terme « deuil » comme un processus psychosociologique dynamique consécutif à la perte d'un proche investi affectivement et dont l'expression est culturellement déterminée. Bacqué (2014) rappelle que la prévalence du deuil en France est en moyenne de 10.4% (16% pour les femmes et 3% pour les hommes).

1.1. Données épidémiologiques

1.1.a. Données générales

Des données épidémiologiques récentes indiquent les tendances. Nous reportons ici les résultats d'une enquête que nous trouvons instructive en raison de sa récence, 2016, de sa méthodologie (quantitative et qualitative) et de la taille de la population interrogée (3071 par questionnaires et 30 par entretiens). Plusieurs conclusions de cette recherche recoupent nos propres constats, notamment sur le statut de l'endeuillé, la perception du soutien social, la continuité de la relation au défunt *post mortem*, la durée du deuil, l'importance de la ritualité et d'une participation active tant à la fin de vie qu'aux obsèques. L'étude mentionne la prégnance des cérémonies religieuses au cours des funérailles (76%) que les sujets décrivent à 61 % comme ayant un effet positif. Nos observations tendent à nuancer ce constat en précisant le décalage entre l'aspect formel du rite religieux et sa charge symbolique réelle. Les sujets se trouvent engagés dans une répétition d'actes et de paroles codifiés qu'ils investissent difficilement de contenus mythologiques puissants. Les résultats de l'enquête relatent par ailleurs qu'un peu moins d'un tiers des endeuillés a connu un « *ébranlement de leurs convictions religieuses* » à la suite du décès.

Le CREDOC (Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie) a effectué une enquête sur « les français et le deuil » commandée par la CSNAF (Chambre syndicale nationale de l'art funéraire) en 2016 (Mathé, Francou & Hébel, 2016). Il s'agit d'une méthodologie mixte, associant une collecte de données par questionnaires via une interface

numérique auprès de 3071 sujets âgés de plus de 18 ans puis qualitative avec une trentaine d'entretiens semi-directifs d'une heure trente. Les questionnaires passés sur internet peuvent induire certains biais mais fournissent des indications intéressantes. L'organisme souligne dans un premier temps le manque de dispositifs sociaux et sanitaires dédiés spécifiquement à la question du deuil, contrairement à d'autres problématiques de grande envergure, telles que le suicide. Il rappelle la démarche engagée par près de huit-cent associations et des parlementaires pour la faire reconnaître « *grande cause nationale 2013* ». Les enjeux étaient d'en faire un thème de santé publique et d'octroyer un statut spécifique à l'endeuillé, à l'instar de la femme enceinte, lui permettant de bénéficier d'accompagnement social, juridique, économique et psychologique.

Nous relevons deux éléments intéressants dans ce préambule. Le premier concerne le statut social de l'endeuillé. L'effacement progressif des marqueurs traditionnels de la période de deuil, tels que le port de signes ostensibles et la restriction des activités liées aux plaisirs et loisirs, s'est effectué concomitamment à la disparition de la reconnaissance tacite accordée par la communauté (Bacqué, 2000). L'endeuillé était mis provisoirement en marge de la vie sociale mais il recevait certains égards et attentions de son entourage (Clavandier, 2009). Ce statut « de fait » se concluait par une phase d'agrégation ou post-liminaire (Van Gennep, 1981 [1909]) par laquelle l'endeuillé ne devenait plus un facteur de contamination mortifère compromettant la cohésion de son groupe. Cette identification de l'endeuillé et le dispositif symbolique et social qui l'étayait ne se retrouvent donc plus sous cette forme. Comme le postulait Bacqué (2000), le système de soin actuel pourrait se positionner comme substitut de sa communauté.

Ainsi existe-t-il un questionnement autour de la place et de l'identité sociale de l'endeuillé. Les propositions du milieu associatif visaient à constituer par une démarche politique ce qui était jusqu'au XXème siècle un phénomène culturel établi malgré des expressions variables (Hanus, 1994). En dépit de son indéniable intérêt pratique, nous pouvons questionner la capacité d'un système administratif à endosser une fonction d'appareil psychique groupal (Kaës, 1976) comme peut le faire le groupe social qui entoure l'endeuillé en contexte « écologique ». Le deuxième aspect notable réside dans la remise en question implicite de la « naturalité » du processus de deuil. Le positionnement sanitaire et social proposé pour accompagner cet événement de vie lui confère d'emblée un statut de type pathologique, qui relèverait de la « santé publique ». Si ces propositions sont pertinentes à de nombreux égards,

leur éventuelle mise en œuvre nécessiterait de pouvoir discerner ce qui relève du normal et du pathologique afin d'adapter les modalités d'accompagnement et selon quelle temporalité. La question du temps est essentielle lorsque l'on observe les contrastes entre chaque endeuillé et leurs rapports aux temps social, médical, administratif. Des interventions psychosociales prématurées peuvent induire, installer ou majorer des réactions pathologiques à des événements de vie. Plusieurs études montrent que des techniques de débriefing précoce sont susceptibles d'intensifier des réactions pathogènes chez certains sujets (Foa ; Meadows, 1997 ; Rose et al., 2002 ; Van Emmerick et al., 2002). La réitération verbale sans restructuration cognitive peut se limiter à induire des reviviscences traumatiques.

Ce phénomène illustre la nécessité, selon les conditions, de laisser se développer les stratégies d'ajustement et les défenses psychiques de chaque sujet en amont de toute intervention psychologique. Ce processus concerne également les réactions de deuil. Systématiser un dispositif de soutien peut avoir pour effet collatéral d'inhiber la capacité de chaque sujet à intégrer la perte de façon adaptée. Suite aux travaux de Prigerson et son équipe (1999), des comités d'experts avaient proposé des interventions deux mois après le décès en présence de critères de complications du deuil, et ce à des fins éthiques, pour prévenir au mieux les conséquences délétères de ces évolutions pathologiques. Prigerson identifie des prédicteurs plus fiables d'évolution péjorative à partir de 6 mois. Nous retiendrons que la question du temps n'est pas nécessairement un indicateur stable du risque de complication (Prigerson et al., 2002). Le genre, les sujets de sexe féminin, les modalités relationnelles, les parents et les conjoints, sont plus avérés comme déterminants du deuil compliqué. Contrairement aux attendus, on constate une baisse durable des affects dépressifs chez 11 % des endeuillés juste après le décès (Bonnano et al., 2002) sans que cette réaction relève du pathologique. Nous soulignons la nécessité de ne pas limiter la question du mourir à la médecine ni celle du deuil à la psychologie.

L'enquête du CREDOC relève que « *parmi les français adultes, 85% ont vécu au cours de leur vie un décès marquant, 42% se considèrent encore en deuil et 12% depuis moins d'un an* ». Les chiffres concernant la durée des deuils interpellent lorsqu'ils sont comparés à ceux du DSM-V (APA, 2013) qui propose une année ou aux critères de Prigerson (2009) qui se basent sur un délai de six mois après le décès pour commencer à identifier des facteurs de complication. Dans cette enquête, 42% des endeuillés se considèrent encore dans une phase active de deuil au bout de 5 ans et certains estiment qu'il ne se finira jamais. « *31% des deuils non terminés durent*

depuis cinq à vingt ans ; 12% depuis plus de vingt ans ». Cette recherche entérine le fait que le deuil n'est pas un processus dont la durée serait prédictible ni structuré par des phases clairement déterminées. « *Au bout d'un an, seuls 16% des endeuillés déclarent avoir terminé leur deuil. 58% d'entre eux sont affectés pour une durée allant jusqu'à cinq ans* ». A l'issue de ces cinq années, la majorité de la population interrogée considère que leur deuil est achevé.

Des facteurs liés à la qualité du lien affectif corrèlent intensité de l'investissement et niveau de détresse. Le rôle des circonstances du décès est mentionné ainsi que la mise en tension entre affliction de la séparation et fidélité affective. Nous notons également la place accordée à la singularité du processus et aux différences interindividuelles. Plus les sujets s'investissent dans l'accompagnement en fin de vie et au cours des obsèques, plus ils développent de capacités à intégrer l'absence du proche. Nous trouvons une interrelation entre la qualité de l'accompagnement et la nature du deuil. Ce fait est mentionné comme facteur positif par 35% des personnes interrogées. Une prise en charge soignante de « *très bonne qualité* » ouvre sur un deuil facilité pour 52% des sujets, notamment lorsqu'elle a permis un soulagement de la souffrance physique (42%) et psychologique (52%). Toujours dans le cadre de facteurs facilitant le deuil, la possibilité « d'entourer » le malade (41%), de préserver une communication (39%) et un état de vigilance (41%) sont exprimés comme des éléments déterminants.

La participation aux rites funéraires est essentielle pour 46% des endeuillés, 63 % d'entre eux relatent que cette préparation a eu un impact positif sur le vécu du deuil. « *92% des endeuillés disent avoir participé à la cérémonie des obsèques et 59% de ces derniers indiquent que cela a un impact positif ou très positif sur leur deuil. Et ce dernier chiffre monte à 70% pour ceux qui ont pris une «part active» au déroulement de la cérémonie* ».

Nous reviendrons sur la distinction entre la position « d'endeuillé » et celle de « deuilleur ». La première revêt un caractère plus passif, le deuil se faisant en soi, par l'action du temps tandis que la seconde identifie un rôle actif, notamment au cours de la cérémonie.

Les officiants jouant un rôle important pour les familles sont les professionnels du funéraire (73%) et les représentants du culte, 76 % des cérémonies furent religieuses. Les endeuillés ayant bénéficié de cette dimension spirituelle notent à 61 % un impact positif contre

53 % pour les cérémonies civiles.

En termes de soutien social perçu, 72 % des personnes interrogées identifient en premier lieu la famille, dont le support est reconnu comme « indispensable » dans 55 % des cas. 51 % mentionnent le cercle amical. 35 % des endeuillés disent avoir reçu une aide dans leur milieu professionnel, notamment par les collègues de travail. L'étude souligne le faible taux d'endeuillés ayant eu recours à des intervenants médicaux (33%) ou psychologiques (16%). Les formes d'aides institutionnelles (services publics, hôpitaux) sont considérées comme marginales, évoquées par seulement 8 % des endeuillés répondant à l'enquête. Il en est de même pour les structures professionnelles (mutuelles, assurances) qui ne sont mentionnées que par 10 % des sujets et le secteur associatif qui est intervenu pour 3 % des sujets, chiffre qui questionne leur visibilité dans le domaine. L'étude souligne que le deuil n'est pas un processus individuel mais communautaire, dépendant de la qualité de l'environnement.

Concernant les effets du deuil sur le fonctionnement de chaque sujet, la première année est reconnue comme étant la plus sensible et pouvant impacter la suite du processus. 39 % déclarent des « *effets psychologiques* » tels que l'anhédonie, les angoisses et des pensées suicidaires (12%). La majorité du groupe précise que ces signes ont duré plus de 6 mois. Les difficultés socio-économiques sont reconnues par 30 % des personnes la première année et par 14 % après 5 ans et 20 ans. Les autres manifestations mentionnées sont une asthénie majeure pendant au moins un an voire plus pour 48 % des sujets. 27 % ont été confrontés à des problématiques socio-familiales plus d'une année *post mortem*. Le repli sur soi et l'isolement sont présents pour 27 % des sujets. Le deuil a eu un impact pour 56 % des individus sur leur vie professionnelle.

« *29% des endeuillés ont connu des ébranlements de convictions spirituelles avec de nouvelles significations données à leur vie. 19% de ceux-ci (soit 5,5% des français adultes) ont eu l'impression que le défunt était encore là et qu'un contact s'établissait avec lui par la parole ou la sensation* ». Cet élément relationnel qui témoigne d'un vécu de persistance de la relation après le décès sera régulièrement retrouvé dans les suivis thérapeutiques et occupera un rôle central. Dans le deuil persistant, les sujets ont une perception empirique, sensorielle du défunt.

1.1.b. Données en psychopathologie

A la suite de cette synthèse généraliste sur l'état du deuil en France contemporaine, qui sera notre contexte d'étude, nous pouvons relever des données plus précises sur les évolutions compliquées et pathologiques du deuil dans la population générale. Les statistiques françaises relèvent 587 000 décès en 2016 selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), soit un taux de mortalité de 8.8 individus pour 1000 habitants.

L'incidence du deuil dans la population générale correspond au nombre de nouveaux cas par année soit le nombre de décès, 587 000 en 2016, multiplié par le nombre de personnes affectées. La prévalence correspond à un taux de sujets identifiés à une période donnée, mais fournit un éclairage incomplet, les deuils déclarés pouvant être de durée très variable. Il est complexe d'apprécier l'ampleur du phénomène de complication du deuil à partir du nombre de consultations spécialisées, nécessairement partiel, sans savoir combien de proches sont directement impliqués pour chaque décès et dans quelle mesure la perte peut être suivie ou non d'évolutions pathologiques.

Cette difficulté pour circonscrire le phénomène se retrouve dans les estimations diverses des auteurs de référence qui situent le deuil compliqué sur un gradient allant de 5 % à 20 % de la population des endeuillés. Hanus (1994) procède à ce calcul pour obtenir un chiffre de 5 % de deuils problématiques. En 2011, avec une proposition qui atteint le double de celle de Michel Hanus, Sauteraud atteint 350 000 individus soit 11 % des endeuillés et 0.5 % de la population générale. En 2013, Bourgeois présente un total de 20 % de deuils compliqués qui devraient être inscrits dans le système de soins, soit quatre fois plus que l'estimation initiale. Nous pouvons souligner le fait qu'entre 1994 et 2013, la société française a connu l'émergence et l'extension du domaine numérique et des activités connectées dans la vie quotidienne. Nous reprendrons sur ce sujet des éléments de réflexion sur les modifications du rapport à l'espace et au temps et ses incidences sur la mémoire, le vécu du deuil et les actes de commémoration (Bryon-Portet, 2012). Il est possible qu'en vingt ans, le vécu des endeuillés ait pu se modifier considérablement sous l'influence de ces nouveaux paramètres. L'activité mémorielle et rétrospective s'inscrit dans ces nouveaux supports, caractérisés par l'immédiateté et une faible rémanence temporelle. Ces éléments peuvent renforcer le déclin de l'efficacité symbolique des rites traditionnels et le

sentiment d'isolement d'une génération qui n'identifie plus ses repères historiques et se sent exclue de cette communauté.

Emmanuelle Zech (2006) procède à une revue de littérature sur les données quantitatives concernant les déclinaisons possibles des formes pathologiques de deuil. Elle souligne par ailleurs deux aspects implicites et contestables dans la notion de deuil prolongé : le fait qu'il y ait nécessairement une phase de résolution complète et une rupture de liens avec le défunt. Plusieurs études suggèrent au contraire une persistance de symptômes un an, quatre ans, sept ans voire vingt ans après le décès (Tait & Silver, 1989 ; Wortman & Silver, 1989).

Ces manifestations peuvent être chroniques ou cycliques, par « crises » et s'extraient de l'idée d'une linéarité du processus. Bonnano (2002) relève au cours d'une étude longitudinale sur 4 ans la persistance de symptômes d'allure dépressive chez 11 à 16 % des endeuillés sans retour à l'état psychologique antérieur au décès. Selon une revue de littérature menée par Jacobs (1994) environ 20 % des endeuillés développaient des complications. Prigerson et Jacobs (2001) identifient des troubles de l'adaptation chez 15 à 20 % des endeuillés sur le long terme. Enfin, Bonnano et ses collègues (2005) ont identifié des manifestations symptomatiques jusqu'à 18 mois après le décès chez 34 % des endeuillés, sans pour autant les catégoriser comme relevant du deuil compliqué. Zech (2006) propose un regard sur la persistance de la présence du défunt dans la vie quotidienne des endeuillés. Percevoir le défunt, même plusieurs mois après le décès n'est pas pathognomonique d'un deuil pathologique. Cette présence peut être rassurante et protectrice (Zisook & Schuchter, 1993) ou anxiogène (Normand et al., 1996). Ce phénomène est identifié comme relativement courant dans la littérature et se retrouve habituellement dans la pratique clinique. Elle cite une intéressante étude sur le lien entre le type d'attachement et les réactions individuelles au deuil (Field et al., 1999) qui résonne avec les observations cliniques que nous développerons dans un second temps. Les veuves qui ont un attachement aux possessions du défunt manifestent des réactions plus intenses que celles qui cherchent un réconfort dans le souvenir de la personne décédée. « *Incorporer les vertus du défunt, utiliser le défunt comme un modèle ou se tourner vers le défunt pour avoir un conseil particulier pourraient avoir des effets bénéfiques* » (Zech, 2006). L'auteur conclut qu'il convient d'isoler un ensemble cohérent de symptômes intenses et persistant plus de deux ans pour parler de complication du deuil. Elle pose un regard critique sur les catégories initiales telles que les deuils inhibés et différés dont la présence avérée dans la littérature demeure très marginale.

L'idée d'une résolution du deuil s'exprimerait sur le plan cognitif par donner un sens nouveau aux événements et sur le plan émotionnel par interrompre l'évitement des pensées liées au défunt.

1.2. Rites et deuils : dimensions historiques et religieuses

Le deuil est initialement conçu comme une souffrance physique et morale au moyen-âge, avec comme base latine « *dolus* ». Puis il désigne le « duel » (« *doeil* », 1467) et l'affliction qui résulte de la perte d'un proche. Ce processus est un phénomène qui transcende largement la question de l'intégration individuelle d'une perte, telle que nous pourrions l'aborder dans un registre exclusivement psychologique. Sa construction se fonde sur un ensemble de représentations socioculturelles et historiques qui façonnent les relations entre les morts et les vivants.

La clinique du deuil nous montre la vitalité de ces relations et de la dynamique psychique au-delà de la mort. Il nous semble nécessaire d'aborder ce fond culturel pour éclairer les représentations contemporaines du deuil et leur impact sur ses manifestations actuelles. Nous retrouvons dans le discours des endeuillés une mise en récit de ce que devient le corps, le cadavre, l'Autre quelle que soit la représentation de sa substance spirituelle. Chaque narration trouve ses assises sur des constructions culturelles.

1.2.a- Préhistoire

L'encadrement de la mort par les activités humaines se caractérise par l'érection de sépultures. Cet acte de construction constitue en lui-même une activité rituelle. Les premières sépultures attestées se trouvent à Skuhl et Qafzeh en Israël et datent d'environ 100 000 ans. Cette implication de la main de l'homme dans le traitement des corps se détermine par une disposition anatomique des ossements, l'élaboration d'une structure tombale (pierres, dalle de recouvrement) et des objets accompagnant les corps. Nous trouvons dans ces pratiques la nécessité pour l'humanité de structurer un rapport à la Mort, incarnée ici par les cadavres. Au musée des Eyzies, en Dordogne, est déposé le squelette d'une jeune femme (il existe aujourd'hui des controverses quant à la détermination de son genre) datant de 15 780 ans qui a été retrouvé dans une position évoquant celle du sommeil (Blanchard, 1934). L'affinité entre la mort et le sommeil est une représentation commune.

Ce lien entre mort et sommeil existe chez l'enfant dans la structuration de sa pensée sur la mort, lorsqu'il n'a pas encore acquis les notions d'irrémédiabilité, d'irréversibilité et d'universalité du phénomène : « *elle fait dodo et elle revient* ». Nous la retrouvons également auprès d'adultes présentant des angoisses nocturnes et des troubles du sommeil sur des pathologies somatiques sévères : « *j'ai peur de ne pas me réveiller...* ». Nous verrons dans la mythologie grecque la façon dont ces deux figures, Hypnos et Thanatos, sont étroitement liées et les résonances que cela peut prendre actuellement auprès de patients en fin de vie qui relèvent d'une sédation. Cette mise en scène des corps exprime la tension qui existe entre le fantasme de continuité et le besoin de rupture entre les morts et les vivants. Une posture de dormeur vient « normaliser » l'image de la mort en atténuant son caractère irréversible. Le sommeil est de l'ordre du familier, expérimenté par tous, donc rassurant. Il inscrit le défunt dans cette permanence de l'existence au sein d'une relation spéculaire, d'identification possible. Les principes de momification que l'on retrouve en Égypte et au Pérou peuvent relever d'une dynamique similaire. Il s'agirait de préserver ce qu'il y a de familier dans le vivant et de restreindre ce qu'il y a d'étranger dans le mort.

Au contraire d'une organisation apaisée des corps qui semblent plongés dans un sommeil profond, d'autres groupes humains ont éprouvé le besoin de marquer une scansion nette entre

les défunts et les vivants par une modification radicale de la structure de la dépouille. Les problématiques issues de la transformation du corps en cadavre puis de sa minéralisation sont anciennes. Les vivants se projettent et s'identifient aux morts, surtout lorsqu'ils restent anthropomorphes, dotés d'une structure anatomique similaire. La phase de putréfaction des chairs est traditionnellement redoutée, associée à l'impureté, la pestilence, les maladies, pouvant attirer des animaux prédateurs ou charognards. Le devenir du cadavre implique donc les vivants sur un plan symbolique, ils doivent s'en différencier pour préserver la structure sociale, mais aussi pratique, le mort peut entraîner des périls bactériologiques ou traumatiques.

Ainsi l'archéothanatologie étudie la façon dont les rites funéraires assurent une transformation du cadavre suffisamment significative pour lui conférer un statut qui protégera les vivants. Pour certains groupes, le mort doit relever d'une altérité, il ne peut rester ce « même » qui rapproche chacun de sa finitude. Pour ce faire, le cadavre peut être dessiqué, crématisé, exposé aux intempéries, momifié, ingéré, désarticulé, inhumé puis exhumé pour être à nouveau enterré (Hertz, 1970), annihilé. Les « restes mortels » peuvent être transformés en reliques ou objets décoratifs. Rob et al. (2015) ont mis récemment à jour un procédé peu connu, la « *désincarnation* », qu'ils évoquent dans leur article de la façon suivante : « *cleaning the dead »*, nettoyer ou plutôt purifier les stigmates impurs de la putréfaction. Dans la grotte de Scaloria, dans les Pouilles en Italie, deux excavations superposées ont été mises à jour. Le plafond de celle du bas est couvert de stalactites et pouvait servir de point de récupération d'eau, comme l'atteste la présence de récipients, tandis que celle du haut contenait les restes d'une trentaine de corps disposés intentionnellement. Les os portaient de fines marques indiquant un processus d'extraction des chairs, ligaments, muscles pour obtenir un squelette morcelé et déposé, nettoyé. Les chercheurs postulent un rite de clôture de la phase de deuil, entre disruption et continuité. Les stalactites présentent une surprenante affinité morphologique avec les os. La récupération de l'eau s'en écoulant pouvait servir à bénéficier de propriétés spécifiques, comme relier aux défunts ou assurer une transmission.

1.2.b. Mythologie grecque

Dans la mythologie grecque, Thanatos, divinité associée à la mort est frère jumeau d'Hypnos, dieu du sommeil. Les récits varient mais ils pourraient être tous deux fils de Nyx,

déesse de la nuit et selon certaines sources, d'Erèbe, dieu des ténèbres. D'autres sources les supposent auto-engendrés. De façon très contemporaine, les pratiques palliatives liées à la sédation profonde et continue en fin de vie illustrent ce lien entre la mort et le repos libérateur issu du sommeil. La conception de la « bonne mort » contemporaine étant souvent associée, dans les éléments de discours recueillis, à un sommeil dont on ne se réveille pas. Nous relevons le contraste saisissant entre cette conception occidentale actuelle et celle que prônaient les Grecs, une mort héroïque sur le champ de bataille ou la mythologie nordique qui imposait de mourir les armes à la main pour gagner le Valhalla. La tradition bouddhique invite autant que possible à quitter cette existence en conscience pour permettre un cheminement spirituel. Autres personnages qui tissent le destin des hommes de la naissance à la mort, les « *Moires* » grecques plus connues sous leur appellation romaine les « *Parques* », trois sœurs, Clotho, Lachesis et Atropos. Clotho (filer, naissance) filait les événements de l'existence, Lachesis (sort, destinée) enroulait les fils et tirait le sort de chaque individu, et Atropos (inévitable, mort) coupait le fil de la vie. L'imagerie féminine est associée à ce qui engendre, déroule, puis reprend la vie. Elles représentent également une part d'inéluctable omniprésente dans la cosmogonie grecque, le Destin qui s'impose même aux Dieux.

Nous rencontrons dans ces mêmes récits mythologiques le combat mené par Antigone, fille d'Œdipe, contre l'ordre établi afin d'offrir une sépulture à son frère, Polynice, mort sur le champ de bataille et considéré comme traître par son oncle Créon. Ces devoirs funéraires sont de l'ordre du sacré. En enfreignant la loi des hommes au profit de celle des dieux, elle sera condamnée à être emmurée dans le tombeau de sa famille, dans lequel elle se pendra. Toute la dramaturgie se construit sur ce lien entre les morts et les vivants ainsi que sur le passage d'Antigone d'une zone à l'autre, finissant sa propre existence dans la tombe de ses ancêtres. La damnation du défunt passait par l'outrage fait au cadavre, mutilé, privé de sépulture, tel que le fût Hector vaincu par Achille lors des guerres troyennes.

Les rites se fondent sur les mythes. Les pratiques funéraires sont des facteurs de cohésion sociale, d'organisation, de construction de sens face à l'indicible de la mort. Leur puissance symbolique plonge ses racines dans ces représentations de la « bonne mort », qui peut être héroïque mais dont le traitement des corps doit suivre un processus déterminé pour garantir le cheminement de l'âme à travers les enfers. En Grèce Antique, la toilette funéraire, aujourd'hui encore une forme de rituel soignant en institution, en constitue le préalable : la tête

surélevée, les pieds orientés vers le seuil de sa maison, une pièce placée dans la bouche destinée à payer le passeur du Styx, Charon, pour accéder aux enfers (Damet, 2007). Les deuilleurs, sous la forme de pleureuses, étaient des représentants de la société dans l'expression de la tristesse de la séparation. Une fois la préparation des corps accomplie, les officiants procédaient à l'inhumation ou la crémation.

« *Dans le monde grec ancien, le devoir de sépulture est lié au culte des morts. C'est ce culte qui assure au défunt une survie, non pas d'abord dans un au-delà de confort individuel mais au tréfonds de la mémoire collective, dans le souvenir entretenu (ou enfoui) au sein de la communauté qui seule survit. […] Dans cette culture de la louange et du blâme la privation de sépulture équivaut à une condamnation, un manquement à la mémoire et à l'intégrité du mort, à la seule survie qui lui soit assurée, celle de la pérennité de son image dans la mémoire sociale. Le tombeau est un signal, marqué par une stèle. Un signe renvoyant à un signifié. Négliger ce signe, c'est tuer une seconde fois le mort* » (Borgeaud, 2005). Borgeaud décrit le caractère essentiel du culte des morts qui inscrit le défunt dans la mémoire collective par la sépulture. Cela renvoie à ce qui était appelé autrefois « la pompe », l'apparat qui entourait les funérailles. Les cérémonies en « grandes pompes » correspondaient au statut social du défunt (Clavandier, 2009, Bacqué 1997). L'absence de signe concret de l'existence et du décès du mort équivaut à sa disparition totale, une errance dans les limbes. Nous retrouverons cette croyance dans les éléments discursifs que nous avons analysés.

Ainsi, « le devoir de mémoire[1] » assure la pérennité du groupe social qui ancre son identité dans le culte des ancêtres. Il est question de filiation et de transmission. Les honneurs et la sépulture permettent au défunt de suivre un cheminement et d'échapper à l'oubli. L'angoisse de néantisation individuelle se voit contenue par la structure sociale. Nous identifions régulièrement cet aspect dans le cadre d'une activité clinique consacrée aux « suivis de deuils » avec par exemple un mari disparu dans un accident d'avion ou une fille que l'on suppose enlevée et assassinée. L'absence de corps entrave-t-elle réellement le processus de deuil ? Nous ne disposons que de peu d'éléments probants sur le sujet pour discerner ce qui relève d'une croyance populaire partagée ou d'une expérience psychique identifiée. Mormont

[1] Nous entendons cette expression dans un contexte différent de son acception historique usuelle. Elle se réfère ici à la nécessaire contrainte mémorielle qui inscrit le groupe dans son historicité. L'individu se trouve en tension entre l'obligation du souvenir et la tentation de l'oubli.

(2009) avance que voir le corps dans sa matérialité ne constitue pas un facteur de protection ou un préalable nécessaire à un processus de deuil non pathologique. Il relate diverses expériences qui ont, *a contrario*, installé une dimension traumatique à la vision d'un corps délabré. Peter (2009) souligne que « *les morts ne sont que disparus, pour les proches. Jusqu'au dernier moment, ils espèrent qu'il ou elle n'a pas pris l'avion, s'inventent des scénarios plausibles. D'autant plus qu'on ne peut pas se livrer aux rituels habituels, comme l'enterrement. C'est pour cela qu'on remet des rituels via des cérémonies commémoratives, des voyages sur place, des monuments* ». Différents éléments s'intriquent pour constituer un facteur de risque dans le développement d'un deuil compliqué. La disparition d'un corps est majoritairement associée à un décès soudain qui peut, selon la théorie de l'attachement (Bowlby, 1969/1978 ; Parkes & Weiss, 1989), créer un sentiment d'insécurité sévère chez l'endeuillé par la perte d'une figure investie. Les théories de la réponse au stress (Lazarus & Folkman, 1984 ; Horowitz, 2014) postulent également qu'un ajustement soudain serait plus coûteux sur les plans cognitifs et émotionnels qu'une réaction répartie sur une longue période. Si la vision du corps ne semble pas constituer un prérequis unanime, les rites qui entourent le décès occupent une place globalement reconnue.

Nous résumons ici très sommairement le schéma d'organisation des rites funéraires selon les principales religions représentées en France. La codification des actes et les prescriptions à la communauté délivrent d'importantes informations sur le rapport de cette dernière aux morts et aux endeuillés.

1.2.c.Bouddhisme

Les origines de ce courant spirituel se démarquaient des approches religieuses polythéistes Grecques et Hindoues. Chacun possède la nature du Bouddha en lui et peut y accéder notamment par des pratiques méditatives, ce chemin conduisant à l'Eveil. Avec le temps, le Bouddhisme a pris un caractère plus religieux, avec un culte de reliques et fétiches. Il ne s'agit pas d'un monothéisme et les pratiques sont diverses. Il existe une disparité selon l'origine géographique des pratiques. Très schématiquement, il existe deux grands courants, artificiellement divisés mais attachés à une base commune, l'« *Hînayâna* » et le « *Mahâyâna* » qui suivent les préceptes bouddhiques avec toutefois des différences de conceptions sur les

moyens pour se libérer du « *Samsara* » et atteindre l'Eveil. L'Asie du Sud-Est regroupe davantage les pratiques « *Hînayâna* » et le Tibet celles du « *Mahâyâna* », dont le bouddhisme japonais qui a développé la pratique Zen, avec une forme de méditation assez dépouillée.

De fait, les cérémonies sont diverses. Le corps peut être placé sur le côté droit, la main droite au niveau du menton, la main gauche sur la cuisse gauche. Ce qui correspondrait à la position de Siddhartha Gautama, Bouddha, au moment de son décès et dont nous trouvons de nombreuses représentations en Asie. Il est possible de lire le Livre des Morts Tibétains auprès du défunt pour l'accompagner dans son cheminement. Les actes de conservation sont évités. Crémation ou inhumation sont acceptées. L'entourage peut effectuer des offrandes au bonze et à la famille.

1.2.d. Les monothéismes

Les monothéismes prescrivent des rites, des règles, des interdits et des comportements individuels et collectifs. Chaque religion à dieu unique propose un ensemble de conduites pour les vivants et de représentations pour les morts. La construction d'univers imagés est une constante, « l'âme » étant constituée comme une entité, souvent anthropomorphe, survivant au corps dont la destinée peut dépendre des actions commises au cours de la vie terrestre mais aussi de la qualité de l'accompagnement des proches au cours des rites funéraires (Association Française d'Information Funéraire, 2016).

Nous pouvons observer un phénomène qui se retrouve également dans les croyances religieuses et profanes. Les représentations d'un « au-delà » ne sont jamais totalement en mesure de se désincarner. Le sujet qui se projette se pense mort à travers une perspective de vivant. Il se perçoit ainsi pourvu du même équipement physiologique, sensoriel et neurologique qu'au cours de son existence. Par exemple, une fois décédé, il « voit » et « ressent », impliquant une âme qui serait dotée de globes oculaires, de nerfs optiques et de structures cérébrales dédiées au traitement de l'information visuelle ou encore de nocicepteurs pour ceux qui sont destinés aux souffrances infernales. Cette perception se retrouve également dans les croyances profanes et parascientifiques sur les expériences spirites *post mortem*. Cet élément abonde dans

le sens de ce que Freud postulait sur la cécité des vivants concernant leur finitude.

« *Notre propre mort ne nous est pas représentable et aussi souvent que nous tentons de nous la représenter nous pouvons remarquer qu'en réalité nous continuons à être là en tant que spectateur. C'est pourquoi dans l'école psychanalytique on a pu oser cette déclaration : personne, au fond, ne croit à sa propre mort ou, ce qui revient au même : dans l'inconscient, chacun de nous est persuadé de son immortalité* » (Freud, 1915).

Les croyances des individus modèlent leurs représentations des expériences attendues. Nous utiliserons ce phénomène au cours de l'approche hypnotique.

a- Chrétienté

Les rites catholiques ne préconisent pas de « toilette rituelle ». Les soins de thanatopraxie sont acceptés. La veillée funéraire peut être demandée au domicile du défunt. Cette pratique est privilégiée en milieu rural bien que demeurant désormais marginale. Il existe peu de contraintes quant au choix du cercueil et la famille procède au choix des textes, chants, prières et musiques. La cérémonie se prépare avec le prêtre, qui peut bénir le défunt lors de sa descente au caveau, mais les représentants du culte ne se déplacent que très ponctuellement dans les cimetières. La religion catholique marque une préférence pour l'ensevelissement par rapport à la crémation. Cette dernière est cependant tolérée depuis 1963. Elle connaît une expansion progressive passant de 0.32% du total des décès en 1970 (1755 crémations pour 551.304 décès) à 34.54% en 2014 (191.725 crémations pour 519.293 décès), soit un taux plus de cent fois supérieur en 44 ans (Association Nationale Crématiste, 2015). La crémation connaît les faveurs grandissantes d'un public qui s'inscrit dans une perspective hygiéniste, refusant l'idée de putréfaction et privilégiant un gain de place avec parfois une dimension écologique. Des cercueils en carton sont maintenant proposés. Nous développerons les enjeux psychologiques qui peuvent sous-tendre ces choix. Le service religieux n'est pas toujours assuré devant une urne, avec une variabilité selon les prêtres et leur conception du « *corps absent* ». L'usage préconise à l'entourage une présence à la cérémonie, l'envoi de cartes et de fleurs.

La confession protestante n'inclut pas de toilette rituelle et accepte les soins de thanatopraxie. Il n'y a pas de veillée funéraire. Le corps repose sur le dos, mains jointes sur la poitrine. Une cérémonie se tient au temple, avec ou sans la présence du corps. La famille choisit les chants et lectures. La crémation est autorisée depuis 1898. Le pasteur peut accompagner la famille au crématorium ou au cimetière et la tradition invite les proches à jeter une poignée de terre sur le cercueil après inhumation. Les conduites de l'entourage sont globalement similaires à celles des catholiques.

Les orthodoxes conservent des bougies allumées. Ils procèdent à la toilette et l'habillage du défunt. Entre ses mains croisées se tient une icône christique ou une croix. Les soins thanatopraxiques sont tolérés. Il est possible d'installer le corps en direction de l'Orient qui serait le lieu de la résurrection du Christ. Le processus rituel se tient à l'intérieur de l'église. La notion de résurrection est forte dans le catholicisme. Elle constitue un événement rare et intense. Seuls Elie, dans l'ancien testament, et Jésus Christ, dans le nouveau testament, ont pu procéder à des résurrections. Les plus connues sont celles de Jésus lui-même, puis de Lazare, cité dans l'évangile selon Saint Jean.

b- Islam

Ici la toilette purificatrice occupe une place prépondérante. Notons que les ablutions sont rituelles pour les vivants, avant le contact avec des objets, lieux et actions sacrés. La tête est dirigée vers la Mecque, puis le corps est lavé à plusieurs reprises, essuyé et enveloppé d'un linceul blanc. Les bras peuvent être le long du corps, paumes vers le haut ou croisées sur la poitrine. Il y a une récitation de sourates du Coran au cours de la veillée. Le délai d'inhumation est de 48 heures, le corps est mis en bière sur le côté pour faire face à la Mecque s'il est déposé dans un carré musulman. L'entourage n'est pas tenu à l'envoi de fleurs. La cérémonie et le passage du défunt à la mosquée ne sont pas obligatoires. Généralement, les hommes assistent à l'inhumation du cercueil en pleine terre et en jettent des poignées tandis que les femmes et enfants s'éloignent. L'Imam procède à la prière funéraire. Les condoléances à la famille sont adressées les trois premiers jours, accompagnées de prières. Habituellement, le soutien

communautaire est important et aide à la préparation de repas. Les troisième et quatrième jours sont consacrés à la prière. La thanatopraxie n'est autorisée que si la famille procède à un rapatriement du corps dans certains pays. Le processus crématoire est proscrit. L'homme passe ainsi, selon une expression populaire arabe, « *du berceau à la tombe* ».

c- Judaïsme

« *Un membre de la Hevra Kadicha (confrérie du dernier devoir) exécute la Tahara (toilette purificatrice), organise les prières et conseille les familles sur leurs obligations et leurs devoirs* » (AFIF, 2016).

Les temps de la toilette sont accompagnés de la récitation de psaumes. Un linceul blanc enveloppe le corps. Il y a proscription des soins de conservation, en dehors d'un rapatriement en terre d'Israël. La veillée est un temps de récitation de prières avec la famille. La mise en bière s'effectue dans les 24 premières heures suivant le décès. La tradition postule que l'âme se trouve dans un état de grande souffrance tant que le défunt n'a pas été inhumé. Le rapport à la terre-mère est essentiel. La tête du défunt repose sur un petit sac contenant cette terre d'Israël, qui sera également répandue sur le corps du défunt. La communauté attend le convoi devant le cimetière. L'envoi de fleurs ne fait pas partie des prescriptions. Le Rabbin effectue l'oraison et la prière devant le cercueil. Chaque participant jette trois pelletées de terre. Les endeuillés se lavent les mains sans les essuyer et déchirent symboliquement un vêtement avant de quitter le cimetière, comme le fit le fils d'Elie lorsque qu' « un char de feu » emporta son père. Les Sept premiers jours sont consacrés aux visites des proches et marqués par des rituels négatifs d'interdiction. Le deuil est levé après 30 jours. Une prière destinée au mort est récitée et une bougie allumée à la même date, chaque année. Notons que les soins de conservation sont interdits, le transport du corps en Israël se fait sous 48 heures avec de la glace carbonique. La pratique crématoire est interdite, le fait d'y recourir exclut la présence du Rabbin et la purification rituelle.

1.2.e. L'invention de « La Mort »

Ce terme, emprunté à Hubert Aquin (1991), sert à désigner ici le processus d'anthropomorphisation de la « Mort ». La réification est un procédé classique en hypnothérapie qui consiste à transposer une abstraction sur un objet concret. L'indicible devient accessible par cette mise en forme, il revêt alors une apparence familière qui peut être mise en relation avec d'autres contenus imaginaires. Par ailleurs lorsque les humains sont confrontés à ce qui ne peut se dire, ils élaborent un ensemble de stratégies verbales codifiées qui viennent occuper cet espace vacant. Pour la question de la mort, cela se traduit par des prières, liturgies, poèmes, rites, narration. Il est aussi possible de construire la forme d'une représentation par des productions telles que des peintures ou sculptures. La mort est un facteur de désorganisation sociale, elle suit un principe d'entropie, de l'ordre au chaos. Sur le plan pratique, elle supprime un membre de la communauté qui avait un rôle à jouer et dont l'absence va se répercuter sur le groupe. Sur le plan existentiel, elle interpelle chacun sur sa propre finitude et le sens attribué à sa vie.

Réifier permet d'identifier et de circonscrire l'origine de la peur. Une des premières représentations anthropomorphes de la Mort date du Moyen Âge, il s'agit de « *La Mort Noire* », peinte en 1355 en l'église de Saint-André à Lavaudieu. Elle est figurée sous les traits d'une femme qui frappe indistinctement riches et pauvres de ses flèches. Les points d'impact évoquent les zones lésées par les bubons de la peste (Pollefeys, 2017). On la retrouve au XVème siècle dans une œuvre telle que « *La mort et l'avare* » (Bosh, 1490) inspirée de l'« *Ars Moriendi* », un recueil de prières consacré à l'art de mourir, qui met en scène anges et démons au chevet des mourants. A la même époque, « *La danse des squelettes* » (Wolgemut, 1493) représente quatre morts à des stades différents de décomposition qui dansent autour d'une tombe en invitant un cinquième à les rejoindre.

Cette thématique est toujours d'actualité. Elle franchit un tabou important, celui de la frontière supposée hermétique entre les morts et les vivants. De nombreuses activités rituelles sont structurées autour d'une fonction de maintien de ce cloisonnement. La transgression de l'interdit est généralement anxiogène, elle se manifeste par exemple dans le culte vaudou haïtien par la création de zombis, réveillés d'entre les morts par l'officiant pour être réduits en

servitude. Les personnages « morts-vivants » connaissent une popularité croissante dans la cinématographie contemporaine. Ils endossent une fonction exutoire, cathartique en étant des non-sujets se déplaçant en masse anonyme dans un monde occidental qui valorise l'individualisme. Les premiers récits sur le sujet étaient également critiques en situant des « morts-vivants » dans des temples modernes de consommation. Ils représentaient des usagers sans conscience qui erraient au milieu de l'abondance de biens inutilisables. Le personnage du zombi est l'anti-symbole car exclusivement organique, il est chair putréfiée en mouvement, mort incarnée, non-sujet. Sa vaine déambulation est une rupture de sens et sa thanatomorphose qui s'expose aux vivants, un outrage. Ainsi l'œuvre de Wolgemut trace cinq siècles auparavant les contours d'un mythe transgressif sur les liens entre morts et vivants. Sa peinture illustre la porosité de cette frontière entre deux mondes. Les morts imitent grossièrement les activités caractéristiques des vivants telles que la danse et la musique, dans une parodie de la vie qui en critiquerait l'inanité.

Plusieurs œuvres poursuivent cette incarnation comme « *Les trois âges de la mort* » (Baldung, 1510) qui représentent un cycle continu d'existence et de reproduction, de la jeunesse jusqu'au décès. « *La mort faucheuse aux yeux bandés* » (Inconnu, XVIIème siècle) est représentée dans un corps sain et vigoureux, au genre indéterminé, qui fauche aveuglément les existences. Cette représentation dote la Mort de deux attributs qui seront régulièrement utilisés, la faux dans une métaphore agricole et l'arc par une analogie guerrière. Elle était implacable mais vécue comme juste, car affectant riches comme pauvres, nobles et paysans. Nous pouvons relever à ce propos une similitude avec l'image de la « Justice », qui porte un bandeau sur ses yeux. Quand la mort atteint un proche, il est fréquent que les endeuillés soulignent combien la situation est « *injuste* », créant une rupture de sens sur ce qui devrait être un ordre logique du cours de l'existence. Nous citerons deux dernières œuvres qui introduisent une perspective différente sur le rôle que la mort peut occuper. Dans « *La Mort comme amie* » (Rethel, 1851), elle accomplit le dernier office du sonneur de cloche qui vient de trépasser, donnant une image de la « bonne mort », apaisée. A travers « *Le meilleur médecin* » (Kubin, XIXème), c'est une mort féminine, épaules nues dans une robe noire, aux membres démesurément longs, qui vient « délivrer » l'agonisant sur son lit. La mort peut être « douce » ou « souhaitable » selon les circonstances. La Mort incarnée comme femme symbolise également un cycle d'existence, de la matrice qui porte la vie puis la reprend comme nous l'avons vu pour les trois sœurs, les Moires de la mythologie Grecque.

1.3. Perspectives sociologiques et anthropologiques

La sociologie et l'anthropologie approchent les dispositifs collectifs relatifs au mourir et à la mort. Cette perspective dépasse la question des rites et des mythes qui les fondent. Elle englobe le rapport social aux mourants et aux morts, les soins qui leur sont prodigués, les données législatives, les coutumes, les traditions locales et nationales, les croyances, le traitement des corps, les prescriptions et interdits. Il s'agit, comme Le formulait Baudry (1999), de déterminer *« la place des morts* » dans un environnement social donné.

Nous nous intéressons à ce que nous appellerons « le mode de pensée occidental » et sa relation aux morts. Cet ensemble d'*habitus,* de modalités de raisonnement et de représentations sur les liens entre l'individu, la société et les normes dépasse aujourd'hui largement la zone géographiquement dédiée à l'occident. Il est question de modes de vie qui se mondialisent, modifiant des croyances et rituels locaux (Kakar, 1997).

1.3.a. Les rites et la mort jusqu'au XXème siècle

L'accompagnement des morts est une notion faite d'universalité et de particularismes. L'anthropologie met en exergue cette tendance humaine à traiter les morts d'une façon ou d'une autre. Ces procédés concernent les cadavres (crémation, inhumation, embaumement, etc.) et les esprits des morts. L'appropriation collective de cette étape de l'existence humaine impacte notablement le fonctionnement individuel. Une constante émerge de la disparité des pratiques funéraires : « *aider l'âme à quitter le corps de la manière la plus adéquate possible, et surtout ne pas contaminer les vivants* » (Tager, 2004). Généralement, les rites funéraires assurent la pérennité de la cohésion du groupe social après la perte d'un membre. Le travail de délimitation entre la communauté des morts et des vivants rend hommage au défunt et prévient les endeuillés d'un retour du mort parmi eux (Thomas, 1985). Le mort obtient une place et un statut parmi les ancêtres, s'inscrit et perpétue une lignée qu'il pourra inspirer comme figure tutélaire.

En France, la tradition catholique a durablement façonné les prescriptions funéraires (Besanceney, *in* Bacqué, 1997). Cette tradition monothéiste, dont le calendrier se fonde sur nombre de rites païens, s'est liée à des croyances profanes locales qu'elle a su absorber. En Amérique, en Asie et en Afrique, elle s'est faite « *le plus polythéiste des monothéismes* » par la trinité et le culte des saints, affiliant par exemple l'usage du peyotl et celui de l'hostie chez des tribus amérindiennes. Il y existe une dimension stratégique à valoriser certains aspects du culte selon les zones d'implantation.

Clavandier (2009) mentionne qu'homogénéité des pratiques ne signifie pas uniformité et souligne les deux dispositions communautaires régissant les funérailles. Les premiers éléments résident dans la « pompe » et son caractère cérémoniel qui traduisent le statut social du défunt. Le second relève du « *caractère communautaire et public du deuil, et par extension, du souvenir* ». Nous reviendrons sur cette articulation déterminante entre besoin individuel et nécessité collective. L'auteur rappelle la structure des funérailles au XIXème siècle et dans la première moitié du XXème. Le « *grand deuil* » prescrit à la famille de porter des vêtements noirs pendant une à deux années. Le corps est accessible à la communauté dans une chapelle ardente dont l'agencement répond à des critères stricts. Le convoi funéraire gagne l'église en traversant le village et toute la communauté l'accompagne, participant ainsi au deuil de la famille. La « grande pompe » est alors caractérisée par le faste des ornements et des tenues des officiants. La cérémonie funèbre se tient à l'église, richement décorée et assidûment fréquentée. Le concile de Trente (1547-1563) régissait les normes en vigueur du rituel, chants en latin et demandes de miséricorde dans l'attente du « Jugement Dernier ». Le concile de Vatican II (1962-1965) a modifié le sens de ces pratiques en les déroulant dans la langue courante et les orientant davantage vers les endeuillés qu'en direction des défunts (Besanceney, *in* Bacqué, 1997).

Bacqué (2000) souligne l'affaiblissement du « dire » et du « faire » autour du deuil. Le terme englobe toutes les expériences autour de la perte. La mort n'est plus représentée dans les expressions populaires qui proposaient des métaphores pour en parler, donc une construction imaginaire susceptible d'atténuer l'impact traumatique d'un Réel brut. Avec cet appauvrissement sémantique, l'auteur a pu relever son corollaire naturel, le délitement de la puissance symbolique des rites traditionnels.

L'évolution des pratiques funéraires se fait au cours d'un cheminement sociétal. Le XIIème siècle voit apparaître l'individualisation de la tombe et l'épitaphe (Bacqué, 2013), marquant ainsi l'identité et la personnalisation du défunt dans la mort. Il a existé d'importantes ruptures historiques qui ont marqué les relations de la société à ses morts. La première guerre mondiale a imprimé sa marque avec presque 19 millions de morts. Il s'agit de personnes décédées en masse, relativement anonymisées dans le tumulte de la période et dont la mort a questionné la société sur le sens de ces pertes. Ce conflit a donné naissance à de nombreux rites laïcs respectant les contraintes de lieu, de temps, d'assemblée, de légitimité avec un monument aux morts, d'anciens combattants, des noms et des dates, des actes et des paroles. La seconde guerre mondiale a induit un rapport différent à la mort, avec plus de 60 millions de défunts. Le fait génocidaire, extermination de catégories d'une population, a existé avant cette période et avant d'être nommé comme tel. Presque un tiers de la population gauloise a été décimée sous l'empire romain, les Mongols ont exterminé environ vingt millions de chinois au XIIIème siècle, les populations amérindiennes et aborigènes ont été quasiment éradiquées entre le XVIIème et le XIXème siècle, les arméniens par l'empire Ottoman entre 1915 et 1916, les purges soviétiques avant la seconde guerre mondiale, en constituent des illustrations. Néanmoins, le génocide perpétré par le parti national-socialiste au pouvoir en Allemagne au cours de la seconde guerre mondiale peut être considéré comme un acte singulier de rupture dans un siècle supposément civilisé par le « progrès ».

1.3.a. Les rites et la mort à partir du XXème siècle

Ce changement important a émergé au cours du second conflit mondial. Après une première vague de massacres systématiques employant des armes courantes, le processus génocidaire change de dimension en utilisant des moyens industriels. La science médicale a également été mise à contribution dans cette démarche. Les sociétés occidentales du XXème siècle, ère de progrès et de technologie qui pensait en avoir fini avec les affres de la guerre après la « *der des ders* » de 1914-1918, se sont trouvées confrontées à une organisation technocratique de l'extermination. Elle concernait différents segments de la population : juifs, homosexuels, tziganes, handicapés, syphilitiques, que le statut, plus que les actions, désignait comme cibles, indépendamment de toute opposition idéologique. Il existait un saisissant

contraste entre une gestion administrative rigoureuse, désincarnée et la réalité très organique des sévices et massacres perpétrés. Les symboles du progrès, science et industrie, sont alors dévoyés.

Un des aspects les plus prégnants concerne le traitement des corps. L'utilisation massive de fours crématoires s'est accompagnée d'une anonymisation des défunts par une disparition complète des cadavres et une absence de rites funéraires. Ce processus de désaffiliation commençait avant même la mort, par une uniformisation des individus : têtes rasées, uniformes, matricules. Nous pourrions utiliser la conception d'anomie de Durkheim (1897), comme dérèglement des normes sociales, pour l'appliquer à cette série d'événements. Les cérémonies postérieures à la guerre ont d'ailleurs consisté en actes de nomination des victimes. Confrontés à l'effacement du lien de filiation produit par la néantisation des corps, les survivants et descendants ont dû restaurer une identité, se réinscrire dans une lignée. Derrière une volonté politique d'éradication de groupes, il existait une tension pour dissoudre les origines et les descendances de ces communautés et accomplir un acte de déculturation.

Philippe Ariès (1975) explique l'attitude de l'homme devant la mort. Il distinguera la « *mort de Soi* » de la « *mort de Toi* ». Selon lui, vision qui sera contestée à de multiples reprises notamment par Baudry (1999), la société française est passée de la mort apprivoisée du Moyen Âge à la mort ensauvagée à partir du XVIIIème siècle et de l'époque romantique des deuils éplorés. Au cours de cette période « apprivoisée », les vivants et les morts cohabitaient et l'échéance relevait d'une fatalité qu'il fallait accepter et qui signifiait l'accession de l'âme à un autre état. Pour Ariès, il n'y avait pas de dramatisation excessive du phénomène qui suivait certaines étapes. Le malade était informé de la gravité de son état afin de prendre les mesures spirituelles et matérielles nécessaires. Le mourant exprimait son regret de quitter la vie, sa contrition pour les pêchés commis et la demande de pardon afférente, puis, il recommandait à Dieu le salut des vivants, et faisait pénitence pour obtenir l'absolution. Le corps est orienté vers Jérusalem. Cette séquence ritualisée était publique ce qui donnait au processus du mourir une familiarité. Nous soulignons ici que le temps du trépas peut sembler proche aux vivants tandis que la mort elle-même reste étrangère et signe irréductible d'altérité. En rupture avec les pratiques de l'antiquité grecque, morts et vivants coexistent. Les espaces destinés aux morts sont installés au cœur des cités et occupés comme des lieux de vie.

Le XIIème siècle engage la personnalisation de la mort et la modification de son aspect collectif. Chaque individu est comptable de ses actes en vue du jugement dernier. Ariès cite les *artes moriendi* qui représentent le mourant soumis aux dernières tentations entre anges et démons. Ces constructions participent d'une dramatisation et d'une individualisation progressive de la mort. L'antiquité élaborait des sépultures personnalisées avec des inscriptions et des portraits. Cette tradition perdure jusqu'au Vème siècle avant d'être abolie au profit de l'Église qui reçoit les défunts puis réintégrée vers le XIIème siècle. Les XVIIIème et XIXème siècles marquent l'époque des deuils insurmontables. Progressivement, la mort s'est érotisée, passionnée et s'est accompagnée de manifestations bruyantes. Le traitement des « restes mortels » s'est également modifié avec une exigence de respect de ces reliques. Le Breton (1990), développe la façon dont la « modernité » scientifique a construit des objets partiels, tant dans les rapports de l'individu au monde qu'à son propre corps. Le corps humain, sujet, devient objet d'étude, parcellisé. Les rites reliant l'individu à la terre se sont progressivement dénoués au profit de l'instrumentalisation d'un environnement rationalisé en termes fonctionnels. Les tentatives de ritualisation et de symbolisation viendraient pallier ce déficit existentiel. L'humain essaye de réapprendre l'inutile, le non-fonctionnel.

Ariès précise que les XIXème et XXème siècles donnent une inflexion décisive au rapport sociétal à la mort. Les malades ne sont plus informés, « pour leur bien », et la fin de vie se technicise dans une véritable désappropriation populaire de la mort au profit du corps médical. Cela se traduit notamment par le déplacement de cet événement qui se déporte du domicile à l'hôpital pour atteindre 70% des décès en institution au début du XXIème siècle (Gisquet, Aouba, Aubry, Jougla & Rey, 2012). La mort n'est plus familière. On meurt davantage seul, comme si le décès était une chose impudique ou obscène qu'il convenait de dissimuler aux yeux des bien-portants. Ce constat amènera Gorer (1965) à développer la notion de « *tabou de la mort* » qui fondera une pensée psychosociologique sur les rapports entre morts et vivants et qui influencera indubitablement Ariès dans son propos. Gorer avançait que les interdits culturels et religieux qui entouraient la nudité et la sexualité avaient cédé la place à une irreprésentabilité de la mort qu'il fallait cacher, une « *pornographie de la mort* ». Plus les corps jeunes, sains et sexualisés deviennent objets de culte et d'ostentation, plus les cadavres sont relégués « au placard », comme le secret honteux que désigne cette formule populaire. Les rites funéraires se voient réduits à leur plus simple expression, la grande pompe n'est plus de mise. Les enfants sont écartés du chagrin familial et du contact avec le mort. Le deuil qui rappelle le cadavre doit

être limité et la peine peu exprimée. Le corps mort devient le produit d'un traitement dont la confusion sémantique entre « incinération » et « crémation » est symptomatique. L'incinération s'applique à la destruction des déchets et la crémation à la pratique funéraire de transformation du cadavre en cendres. Leur dispersion renforce cette perception d'une annulation de l'événement. Ariès constate l'effacement progressif des marqueurs du deuil et de la place des défunts. La mort devient ensauvagée, elle perturbe l'illusion sociétale du bonheur fondée sur la jeunesse et la santé. *« La société refuse de participer à l'émotion de l'endeuillé »*. Les larmes de l'endeuillé sont l'expression des excrétions de la maladie, elles sont exclues. Ces expressions émotionnelles sont considérées comme des « *crises de nerfs* » qui classent le deuil dans le domaine pathologique.

1.3.c. Deuils, rites et mort au XXIème siècle

Ouvrons une parenthèse pour signaler que les morts semblent retrouver une place (Bacqué, 2016), certes différente, mais congruente avec les débats sur la fin de vie et les lois Léonetti (2005) puis Claeys-leonetti (2016) encadrant les pratiques médicales. Les directives anticipées qui proposent aux individus de se représenter le temps du mourir et d'exprimer leurs souhaits et leur refus de certains soins constituent une tentative pour restaurer le sujet comme principal protagoniste de sa mort, l'invitant à ouvrir le dialogue avec ses proches. La mort revient par le législatif mais nous la percevons dans le discours des personnes que nous recevons en soins palliatifs et la façon dont elle habite le langage. Cette thématique reprend place dans le débat public par le particulier, les situations singulières de personnes en souffrance qui donnent à voir leur détresse pour solliciter une modification législative en faveur de l'euthanasie. Le mourir pourrait se contrôler, se prolonger ou se raccourcir pour ne pas se subir. Le fantasme de contrôle trouve une application concrète. Le sujet positionne, sur le modèle anglo-saxon, la notion de « dignité » en lui-même, il serait alors seul à pouvoir en déterminer les limites. En France, la dignité est une notion collective, qui est de l'essence du sujet et non de ses actes ou d'un état temporaire. Le sort d'un individu engagerait la société dans ses conceptions et valeurs, dans une dimension kantienne. L'image joue un rôle prépondérant dans la maladie et la mort, ce qui se montre et ce qui se cache. La monstration des corps souffrant mobilise les réactions émotionnelles comme ce fut le cas dans les situations de Vincent Humbert, Chantal Sébire, Vincent Lambert ou très récemment Anne Bert. Il semblerait que la mort contemporaine, vide de sens, soit inabordable et amène les vivants à restaurer des stratégies de contrôle sur le temps

du trépas.

Il y a également eu un processus d'érotisation de la mort, très éloigné de la période romantique, en la reliant à l'orgasme sexuel par des pratiques paraphiliques. Les supports photographiques et cinématographiques ont fixé et dévoilé des actes sexualisant l'agonisant et le cadavre. Les illustrations les plus prégnantes étant celles des tueurs en série qui conservaient des images de pratiques nécrophiles et cannibales et dont les mobiles justifiant les assassinats relèvent de l'excitation sexuelle et de la jouissance de l'emprise. La légende urbaine des *snuff movies* (Finger, 2001) a participé de cette monstration. De supposés films pornographiques clandestins filmant des tortures et assassinats étaient réputés en circulation depuis les années 1970 bien que les autorités n'aient jamais pu en saisir un exemplaire authentique, ce qui catégorisait ce phénomène parmi les mythes urbains. Des affaires comme celles d'Armin Meiwes (2001) puis de Viktor Sayenko accompagné d'Igor Souprouniouk (2007) ont donné une dimension très réelle à ce qu'il est convenu d'appeler littéralement la pornographie de la mort que développait Gorer.

Conformément aux mœurs de l'époque, il ne s'agit plus d'une dimension symbolique mais incarnée, réelle et promouvant une conception carnassière du corps humain. Pour Gorer, la mort devait se dissimuler. Ici elle est à montrer, donc à voir. Le cas très récent de « Lucas Rocco Magnotta » en 2012 au canada semble avérer ce glissement du registre de la légende à celui de la réalité. Eric Clinton Kirk Newman, de son vrai nom, filme à visage découvert et diffuse largement sur internet l'assassinat qu'il commet sur la personne de Lin Jun avec un schéma réfléchi de promotion d'une vidéo montée et dotée d'un fond musical. La représentation de troubles narcissiques articulés autour de pulsions scopiques, de sadomasochisme, de voyeurisme, d'autoérotisme, de désubjectivation de l'autre, de mythomanie, de psychopathie et finalement d'une recherche d'existence sociale et de célébrité donne un « sombre éclairage » sur les évolutions récentes du rapport au corps et au cadavre. Ce mouvement se trouve socialement cautionné par les groupes de soutien qui glorifient les actes incriminés. Il existe donc bien un retour des morts, par l'approche législative et médicale, par les productions cinématographiques et le « *dark net* ». Dans les deux derniers cas, les morts sont désymbolisés, déritualisés, désocialisés et limités à leurs caractères charnel et viscéral. La nouvelle pornographie de la mort est peut-être de cet ordre. Analyser le rapport sociétal au corps et au cadavre par cette dimension peut fournir des données très contemporaines basées sur les médias

actuels qui débordent du cadre de la sinistre anecdote par le pouvoir fascinateur qu'ils exercent. Nous pourrions modérer le caractère nouveau de ces événements par le rappel des représentations très détaillées des martyrs chrétiens sur les œuvres du XVIème au XVIIIème siècle.

Vivre le deuil en France au début du XXIème siècle questionne le rapport de l'individu, mais aussi de la collectivité, à la mort et à « ses » morts. La conception sociale du deuil influe sur la façon de se penser vivant. Les réactions au deuil s'inscrivent dans un contexte culturel, historique et sociologique particulier. La dimension spatio-temporelle caractérisant un individu dans son environnement se trouve profondément modifiée, impactant ainsi le travail de mémoire (Bryon-Portet, 2012). Différents facteurs y concourent tels que l'usage d'internet et des téléphones « intelligents », l'immédiateté, la « compression du temps », le moindre ajustement aux saisons grâce à des palliatifs technologiques, le développement des transports aériens et routiers, la dématérialisation des services. Le corps humain et le fonctionnement social sont sujets à mutations comme en attestent les questionnements autour du transhumanisme, de la médecine régénérative et de l'emploi de cellules souches, de la bioéthique, les processus d'enfantement assistés, l'individualisme, la « privatisation du deuil », les mutations de rites sociaux fédérateurs. Les processus de deuil connaissent également ces transformations psychosociologiques.

En France, l'Église catholique centralisait massivement le rapport des vivants aux morts. Elle rythmait la vie des sujets de la naissance à la fin de vie par un ensemble de rites encadrant les différentes étapes de l'existence par des actions collectives et symboliques. Les baptêmes à la naissance, les communions solennelles et confirmations chez les enfants et préadolescents, les mariages chez les jeunes adultes, les messes, confessions et communions tout au long de la vie, les extrêmes onctions chez les mourants, les funérailles et enterrements pour le défunt, les comportements prescrits pour les endeuillés. Chaque segment temporel ancré dans une réalité était associé à un marqueur symbolique inscrivant cette étape dans une reconnaissance par la communauté. Le registre symbolique est décrit par Laplanche et Pontalis (2007) comme « *la relation qui unit le contenu manifeste d'un comportement, d'une pensée, d'une parole, à leur sens latent* ».

L'anthropologue Arnold Van Gennep (1981 [1909]) utilise la notion de « rite de passage » pour désigner les cérémonies marquant les transitions entre différentes étapes de l'existence (naissance, puberté, mariage, mort). Il mentionne trois phases distinctes. La première est la séparation ou phase préliminaire de différenciation du statut antérieur. La seconde est une période dite liminaire ou de marginalité souvent associée à une suspension des contacts sociaux ordinaires. La dernière, post-liminaire ou d'agrégation, voit la réadmission de l'individu au sein de la société avec un nouveau statut. Ces phases correspondent par exemple à l'expérience du service militaire obligatoire en France avant son abrogation. Les rites funéraires participaient ainsi de la délimitation entre communauté des morts et des vivants. Selon Bacqué et Hanus (2000), ils avaient pour fonction de limiter « *la culpabilité, mais aussi la durée du deuil* ». Cependant, un courant historique a progressivement altéré leur portée symbolique. La déchristianisation révolutionnaire formulée par Mirabeau en 1793 trouve ses prolongements dans la loi de 1905 sur la laïcité. Elle sera appuyée par les « hussards noirs de la république » qui garantissent une instruction publique, laïque et républicaine (Issautier, 2006). Les institutions et les mentalités se voient influencées par de nouvelles croyances autour des valeurs de la république et de la science. Les croyants ne s'inscrivent alors plus dans l'illusion d'un corps social global mais dans des communautés de chrétiens, ce qui peut provoquer une dilution de l'efficacité rituelle. Elle n'a plus ce pouvoir de liant collectif, comme le postule une des étymologies du mot « religion », « *religare* », ce qui relie (Saint Augustin, 413). Des rites laïcs et profanes ont alors émergé se substituant aux premiers, tels que le service militaire et le mariage civil.

Comme le développe Rivière (1995), certains rites profanes, hors du sacré, visent à fédérer et canaliser des identités communautaires autour d'activités spécifiques : sport, musique, travail du corps, alimentation. En parallèle, Hanus et Bacqué (1994) relèvent un processus de privatisation de la mort, les funérailles se déroulent « *dans la plus stricte intimité* », soustrayant ainsi cette étape de l'existence à la vie sociale pour la confiner à la vie familiale. Ce questionnement se poursuit sur ce qui relève du collectif et du singulier concernant le débat sur l'euthanasie par exemple, la mort donnée étant présentée comme un acte clivé entre le choix personnel et la responsabilité sociale. Ainsi, la Mort, ce temps, ce processus, cet état, ce symbole, cette banalité pourtant exceptionnelle, connaît dans sa version moderne un glissement vers l'étrange et l'étranger. Son cloisonnement en milieu spécialisé (70% des décès en institution, Gisquet et al., 2012) participe de cette exclusion. Luce des Aulniers (1997) évoque une

désymbolisation de certaines pratiques plus qu'une déritualisation lorsqu'elle mentionne la perte de « *la valence symbolique* » d'une bénédiction purificatrice. Baudrillard (1981) estime que les morts sont exclus de la circulation symbolique du groupe, ils cessent peu à peu d'exister.

Il semble utile de développer un facteur potentiellement délétère que nous avons évoqué : la relation au temps et à la mémoire. Louis-Vincent Thomas (1985) soulignait la difficile compatibilité entre les exigences urbaines de la société post-industrielle et le temps du deuil. « *La ville correspond à un type de civilisation qui ne ménage pas plus de place aux morts que de temps pour s'occuper d'eux* ». Luce des Aulniers (1997) postulait que l'omniprésence du cinématographe dans nos existences participait de cette scénarisation et de cette accélération des rythmes. Elle cite Laupiès (1996) qui aborde notre perception de l'espace et du temps par la représentation et l'intuition que nous en avons, davantage que par des formulations conceptuelles, déductives ou expérientielles. Luce de Aulniers observe la corrélation entre vitesse et jeunesse, accumulation de biens, audace, allégresse, donc bonheur. La mort est un désenchantement qui fixe et suspend la vie. Elle prend une illustration d'une défense obsessionnelle sociétale face à la perte, comme bâtir des musées qui vont fixer la mémoire et retenir par conservation, continuer à faire exister et éluder le manque, la nécessaire mémoire. Le musée, comme le domicile sanctuarisé dans des deuils prolongés, devient ce lieu de non vie, de mémoire pétrifiée. Sa référence à Milan Kundera qui faisait l'éloge de la lenteur (1995) est instructive, l'homme qui essaye de se souvenir ralentit inconsciemment son pas, celui qui veut oublier un incident pénible l'accélère. Il en conclut que « *le degré de lenteur est directement proportionnel à l'intensité de la mémoire ; le degré de la vitesse est directement proportionnel à l'intensité de l'oubli »*. La vitesse, grisante, renvoie l'individu à son fantasme de puissance, de contrôle et de détermination, parfois jusqu'à l'oubli ou la destruction de soi. « *Nous n'avons pas de temps pour le rite, parce que nous n'avons pas le temps de faire place au temps dans lequel nous fait entrer tout rite* » (Des Aulniers, 1997).

Il ne s'agit nullement ici de sombrer dans une forme de passéisme nostalgique qui voudrait promouvoir le fantasme d'un « avant » idéalisé. Nous pouvons souligner que depuis ces écrits, au milieu des années 1990, la numérisation et la connectivité des sociétés ont produit une intensification des phénomènes déjà observés par Des Aulniers seulement 25 ans auparavant. L'avènement des nouvelles technologies de communication constituerait un « *bouleversement de notre système de représentation* » selon Bryon-Portet (2012). Elle postule

que « *cette approche communicationnelle, reposant sur un tout-technologique, modifie la perception que l'homme a de la réalité, et plus précisément des notions d'espace et de temps, conditions de toute expérience* ». Stocker de l'information individuellement ne serait plus nécessaire. La mémoire collective devient un espace connecté avec un flux de données difficile à quantifier. La qualité du travail de mémoire se fait dans la capacité à rechercher de l'information dans un espace virtuel perçu comme sans limites. Négroponte (1995) formule que « *l'ère des ordinateurs rend l'homme moins dépendant des dimensions espace et temps* ». Pour Robert (2000), c'est « *l'unité de temps* [qui] *a changé* », par l'intermédiaire d'une « *quasi-instantanéité* ».

Bryon-Portet (2012) propose ainsi une articulation entre deux modèles de rapport au temps. Le premier est caractérisé par le temps court des internautes, des relations essentiellement interindividuelles, qui répondent à une logique d'immédiateté et de rapidité, par l'utilisation d'interfaces de dialogues en temps réel. L'événement est ici synchronique et soumis à une obsolescence à court terme, il relève d'un registre individuel. Le second relève du temps long de la tradition, les relations transgénérationnelles sont verticalisées et impliquent une mémoire collective. Cette temporalité s'étire en longueur et avec lenteur, la perception de l'événement est diachronique, inscrite dans une pérennité à long terme et dans un registre collectif. Nous percevons les contours d'une problématique qui se dessine autour de la façon dont chaque individu et la société à laquelle il appartient pour engager un processus de deuil dans cet environnement spatio-temporel.

Elle poursuit en expliquant que « *l'espace patrimonial de la tradition se définit, à l'inverse des espaces virtuels aux contours mouvants, comme un espace stable et stabilisateur. En matérialisant et en immortalisant les valeurs du passé — comme nous le rappelle la contemplation des pyramides et des cathédrales ou encore celle des monuments aux morts élevés à la mémoire des combattants des deux guerres mondiales —, il constitue des points de repère pour l'homme* ».

La réduction de l'espace se concrétise par la possibilité de recevoir un bien de n'importe quelle partie du monde dans un délai extrêmement court ou d'effectuer des visites virtuelles de différentes capitales. L'auteur souligne que les sujets immergés dans le flux mouvant des

changements spatiaux, comme transposés d'un endroit à un autre, vivent d'authentiques phénomènes de désorientation. Cette configuration concerne également la perception du temps. De nombreux sujets se révèlent surpris par l'écoulement des heures qui s'est poursuivi hors du cyber environnement.

Debray (2001) propose comme axiome la nécessité de « *communiquer moins et transmettre plus* ». La communication peut occuper l'espace de parole et « tuer le temps », mais ne pas générer de symboles ou de contenus. Le processus de deuil se situerait donc entre mémoire et remémoration. La première, comme celle d'un ordinateur, serait un espace de stockage tandis que la seconde implique un acte collectif de réactualisation, de symbolisation. La mémoire dans cette acception serait extériorisée, objective et rationnelle alors que la remémoration serait intériorisée, orale et affectivée. Le nombre de commémorations collectives officielles en France était de 6 par an entre 1880 et 1999, puis il est passé à 12 annuellement entre 1999 et 2009. Cette augmentation tendrait à mettre à l'honneur davantage de particularismes régionaux ou communautaires au détriment d'une identité collective. Cette inflation commémorative traduirait le désarroi identitaire et une tentative défensive de ralentissement du temps comme le mentionnaient Des Aulniers, Thomas et Baudry.

Pour Balandier (1998), cette accélération du temps est inhérente à la modernité. Il postule que *« la modernité, c'est le mouvement, plus l'incertitude ».* Il utilise plusieurs formulations mettant en exergue la temporalité propre aux nouveaux systèmes de communication lorsqu'il mentionne « *le temps réel des outils informatiques* » qui assurent une « *succession rapide des informations* » dans une « *temporalité immédiate* » du traitement des données, une « *quasi-immédiateté* » et « *la synchronisation d'un très grand nombre d'opérateurs* ». Il compare ce fonctionnement avec le temps de la tradition qui porte des réminiscences de périodes originelles et en fait un récit séquencé par les rites et les mythes.

La « modernité » s'inscrit dans un mouvement qui génère de l'incertitude, elle-même porteuse d'angoisse. Les pratiques rituelles viendraient tenter de conjurer l'angoisse liée à la vitesse de propagation des informations. Cette dernière peut déstabiliser les sujets en provoquant des effets de saturation cognitive et de désorientation temporo-spatiale. Les rites promeuvent un ordre, une organisation séquencée, qui rythme l'existence par sa régularité et sa

prédictibilité. Il est en cela un réducteur d'entropie, limitant la désagrégation. Les rites normalisent, établissent des limites, ponctuent l'avenir de repères stables. Ces cérémonies codifiées et symboliques séquencent le déroulement du temps humain. Elles instaurent des cycles, des dates mais aussi rappellent des référents communs. Nous pourrions mettre en parallèle ce besoin d'ancrage et de matérialisation avec l'actuel courant de dématérialisation des biens et services. Cette dernière n'est que partielle puisqu'il est nécessaire d'avoir un sujet agissant installé devant du matériel, du « *hardware* ». Nous nous trouvons en tension entre un mouvement d'hyperprésence dans les réseaux sociaux, où l'on donne à voir et une dématérialisation du cadavre au temps de la mort. Nous entendons régulièrement dans notre pratique en soins palliatifs un discours comme celui de cet homme de 78 ans : « *oh… moi je veux quelque chose de tout simple… le cercueil le moins cher… pas de fleurs et personne à part ma femme et ma fille… on brûle tout ça et qu'elles me dispersent quelque part… on n'en parle plus* ». Ces propos expriment un souhait d'annihilation, de disparition totale, même de la parole donc de la mémoire, « *on n'en parle plus* ». Il s'agit également de ne pas peser sur les vivants. Les restes mortels sont également chosifiés lorsqu'ils sont qualifiés de « *ça* ». Nous observons le saisissant contraste avec ce que nous appellerions la « névrose d'empreinte » qui mobilise de nombreux sujets pour paraître et apparaître, laisser des traces par n'importe quel moyen, ce qu'ils sont ou font. Ces processus caractérisés par une omniprésence très corporalisée des vivants et une disparition des cadavres interrogent nécessairement sur ce que peut devenir le deuil.

Pour résumer, les transformations contemporaines du rapport au temps et à l'espace semblent constatées par différents observateurs ces vingt dernières années. Collecter les souvenirs en une mémoire globale du défunt implique de pouvoir s'extraire de l'immédiateté et de la répétition. Le temps social actuel diffère de la temporalité psychique du deuil. Ce ressenti de décalage renforce chez les endeuillés un vécu d'isolement, de baisse du soutien social perçu, de culpabilité avec une lutte soutenue contre l'oubli. D'après nos propres collectes de données entre 2015 et 2017 auprès d'une cinquantaine d'endeuillés, nous relevons des déclarations d'érosion du soutien social perçu à partir de deux à trois mois après la date du décès. Rapidement, des injonctions sociales s'imposent aux deuilleurs : « *il faut tourner la page* » ; « *il faut aller de l'avant et refaire ta vie* ». Le traitement séquentiel d'information avec une faible rémanence temporelle s'inscrit comme mode de mémoire, collective et individuelle. Les informations en continu traduisent bien ce phénomène au sein duquel une donnée est exploitée au maximum

jusqu'à saturation, puis connaît une brusque extinction et une disparition totale du paysage médiatique.

Une mémoire centrée sur l'émotion est évanescente. Il en est de même pour le deuil. Alors que la perte d'un membre de la communauté génère des émotions et mobilise les individus, ce soutien s'étiole avec la diminution progressive du ressenti. Or pour l'endeuillé, l'intensité de la perte n'est pas uniquement corrélée à un vécu émotionnel transitoire mais engage un type d'attachement spécifique qui détermine son sentiment de sécurité et de cohérence. De ce fait, le deuil engage son sujet dans un rapport temporel bien plus long que ce que le temps social semble en mesure d'accompagner, renforçant un éprouvé d'isolement et de décalage. Pour certains endeuillés, il existe une forme de pression sociale à « ne pas dire », à ne plus en parler. D'un point de vue psychologique, nous restons attentifs à ce qui ne se dit pas. Une atténuation du manifeste ne signifie pas une disparition du contenu latent. L'apparent « *déni de la mort* » postulé par Gorer dans les années 1960 pouvait dissimuler son omniprésence.

Nous reprendrons des données sociologiques et anthropologiques pour aborder une question indissociable de celle des deuils, la place des rites. Michel Hanus (1994) évoquait que la douleur morale de l'endeuillé pouvait constituer une forme de punition qu'il s'infligeait pour soulager un conflit interne. Nous pourrions parler de dissonance cognitive lorsqu'il est confronté à l'ambivalence vis-à-vis de l'objet perdu. Il peut ressentir une forme de colère et de reproche qui produit de la culpabilité et un retournement de l'agressivité sur lui-même. L'auteur identifiait ainsi une fonction à la détresse.

Nous rejoignons cette notion d'une fonction d'un deuil persistant et en proposons un sens complémentaire. Nous postulons que certains deuils prolongés endossent une fonction d'acte de mémoire et de fidélité à l'égard du défunt. L'endeuillé utilise son corps et son affliction comme un autel dédié à la mémoire du défunt. La manifestation de la souffrance est indispensable car elle témoigne de l'existence et de l'importance du mort auprès d'une communauté trop prompte à l'oublier.

Le deuilleur tente de ralentir, par un deuil interminable, une temporalité sociale accélérée. Pour faire le lien avec une dimension sociologique, l'endeuillé vit cet événement seul,

ce qui le rend « fou » aux yeux de sa communauté, la mort étant impossible à porter en dehors d'un cadre culturel régulateur. Il doit être agrégé par des rites ou exclu par la pathologisation.

1.4. Le deuil : du normal au pathologique

Il est d'usage de considérer un continuum entre les fonctionnements « normaux » et « pathologiques ». Le registre de « normalité » d'un individu se situerait dans une moyenne statistique et correspondrait aux comportements attendus par l'environnement socioculturel au sein duquel il évolue. Cette conception est limitative. Les écarts à la norme peuvent relever du pathologique lorsque des manifestations individuelles traduisent une altération du fonctionnement psychologique, sur les plans cognitifs, émotionnels, comportementaux, perceptifs, et des troubles adaptatifs du sujet à son groupe social. Les paramètres de fréquence, d'intensité, de durée et de perturbation de fonctionnement psychosocial viendront qualifier des symptômes ou des signes cliniques relevant du pathologique. Les relations entre ces deux « états » sont fluctuantes selon les époques, les cultures, les normes, les lois, les évolutions des classifications psychiatriques (Schulz, 2016). L'aspect polymorphe des manifestations du deuil à travers les âges et les cultures a rendu complexe une distinction de pathologies spécifiques à ce phénomène.

Bacqué (2014) rappelle les manifestations considérées comme « normales » du deuil. Elle identifie un état de choc initial lors du décès avec sidération puis manifestations de détresse. Le refus de la perte confronté au désir de maintenir le défunt dans la relation induirait un fonctionnement d'allure dissociative. L'endeuillé se trouve dans un état d'émoussement émotionnel avec inhibition ou au contraire agitation dans la recherche du défunt. Il se trouve confronté à un processus de reconnaissance de la réalité de la mort, accompagné de manifestations de révolte ou de colère, avec une asthénie qui préfigurerait la position dépressive. Le sujet connaît un « *effondrement dépressif* » avec décharges de tensions somatopsychiques par des pleurs itératifs. Bacqué précise que cette dépressivité se distingue de la dépression par son caractère dynamique. L'auteur indique que le « travail de deuil » s'engage avec des ruminations mentales et une culpabilité ainsi que la remémoration de toutes sortes de souvenirs. Ce processus de mémoire va conduire à l'intégration de la perte et à l'intériorisation des qualités et défauts du disparu. Il semble complexe de déterminer une clôture de ce processus, mais sur

le plan comportemental, la capacité de l'endeuillé à rencontrer des éléments de souvenirs, tels que photographies ou musiques, sans connaître un effondrement émotionnel pourrait constituer un bon indicateur. Les dates anniversaires investies par le sujet peuvent réactualiser des contenus émotionnels douloureux. Cette description de la dynamique du « deuil normal » regroupe un ensemble de caractéristiques et réactions communes à la perte d'un proche mais pourra faire l'objet de variations et de nuances comme le montreront les travaux de Zech (2006).

1.4.a. Controverses historiques sur les pathologies du deuil

Le fait de concevoir le deuil comme une pathologie est un sujet de débats anciens qui se perpétuent encore actuellement. Parkes (2001) puis Zech (2006) retracent différentes étapes historiques de cette controverse. Zech souligne par ailleurs le manque de vision intégrative des domaines d'investigation relatifs aux processus de deuil. Elle identifie des recherches portant sur les pertes et ses répercussions, les styles d'attachement, les stresseurs et traumatismes, la phénoménologie, la psychologie du développement et la psychophysiologie du stress. Les premières mentions sur une pathologie du deuil remonteraient au XVIIème siècle avec Robert Burton (1621) qui émet l'hypothèse d'un état mélancolique résultant de la perte d'un proche, tandis qu'en 1657, Herberden envisage l'affliction du deuil comme une cause possible de mortalité. Vogther (1703) identifie une évolution pathologique possible du deuil qui relève de traitements. En 1835, Benjamin Rush catégorise le deuil comme cause de décès possible après avoir effectué des autopsies de corps d'endeuillés et relevé des signes de ruptures des auricules et ventricules, signes d'un « cœur brisé ». Il propose l'administration d'opium comme remède aux souvenirs douloureux. Notons que Philippe Ariès (1985) remettait déjà en question les postulats psychologiques sous-tendant l'approche des deuils, tant au niveau d'une hypothétique phase de résolution que sur une structure par stade ou sur le concept d'intériorisation du défunt.

En 1917 Freud, dans « deuil et mélancolie », décrit des similitudes et des différences entre le deuil normal et la mélancolie par cette tension entre investissement (« *cathexis* ») et désinvestissement (*decathexis*) libinal. Lindemann (1944) effectue une recherche quantitative sur les réactions au deuil aigu et ses évolutions pathologiques, nommées « *deuil morbide* ». Anderson (1949) mène également une étude sur les réactions de deuil sur une population suivie en psychiatrie et identifie un taux élevé de « *deuils chroniques* ». Marris (1958) s'intéresse aux

répercussions du deuil dans la population générale, relevant certaines constantes non psychiatriques telles que les hallucinations du défunt et la perception d'une présence. Parkes et Bowlby (1970) développeront les liens d'attachement et les réactions séquentielles des endeuillés après la perte. Plusieurs études de cette décennie viendront identifier des facteurs de vulnérabilité et des stratégies d'ajustement fonctionnelles ou non (Parkes, Weiss, 1983 ; Maddison, 1967, 1968, 1969) suivies des recherches de Stroebe entre 1980 et 2000.

1.4.b. Mythes cliniques du deuil

Les recherches sont nombreuses et évolutives. Le modèle freudien a apposé son empreinte sur les conceptualisations du deuil pendant la première moitié du XXème siècle. Chaque environnement socioculturel véhicule ses préconisations et ses normes comportementales face au deuil. Il y aurait ainsi une constante réactionnelle humaine, tout individu éprouve un ressenti lors de la perte, mais qui se traduit par un ensemble de manifestations polymorphes selon les époques et les cultures (Bowlby, 1980/1984 ; Stroebe, 1987). Il nous faut relever cinq postulats ou mythes selon Zech (2006) qui déterminent la conception des ajustements au deuil selon les modélisations par stades ou phases. Le premier affirmerait qu'à la suite d'une perte, le sujet passe par une période de détresse intense. Différentes études montrent le caractère non systématique de cette réaction dans le deuil du conjoint avec parfois une amélioration après le décès lorsqu'il fait suite à une pathologie de longue durée. Le deuxième présupposé affirmerait que l'absence d'expression d'une détresse intense serait un indicateur de problème, ce que la littérature ne valide pas. Le troisième considère l'attachement continu au défunt comme relevant du pathologique et qu'une rupture dans le lien d'attachement serait nécessaire, probablement selon le concept de *decathexis* freudienne, ce à quoi nous privilégions la notion de « *recathexis* » de Hagman (2001). Le quatrième implique une notion de récupération, avec un retour possible au fonctionnement antérieur au décès en l'absence duquel on considérerait le deuil comme chronique. Et le dernier postule la nécessité pour les endeuillés de confronter et travailler leurs sentiments.

Ces préconçus sur les deuils normaux et pathologiques infiltrent les conceptions et les pratiques cliniques en fixant des attendus qui ne se révèlent pas toujours pertinents. Les réactions de deuil sont des processus psychosociaux normaux, dont l'expression est socialement

encadrée. Vinciane Despret (2015) conteste la violence des injonctions sociales faites aux endeuillés ainsi que la pathologisation de leurs réactions qui participent de ce mouvement. Lorsque nous observons le panorama sociologique qui entoure les rapports à la mort et aux morts, nous pouvons interroger cette tendance. Quand le corps social ne porte plus l'endeuillé dans une norme rituelle, ne l'inscrit-il pas dans un registre pathologique pour l'exclure, le marginaliser, comme élément dysfonctionnel et contaminant afin de se protéger lui-même ? Faut-il ou peut-on « guérir » du deuil ? Baudry (1999) affirme que « *le deuil pathologique est le fait d'une ritualité défaillante, insignifiante, asociale, déculturalisée* ». Nous rejoignons partiellement sa conception, en tenant compte des récriminations de l'auteur sur le « *psychologisme ambiant* ». Nous préférons adopter un regard psychosociologique. Une étiologie des deuils pathologiques se comprendrait par la complexité et la multifactorialité. Les évolutions sociétales et culturelles, la question des rites, les traits de personnalité et l'organisation psychique de chaque sujet, leurs stratégies d'ajustement face à la perte et la qualité de leur environnement, les types de relation et d'attachement au défunt, le genre, le mode de décès et les conditions de fin de vie constitueraient un ensemble de facteurs susceptibles de déterminer une évolution compliquée du deuil.

1.4.c. Classifications et conceptualisations des pathologies du deuil

Il se pose la question de la spécificité des troubles imputés au deuil. La recherche d'une compréhension entre pathologies du deuil ou deuils pathologiques anime le débat. Il n'existe pas de dichotomie simpliste qui affirmerait que la perte d'un être cher constituerait un événement de vie stressant propice à la décompensation de pathologies psychiatriques préexistantes ou que certains deuils formeraient une entité psychopathologique propre. Jusqu'au DSM-III, le deuil était exclu du registre des troubles psychiatriques. Dans sa quatrième version révisée, il est inclus dans les situations pouvant faire l'objet d'un examen clinique. La persistance d'une symptomatologie au-delà de deux mois signale une évolution en épisode dépressif majeur. Dans la CIM-10, il est un trouble de l'adaptation qui survient dans les trois mois suivant le décès. C'est le DSM-V qui lui octroie une place singulière, tout en précisant de nécessaires études de confirmation. Les manifestations doivent perdurer plus de 6 mois après le décès pour un enfant et 12 mois pour un adulte. Les signes cliniquement pertinents sont la tristesse intense, la douleur émotionnelle et les préoccupations en lien avec le décès. Les différents symptômes d'une détresse réactionnelle au décès sont de l'ordre de la difficulté à

accepter le décès, l'engourdissement émotionnel, une remémoration laborieuse d'événements positifs liés au défunt, amertume et colère, des reproches ou autoaccusations en lien avec le décès, l'évitement des rappels de la perte. Concernant ce dernier symptôme, nous retrouvons dans notre recherche une tendance unanime à privilégier la recherche du défunt plutôt que l'évitement des situations de rappel de la perte. Sur le plan des perturbations identitaires, le manuel de psychiatrie américaine relève le désir de rejoindre le défunt en mourant, la difficulté d'accorder sa confiance à autrui depuis le décès, sentiment de solitude et détachement, de vacuité, d'altération de l'identité, perte d'intérêt et de planification de l'avenir. Ces symptômes sont culturellement inadaptés et perturbent le fonctionnement social de l'individu.

La spécificité tient donc à ce que la détresse, les contenus émotionnels et cognitifs, les activités comportementales, tout le registre symptomatique se développe en lien avec le défunt et le décès. Une multiplicité de qualificatifs a accompagné les évolutions pathologiques du deuil : absent (Deutsch, 1937), chronique, reporté, inhibé (Stroebe & Stroebe, 1987), compliqué (Prigerson et al., 1995), prolongé (Lieberman & Jacobs, 1987), morbide (Sireling et al., 1988), mélancolique, maniaque, hystérique, obsessionnel (Bacqué, 1992), traumatique (Prigerson et al., 1999). Cette liste n'est pas exhaustive mais traduit la richesse d'appréhension du phénomène par les chercheurs et ce polymorphisme qui le rend complexe à cerner et traiter. Parkes (1965) a proposé une déclinaison du deuil compliqué sous les formes chronique, inhibé et différé. Il identifiera une vingtaine d'années plus tard les facteurs de vulnérabilité liés aux conditions de décès, aux types de relations et aux modes d'attachement. Ces différentes modalités sont questionnées sur leur pertinence clinique et les présupposés qui les sous-tendent, tels que nous les avons évoqués précédemment en nous référant aux travaux d'Emmanuelle Zech (2006). Le deuil chronique est pondéré par la conception normative du « temps nécessaire » et d'une éventuelle phase de rétablissement qui demeure hypothétique au regard de la littérature et indépendamment des modèles proposant des étapes. Le deuil inhibé ou absent semble reconnu comme extrêmement marginal (Wortmann & Silver, 2001 ; Bonnano, 2004). Il peut être expliqué par un ajustement progressif, une bonne gestion des affects après la mort et donc pas d'expression particulière, ou un cloisonnement de l'expression de la peine à la sphère très privée ou intériorisée. C'est à nouveau Bonanno (1995) qui relève la très faible représentation, voire l'inexistence du deuil différé dans une revue de littérature, comme l'avaient rapporté Wortman et Silver en 1987 et 2001. Ces différentes recherches remettent en question un modèle très installé du deuil compliqué depuis les années 1960.

En termes de diagnostic différentiel, il se démarque du syndrome de stress post-traumatique. Le deuil compliqué se rapporte au défunt et se caractérise selon Middelton (1993) par une attente de la personne décédée avec désespoir, tristesse, nostalgie. L'endeuillé est en recherche du défunt (Raphael, 1997). Il peut éprouver de la tristesse, se sentir anxieux en raison de la séparation et avoir des images intrusives spécifiquement orientées sur le défunt. Associé à un syndrome de stress post-traumatique, nous retrouverons davantage d'images intrusives de la scène de fin de vie, de l'agitation, de l'anxiété, de la peur, de l'hypervigilance et des cauchemars. Les deux syndromes sont donc différenciés bien que partageant certains signes communs.

Le deuil peut se compliquer d'un épisode dépressif majeur tout en étant distinct d'une forme cliniquement « pure ». Les processus cognitifs sont de nature différente ainsi que les thèmes. Une basse estime de soi et l'expression d'une culpabilité non liée au défunt se rattachent davantage à des symptômes dépressifs que des signes de deuil. A nouveau, des thématiques reliant les symptômes au défunt différencieront épisode dépressif et réactions à la perte.

Horowitz et al. (1997) développent une conception du deuil compliqué fondée sur le modèle de la réponse au stress avec des intrusions d'images et pensées, une forme de déni et des difficultés d'adaptation. Prigerson et al. (1995) modélisent le deuil compliqué et le différencient de la réaction dépressive à la perte. Cette dernière inclut des manifestations hypocondriaques et apathiques, des troubles du sommeil, de l'anxiété, une idéation suicidaire, de la culpabilité et un sentiment de solitude. Prigerson (2001) détermine les critères diagnostics. Le sujet a vécu le décès d'une personne significative. Il présente au moins trois des quatre symptômes suivants comme critère A : pensées intrusives, languissement et recherche du défunt, solitude consécutive au décès. En critère B, le sujet doit exprimer au moins quatre de ces huit signes cliniques : manque de but et sentiment de futilité, absence de réponse émotionnelle, difficulté à reconnaître la mort, sentiment de vide ou de perte de sens sur l'existence, impression qu'une partie de soi est morte, bouleversement de la vision du monde, assumer des comportements ou symptômes dangereux du défunt ou liés à la personne décédée, irritabilité, amertume ou colère liée au décès. En critère C, les symptômes doivent durer au moins deux mois. En critère D, ils causent un dysfonctionnement significatif du fonctionnement social, au travail ou dans d'autres domaines importants.

En résumé, pour Prigerson (2001), les signes de deuil compliqué seront orientés sur la recherche et les préoccupations liées au défunt, les pleurs. Suite au décès, les sujets présentent une détresse de séparation, une détresse traumatique, plus de deux mois et qui impacte la vie socioprofessionnelle. Prigerson et son équipe notent les pensées intrusives, le languissement et la recherche du défunt. Ils identifient une entité propre distincte du deuil normal, de l'épisode dépressif majeur, du syndrome de stress post-traumatique et de troubles de l'ajustement. Les symptômes du deuil compliqué sont plus durables que ceux de la dépression et répondent peu aux traitements pharmacologiques. Nous choisissons de nous inscrire dans la conception de Prigerson (2009 ; 2007 ; 2004) et de son équipe sur la détermination d'un Trouble du Deuil Persistant (TDP). Cette nouvelle qualification se démarque de l'épisode dépressif majeur (EDM), du syndrome de stress post-traumatique (SSPT) et du deuil pathologique à connotation de décompensation d'une pathologie psychiatrique préexistante. Ce type de deuil se différencierait déjà d'une normalité du processus et aurait un fort potentiel de pathologisation.

Tableau 1. Critères de Trouble du Deuil Persistant (Prigerson, 2009 ; 2007 ; 2004 cité in K'Delant, 2010)

Critère A. **Le deuil**	**Critère B.** **La détresse de séparation**	**Critère C.** **Symptômes comportementaux, émotionnels et cognitifs**	**Critère D.** **La durée**
Les réactions à la perte	▪ Pensées intrusives relatives au défunt, ▪ Une intense sensation de détresse de séparation, ▪ Une forte détresse nostalgique.	5 des 9 symptômes doivent être présents : 1. confusion dans un des rôles de vie ou diminution dans le sens donné à soi, 2. difficultés à accepter la perte, 3. éviter de penser à la réalité de la perte, 4. une incapacité à faire confiance à d'autres depuis la perte, 5. amertume et colère relatives à la perte, 6. difficulté à changer sa vie, 7. engourdissement, 8. sentiment que la vie n'est pas satisfaisante, vide et sans signification, 9. sentiment d'être abasourdi, hébété et choqué par la perte.	La détresse de séparation est ressentie au-delà de 6 mois avec des atteintes ou des dysfonctionnements dans les domaines sociaux, occupationnels et autres.

Une catégorie psychopathologique propre au deuil se caractérise au fil des études et des évolutions des classifications internationales. Il se détermine en fonction d'une constellation de symptômes. Les manifestations peuvent être bruyantes comme des pleurs ou silencieuses comme un effet d'anesthésie émotionnelle, doivent durer plus de deux ans et se révéler d'une intensité excessive qui nuit au fonctionnement psychosocial du sujet.

1.5. Approches psychodynamiques du deuil

L'approche psychanalytique a été fondatrice dans l'intérêt porté au deuil par la communauté scientifique. Cet événement de vie est devenu un sujet d'étude susceptible d'enseigner sur la structuration des relations objectales précoces et ses implications ultérieures. Elle laissera une empreinte durable sur des conceptions, aujourd'hui remises en questions, qui soulignaient l'importance de l'expression verbale, émotionnelle et du détachement progressif de l'objet. Hagman (2001), Bourgeois (2003) et Zech (2006) tracent les évolutions conceptuelles et les fondements historiques d'une approche psychologique des processus de deuil. Freud développe la question dans un célèbre manuscrit de 1917, « *Deuil et mélancolie* », qui met en perspective les réactions habituelles au deuil et les symptômes de la mélancolie, l'actuelle dépression. Il distingue néanmoins une forme de tâche aveugle dans ce processus.

« *Le deuil est une énigme, un phénomène qu'on ne tire pas au clair et qui ramène à des choses obscures. [...] Nous ne pouvons même pas dire par quels moyens économiques le deuil accomplit sa tâche. Mais peut-être une supposition peut-elle ici nous venir en aide. Sur chacun des souvenirs et des situations d'attente qui montrent que la libido est rattachée à l'objet perdu, la réalité prononce son verdict : l'objet n'existe plus* » (Freud, 1917).

Freud relève les mécanismes pathologiques et conclut une modélisation des processus psychiques réactionnels à la perte d'un proche. Il formule alors les notions d'investissement (*cathexis*) et de désinvestissement (*decathexis*). Le sujet investit libidinalement la relation à l'objet d'amour, dont la perte génère une réaction de détresse. L'expérience de dissonance, pour utiliser un terme plus contemporain, que vit l'endeuillé expliquerait cet état émotionnel. Le Réel

s'appréhende sans la présence du défunt, tandis que le désir y est encore attaché. La vie pulsionnelle mobilise le sujet au maintien de l'attachement tandis que les instances plus secondarisées rappellent le principe de réalité. Cette mise en tension d'un conflit interne génère des affects perturbants. Freud postule que la réaction adéquate consisterait à exprimer ostensiblement des affects et les verbaliser dans une perspective cathartique. Cette décharge libidinale pourrait concourir à fluidifier sa circulation et un réinvestissement objectal ultérieur. L'endeuillé peut ainsi désinvestir l'objet d'amour perdu, par ce mouvement de *decathexis.* Freud parle d'un « *travail de deuil* » qui serait coûteux en énergie. Il est alors question d'un travail systématique de conscientisation progressive des pensées et affects attachés au défunt jusqu'à retrouver une mobilité psychique.

Freud reconnaît une singularité du travail de deuil et précise déjà que certains modes de relations vont favoriser des évolutions dépressives après la perte, comme un attachement excessif, l'ambivalence ou la conflictualité. Selon Freud, le thérapeute doit confronter l'endeuillé au principe de réalité de la perte. L'absence de mise en travail de cette transaction libidinale conduirait au développement de troubles psychiques et somatiques. Cette notion de travail de deuil est toujours utilisée. Son opérationnalisation contemporaine se constitue sur un triptyque : l'expression des émotions, les processus de pensée et de recherche de sens, et les évitements de pensées ou situations évoquant la perte.

Les travaux de Mélanie Klein (1935) proposent une représentation des liens d'attachement basée sur la vie fantasmatique du nourrisson. La nature de ces fonctionnements archaïques éclaire sur leurs actualisations à l'âge adulte. Le bébé suit une évolution de la position dite paranoïde à la position dépressive lors du remaniement de sa relation à l'objet clivé en bon et mauvais sein. Le bon sein satisfait le besoin tandis que le mauvais le frustre et engendre de la colère. L'indisponibilité d'un objet total satisfaisant conduit à son clivage et à cette position paranoïde. Le chaos pulsionnel qui l'habite et son avidité mobilisée par un fantasme de toute puissance s'expriment par une forme d'agressivité et de destructivité à l'égard de l'objet, qui génèrent eux-mêmes de la culpabilité et des tentatives de réparation. Une permanence de l'objet s'intègre progressivement par la réitération d'expériences de continuité de la présence. Le sujet développe ce lien ambivalent à l'objet, entre destructivité à l'égard d'un sein frustrant et réparation du bon objet. La privation se traduit par une position dépressive qu'il tente de surmonter par des défenses maniaques. Ces dernières l'entraînent dans une toute

puissance destructrice qu'une composante obsessionnelle réparatrice vient moduler. La répétition obsessionnelle vise à annuler ce qui a été projeté. Pour elle, le deuil est une réactivation de la perte originaire, le sevrage du sein maternel et le mécanisme introjectif est également un processus déjà connu du sujet qui a constitué son monde interne des objets d'attachement intériorisés.

L'expérience du deuil à l'âge adulte confronte à l'angoisse d'une perte des objets internes, donc à la position dépressive archaïque. Des réactions similaires, qualifiées de maniaco-dépressives peuvent alors se retrouver avec une expression clivée à l'égard de l'objet perdu, entre triomphe et culpabilité. Dans une perspective kleinienne, la façon dont le sujet enfant a pu intérioriser l'objet de façon suffisamment satisfaisante pour dépasser cette position dépressive détermine le déroulement du deuil adulte. Si le processus d'intériorisation objectal a été compromis, le deuil pathologique se traduit par une fixation à la position dépressive. Dans le cas contraire, l'affliction du deuil sera transitoire et trouvera une résolution dans l'intériorisation de l'objet perdu et la reconstruction d'un monde interne.

Abraham (1924) se démarque néanmoins d'une perception uniquement mélancolique du deuil qui se résumerait à ses composantes dépressives, telles que la perte d'intérêt, l'inhibition et la difficulté d'investir de nouvelles relations. Il relève au contraire un rebond libidinal possible de l'endeuillé. Il propose que « *la perte réelle d'un objet est temporairement suivie d'une introjection de la personne aimée* ». L'élément qui nous semble central est le contrepoint qu'il pose aux assertions freudiennes. Là où ce dernier tenait le désinvestissement libidinal pour indispensable, Abraham apporte la perspective d'une nécessaire introjection du lien, donc un remaniement de la relation objectale.

Deutsch (1937) reviendra au postulat freudien de l'ambivalence et de la répression de l'agressivité comme facteurs d'intensification des réactions de deuil. La culpabilité y occupe une place centrale. Son travail contribue à former l'idée répandue qu'une absence d'expression des signes de deuil est pathologique. Il postule que la non-résolution du processus de deuil aboutira à des manifestations pathologiques, quel qu'en soit le médiateur. La reconnaissance d'une ambivalence assumée ferait partie du processus thérapeutique.

Abraham et Torok (1987) proposent le concept de « cryptes au sein du moi » comme espace intrapsychique de relégation de pertes inacceptables (Tisseron, 2006). Il se fonde sur la capacité d'un sujet à introjecter les objets dans le « Moi ». C'est un processus d'identification et d'intégration, qui se différencie du fantasme morbide d'incorporation que Torok décrivait sous le vocable de « cadavre exquis ». Dans le prolongement des travaux de Ferenczi, ils développent par la suite une compréhension basée sur la notion de clivage du Moi. Un clivage rigide au sein duquel se développe une sous-structure pathologique qu'ils nommeront une « crypte ». Il s'agit d'un espace intrapsychique propre au développement des « fantômes ». Le mort reste actif dans le fonctionnement psychique du vivant. Il l'habite au point que les souvenirs de maladie et de mort semblent être les seuls accessibles. La fonction initialement adaptative de ce clivage du Moi se retrouve dans le déroulement des deuils dits « normaux ». Il permet de pouvoir fonctionner en société le temps de cheminer dans le processus de cette perte. En l'absence de capacité de symbolisation et d'introjection de l'objet, nous retrouvons des tentatives d'incorporation du défunt pour déjouer la frustration et la position dépressive liées à la perte. Le corps du survivant prend une fonction symbolique : celle d'un autel érigé à la mémoire du mort. Le concept de « *fantôme* » engage la filiation et le transgénérationnel par le « *secret inavouable d'un autre* ». Il est ce non-dit omniprésent par les gestes, les attitudes, le langage, les images, les jeux qui imprègnent le psychisme de l'enfant et qui se traduira sous forme de troubles psycho-comportementaux. Pascal Hachet (2007) illustre l'impact des « fantômes » sur le fonctionnement psychique des descendants par le développement de conduites addictives aux substances psychoactives.

Fedida (1978) établit un lien entre la dépression comme état et un deuil non reconnu, quel que soit son objet. Il distingue l'état dépressif mortifère de la dépressivité qui serait nécessaire à la vie psychique. La dépression serait l'identification au mort. Il compare le fonctionnement figé de certains endeuillés au tombeau, froid et immobile. L'endeuillé retient et s'identifie au mort, il ne peut aspirer au mouvement que s'il entre en contact avec lui. Il décrit des endeuillés « *devenus le mort qu'ils emprisonnent ou la mort qu'ils enferment* […] *Les patients déprimés ne peuvent guérir que s'ils entrent en contact avec leurs morts* ».

Racamier (1992) repositionne le deuil comme événement fondateur de la vie psychique. Il le qualifie de « *processus maturatif universel* ». Il situe cette expérience dans sa fonction d'individuation, de renoncement à une toute puissance infantile indifférenciée. L'expérience de

perte est constitutive de l'intériorité psychique.

Hagman (2001) fait une synthèse des postulats psychanalytiques freudiens pour relever les évolutions conceptuelles. L'idée d'une *recathexis*, c'est-à-dire d'un remaniement objectal plutôt qu'une *decathexis,* un désinvestissement, se rapproche de nos conceptions. Il n'y aurait pas d'abandon du lien mais une modification, ni de phase dépressive incontournable et le deuil resterait un événement socialisé et culturalisé. Hagman met en exergue le caractère dynamique de cette discipline dans ses modèles de compréhension de la vie psychique.

Martine Lussier (2007) identifie trois dimensions du deuil. Le rapport à la parenté et la filiation, à la temporalité et la finitude, à la perte et ses implications réflexives et rituelles. Elle catégorise le deuil compliqué comme une réaction induite par des facteurs externes, tels que la mort non naturelle (suicide, meurtre, accident), la mort prématurée lors du décès d'un enfant, le cumul de deuils sur un temps court. Le deuil pathologique est un événement de perte qui survient dans le contexte d'une pathologie déjà avérée. En conséquence, le deuil normal survient chez un sujet exempt de troubles psychologiques avérés, dans un contexte non traumatique, selon le cours attendu des générations. Dans sa revue de littérature, elle retrouve un « noyau dur » de quatre éléments dans le deuil normal auxquels elle en ajoute trois autres. Le premier est la phase de déni (Freud) ou d'engourdissement (Bowlby).

Le sujet rencontre l'épreuve de réalité qui inaugure le travail de deuil et qui se trouve actée par les rites funéraires. Le second est le registre des affects (psychanalyse) ou des émotions (psychologie) tels que la douleur et la rage, l'ambivalence que Freud reconnaîtra difficilement contrairement à ses successeurs. Le troisième concerne le lien avec le défunt qu'il est question de rompre ou de transformer afin de le préserver. Le dernier point est la transformation de l'endeuillé après le travail de deuil, sans retour *ad integrum* à l'état antérieur. Elle ajoute la perception de la finitude, la recrudescence de désirs libidinaux et le rôle du *socius*, à travers les rites religieux et culturels.

1.6. Modèles théoriques du deuil : éthologie, attachement, cognitivo-comportemental, réponse au stress, biomédical et culturaliste

1.6.a. Théorie de l'attachement

Plusieurs disciplines ont proposé d'importantes modélisations du processus de deuil. Les théories de l'attachement (Bowlby, 1961) et de réponses au stress (Lazarus & Folkman, 1984) occuperont une place importante parmi ces modèles. Konrad Lorentz (1941) avait rapporté ses observations sur « l'empreinte » qui construit un lien d'attachement rapide et durable indépendamment d'un apprentissage. L'éthologie relate ses observations sur les réactions de primates confrontés à la mort d'un membre du groupe. A la même époque que Bowlby, Parkes étudie les effets du deuil sur la santé des individus concernés. Bowlby (1961) propose de comprendre l'attachement comme un moyen de survie et de cohésion du groupe. Il identifie des réactions de détachement qui seraient phasiques telles que la rage, la recherche du défunt, le désespoir, le renoncement suivi d'une réorganisation progressive. Il développe un processus d'attachement organisé autour de l'anxiété de séparation, de l'agitation, de la recherche soutenue du défunt, de maintien de sa présence par recours à des objets symboliques et mécanismes d'intériorisation.

Ainsi, il éprouve sa capacité à s'attacher, se détacher et investir de nouveaux objets. Pour l'enfant, l'attachement est une nécessité vitale qu'il maintient par certains comportements et qui garantit son sentiment de sécurité. Chaque conduite décrite vise à vérifier le lien ou à le solliciter lorsqu'il semble instable ou absent. Le deuil est une anxiété de séparation. La relation au défunt survit à la mort et l'endeuillé doit apprendre à vivre avec une apparente contradiction. Il doit pouvoir maintenir le lien et simultanément s'en détacher, au moins partiellement. Les stratégies d'ajustement au deuil seraient préférentiellement orientées vers l'émotion en confrontant l'absence pour aboutir à l'acceptation de la perte. En effet, un *coping* centré sur l'événement semble compromis en raison de l'absence définitive du défunt qui exclut *a priori* toute forme de résolution de problème. Cette perspective confrontationnelle prédomine dans les approches thérapeutiques du deuil.

Ses travaux seront poursuivis par Mary Ainsworth (1989) qui déclinera trois types d'attachement précoce issus des résultats obtenus au test de « la situation étrange » : l'attachement sécure, insécure ambivalent et insécure évitant. Mary Main (1994) ajoutera un mode d'attachement désorganisé. Il peut exister des types d'attachement fragmentés lorsque l'enfant module ses réactions selon le comportement maternel (Bowlby, 1979).

Dans l'attachement sécure, les parents sont attentifs aux signaux de l'enfant qu'ils comprennent et répondent à ses besoins. Il reçoit de l'attention et de l'affection. Adulte, il présente une certaine aisance dans les relations sociales et d'interdépendance. L'attachement insécure est issu de réponses inadaptées aux signaux de l'enfant qui mobilise des stratégies d'ajustement de type anxieux ou d'évitement. Plus l'attachement est sécure, plus l'enfant peut intérioriser une présence stable et continue des parents et ainsi explorer le monde sans être submergé par l'angoisse. La modalité insécure ambivalente ou anxieuse se développe sans conflit ni partage affectif. Le besoin parental s'impose à l'enfant, qui se trouve inconfortable dans l'exploration. Une fois adulte, il manifestera une angoisse d'abandon avec des difficultés à situer la juste distance relationnelle et une certaine avidité affective.

Le type évitant se caractérise par une tentative de maîtrise émotionnelle de la part de l'enfant et une réduction des interactions avec le parent. L'attention parentale lui est difficile à obtenir, le rapprochement est complexe à effectuer. Le sujet adulte présentera une apparente indifférence à l'abandon et utilisera des stratégies d'évitement. L'attachement désorganisé montre des incohérences dans les stratégies d'attachement, telles que sidération, confusion, désorientation. En grandissant, ils noueront des relations distanciées aux autres, évitant les situations dans lesquelles il faut accorder sa confiance et dépendre d'autrui (Stroebe, 2005).

Une perspective dimensionnelle est venue compléter cette conception catégorielle. La dimension du « Soi » se décline d'un versant d'autonomie, d'autoévaluation positive à un versant négatif caractérisé par la dépendance, la recherche d'approbation, l'insécurité. La dimension de « l'Autre » est également bipolaire, allant d'une perception d'intimité et de proximité à l'évitement. Parkes (2001) émet l'hypothèse qu'un type d'attachement ambivalent aboutira préférentiellement à un deuil persistant lié aux relations de dépendance et à un comportement de débordement émotionnel. Un mode évitant évoluera en deuil inhibé avec une

absence de manifestations émotionnelles et de recherche de soutien social. Le type désorganisé peut conduire à un trouble dépressif et des conduites de retrait social, avec une incapacité à élaborer la perte. Un attachement sécure préserverait d'une complication du deuil, à l'exclusion de conditions de fin de vie particulières, traumatogènes. Cette dernière catégorie d'attachement bénéficierait d'une plus grande flexibilité émotionnelle, des capacités d'expression, d'accès aux souvenirs ainsi que de recherche de soutien social.

Les études suggèrent donc que le type d'attachement précoce constitue un prédicteur intéressant de la nature du processus de deuil expérimenté par le sujet. Stroebe et Schut (2005) ouvrent la réflexion sur la nature du lien unissant le défunt et l'endeuillé. Il existe une controverse entre des approches favorisant une rupture de lien, la *decathexis* freudienne, et celles observant les bénéfices d'un maintien de la relation intériorisée, une *recathexis* (Hagman, 2001). Nous verrons dans les aspects cliniques que cette stratégie de poursuite d'une relation *post mortem* est amplement utilisée et que son absence peut être mal vécue par les endeuillés. L'approche thérapeutique visera à remanier ce lien dont l'intensité peut être perturbante ou pathogène, tant par ses excès que ses déficits.

Certains primates manifestent des comportements spécifiques après le décès d'un proche, tels que des cris, de la colère. Ces réactions correspondraient aux premières manifestations de l'humain après le décès. Bourgeois (2003) souligne la proximité entre les réactions des bébés singes (Cassidy et al., 1999) et celles des bébés en situation d'hospitalisme identifiées par Spitz (1973). Les réactions immédiates au décès sont une recherche active de la mère, de l'hyperactivité, des signaux de détresse, puis une phase stuporeuse de ralentissement psychomoteur et un repli.

1.6.b. Théories comportementales, cognitives

L'approche comportementale comprend le deuil comme un processus universel et naturel inhibé ou renforcé par des stimuli externes. Ramsay (1979) décrit un schéma de réponses complexes et stéréotypées associées à des signes psychologiques et somatiques. L'humeur dépressive serait issue de la perte de l'objet principal de renforcement (Brasted & Callahan, 1984). L'impuissance apprise (Seligman, 2000 [1975]) est issue d'une répétition d'expériences d'échecs qui mènent à une extinction des comportements d'action. Le deuil engage ce sentiment « *d'inopérance acquise* » (Zech, 2006) par l'incapacité du sujet à modifier la situation en retrouvant le défunt. Les mécanismes du deuil sont associés aux troubles anxieux et thymiques (Mirabel-Sarron & Rivière, 1993). Ramsay (1977) rapproche les conduites anxieuses d'évitement des endeuillés à des comportements phobiques. Le « travail de deuil » est alors un processus de déconditionnement. Les relations interpersonnelles produisent des renforcements positifs qui maintiennent un certain nombre de conduites. Ces dernières vont connaître une extinction progressive avec la disparition de cette source de stimulation. L'endeuillé va expérimenter des pertes affectives et matérielles ainsi que des perturbations identitaires qui vont générer le vécu dépressif. L'exposition à des situations sans l'objet de renforcement va devenir aversive et pousser aux conduites d'évitement. Le conditionnement à la présence de l'autre s'éteint progressivement par exposition à l'absence et extinction du stimulus.

La dimension cognitive rend compte des postulats internes, conscients ou non, du sujet. Cette grille interprétative des événements se fonde sur des schémas de pensée issus d'expériences précoces. Elle guide le sujet dans son fonctionnement quotidien, comme évaluer un événement stressant et les ressources pour y faire face, déterminer et planifier des actions à mettre en œuvre. Les cognitions spontanées d'un individu renseignent sur les mécanismes et thématiques qui régissent son interprétation des situations et sa perception des autres et de lui-même. Des distorsions cognitives caractérisent le fonctionnement dépressif, comme la généralisation, l'inférence arbitraire, l'attribution causale. Elles mènent à l'inhibition comportementale et un vécu émotionnel jugé inconfortable. Dans les troubles anxieux, les phénomènes cognitifs sont d'une nature similaire, avec des thèmes et manifestations comportementales différents. Horowitz (1979) assimile le phénomène de deuil à l'adaptation à un événement stressant. La perte est vécue comme une situation traumatique qui s'imposerait

dans le champ cognitif. Le sujet élabore des stratégies de contrôle basées sur l'évitement des pensées et situations liées à la perte.

Un modèle intégratif d'ajustement au deuil a été conçu par Stroebe et Schut (2005) : l'ajustement de double processus. Il englobe l'évaluation cognitive, la réponse au stress et le type d'attachement. Les processus adaptatifs concerneraient la perte d'objet mais aussi les stress collatéraux qui en découlent. La dimension relationnelle affective est accentuée par les contingences concrètes. L'endeuillé est engagé dans une double tâche, d'acceptation de la perte et de tentative de restauration, passant du souvenir à l'oubli. Le principe d'une fluctuation attentionnelle entre ces deux tâches constitue un élément dynamique et évolutif. La fixité sur un pôle unique peut conduire à une complication du deuil. L'étude des stratégies d'ajustement (Stroebe, 2001) postule que, selon le sexe des sujets, l'orientation vers un *coping* centré sur la résolution de problème mène à des tentatives de restauration d'un mode de vie tandis qu'un ajustement articulé sur les émotions conduit les sujets vers la conscience de la perte elle-même.

1.6.c. Modèle de réponse au stress

Les travaux sur le modèle du stress et des réponses d'ajustement élaboré par Lazarus et Folkman (1984) s'inscrivent également dans une perspective cognitive et comportementale. Elle occupe une place importante dans les modélisations du deuil en parallèle à la théorie de l'attachement. La notion d'événements de vie comme facteurs de stress est centrale. Les *life events* sont mesurés en fonction de leur impact sur le fonctionnement de chaque sujet et le deuil de l'enfant et du conjoint en constituent les principaux thèmes. L'événement de perte est soumis à une évaluation cognitive qui compare les ressources pour s'ajuster et l'intensité de la désorganisation provoquée.

La perte devient un facteur de stress lorsqu'un différentiel important apparaît entre ces deux pôles, que les ressources sont perçues comme insuffisantes ou que l'événement déborde les capacités d'intégration. Le traitement cognitif permet de caractériser la nature de l'événement ainsi que les ressources internes et environnementales qui permettent au sujet de l'estimer contrôlable ou non. Le sujet peut apprécier la prévisibilité de la situation, le lieu de contrôle, ce

qui dépend de lui ou non, son expertise. Ce traitement de l'information se fait en regard des schémas cognitifs qui organisent les valeurs et croyances du sujet sur ses relations, le monde et lui-même.

Zech (2006) cite un certain nombre de croyances erronées que nous retrouvons dans la pratique clinique auprès d'endeuillés : le concept de justice qui s'appliquerait de façon naturelle aux mérites de chacun, l'idée que le monde n'est pas chaotique mais organisé et prévisible, donc contrôlable, que la logique détermine les relations et les actions des êtres humains, que ces derniers sont naturellement bons. Par rapport à eux-mêmes, les sujets croient en leur valeur personnelle, leur capacité de maîtrise et leur chance. Ces croyances permettent au sujet de préserver un relatif équilibre psychologique, au contraire de l'individu dépressif (Taylor & Brown, 1988). Le biais de confirmation les amènera à procéder à une sélection des informations privilégiant celles qui confortent leurs croyances au détriment de celles qui les invalident. L'effort est fait pour réduire la dissonance cognitive. Le deuil confronte le monde interne constitué de ces croyances organisatrices avec un Réel qui ne répond à aucun impératif de justice, de sens, de cohérence ou de bienveillance et de contrôle. Nous trouverons ces thèmes dans les entretiens semi-structurés que nous avons menés. L'endeuillé va chercher à donner du sens à son expérience, notamment par des attributions causales parfois arbitraires. Plus l'expérience de perte vient déstabiliser les constructions cognitives, plus la détresse émotionnelle est majeure et peut aboutir à installer un fonctionnement d'impuissance apprise. Ce dernier est renforcé par la perception d'un lieu de contrôle externe ainsi que l'auto-attribution de l'inopérance acquise.

La tentative de minoration de la dissonance cognitive se fait par une redéfinition des valeurs ou par une modification de la situation. Le monde interne du sujet se réaménage progressivement en intégrant de nouvelles données à la construction initiale. Lorsque l'endeuillé doit s'adapter à l'événement stressant, il mobilise des stratégies d'ajustement, multiples, parallèles ou séquentielles. Elles sont orientées sur l'émotion ressentie (réévaluation positive, relativisation) ou sur l'événement lui-même (comportement de résolution de problème à court et moyen terme et restauration du sentiment de contrôle perçu).

1.6.c. Modèles biomédical et culturaliste

Le modèle biomédical s'intéresse aux modifications neuroendocriniennes observables au cours de l'épisode dépressif et du syndrome de stress post-traumatique qui se rapprocherait des mécanismes du deuil compliqué et normal. Les observations portent sur les déséquilibres sérotoninergiques, cholinergiques et noradrénergiques ainsi que sur les réponses de stress avec l'activation de l'axe cortico-hypothalamo-hypophyso-surrénalien. Les situations de séparation produisent des modifications physiologiques impliquant endorphines, enképhalines, prolactine et ocytocine. Les taux de cortisol et de somatotropine diminuent ainsi que la température corporelle. Les comportements d'attachement et de *caregiving* ont des fonctions de réponse au programme génétique de l'espèce qui pousse à la reproduction et la conservation. Bourgeois (2003) cite Panksepp (1998) qui décrit « un système PANIC » développé chez les mammifères. Il vise la conservation des individus d'une espèce par incitation à la création et au maintien de liens sociaux. Ceci permet d'éviter les situations de périls provoquées par l'isolement et la confrontation à des environnements inconnus. Des « antagonistes » pharmacologiques aux réactions de stress en situation de séparation seraient les opioïdes endogènes, endorphines, enképhalines, dynorphines et leurs récepteurs μ (mu), κ (kappa), δ (delta), les opiacés semi-synthétiques et synthétiques, l'acétylcholine, la sérotonine.

Les modèles socio-anthropologiques mettent en exergue les disparités interculturelles dans le sens que prennent le décès et la façon dont le deuil peut être exprimé individuellement et collectivement. Les éléments les plus notables portent sur la conception de l'individu par rapport à son environnement. L'identité individuelle dans les sociétés dites traditionnelles, avec toutes les réserves nécessaires sur les mythes attachés aux cultures originaires, n'est pas constituée de traits de personnalité stables ni fondamentalement dissociée de ce qui l'entoure. Les différences d'appréhension de ce qu'est la vie, la mort, l'individu, le collectif, l'esprit permettent de comprendre en quoi le deuil est un événement socio-culturellement déterminé. Ces approches soulignent la vitalité des mythes fondateurs et les rites qui les incarnent. La mort et le deuil ne se portent pas de façon isolée, il s'établit un jeu symbolique de rôles et places, de transactions et de rites de passage pour préserver la communauté du caractère désorganisateur de la mort. Baudry (1999) propose de comprendre que c'est le deuil qui travaille en chacun et non l'endeuillé qui travaille consciemment ce processus. Nous reprendrons certains éléments pour développer la question essentielle des rites.

1.7- Clinique des deuils

Le deuil sans évolution pathologique ne nécessite normalement pas de suivi thérapeutique spécifique. La pratique en soins palliatifs a développé des consultations de suivi de deuil qui sont en général à court terme. Certains endeuillés éprouveront le besoin de venir parler de cette fin de vie et du défunt comme pour prendre à témoin de ce qui a été vécu. Ces consultations sont aussi l'opportunité de dépister précocement des indicateurs d'un risque de complication du deuil. Nous abordons la question des facteurs de risque et de protection ainsi que les propositions thérapeutiques usuelles.

1.7.a. facteurs de risques : défunt, endeuillé, conditions du décès

Un certain nombre de facteurs peut avoir des effets protecteurs ou aggravants sur le développement du deuil. Une partie concernera les caractéristiques du défunt et les conditions du décès. L'autre versant se rapporte à l'endeuillé et son histoire, dans une perspective bio-psycho-sociale. L'âge et le genre peuvent induire des différences de réaction, ainsi que les traits de personnalité et les modes d'attachement actuels et précoces. Enfin, l'environnement socioculturel pourra impacter le fonctionnement du sujet, en regard de ses ressources économiques, son statut social, le soutien dont il peut bénéficier, ses croyances et son appartenance à une communauté de croyants.

Concernant les caractéristiques du défunt, le décès d'un fils ou d'une fille adulte laisse davantage de séquelles dépressives que la mort d'un conjoint ou d'un autre parent et constitue un facteur de risque consistant de complication du deuil (Bonanno et al., 2003 ; Dijkstra, 2000 ; Sanders, 1980). Le ressenti de la pénibilité de la perte s'accroît avec l'âge de l'enfant décédé. Les modalités d'attachement sont engagées. Le deuil implique la perte de son statut de « *caregiver* », de l'ensemble des soins apportés qui se terminent avec la mort et de la projection fantasmatique d'une parcelle d'immortalité dans sa descendance. Si le deuil engage la filiation avec les ascendants, il concerne également les descendants. Il est disruptif en interrompant le sentiment de continuité. La perception d'une fin de vie entourée de ses enfants peut se trouver également altérée et confronter le sujet à une anxiété de solitude.

Le décès du conjoint est également un événement de vie stressant, car les considérations quotidiennes, financières, matérielles et logistiques viennent s'ajouter à la perte affective. Le type d'attachement est l'élément le plus prégnant et il peut concerner n'importe quelle figure substitutive. Mais les plus communément reconnues sont la perte de l'enfant et du conjoint. Les recherches concernant l'impact potentiel du sexe du défunt n'ont, pour le moment, pas fourni d'éléments significatifs.

Pour les conditions du décès, une mort soudaine et non anticipée produirait davantage de conséquences délétères que lorsqu'elle est prévisible. L'état d'épuisement déclaré par les endeuillés après l'accompagnement au long cours d'un proche atteint d'une pathologie chronique peut constituer une exception à ce pattern. La théorie du stress (Lazarus & Folkman, 1984) postule qu'un décès soudain sollicite de plus grands efforts d'ajustement, coûteux pour le sujet concerné. La théorie de l'attachement (Bowlby, 1984) impliquerait également que la perte de l'objet d'attachement sécure produise un état de détresse soutenu. Le décès inattendu peut provoquer une rupture de sens dans « *l'ordre des choses* » tel que se l'était représenté l'endeuillé. L'absence de maîtrise sur l'événement peut générer un sentiment d'impuissance, de frustration, de colère, de désespoir. Le lieu de contrôle se trouve alors externalisé. Les décès par suicide, contrairement aux croyances communes, ne généreraient pas de réactions singulières par rapport à d'autres causes de mortalité brutale (Harwood et al., 2002 ; Cerel et al., 2000 ; Dijkstra, 2000). Le décès d'un proche assassiné engendre davantage de réactions post-traumatiques (Murphy et al. 2003). La soudaineté et la violence demeurent des facteurs de risque et d'amplification des signes de deuil compliqué.

Par rapport aux endeuillés eux-mêmes, il semblerait que les plus âgés soient ceux qui développent le moins de conséquences délétères d'un deuil. Ils peuvent recourir à une forme de « coping de mise en sens » en postulant une normalité de la mort en fonction de l'âge. Les projections dans l'avenir sont moindres donc les pertes ressenties sur « ce qui aurait pu être » le sont également. Cette catégorie de personne a pu également, selon Parkes (1972) être partiellement désensibilisée à l'irruption de la mort en raison d'une plus grande expérience des pertes. En effet, chaque deuil peut également constituer un facteur de croissance et de mobilisation psychique pour les individus, qui sauraient d'autant mieux s'ajuster au suivant. Les plus jeunes peuvent être davantage révoltés contre « l'injustice » de l'événement et ainsi plus facilement recourir à des conduites autodestructrices ou à risques telles que l'usage de substances psychoactives, la conduite automobile rapide, les bagarres, les négligences, etc.

(Helsing & Szklo, 1981 ; Maddison & Walker, 1967). Ces derniers seront également dans un double deuil, de ce qui était et de ce qui aurait pu être. Les paramètres d'impulsivité et de défaut de contrôle de certains comportements peuvent être des facteurs aggravants. La frange la plus jeune de la population concernée peut également être exposée à des facteurs traumatiques importants, tels que des accidents. Au jeune âge s'ajouterait donc le facteur de soudaineté de la mort qui produit les effets dont nous avons parlé précédemment.

Zech (2006) et Defosse (2006) précisent les acquisitions du concept de mort par l'enfant dans une perspective développementale. Ils reprennent et complètent les règles que nous évoquions. La mort est universelle et inévitable, elle est permanente et irréversible, elle est caractérisée par la non-fonctionnalité de l'organisme du défunt qui ne s'anime plus et enfin, l'enfant doit acquérir une conception causaliste réaliste de la mort, liée à la maladie, la vieillesse, un accident ou tout autre facteur crédible. Entre 2 et 4 ans, les enfants s'inscrivent dans une modalité spatio-temporelle caractérisée par « l'ici et maintenant » qui entretient l'idée d'une mort temporaire et réversible. Leur mode d'appréhension du réel est régi par la pensée magique qui impose le désir et le rituel comme moyen de modeler ce qui les entoure. De même, l'idée de non fonctionnalité ne leur est pas directement accessible, ils pensent que le défunt vit la même expérience empirique de l'existence qu'eux.

Cette donnée perdure souvent à l'âge adulte, quand des endeuillés manifestent leur peur ou leur peine de voir leur proche « *brûler* » ou « *pourrir sous terre* ». Une patiente nous disait qu'elle s'inquiétait pour sa mère qui devait « *avoir froid sous terre* ». Une autre qu'elle se réjouissait que son frère soit du « *bon côté du cimetière* » pour bénéficier de la lumière. Le fils de trois ans d'une endeuillée reçue en consultation lui disait que son père était au ciel et qu'il allait revenir après. L'acquisition de l'irréversibilité de la mort s'effectue entre 4 et 6 ans. Le concept d'universalité qui implique leur propre décès et celui de leurs parents se développe également autour de 5 ans. Les angoisses d'abandon et de néantisation peuvent être intenses à cette période, comme nous l'avons constaté avec une patiente endeuillée dont le jeune mari était brutalement décédé et qui demeurait la seule survivante du couple parental aux yeux de ses deux enfants. Ces derniers exprimaient autour de cet âge des besoins de contrôles réguliers de sa présence. Au cours de ce développement, les notions de causalité sont incertaines et la pensée magique crée un biais d'attribution qui peut se révéler un puissant moteur de culpabilité. L'enfant était en colère contre le parent qui est mort. Pour lui, le parent est décédé suite à ses

pensées et émotions. L'évolution d'une pensée opératoire entre 7 et 11 ans vient asseoir cette compréhension du phénomène « mort ». Worden et Silverman (1996) soulignaient l'émergence de troubles anxieux et de sociabilité chez des enfants endeuillés deux ans après le décès. Au cours de l'adolescence, qui demeure une période de l'existence complexe pour distinguer les différentes problématiques psychologiques en jeu, Zech (2006) cite Balmer (1993) qui détermine que les adolescents de 10 à 14 ans développent davantage de manifestations somatiques, diminuent leurs performances scolaires et recourent de façon privilégiée au déni comme mode d'ajustement. De 17 à 19 ans, les sujets interrogés déclarent éprouver une détresse psychologique avec des affects de colère et de tristesse ainsi qu'une plus faible estime de soi. La sphère sociale est souvent affectée, avec la difficulté de s'exprimer auprès des proches, de nouer de nouvelles relations et une tendance à l'évaluation péjorative de leurs performances scolaires. Dans un *coping* de mise en sens, les adolescents concernés peuvent considérer ces expériences de perte comme des facteurs de maturation (Worden, 1996) et développer de nouvelles stratégies d'ajustement aux situations quotidiennes.

1.7.b. Genre et personnalité

Le genre est un facteur à prendre en compte. On considère généralement que les femmes sont plus représentées que les hommes dans les études en psychopathologie, notamment concernant les épisodes dépressifs. « *Les femmes sont deux fois plus traitées pour dépressions que les hommes, qui souffrent deux fois plus de schizophrénies et troubles mentaux dus à l'alcool que les femmes. Dans les établissements de postcure, la différence est encore plus accusée : quatre femmes pour un homme y sont traitées pour dépression et sept hommes pour une femme y sont traités pour l'alcoolisme* » (Cases & Salines, 2004). Une enquête de 2007 menée par l'institut de veille sanitaire évalue la prévalence de troubles en santé mentale en population générale (Cohidon, 2007). L'échantillon de population est de 40 157 individus. Des troubles thymiques sont identifiés chez 40% de sujets féminins contre 28.1 % chez les hommes. Les pathologies anxieuses se répartissent à 53.6 % chez les femmes contre 36.5 % pour les sujets masculins. Les conduites addictives, alcool et substances psychoactives, concernaient 11.1 % des sujets masculins contre 2.7 % des sujets féminins. Concernant le veuvage, les hommes sembleraient développer davantage de troubles somatiques que les femmes (Stroebe & Stroebe, 1983). Le taux de mortalité des veufs serait plus élevé (Goldman et al., 1995). Les vécus dysthymiques sont présents chez les deux sexes, mais avec des stratégies d'ajustement,

des soutiens sociaux et des possibilités d'expression de la plainte différents. Ces facteurs peuvent également biaiser les évaluations.

Zech (2006) souligne que les éléments de littérature sont assez restreints pour évaluer d'éventuelles corrélations entre des traits de personnalité et des réactions au deuil. Dans les modélisations des réponses au stress chez les endeuillés, les croyances de contrôle interne et une haute estime de soi seraient des facteurs contributifs d'un bon ajustement aux pertes soudaines. Les styles d'attachement (Parkes, 1983 ; Bowlby, 1980) constitueraient de bons indicateurs des réactions de deuil. Un attachement précoce de type sécure serait associé à un meilleur ajustement et un taux de réactions dépressives moindres que dans les autres modalités relationnelles. Un attachement insécure de type anxieux ambivalent favoriserait le deuil chronique (Parkes & Weiss, 1983) tandis que le style évitant favoriserait un deuil inhibé ou retardé. Pour ces auteurs, plus la relation de dépendance est forte plus le deuil sera persistant. Si le lien est conflictuel, le deuil pourra être différé. Dans les attachements insécures, les signes du deuil sont plus intenses, que ce soit sur les plans psychiques ou somatiques.

Comme pour la qualité et la durée de vie, il y aurait une corrélation entre un faible niveau socio-économique et le risque de développement d'un deuil compliqué (Sanders, 1993). Différents facteurs sont intriqués, tels que le niveau de revenu, le soutien social, l'insertion dans la collectivité, le travail et le sentiment d'utilité. L'isolement qui en résulte majore les réactions au deuil. Le soutien social est généralement identifié comme un facteur de meilleur ajustement aux événements stressants. Néanmoins, les postulats relevant de cette approche par les stresseurs ne recouvrent pas totalement l'expérience de perte qui dépend également des types d'attachement. Ainsi les endeuillés peuvent être ambivalents et rechercher du soutien social tout en étant déçu par leurs proches, les éviter tout en reprochant leur solitude à leur entourage. Nombreux décrivent se sentir encore plus seuls en présence d'autres personnes. Le sentiment de décalage est acutisé par les différences de perception de soi, du monde, des centres d'intérêt et de priorité. Les réassurances sociales conventionnelles ne seraient pas en mesure de pallier la perte de l'objet d'attachement. Les études tendent à montrer un effet de modulation des effets délétères du deuil par le soutien social, notamment pour les sujets les plus âgés qui bénéficient d'une aide logistique correspondant à leur besoins.

Les croyances religieuses constitueraient un facteur de soutien dans le processus de deuil, notamment par la facilitation de mise en sens et la continuité des liens avec un milieu relationnel soutenant. Les études sont contradictoires (Dijkstra, 2000) mais tendent globalement à confirmer cette position (McIntosh et al., 1993 ; Sherkat, 1992 ; Stroebe, 1987).

1.8. Évaluations et dispositifs thérapeutiques

1.8.a Echelles et questionnaires

L'évaluation du deuil complexe et persistant ou du deuil compliqué a fait l'objet de plusieurs recherches et publications d'échelles. Ces outils recensent les manifestations comportementales, cognitives, émotionnelles, somatiques et sociales observées chez les sujets concernés. Ils sont en général distribués sous forme d'auto-questionnaires. Les principaux (Bourgeois, 2003), dans un ordre chronologique, sont le « *Grief Experience Inventory* » (Sanders et al., 1985), le « *Texas Revised Inventory of Grief* » (Faschingbauer et al., 1987), l' « *Inventory of Complicated Grief* » (Prigerson et al, 1995) le « *Core Bereavment Items* » (Burnett et al., 1997).

Selon le nombre d'items, la fiabilité et en intégrant des paramètres de praticabilité, nous avons sélectionné pour notre recherche l' « *Inventory of Complicated Grief* », appelé communément I.C.G. (Prigerson et al., 1995). Nous présentons cet auto-questionnaire dans la partie méthodologique de la recherche clinique. Cette échelle ambitionne de distinguer le deuil normal du deuil compliqué. Nous précisons que cet outil a été utilisé dans une perspective de dépistage et d'indicateur d'une problématique potentielle de complication du deuil. La version de 1995 a été modifiée en 2001 pour répondre à des biais observés au cours de l'utilisation de la première version. Comme recommandé par les auteurs, nous avons complété cet indicateur par des entretiens cliniques visant à déterminer la nature du deuil en cours. Prigerson avait fixé un seuil de discrimination par un score supérieur à 25 sur 76. Nous avons utilisé la version de 1995 comme indicateur, rapide et facilement utilisable en consultation, sachant que le questionnaire nous sert à identifier une population et non à évaluer l'évolution du trouble par

une méthode de « test-retest ».

1.8.b. Dispositifs thérapeutiques

Différents dispositifs thérapeutiques ont été mis en œuvre pour accompagner des évolutions pathologiques des deuils. Les éléments de décompensations psychiques et somatiques et leurs répercussions psychosociales engagent une réflexion de santé publique. Expérimenter la mort d'un proche peut constituer un bouleversement existentiel, surtout dans un contexte sociétal qui tend à l'aseptisation du rapport au cadavre, en dépit de son omniprésence sur des écrans, dématérialisé en deux dimensions, par les films, reportages, séries, jeux vidéo. Ces différents supports visuels qui satisfont une pulsion scopique répondent eux-mêmes à des principes psychologiques différents, selon le rôle actif ou passif que l'on peut y jouer, le caractère réel, réaliste, fictif ou représenté des images. Face à la mort, familière et inconnue, les endeuillés vont chercher du soutien social auprès de leur entourage, d'une communauté religieuse ou spirituelle, de réflexions philosophiques, de groupes de paroles dans des associations spécialisées, de pratiques parascientifiques, de lectures, de traitements pharmacologiques, d'usages de substances psychoactives, d'alcool ou de rencontres avec des thérapeutes, qu'ils soient agréés par le système universitaire ou s'inscrivant dans des traditions énergétiques ou magnétiques.

Les thérapies cognitives (Bourgeois, 2003) proposent d'identifier les croyances et postulats remis en question par l'expérience de perte. Un ensemble de cognitions stéréotypées va émerger au cours de cette crise sur la valeur personnelle de l'endeuillé et sa place, sa responsabilité dans le décès, la dangerosité et l'imprévisibilité du monde, la vacuité et l'absence de sens, l'impossibilité d'accorder sa confiance à autrui. La perturbation des fonctions exécutives qui plonge le sujet dans état d'inhibition comportementale pourra faire l'objet d'un travail centré sur le fractionnement des problèmes, les techniques de résolution, le renforcement de la capacité du sujet à les résoudre. Le travail de restructuration cognitive peut s'accompagner d'une démarche centrée sur les habiletés sociales (*social skills*) et l'affirmation de soi. Le sujet doit intégrer les nouvelles informations liées à la perte pour reconstituer un modèle de croyances viables sur le monde. Ce travail de réévaluation et d'appropriation est essentiel. Il rejoint en

ceci le modèle de double processus d'ajustement au deuil de Stroebe et Schutt (1999) et la notion de restauration d'un monde qui a changé pour l'endeuillé. Notons que la troisième vague des thérapies cognitives et comportementales intègre les approches de pleine conscience et l'exercice méditatif, qui permet de récupérer une sensation d'autocontrôle sur les pensées et images intrusives, les ruminations mentales. L'objectif est d'assouplir les stratégies d'adaptation et les mécanismes qui en sont issus. Le sujet peut alors mobiliser sa capacité à les utiliser de façon plus flexible.

L'approche comportementale visera à réduire les évitements qui renforcent les réactions émotionnelles inadaptées en privilégiant l'exposition progressive et l'habituation. Elle peut porter sur des ritualisations rigides compulsives qu'il s'agit de flexibiliser, comme se rendre plusieurs fois par jour au cimetière, sur la remobilisation comportementale par l'activité et les relations sociales, les prescriptions de tâches de plaisir produisant un contenu émotionnel jugé positif, sur le réaménagement de l'espace personnel si la présence du défunt y est trop mortifère (abondance de photographies, autel domestique dédié au défunt au milieu de l'espace de vie). La modification d'un registre comportemental peut avoir une incidence sur le sentiment d'inopérance acquise. Le sujet endeuillé qui serait passif et subirait les manifestations de la perte peut devenir un deuilleur actif engagé dans un processus de transformation du lien.

Nous abordons ici les psychothérapies analytiques en face à face et non le dispositif de cure psychanalytique classique. Les thérapies psychodynamiques peuvent engager, dans un contexte transférentiel, un cheminement sur les relations objectales précoces du sujet, ses modalités d'attachement et leurs actualisations quotidiennes. Elles accordent une place importante à la vie fantasmatique et onirique qui fournit un matériel projectif intéressant dans cette période de perte. Il peut s'agir d'aider l'endeuillé à prendre conscience de la fonction de certains symptômes et du sens que prend cette perte dans son existence et son identité. L'analyste prend en compte les mobilisations défensives au cours de la thérapie. Le sujet peut prendre conscience de contenus latents, comme une agressivité à l'encontre du défunt qui produirait une culpabilité écrasante par un mécanisme de refoulement et de réparation de l'objet perdu. Les processus narratifs sont encouragés comme mode de mise en sens et de structuration biographique. Les conceptions kleiniennes constituent une modélisation riche des relations objectales utilisables dans le suivi de deuils. La mise à jour de l'ambivalence à l'égard d'un objet total pourrait constituer une issue favorable à la thérapie qui s'actualiserait dans la relation

transférentielle à l'analyste.

Le courant dit humaniste ou centré sur la personne repose sur un cadre relationnel définit notamment par Rogers (1967). Il est articulé autour de l'empathie, la considération inconditionnelle et la congruence. Il positionne l'endeuillé « ici et maintenant ». Le patient peut investir, grâce à cette alliance thérapeutique forte, une expression libre des contenus affectifs, émotionnels et cognitifs associés à la relation, au défunt et à la personne qu'il est depuis le décès. Il peut développer sa vision du monde et conscientiser son fonctionnement, ses ambivalences. L'objectif de la thérapie est l'autonomisation et le renforcement du libre arbitre (Bioy & Maquet, 2007).

Une approche systémique peut être intéressante lorsque l'homéostasie du groupe familial se trouve trop perturbée. Elle permet de mettre à jour, par la narration du roman familial, la distribution des rôles et places de chacun, les alliances et coalitions au sein du système, les constructions de personnages héroïques et les porteurs de symptômes. Cette approche utilise également des rituels thérapeutiques et prescriptions de tâches, parfois controversés. La disparition d'un membre du groupe modifie le fonctionnement et réattribue des places et fonctionnements, donc mobilise des résistances, des conflits identitaires de différenciation et d'affiliation.

Zech (2006) cite un certain nombre d'approches en soulignant que chaque endeuillé selon son fonctionnement peut relever d'une intervention spécifique. Worden (2001) propose une conception des « tâches de deuil ». La première consiste à accepter la réalité de la perte sur les plans cognitifs, comportementaux et émotionnels. Puis il est question de ressentir la douleur du deuil et par la suite de s'ajuster à un environnement dans lequel le défunt est absent. Finalement l'endeuillé doit relocaliser le défunt en remaniant le lien pour continuer à vivre. Ces différentes tâches ne suivent pas une séquence temporelle définie et correspondent à des activités cognitives particulières. L'auteur présente par la suite différentes méthodes telles que la lecture de textes et de témoignages à visée de psychoéducation ou une adaptation du langage à l'expérience subjective de l'endeuillé pour transcrire et recadrer fidèlement son vécu. Il est mentionné l'utilisation d'objets symboliques comme support de parole, l'écriture d'une lettre au défunt pour verbaliser *post mortem*, le dessin dans sa fonction représentationnelle,

l'élaboration d'un livre dédié à la mémoire du mort pour la dimension narrative et la préservation, les jeux de rôles pour se décentrer et les groupes d'entraide pour l'identification positive.

Nous soulignons également l'approche originale de Vinciane Despret (2015). Cette dernière offre une lecture critique de la théorie psychanalytique du deuil, conçue comme mouvement de *decathexis* par Freud (1917) et qui, comme nous l'avons relevé, a fortement influencé les propositions psychologiques de lecture de ce phénomène. L'auteur construit ainsi sa recherche au fil des témoignages, des lectures, des œuvres cinématographiques ou productions télévisuelles, en récusant dans un premier temps l'abord rationalisant de la relation qui unit les vivants aux morts, ou plus exactement, à l'exact opposé, des morts aux vivants. Les sciences humaines ont tendu à laïciser ce domaine de la pensée. Elles ont déterminé ce type de rapport par des constructions psychiques ou des phénomènes culturels relevant du fantasme, du symbolique ou de l'imaginaire.

Despret se positionne en dehors de ces paradigmes. Elle articule sa réflexion en se fondant sur ce qui est perçu comme réel entre morts et vivants, une phénoménologie épurée de l'expérience du deuil. Cette conception d'intégration d'expériences comme faits réels et non productions psychiques voire psychopathologiques peut se rapprocher de la perspective de Nathan (1995) sur les phénomènes ethnopsychologiques de transes, possessions, guérisons. Ces dernières sont reçues par les observateurs pour ce qu'elles sont aux yeux des sujets qui les vivent.

Les cérémonies rituelles ne se comprennent dès lors pas simplement dans leur acception fonctionnaliste, aider les vivants à « *faire leur deuil* » ou renforcer le tissu social autour des survivants. Elles ont pour objet de densifier l'identité du mort afin de lui octroyer toute la place qu'il mérite d'occuper parmi les vivants. Contrairement à ce que nous pouvons souvent postuler en ces termes « *les rites sont davantage destinés aux vivants qu'aux morts eux-mêmes* », Despret relève toute l'importance des discours, des narrations des vivants lors des cérémonies, qui racontent le défunt, reconstruisant ainsi les multiples facettes d'un être pour ce qu'il fut dans ses relations intersubjectives. La subjectivation recrée le sujet. Dans ce contexte, les phénomènes hallucinatoires observés aux débuts de deuils ou à moyen terme dans les deuils prolongés ne sont plus vus comme émanant du sujet mais comme une relation réelle actualisée. Dans cette

tension entre vécu empirique de l'Autre et tentative de rationalisation, elle cite Keats (1818) qui propose le concept de « *capacité négative* ». Cette perspective consiste à être en paix avec l'ambiguïté et à pouvoir rester avec la difficulté des contradictions et du non savoir en accueillant la pluralité des versions.

Despret cite ainsi de nombreuses cultures (Roumanie, Islande, Algérie, etc.) au sein desquelles la place des morts et des « *fantômes* » se parle, se dit, se transmet entre les vivants. Elle relève cette présence des défunts dans les rêves, les visions, qui inspirent, incitent, transmettent, encouragent à transformer ce ressenti en action, le souhait du mort s'incarnant dans la chair du vivant qui devient « perpétuateur » d'actions. Le culte des reliques s'observe ainsi lorsqu'une jeune femme décide de porter les chaussures de sa grand-mère pour parcourir le monde et ainsi lui permettre de continuer à arpenter cette terre ou lorsqu'elle utilise elle-même les mouchoirs de son père pour se consoler. Ainsi, le mort transmet de « bons objets » qui auront une fonction dans l'existence du survivant.

Certains ouvrent une voie dans leur choix de vie, comme cet écrivain peu renommé qui semble « répéter » ce que le descendant pourra advenir, un écrivain talentueux. Il n'y aurait donc pas rupture de lien mais bien continuité de destin, de relation. La tentation scientiste d'évacuer les mystères de la mort se heurte à sa résurgence massive dans les préoccupations et thèmes contemporains. L'écueil serait d'évacuer notre capacité à penser la nature de ces relations et ce qu'elles peuvent dire d'une culture, d'une société, d'un humain.

2. Rites et rituels sacrés et profanes

Cette section vient compléter plus spécifiquement le chapitre consacré aux dimensions sociologiques et anthropologiques du deuil. Il nous semble impossible d'aborder les questions de la mort et du deuil sans s'intéresser à celles des rites.

2.1. Définitions

« *Selon Emile Benveniste, le rite, du mot latin ritus, ordre prescrit, est associé à des formes grecques comme artus (ordonnance), ararisko (harmoniser, adapter), arthmos (lien, jonction)* » (Rivière, 1995). Les rites assument avant tout une fonction de régulation sociale, en

organisant et reliant la communauté. Ils définissent les rapports entre les individus (Clavandier, 2009). Cazeneuve (1971) en proposait une définition dépouillée : « *le rite est une action suivie de conséquences réelles* ».

Pour Rivière (1995), « *les rites sont toujours à considérer comme un ensemble de conduites individuelles ou collectives, relativement codifiées, ayant un support corporel (verbal, gestuel, postural), à caractère plus ou moins répétitif, à forte charge symbolique pour leurs acteurs et habituellement pour leurs témoins, fondées sur une adhésion mentale, éventuellement non conscientisée, à des valeurs relatives à des choix sociaux jugés importants, et dont l'efficacité attendue ne relève pas d'une logique purement empirique qui s'épuiserait dans l'instrumentalité technique du lien cause-effet* ».

Ainsi, le rite est une « *mise en scène instituée à signification symbolique, renvoyant à des valeurs ayant l'aspect de communication codée, respectant un ordre précis et donnant lieu à des comportements répétés* ». Rivière le détermine également comme des « *actes répétitifs et codifiés, souvent solennels, d'ordre verbal, gestuel et postural, à forte charge symbolique* ».

Comme le développe Rivière (1995), certains rites profanes, hors du sacré, visent à fédérer et canaliser des identités communautaires autour d'activités spécifiques : sport, musique, travail du corps, alimentation. En parallèle, Hanus et Bacqué relèvent un processus de privatisation de la mort, les funérailles se déroulent « *dans la plus stricte intimité* », soustrayant ainsi cette étape de l'existence à la vie sociale pour la confiner à la vie familiale. Ce questionnement se poursuit sur ce qui relève du collectif et du singulier concernant le débat sur l'euthanasie par exemple, la mort donnée étant présentée comme un acte clivé entre le choix personnel, qui engage l'individu, et la responsabilité sociale, le positionnement de la société et ses valeurs. Ainsi, « la Mort », ce temps, ce processus, cet état, ce symbole, cette banalité de l'humain, connaît dans sa version moderne un glissement vers l'étrange et l'étranger. Son cloisonnement en milieu spécialisé participe de cette exclusion (70% des décès en institution, Gisquet, 2012 ; Institut National d'Etudes Démographiques, 2010).

Nous retiendrons la dimension symbolique et la fonction de communication, le caractère itératif et organisé des rites. La notion d'action est aussi prégnante. Le rite n'est pas constitué uniquement de paroles, il est mis en acte et en scène. Les rites spirituels sont fondés sur des

mythes qui proposent une vision du monde, une cosmogonie, un sens. « *La question du* "comme si" *concourt à une théâtralisation* » (Clavandier, 2009). Dans le rite, « on joue » pour résoudre des conflits et des questions ontologiques. Selon elle, l'encadrement rituel de la mort constitue, sans s'y réduire, un ensemble de stratégies d'affrontement, de contournement, de mimétisme ou d'inversion.

Luce de Aulniers définit les rites de la façon suivante (1997) : « *ensemble d'actes et de signes matériels à haute teneur symbolique, marquant à la fois l'expérience d'un changement perçu comme mystérieux, sinon menaçant pour l'existence, et appelant le dépassement* ».

2.2. Rites et rituels : types, structures, fonctions

Rites et rituels sont les sujets d'une littérature abondante en sciences humaines. Les différencier n'est pas toujours aisé. Comme le souligne Rivière (1995) les deux termes peuvent être utilisés indistinctement en fonction des auteurs. Selon les conceptions, les rites seraient des composantes du rituel, qui serait lui-même l'équivalent d'un cérémonial. D'autres perspectives les distinguent de façon dichotomique. Selon Javeau (1998), les rites relèveraient du sacré et les rituels du profane. Bien qu'utile, cette répartition ne recouvre pas la réalité des évolutions rituelles. Les rites catholiques qui ponctuaient l'année ont progressivement acquis une connotation profane en se déliant de leurs mythes fondateurs. Ces rites sont devenus « vides » de symbolique sacrée. Nous l'observons lors des fêtes de Noël ou de Pâques, qui deviennent des occasions de transactions de consommables relativement éloignées des événements princeps qu'étaient la naissance et la résurrection du Christ. Les dons évoquent encore les offrandes des rois mages pour célébrer la naissance. Les symboles de fertilité se retrouvent lors de Pâques, évoquant la renaissance mais aussi les premiers rites païens du printemps récupérés par le christianisme. La caractérisation de schèmes comportementaux profanes en rituels d'interactions par Émile Durkheim (1974) a participé de cette collusion sémantique entre rites et rituels, sacré et profane. Le rite est un processus performatif, parlé et agi, avec une efficacité symbolique qui vise à renforcer le groupe.

Afin de préserver une clarté dans les concepts et en nous basant sur la notion de rituels en psychothérapie et en psychopathologie, nous faisons le choix de comprendre le rite comme

un processus collectif exercé sur un mode contraint et le rituel en tant qu'appropriation individualisée et flexible d'une pratique de symbolisation. Cette distinction ne se réfère pas au caractère sacré ou profane de la séquence mais plutôt à sa dimension individuelle ou collective et son fonctionnement rigide ou flexible, bien que cette partition demeure artificielle en regard des éléments de littérature.

2.2.a. Structures rituelles

Comme nous l'avons précisé, Van Gennep (1909) articule un socle commun aux rites qui serait la notion de « passage ». Ces états transitionnels conduiraient d'un statut à un autre à l'issue de séquences codifiées ayant une valeur symbolique. Il définit les phases préliminaires, liminaires et post-liminaires dans la maturation du sujet. Ce dernier se sépare de son groupe social initial, pour être marginalisé et souvent éprouvé, puis finalement agrégé à sa communauté avec son nouveau statut. Cette structure, quelle qu'en soit la forme, introduit la nécessité d'un rituel de clôture qui achève un cycle. Thomas (1985) présente les éléments structuraux du rite. Il nécessite un espace scénique qui se construit à travers les objets, les odeurs et le cadre. Les éléments de théâtralisation et de dramatisation garantissent l'intensité requise au processus. Il s'organise en séquences temporelles prévisibles et déterminées. La structuration du temps peut reconstituer un fil narratif. Les acteurs doivent assurer une participation active au déroulement des événements. A ce propos, Kaës (1976) ajoute la notion d'enveloppe psychique groupale et ses effets de contenance de la singularité des membres et des manifestations émotionnelles. L'indispensable dimension symbolique permet une traduction de l'indicible par un contenu manifeste. Le rite collectif a une efficacité symbolique (Lévy-Strauss, 1949). Les actes et les paroles, l'évocation de mythes fondateurs produisent des effets physiques.

Nous distinguons dans cette structure rituelle les caractéristiques du dispositif hypnotique. Ce dernier ouvre une scène constituée du bureau, du « fauteuil hypnotique » et du théâtralisme du jeu de rôle, qui est une facette du processus hypnotique mais qui ne le résume pas. La séance s'organise en différents temps : l'induction, la transe et les suggestions, l'éveil. Les acteurs sont actifs et participatifs, chacun dans son rôle propre. L'enveloppe est narrative et langagière, corporelle dans la production de sensations nouvelles et le thérapeute peut représenter la communauté par délégation, ce que nous reprendrons ultérieurement. La transformation d'un « geste » (Roustang, 2004) ou d'une image en signifiant symbolique chargé

d'exprimer un signifié répond à l'exigence de traduction d'un indicible. L'efficacité symbolique se caractérise en séance par la transformation des paroles de l'hypnothérapeute en sensations physiques éprouvées par le sujet, comme une analgésie d'un membre. En termes structuraux, le dispositif hypnotique semble répondre au fonctionnement rituel.

Les rites se déclinent sous de multiples formes. Ceux qui cherchent à apaiser les éléments adverses dans une démarche expiatoire sont piaculaires. Les rites propitiatoires attirent la clémence en rendant propices les dispositions divines ou naturelles. Les conjuratoires s'opposent aux forces contraires. Dans un registre plus profane, ils peuvent déterminer un fonctionnement en définissant des règles, encadrer la démarche ascétique par des prescriptions, ancrer une identité par des manifestations ostensibles. Picard (2002) identifie des rites de confirmation (ratification), de réparation (excuses), d'accès (salutations). Il existe des rites de purification par le sacrifice, d'exorcisme pour chasser l'esprit invasif, d'adorcisme pour prendre possession d'un sujet.

Goffman (1973), Durkheim (1974) et Mauss (1950) distinguent les rites dits « positifs » des « négatifs ». Les premiers ont un objectif commémoratif par des prières ou des offrandes tandis que les seconds créent des tabous pour sacraliser une situation, un lieu, un comportement avec, par exemple, des interdits alimentaires, des restrictions comportementales, une ascèse, une privation, une mortification. Goffman transcrit cette bipolarité sur les rites profanes en distinguant les processus de confirmation, positifs, pour instaurer une relation, des conduites d'évitement, négatifs, pour réparer une offense. Les rites profanes sont plus souples dans leurs exécutions. Goffman développe la notion de « face » qui a une valeur sacrée selon lui. Ce concept implique la valeur sociale positive, revendiquée par une personne, qui a été perçue à travers une séquence d'actions par un entourage au cours d'un contact donné. La modalité expressive nécessaire à la conservation de la « face » relèverait du rituel.

2.2.b. Fonctions socio-anthropologiques des rites et rituels

Le rite endosse plusieurs fonctions, tant individuelles que collectives. Différents auteurs explorent cet aspect utilitariste (Clavandier, 2009 ; Rivière, 1995 ; Balandier, 1988 ; Thomas, 1985 ; Van Gennep, 1981 [1909]). Toujours selon Thomas (1985), sacré ou profane, il est un stabilisateur du groupe social. Les rites de politesse relèvent de cette fonction comme les

célébrations religieuses visaient à assurer la cohésion du corps social notamment par les réunions familiales. Ces cérémonies collectives assurent une anxiolyse groupale. La prévisibilité du cadre crée du familier et de l'anticipable. Par le rite, un segment temporel déterminé peut se répéter intact dans le temps. Comme le précisait également Rivière, le rite est un mode de communication, il véhicule des signifiés. Il a une vocation intégrative en rassemblant les acteurs et cathartique en canalisant l'expression émotionnelle. C'est un modèle suggestif qui opère grâce aux aspects performatifs du langage. Il tente de maîtriser un désordre biologique et ontologique tel que la mort. L'ordre prescrit vise à organiser le chaos. Pour Rivière (1995), *« Le rite a pour finalité essentielle de faire communiquer des êtres et des choses entre eux, selon des règles codées »*.

Tager (2004) rappelait que tous les rites funéraires visaient à garantir à l'esprit du défunt un cheminement sans contaminer les vivants. Ces derniers doivent se séparer du mort tout en l'aidant à trouver sa place. Cette notion d'un retour possible du défunt qui viendrait hanter les vivants constitue une peur archétypale. Les rites rendent hommage au mort mais lui offrent aussi des conditions favorables à un non-retour. Les voies de départ sont ouvertes pour faciliter la transhumance de l'âme tandis que les accès de retour sont obstrués. Clavandier (2009) illustre cette démarche rituelle par le fait d'abattre des cloisons, d'ôter des tuiles, de voiler les miroirs pour ne pas effrayer l'esprit du défunt qui s'y contemplerait, et obturer les orifices du cadavre pour éviter une tentation de « réincarnation » au sens littéral. Thomas (1985) soulignait ainsi l'importance de la pompe, le faste du cérémonial et la nécessité d'inhumer ou crématiser le défunt avec ses biens pour limiter sa colère et son sentiment de perte. A ceci s'ajoute la dimension communautaire du rite qui permet d'affilier et d'agréger l'endeuillé. Van Gennep (1909) affirme qu'il « *arrive toujours un moment où ce lien se rompt, après s'être relâché peu à peu. En ce cas, c'est la dernière commémoration ou la dernière visite, qui referme les rites de séparation par rapport au mort et de reconsolidation de la société* [...] *des vivants »*. Clavandier évoque la question du retour des défunts dans le monde des vivants au cours des rites de marge identifiés par Van Gennep, en raison d'un impossible détachement. Cette phase de deuil peut occasionner des troubles culturellement induits. Ils sont de nature psychique, un « deuil impossible » ou imaginaire avec les « mal-morts ». L'encadrement culturel prévient ces complications.

Louis-Vincent Thomas (1975) décrit différentes modalités de traitement des défunts selon la perspective culturelle : « *Chez l'homme blanc, les défunts, en vain exorcisés,*

deviennent des “activités intérieures à l’homme” *ou, pour parler le langage des psychiatres et des psychanalystes, des fantasmes, des* “formes obsessionnelles de l’inconscient” *: là, le dialogue dont l’homme tire grand bénéfice, ici le monologue sans fin, stérile, débilitant ».* Il présente une différence fondamentale entre une conception matérialiste individualiste pour laquelle « tout est dans le sujet » et les sociétés plus connexionnistes dans lesquelles les individus sont reliés entre eux, avec leur environnement et avec leurs morts. Cette dissemblance n'est cependant qu'apparente, comme nous le verrons dans le contexte clinique, les endeuillés entretiennent des relations dynamiques avec leurs morts, souvent davantage comme entités différenciées que comme objets intériorisés, qui seraient autoproduits.

Thomas poursuit, *« enfin, dans les sociétés traditionnelles, le deuil paraît rigoureusement codifié et fonctionnalisé : les Ifaluk de Micronésie cessent subitement toute plainte, toute désolation une fois les funérailles achevées ».* Cet exemple illustre l'effet d'encadrement social du processus funéraire sur l'expression émotionnelle. La notion de rite de clôture demeure importante. Thomas rappelle justement que la mort confronte à l'altérité, et pourrions-nous ajouter, à la mêmeté (Ricoeur, 1990) ce qui peut se révéler d'autant plus anxiogène. Face au cadavre en décomposition, la communauté doit agir et symboliser. Cette dernière retient le défunt un temps avant de s'en séparer. Elle lui offre le faste nécessaire à l'apaisement.

En comparaison, *« rien de tel dans les sociétés occidentales. Personne n’est préparé à son rôle de* “deuilleur” *auquel on n’a pas le droit de penser à l’avance, d’où l’anxiété (source de culpabilité), la hantise de mal s’acquitter de ce rôle. On doit faire ressortir les contradictions qui existent entre l’encouragement à la dépendance exclusive et l’absence de techniques de remplacement des personnes dans le deuil, entre un système qui favorise l’ambivalence, l’hostilité et la culpabilité, et l’absence dans les rites et les rôles de tout moyen d’expression pour ces mouvements affectifs* » (Thomas, 1975). Il postule au milieu des années 1970 la place du déni de la mort, déjà avancé par Gorer (1965), qui rendrait la mort impensable et indicible. Le sujet occidental ne serait pas préparé à porter activement le deuil et le rite n'assumerait pas sa fonction cathartique et d'enveloppe groupale.

Il suit cette dynamique entre le collectif et l'individuel, le social et le psychologique dans les manifestations du deuil. « *Le deuil social envahit en quelque sorte le deuil psychologique qu’il entretient, codifie et régularise, pouvant le produire par l’action sur le corps et parfois même se contentant de son expression sociale sans se préoccuper de savoir si le chagrin est*

réel ou simulé ». Les manifestations du deuil sont culturellement normées et indépendantes de la réalité du ressenti de l'endeuillé. Au final, pour Thomas (1995 *in* Tobie Nathan) les rites servent le défunt, après un maternage lors du trépas, ils assurent sa présentification réelle ou symbolique pour l'honorer. Ils permettent de l'interroger pour l'assurer qu'il manque, de le purifier par la toilette, de le célébrer par des chants et prières, et finalement de le convaincre du bon accomplissement des rites. Ce dernier point sert à signifier au mort la possibilité de son départ dans de bonnes conditions et surtout la nécessité de cette séparation. L'absence de rites pour les « *mauvais morts* », qui pouvaient être de « mauvais vivants » (Bouchi & Ikezawa, 2011) a une double conséquence, la dévalorisation sociale des survivants et la disparition totale du défunt. Pour les survivants, le rite est « *une régulation du travail de deuil* ». Pour le groupe, il est question de transcender le désordre provoqué par la mort en assurant la punition des coupables. Thomas précise que dans le contexte africain subsaharien qu'il aborde, la mort est presque toujours attribuée à un facteur agressif externe. Le rite funéraire régénère la collectivité en le situant dans une temporalité, une continuité. Thomas (1978) nous rappelle que « *toute société se voudrait immortelle et que ce que l'on appelle* "*culture*" *n'est rien d'autre qu'un ensemble organisé de croyances et de rites afin de lutter contre le pouvoir dissolvant de la mort individuelle et collective* ».

Bacqué (1997) a dirigé un ouvrage sur les nouveaux rites funéraires il y a 20 ans et l'on peut présumer qu'ils ont encore poursuivi cette évolution. Elle s'intéresse aux fonctions sociales et psychologiques des rites. Elle cite la place des rituels dans les troubles obsessionnels compulsifs et la schizophrénie. Dans le premier cas, les rituels servent à canaliser l'angoisse de mort et à segmenter le temps et dans la seconde configuration, ils servent au maintien de la survie du sujet en assurant la pérennité de comportements ancrés dans le Réel. Bacqué cite quatre temps du rite. Le premier est l'oblation qui consiste à retenir le défunt parmi les vivants. Le second, la séparation, vise à situer le mort à sa juste place par un acte tel que clore le cercueil, afin d'entériner la distinction entre morts et vivants. La séparation concerne également une dissociation entre le corps et l'esprit du défunt, avec la croyance en un principe vital ou spirituel qui se différencierait de la dépouille. Le terme « dépouille » a un sens charnel, qui évoque la déliquescence de la chair et de la peau. Le troisième temps est celui de l'intégration qui signe l'appartenance du mort à un ensemble. Van Gennep (1948) explique que l'âme ne devient immatérielle qu'après que « *les vers ont complètement décharné le squelette* ». Nous trouvons ce principe de purification du cadavre par minéralisation et disparition des chairs putréfiées.

L'âme ne peut gagner le paradis ou l'enfer que lorsque toute chair a disparu (Clavandier, 2009). Elle rappelle les difficultés des mauvais morts, des enfants mort-nés avant le baptême, des décédés par suicide qui sont condamnés à l'errance et l'invention consécutive du purgatoire pour permettre aux vivants d'intercéder en faveur des âmes tourmentées. La quatrième et dernière phase est la commémoration qui rassemble les vivants pour célébrer des temps importants comme les anniversaires de décès.

2.2.c. Fonctions psychologiques des rites et rituels

Bacqué (1997) aborde les fonctions psychologiques des rites funéraires. Ils facilitent l'intégration de la mauvaise nouvelle par des éléments concrets comme le fait de voir le mort, d'assurer la toilette funéraire et offrir des soins de qualité au mourant et au cadavre. L'auteur parle d'incongruence cognitive pour l'endeuillé confronté à la réalité de la mort et son refus. Dans ce contexte, elle postulait que voir le défunt, par le rite d'exposition du corps, pouvait réduire cette dissonance en positionnant le principe de réalité. La toilette funéraire est un rite de purification et d'oblation. Il est question de préparer et conserver le mort en soignant sa coiffure et ses habits, en obturant des orifices pour limiter les écoulements de fluides corporels et l'échappement de l'esprit avant la mise en terre. Ces rites préparent ceux de séparation. La façon de prendre soin du corps mourant et du cadavre permet de marquer un temps d'adieu et d'acter cette séparation qui prémunit du retour du mort parmi les vivants. Ils ont une fonction anxiolytique. Plusieurs rites prévoient de fixer le corps avec un pieu ou des clous pour prévenir un retour intempestif. La position active de deuilleur restaure un sentiment de contrôle perçu et engage un acte de purification vis-à-vis de la souillure de la mort. Bacqué précise que même si le rite est effectué de façon dissociée ou mécanique, il apporte des bénéfices en stimulant l’endeuillé et en le liant avec sa communauté.

Toujours selon Bacqué (1997), les rites symbolisent le départ, puis le passage d'un état à un autre. Les symboles sont des signifiants partagés par la collectivité autour d'une culture commune. Les célébrations servent à témoigner de l'existence et de l'importance du défunt, de son départ définitif. Le représentant institutionnel, officiant de cérémonie, atteste la réalité des faits. Le rituel consacre, donc il rend sacré le temps, passé, présent et à venir. La cérémonie

religieuse entérine la fin d'un cycle d'existence et ouvre l'espoir de retrouvailles ultérieures. Elle précise la place des mythologies individuelles sur la mort qui pallient le vide existentiel du décès et des symboles du passage comme la déambulation qui implique le mouvement donc de possibles pérégrinations pour le défunt et une différenciation entre l'immobilité du cadavre et la mobilité des vivants. Les rites permettent d'exprimer la souffrance et les émotions, d'éviter le retour des morts et de ramener l'ordre dans le groupe social. Ceci peut se faire par des pratiques d'intégration, de socialisation du défunt ou d'un échange symbolique. Ils permettent d'exprimer de nouveaux besoins et d'envisager un avenir.

Baudry (1997) rappelle justement la tendance contemporaine à idéaliser un « *ailleurs* » ou un « *autrefois* » au sein desquels les vivants auraient pleinement « *accepté la mort* ». Il invite à la circonspection concernant une approche trop « psychologisante » de la mort et du deuil. L'auteur renforce l'importance de l'inscription de l'individu dans un environnement socioculturel face à la mort annihilante, critiquant les postures positivistes et de développement personnel qui prétendent amener les sujets à « se préparer et accepter la mort » en se référant à d'hypothétiques sagesses orientales ou pratiques d'une France « d'autrefois ». Patrick Baudry situe le rite funéraire comme une mise en tension collective entre le fait de congédier le défunt et de le retenir. Cela traduit ce phénomène de présence de l'absent. Il positionne le rite comme un événement qui fait écho à la violence de la mort. Louis-Vincent Thomas (1982) mentionne de son côté la place des rites dans les passages de l'existence, comme la toilette mortuaire qui vient articuler une forme de maternage entre mort et naissance. Il relève que le mort doit être installé chez les ancêtres pour avoir sa place parmi les vivants. Il peut être invoqué sans les envahir. Bien que différenciées, vie et mort peuvent s'interpénétrer. Le rituel est un acte de césure et de liant, c'est ainsi que chacun occupe une place qui lui revient. Il ne constitue pas une « technique » d'apaisement individuel. Pour Thomas, le mort n'est pas davantage socialisé ou humanisé, il survit sous forme d'esprit déshumanisé dans un nouveau mode d'existence.

Les pratiques rituelles répondent à des impératifs de temps, de lieu, de rôle, d'actes et de paroles. Des Aulniers (1997) propose de multiples fonctions des rites comme exprimer la conscience du temps, consolider l'appartenance à un espace physique et des valeurs, articuler l'angoisse de l'incertitude à une forme de transcendance, sécuriser par le familier et le rêve, refléter la culture environnante, chercher du sens, célébrer la vie et laisser des traces. Elle explique la nature même de ces processus. Le rite est un aveu du mal et de l'ambivalence de

notre attachement à celui qui nous quitte. Un rite ne doit pas être doucereux et apaisant en première intention. Il n'est pas stérilisation et renforcement d'une annulation de la mort comme phénomène profondément désorganisateur. Un rite s'inscrit dans la matérialité du corps et la déambulation des deuilleurs par exemple, peut se trouver leur mouvement sur « le chemin hypnotique ». Le rite permet l'affichage d'une ample culture identitaire. Le rite funéraire ne se déploie pas dans une collectivité élargie, trop morcelée pour être sollicitée. Il y a réinscription sociale du défunt ou valorisation du lien personnel aux funérailles, par des discours personnalisés sur leurs relations qui traduisent l'individualisation de nos sociétés. Le relationnel interpersonnel oblitère le mouvement d'appropriation et de désappropriation de la culture d'appartenance. Il y a évacuation du corps social, ce qui tronque les significations de la vie du mort. Individu et social semblent s'opposer.

L'état des rites enseigne sur l'évolution d'une société et de la culture qui la sous-tend. Nous avons vu ses multiples fonctions, il n'y a pas déritualisation au sein de la société mais plutôt une mutation rituelle. Cette dernière s'accompagne d'une modification profonde de leur efficacité symbolique. Les rites religieux persistent mais leur intensité parait diminuer. Ils demeurent formels mais perdent de leur capacité à générer du lien, à organiser, structurer et à rattacher l'endeuillé à la collectivité des vivants. Fellous (2001) investigue les nouveaux rites et développe leurs fonctions de marqueurs temporaux et structurants sous des formes innovantes.

3- Hypnose(s)

Nous abordons ici la question des hypnoses, dont la formulation au pluriel peut sembler inhabituelle. Nous soulignons ainsi le caractère polymorphe de l'approche, tant du point de vue des théoriciens qui l'ont conceptualisée selon leur perspective propre que des praticiens qui la mettent en œuvre par des modalités extrêmement variables et des patients qui relatent des expériences parfois fort diverses. Cette dimension hétérogène semble la rendre plus insaisissable, comme si un même vocable recouvrait une grande pluralité d'expériences. Nous verrons les débats qui animent la communauté scientifique du XVIIIème au XXIème siècle autour des notions suivantes : état spécifique ou non, transe ou pur phénomène suggestif, dimension psychologique, psychopathologique ou sociocognitive, rapport d'influence délétère ou alliance thérapeutique bénéfique, implications neurophysiologiques, jeu de rôle et théâtralisation ou expérience singulière d'un état de conscience modifié. Indépendamment de cette disparité, nous retrouvons un socle commun de variables (Bioy, 2015 ; 2007) qui permet de discerner une « identité hypnotique ». Sur cette base, nous observerons quel sens peut prendre l'expérience hypnotique dans un contexte donné.

Il semble que l'hypnose sidère. Du moins agit-elle ainsi sur certaines capacités de raisonnement. La pensée analogique et souvent magique qui la sous-tend paraît défier la rationalité. L'expérience d'allure onirique proposée aux patients s'articule justement autour d'une abolition temporaire des référents logiques. Erickson mettait en œuvre des techniques de confusion pour parasiter les processus cognitifs complexes et le sens critique afin d'accéder à la dimension imaginaire et métaphorique. Les hypnotiseurs de spectacle sidèrent leurs participants sur scène pour les engager dans un rapport de soumission librement consentie. Et c'est de la sidération des hypnothérapeutes que naît la volonté d'investiguer et comprendre les processus thérapeutiques de l'hypnose. C'est ainsi, au fil de guérisons instantanées qui relevaient de l'incroyable sinon de l'incompréhensible, que s'est construite cette recherche.

Ce questionnement était naturellement préexistant dans le domaine notamment lorsque Michaux (2007) mentionne les récits de « guérisons miraculeuses » ou « guérisons immédiates » en hypnothérapie. L'intérêt de Michaux pour l'hypnose s'est fondé sur un travail effectué en France et en Afrique auprès de guérisseurs et du rôle des phénomènes de transe,

comme état de conscience modifiée, distincts de ceux de suggestion. Il parle des guérisons instantanées sous l'angle d'un besoin pour le sujet de trouver un contexte justifiant le changement, ce à quoi l'hypnose se prête aisément en raison de ses caractéristiques endogènes. Il appelle à recontextualiser les appréhensions exprimées à l'encontre de l'usage clinique de l'hypnose reposant sur la crainte de la manipulation. En effet, il souligne l'aspécificité de l'hypnose dans ce domaine. Toutes les pratiques de soin engagent un rapport d'influence, mais aussi toutes les relations interindividuelles et groupales. Il cite également Chertok (2006) qui en fit l'expérience lors de sa première expérimentation de l'hypnose. Une simple induction de fixation visuelle accompagnée d'une suggestion de fermeture des yeux et de rappel des événements survenus au cours d'un ictus amnésique s'est montrée efficace. Cet événement fut déterminant dans sa volonté de s'engager dans l'étude du phénomène, dont il est devenu une figure centrale en France. Nous renvoyons également à l'ouvrage synthétique de Robin (2013) qui présente une revue de littérature rigoureuse sur les données scientifiques relatives aux modes de fonctionnement de l'hypnose.

3.1. La construction historique de l'hypnose

L'hypnose est un phénomène culturel. Le signifiant recouvre à lui seul de multiples formes d'expériences et ouvre un répertoire de représentations hétérogènes. Nous pouvons néanmoins identifier un socle relativement stable de contenus, mais qui se transforment à présent sous l'effet de la démocratisation de la pratique. Cette approche est également un objet d'étude. La perspective avec laquelle on l'investigue peut en influencer la définition (Bioy, 2010). Elle a été pensée comme état de conscience spécifique (Janet, 1919 ; Charcot, 1882 *in* Nicolas, 2004 ; Braid, 1846), un phénomène suggestif (Bernheim, 1897), une modélisation des troubles hystériques (Charcot, 1882), un effet placebo structuré (Bioy, 2014 ; 2011). Bioy (2011) en propose la définition suivante : « *un mode de conscience élargi dont un sujet fait l'expérience en relation avec un praticien* ». Cette caractérisation inscrit l'hypnose comme un état psychologique spécifique, ce que confirme la neuro-imagerie (Faymonville, 2003 ; Rainville, 1999). Il précise l'indispensable dimension relationnelle, ce qui en exclut l'autohypnose qui sera davantage perçue comme une autorelaxation accompagnée d'autosuggestions. Et enfin, il reprend une notion proche de la « perceptude » proposée par Roustang (2005) concernant le

champ de conscience élargi, bien éloigné d'un quelconque sommeil. *A contrario* d'une pratique sédative, l'hypnose mènerait à cet « *éveil paradoxal* » décrit par Roustang (1994).

Green (2005) de l' « *American Psychological Association* » propose une définition se voulant exhaustive. L'hypnose est une procédure pendant laquelle un professionnel de santé ou un chercheur suggère à un patient ou un sujet d'expérience des changements dans ses sensations, perceptions, pensées et comportements. Le contexte hypnotique est usuellement créé par une procédure d'induction. L'opérateur procède à des suggestions de différentes natures auxquelles les sujets répondent de façon plus ou moins intense. L'expérience subjective relève de l'authentique expérience dissociative ou de la simple attention focalisée selon les individus.

L'usage de pratiques extatiques induisant des phénomènes de transe semble transculturel. De nombreux rites ont une fonction inductive de transe par des effets de focalisation sensorielle et de dissociation psychique. La musique, les chants, les danses, la dynamique groupale peuvent en faire partie. Spanos (1991) identifie l'hypnose aux rites de guérison de l'Antiquité. Les processus hystériques et les pratiques rituelles thérapeutiques furent par la suite assimilés à des actes de sorcellerie et condamnés par l'Eglise (Melchior, 1998).

Michaux (1982) rappelle que l'hypnose trouve ses origines dans le magnétisme animal de Frantz Antton Mesmer (1780). Ce dernier installait des paramètres hypnotiques tels que l'utilisation de la suggestion, l'importance du *decorum* et de la ritualisation qui intensifient la suggestibilité ainsi que la dynamique de groupe qui théâtralise et majore les réactions. Mesmer aura de célèbres patients, dont le compositeur Mozart. Cette pratique engage une relation et modifie l'état de conscience des sujets. La notion de crise magnétique qui s'exprime de façon histrionique évoque les crises convulsives thérapeutiques ou de transes à visée de communication avec le monde invisible. En 1784, Louis XVI soumet cette pratique à l'examen de la commission Bailly qui est composée de grands noms du domaine scientifique tels que Lavoisier, Franklin et le célèbre Dr. Guillotin, injustement accusé d'être le créateur d'une machine à dissocier les corps des crânes, dont la paternité réelle reviendrait au Dr. Antoine Louis. Les critiques que lui adresseront les membres de la commission royale chargés d'examiner la réalité de ce fluide sont devenues un légitime processus thérapeutique pour

l'hypnose contemporaine : « *ces cures ne sont que l'effet de l'imagination* » (Franklin, Bailly, Lavoisier, 1784). En effet, l'imagination est un des facteurs thérapeutiques de la pratique.

Nous verrons que cette mise en tension entre science et pensée magique s'est poursuivie au cours de l'histoire très cyclique de l'hypnose. Le rapport de l'INSERM de 2015 (Gueguen, Barry, Hassler & Falissard, 2015) sur « *l'évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose* » n'est pas sans évoquer une réactualisation du « *Rapport des commissaires chargés par le roi de l'examen du magnétisme animal* ». L'objectivation de cette approche est obsédante car elle constitue une tâche potentiellement aveugle dans le paysage de la médecine basée sur les preuves. Bioy (2015) produit un article pour la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur qui synthétise avec clarté les éléments structuraux de l'hypnose. Il rappelle que tout en conservant une part nécessaire de mystère, elle n'est plus une aporie. Les travaux en neurophysiologie ont pu montrer des mécanismes d'action (Vanhaudenhuyse et al., 2014 ; Jensen & patterson, 2003 ; Wood et Bioy, 2005 ; Rainville et al., 1997).

Michaux (1982) caractérise la naissance de l'hypnose en 1784, lorsque le marquis Armand-Marie-Jacques de Chastenet, Marquis de Puységur et disciple de Mesmer, identifie un état qu'il nomme « *somnambulisme artificiel* ». De cette observation, Puységur infèrera que le sujet possède des facultés internes de changement. Cette vision semble correspondre à celle de Milton Erickson qui en appelle aux « *ressources inconscientes* » de chaque individu. Le magnétiseur est un médiateur ou un facilitateur qui permet l'accès aux ressources par l'induction d'un état de conscience modifiée. Puységur encourage ses disciples et confrères à adhérer fortement à leur pratique pour lui octroyer un potentiel de changement suffisant. Nous l'observons empiriquement dans les pratiques d'hypnothérapeutes qui relatent d'éclatants succès thérapeutiques dans les premiers temps suivant leur formation. Dans notre propre exercice de l'hypnose, nous constatons les modulations de l'effet thérapeutique en fonction de nos croyances sur cette approche. Le courant dénommé « *hypnose de rue* » (Combe, 2011) revendique justement la force de cette conviction. Hypnotiser, c'est oser. Pour ceux qui pratiquent cette hypnose de divertissement, l'opérateur est tributaire des limites qu'il s'impose. Ses doutes et ses craintes vont déterminer l'absence de réponse à certaines suggestions chez le sujet.

Ainsi, Puységur souligne l'importance des croyances, de la volonté et de la suggestion dans un contexte relationnel pour obtenir des changements. L'abbé souligne la dimension psychologique et endogène de ce qu'il appelle le « *sommeil lucide* ». Souhaitant extraire la pratique de ses oripeaux originaires, il établit que *« nous avons remplacé le mot magnétisme animal par le mot concentration. On verra dans la suite que ce mot renferme dans sa signification naturelle la cause que nous cherchons du sommeil lucide* » (Faria, 1819). Bernheim saluera sa vision de *« la cause de ce sommeil* [qui] *est, selon lui, dans la volonté du sujet… C'est sa propre foi, son impressionnabilité psychique qui l'endort. Cette vérité a été nettement établie par l'abbé de Faria et surtout par le Dr. Liébeault* ». Bien qu'Etienne Félix d'Henin de Cuvillers (1819) ait déjà renommé les pratiques magnétiques par « *hypnotisme* », l'usage du terme « *hypnose* » reviendrait à James Braid (1843) qui entérine la notion d'induction hypnotique par fixation visuelle sur un objet. Le principe de focalisation attentionnelle perdurera.

Bioy (2015) rappelle les nombreux usages chirurgicaux de l'hypnose au XIXème siècle avant l'émergence des produits anesthésiques : Cloquet en 1829 ; Eliotsone en 1843 ; Esdaile en 1852. Des amputations se déroulent sous hypnose, comme avec Ward (1842) et Fenton (1845) en Grande-Bretagne, puis Loysel (1845) en France. L'intérêt médical grandissant pour l'approche se matérialise par ses usages en neurologie et en psychiatrie. L'école de Salpêtrière avec Jean-Martin Charcot s'opposera à l'école de Nancy de Liébaut et Bernheim sur la conception de la nature même du processus hypnotique. Les premiers considèrent l'hypnose comme un épiphénomène psychopathologique de l'hystérie tandis que les seconds y trouvent une dimension essentiellement suggestive. Sigmund Freud et Emile Couet se rendront auprès de Bernheim pour apprendre des applications thérapeutiques de la suggestion. Nous renvoyons à la thèse de doctorat d'Antoine Bioy (2005) pour un éclairage sur la relation tumultueuse mais continue entre Freud et l'hypnose jusqu'en 1924. Suite aux travaux de Bioy, Keller (2007) développe le témoignage de Frantz Polgar et de son rapport avec Freud autour de l'hypnose à cette époque. Bioy (2014) réhabilite par ailleurs le rôle et certaines pratiques de Coué (1926) dans la pratique de l'autohypnose et de l'autosuggestion.

Pavlov (1924) propose des modèles expérimentaux de l'hypnose. Il en élabore une théorie neurophysiologique. Il se liera par ailleurs d'amitié, jusqu'à sa mort en 1936, avec Pierre

Janet, qui a également travaillé sur ce phénomène. Il étudie les réponses réflexes et construit une approche scientifique et objectivante de l'hypnose. Janet construit pour sa part un modèle de la dissociation psychique. Outre ses différences théoriques sur les origines des troubles névrotiques avec Freud, il développe une conception psychologique du fonctionnement de l'hypnose. Il identifie l'importance de la dissociation dans l'efficacité des suggestions. Lors de la phase de déclin de l'usage thérapeutique de l'hypnose, Janet déclare en 1923 : « *la décadence de l'hypnotisme [...] n'est qu'un accident momentané dans l'histoire de la psychothérapie* ». L'histoire lui donna raison et manifeste la vie cyclique du mouvement hypnotique au cours du temps.

L'homme qui vint concrétiser, dans la deuxième moitié du XXème siècle, les prophéties de Pierre Janet s'appelle Milton Erickson. Ce psychiatre américain donne une inflexion nouvelle à la pratique. Il abandonne le style dirigiste cher à Bernheim pour inscrire l'hypnose dans un nouveau mode de communication. Son empreinte sur l'hypnose contemporaine est majeure. Il revient aux sources de Puységur en centrant son action sur les ressources inconscientes de l'individu. Il travaille une communication hypnotique permissive constituée d'enveloppes verbales, de métaphores, de suggestions indirectes, de choix illusoires, de position basse, de non-verbal. La dissociation devient un mode d'accès à ces contenus dynamiques non-conscients. Erickson démocratise la notion de transe en la positionnant comme un phénomène naturel du fonctionnement cérébral. Cette notion de naturalité est centrale. Tout individu expérimente plusieurs transes spontanées au cours d'une journée, lors de situations banales, telle que la rêverie de l'écolier, qui produisent un focus attentionnel avec une dissociation psychique. L'hypnothérapeute suscite cette capacité spontanée en séance pour accompagner l'utilisation que le sujet peut faire de son potentiel thérapeutique. Dans un mouvement humaniste, il repositionne la capacité du sujet et de son histoire comme facteurs de changements.

Il y a une proximité théorique avec Rogers sur l'idée d'un processus naturel et endogène de développement chez l'être humain. La suggestion ne vient plus imposer un mode injonctif de résolution de problème mais aiguiller le sujet vers des solutions « écologiques » sur le plan psychique. Erickson n'a pas réellement conceptualisé son approche. Ses proches collègues, Ernest Rossi (2002 ; 2000 ; 1999) et Jay Haley (2007) l'accompagneront dans sa pratique en répertoriant des situations cliniques, des modalités d'interventions et une mise en perspective plus théorisée des actions de ce praticien. Rossi (2000) notamment, poursuit ses travaux pour

identifier les corrélations entre les processus hypnotiques et les modulations cérébrales qu'ils impliquent. Bioy (2007) propose une perspective sur les origines de l'hypnose ericksonienne, qui se fonderait dans le courant humaniste de Carl Rogers et l'approche comportementaliste de Watson, avec notamment la notion d'un inconscient « boîte noire », présent mais peu accessible. Erickson adopte une vision d'un inconscient régulièrement qualifié de « réservoir de ressources », différent de l'inconscient freudien, entité de pulsions, de conflits internes et d'instances dynamiques ou encore du non-conscient cognitif, mode de fonctionnement automatisé des processus psychologiques. Erickson postule donc l'existence d'un espace interne qui serait activateur de résilience, de stratégies d'ajustement. Dans cette perspective, cet inconscient produit des effets thérapeutiques à l'insu des acteurs, patient et thérapeute, comme une entité tierce dans la relation, que l'on peut invoquer ou convoquer en adoptant son langage, essentiellement analogique et métaphorique. Cela se traduit par des formulations parfois surprenantes par lesquelles c'est l'inconscient « *qui va trouver la solution* ». Il se trouve une dimension naturaliste et tradipraticienne dans cette hypnose. Elle évoque des phénomènes naturels qui métaphorisent le fonctionnement psychique et invoque un « inconscient » curateur, comme un chamane, sorcier, guérisseur, ferait appel à un esprit bienveillant dans une lutte contre la maladie.

Orne (1959) souligne qu'une des caractéristiques de l'état hypnotique, que son équipe ne retrouve pas chez des sujets simulateurs, est la capacité à tolérer les incohérences logiques, comme s'adresser à un expérimentateur « halluciné » sur une chaise vide tout en le voyant à un autre coin de la pièce. Les simulateurs produisent de nombreux comportements non congruents avec l'état hypnotique supposé qui correspondent à leurs représentations de ce que doit être l'hypnose. En 1982, il commente une série d'expériences portant sur l'impact de suggestions hypnotiques sur des processus physiologiques relevant habituellement de régulations involontaires telles que l'asthme, le temps de coagulation, l'apparition de lésions cutanées après suggestion de brûlure.

Plusieurs figures françaises vont contribuer à rétablir l'hypnose comme méthode thérapeutique viable. Léon Chertok dans les années 1970-1980 fonde un groupe de recherche et publie divers ouvrages qui ravivent l'intérêt des professionnel et interroge la psychanalyse dont il est issu. Son élève Didier Michaux poursuivra une activité de recherche et de formation

soutenue. Antoine Bioy développe une activité universitaire contemporaine de recherche, de formation et de publication sur le sujet. Ce dernier identifie un courant qui fait suite aux approches dirigistes centrées sur l'hypnothérapeute puis aux postulats ericksoniens basés sur le patient. Il le nomme « *le travail de l'instant* », mouvement incarné par François Roustang en France et Gaston Brosseau (2012) au Canada. Le patient s'extrait de l'attraction hypnotique du symptôme pour s'ouvrir à l'expérience de l'instant, des perceptions immédiates pour engager une dynamique de changement. Notons que de façon contemporaine, les thérapies cognitives et comportementales développent leur troisième vague fondée sur la méditation en pleine conscience qui n'est pas sans rappeler le courant de Roustang.

Dans les années 1970 et 1980, un mouvement américain de psychologie scientifique a largement confronté l'hypnose aux préconçus qui l'entouraient avec Barber, Hilgard et Spanos. Leurs recherches montraient une difficulté à différencier l'état hypnotique de la suggestion et s'orientaient vers un modèle sociocognitif de jeu de rôle et de comportement induit dans un contexte d'influence et de croyances sur ce que doit être l'état hypnotique. Une étude de Spanos (1986) remet en question le fait que l'hypnose augmente les réponses aux suggestions de diminution de douleur, d'amnésie, d'hallucination, de catalepsie. Son groupe contrôle répondait de façon similaire sans état hypnotique induit. Il n'observait pas de différence notable entre l'hypnose et la relaxation pour générer une imagerie mentale ou réduire la tension musculaire (Graham, 1977). Enfin Spanos et Barber ne relèvent pas une plus grande efficacité de l'hypnose que d'autres méthodes pour traiter la douleur, le tabagisme ou les phobies. Ils considèrent que l'hypnose n'est pas un état spécifique, la transe hypnotique n'existe pas selon ces auteurs, ils mais insistent sur ce jeu de rôle suggestif et d'influence. Pour eux, le mode de communication détermine la réponse. « V*os yeux vont se fermer* » prend la place de « *fermez les yeux* » et de fait, cela laisse entendre qu'il va se passer un événement indépendant de la volonté du sujet. Ils considèrent alors que le sujet répondant va comprendre l'implicite de la suggestion et jouer le jeu, comme un acteur, en adoptant les conduites requises, avec le renforcement social que cela peut conférer.

Dans les années 1990, deux personnes ont concouru à ancrer l'hypnose dans des critères de scientificité contemporains en la confrontant à la médecine basée sur les preuves et à

l'imagerie cérébrale. Mme Faymonville (2003), en Belgique, a développé une pratique de l'hypnosédation en chirurgie qui se voit étayée sur de nombreuses recherches cliniques au Centre Hospitalier Universitaire de Liège. Ses multiples publications fournissent un référent solide à l'usage de l'hypnose en anesthésie. Pierre Rainville (1999), au Canada, utilise l'imagerie cérébrale fonctionnelle pour avérer les modifications induites par l'hypnose sur le fonctionnement du cerveau, qui révèle une spécificité de cet état, contrairement aux affirmations de Spanos qui cite Fellows (1986).

3.2. Modes de fonctionnement de l'hypnose

Robin (2013) rappelle que trois principales théories du fonctionnement hypnotique sont énoncées. L'approche dissociationniste ou néo-dissociationniste est issue de la conception Janétienne (1889) de l'hypnose. Ce processus dissociatif vise l'adaptation d'un sujet confronté à une perturbation importante. James (1890) s'inspire de cette conception pour élaborer une théorie d'un inconscient cognitif, c'est-à-dire d'un « non-conscient » regroupant les processus automatisés et implicites du fonctionnement d'un individu. Avec les concepts « d'automaticité » et « d'action idéomotrice », il montre que l'acquisition et le maintien de comportements s'accompagnent d'une diminution progressive des niveaux attentionnels et de volition accordés à certains schèmes d'actions. Les conduites d'un sujet « expert » peuvent se construire dans cette automaticité de gestes sûrs sans parasitage cognitif ou effort de contrôle. Robin (2013) rapproche ce modèle de la conception contemporaine (Michaux, 2006) d'une dissociation se produisant « *lorsqu'un ou plusieurs systèmes opèrent en dehors de la conscience et influencent la cognition, l'affect et/ou la conduite* ». Ce modèle s'implante dans la seconde moitié du XIXème siècle (Âs, Weitzenhoffer & Hilgard, 1963 ; 1962 ; 1959). L'amnésie post-hypnotique spontanée était considérée comme un indicateur possible de ce processus (Gay, 2007). En effet l'automaticité d'un processus mental, même complexe, exécuté en hypnose pouvait se dérouler hors du champ de la conscience et ne pas laisser d'empreinte mnésique, ce qui serait comparable au fait de conduire son véhicule jusqu'à sa destination sans avoir eu conscience du trajet. C'est Hilgard (1977) qui développe une théorie de la conscience divisée.

Le traitement cognitif de l'information se trouverait dissocié entre conscient et non-conscient (Barnier et al., 2008), permettant l'accès à un registre de fonctionnement spécifique qui se différencie de l'état de veille habituel. L'effet dissociatif porte sur la conscience, l'expérience, le contrôle. Cette notion perdure actuellement, coexistant avec celle de « *transe hypnotique* » ou « *d'état de conscience modifiée* » (Bioy, 2015 ; Gay, 2007, Lynn & Kirsch, 2006). Bioy précise que cette dernière formulation est préférable à celle « *d'état modifié de conscience* » qui supposerait une entité « conscience » basale, normale, à partir de laquelle des degrés différents pourraient varier et s'exprimer. Nous précisons pour notre part que le choix sémantique n'est pas anecdotique et oriente le praticien et le participant dans le sens que prend l'expérience hypnotique. Le signifiant va véhiculer un ensemble de signifiés modelant le vécu singulier de l'hypnose. La formulation « *transe hypnotique* » va ancrer la pratique dans ses racines anthropologiques, l'affiliant aux rites traditionnels extatiques, de transe collective ou de guérison. Elle ferait de cette approche une héritière occidentalisée et modernisée de pratiques d'inspiration chamaniques, avec les réserves à apporter à l'usage de ce terme actuellement, ou tradipraticiennes, chargées de mythes, rites et symboles, d'un certain *decorum,* théâtralisé et dramatisé. Nommer l'hypnose en tant qu'« *état de conscience modifiée* » l'inscrit davantage dans une réalité avec une vision étatiste avérée. Le qualificatif confère aux aspects de la conscience un caractère scientifique, mesurable et observable. Les théories sociocognitives issues des travaux d'Orne et Sarbin récusent la dimension dissociative et l'existence d'un « état hypnotique » pour se focaliser sur des paramètres tels que les attentes, les croyances, le jeu de rôle, la complaisance, le contexte socioculturel. Le modèle cognitif est plus récent et s'articule autour de la théorie du contrôle à froid et de celle de l'écart d'attribution.

Hilgard (1977) va profondément marquer le champ de la recherche nord-américaine sur l'hypnose dans la deuxième moitié du XXème siècle notamment par l'élaboration d'échelles d'hypnosabilité standardisées. Elle propose une théorie néo-dissociationniste de « *la conscience divisée* ». Lorsqu'un état hypnotique est induit, la conscience se partage entre « *la partie hypnotisée* » qui ne traite plus les stimuli sensoriels externes et l' « *hidden observer* », « l'observateur caché », correspondant à l'autre partie de la conscience qui peut répondre à ces stimulations sans en être consciente. Ce phénomène traduirait un double traitement de l'information qui peut être totalement divergent au même moment. Un comportement ralenti et hypovigile s'accompagnerait d'une activité cognitive non-consciente de traitement actif de l'information. Elle illustrait cela par la mesure de données algogènes perçues par l'observateur

caché et occultées par la partie hypnotisée de la conscience. Les sujets manifestent une amnésie post-hypnotique portant sur les activités de la partie encore vigile du fonctionnement que Laurence et Perry (1981) qualifient d'amnésie dissociative. Le modèle cognitif de la conscience présente une structure centrale exécutive en charge de la planification et du contrôle à l'image de la théorie de Baddeley (2003) sur la mémoire de travail, qui hiérarchise une structure centrale coordonnant les trois sous-systèmes que sont la boucle phonologique, le buffer épisodique et le calepin visuo-spatial. Cette conscience est orientée par une intention. Les sous-structures de la conscience pourraient procéder à un traitement sélectif et différencié de l'information selon les actions à mener. L'hypnose génère des conditions favorables à un fonctionnement dissocié et indépendant des différentes structures à l'égard du système exécutif conscient. Ce dernier est finalement remplacé par l'hypnothérapeute et ses suggestions, comme dans une délégation exécutive. La fonction qui ne se contrôle plus par la conscience sera soumise à un processus de relégation par le sujet. Spanos (1986) critiquera ces propositions, notamment en montrant que les résultats dépendent totalement de ce qui est induit par l'opérateur au cours de la séance, en l'occurrence la notion d'une « autre partie de la conscience » et l'amnésie post-hypnotique. Le courant sociocognitif attribuera ces résultats à un biais de complaisance.

Kihlstrom (2008) propose une théorie de l'expérience dissociée. Ici la dissociation au cours de l'hypnose porte sur la conscience de l'intention de l'action et l'exécution de la réponse. Certains stimuli échappent au traitement cognitif conscient mais génèrent pourtant une réponse motrice. Robin (2013) rappelle que Kihlstrom définit la conscience comme « *la capacité à se diriger dans son environnement sur la base de perceptions, de pensées et de souvenirs* ». Elle se détermine également par la conscience de soi, l'autocontrôle, la prise de décision, la planification et l'exécution. L'hypnose interviendrait en amont d'un traitement attentionnel d'un stimulus, comme cela se produirait pour un arc réflexe médullaire simple. Le sujet exécute des actions suggérées dont il n'a pas conscience. Ce sont les suggestions de l'opérateur qui mobilisent implicitement une activité cognitive et sensorielle sur laquelle l'individu se focalise et qu'il évalue comme automatique. L'aspect explicite de la suggestion est relégué tandis que son exécution implicite est préservée. En hypnoanalgésie, la douleur est présente mais non ressentie. Pour Kihlstrom, les suggestions sont orientées vers un vécu sensoriel et cognitif dont la traduction est motrice. Par exemple, une lévitation du bras est un acte moteur consécutif à une expérience cognitive de visualisation de ballons attachés au poignet qui induisent ce mouvement. L'automaticité de réponses motrices serait donc un puissant indicateur de

l'expérience hypnotique, même si elle ne s'y résume pas pour différents auteurs (Haggard et al., 2004). L'expérience d'involontarité est issue d'une exécution inconsciente d'un acte par un module cognitif. Cela revient à dire que seules les expressions involontaires seraient de nature hypnotique. Cette approche se caractérise par des modifications perceptives, mnésiques et de contrôle moteur.

La théorie du contrôle dissocié (Woody & Bowers, 1994) rejoint Kihlstrom sur les caractéristiques de l'hypnose comme réponse automatisée aux suggestions de l'opérateur. Elles se déroulent hors du contrôle conscient du sujet, sans coût cognitif. La théorie est similaire, les suggestions activent des sous-systèmes exécutifs tout en inhibant partiellement le système de contrôle central en charge de la régulation des comportements. Le ressenti subjectif d'involontarité est alors renforcé. Les tâches de rappel mnésique conscient sont plus complexes à réaliser par les sujets hautement hypnotisables que les rappels implicites ne recourant pas au système exécutif central. Ces sujets réagissent aux suggestions sans les identifier consciemment. Robin (2013) présente l'hypnose comme dépendante de la mémoire implicite. Cette dernière est constituée d'expériences passées qui influencent les perceptions, pensées et actions.

Selon les recherches des néo-dissociationnistes, le processus hypnotique serait donc bien caractérisé par un état de dissociation psychique (Laurence, 2006 cité *in* Robin, 2013).

Le second grand courant explicatif du fonctionnement hypnotique est la théorie sociocognitive qui postule que l'hypnose n'est pas un état mais un ensemble de conduites dépendant de facteurs psychosociaux et des croyances des sujets (Gay, 2007). Michaux (2005) aborde également la question des croyances sociales comme modèles de vérité sur un phénomène. Les grands noms de ce courant sont Sarbin (1972), Orne (1979), Barber (1974), Spanos (1986). Leur corpus théorique est la psychosociologie avec un travail sur la place des rôles, de l'influence, des attentes, de l'interprétation, sans pour autant nier un impact réel de l'expérience sur le fonctionnement des sujets impliqués. Dans ce contexte, la notion de dissociation psychique est rejetée (Lynn & Kirsch, 2006). L'hypnose est définie comme « *un état de changement cognitif (parfois profond) influencé par le contexte d'interaction, où l'hypnotiseur et son patient sont réunis dans un but spécifique et dans un contexte socioculturel plus large* » (Robin, 2013). Il y a deux pôles explicatifs, le premier englobant l'imaginaire, le

jeu de rôle, la motivation et la complaisance et le second relevant de la théorie de l'expectation.

Sarbin (1972) récuse l'idée d'une spécificité d'un état hypnotique caractérisé par la dissociation psychique. D'autres pratiques psychocorporelles peuvent induire cet état dissociatif et l'involontarité ne relèverait pas exclusivement de processus hypnotiques. Sarbin et Coe (1972) avancent que le dispositif hypnotique relève du jeu de rôle et que les réponses aux suggestions sont tributaires du degré d'imagination du sujet, de ses attentes et croyances, indépendamment de tout état de conscience modifiée. Les auteurs voient dans le dispositif hypnotique une situation artificiellement construite au sein de laquelle les deux protagonistes jouent chacun un rôle prédéterminé suivant une séquence scénarisée implicite. Nous pourrions toutefois interroger dans cette assertion les origines du scénario *princeps*. En effet, d'où proviendraient les premiers modèles comportementaux de réponse à l'hypnose, sur quelles bases se seraient-ils construits aux origines afin de déterminer des rôles et une trame ? Sarbin avance que les réponses aux suggestions peuvent prendre place sans instaurer préalablement un état hypnotique formel. Robin (2013) pondère le propos en rappelant que les techniques informelles employées sont susceptibles d'engendrer un état dissociatif de type hypnotique par focus attentionnel, que ce soit par imagerie mentale ou relaxation. Elle ajoute que le récit subjectif des participants met en exergue la part de spontanéité sans préméditation dans la prise de rôle. Concernant ce deuxième contre-argument, nous soulignons qu'il est envisageable que ce type de rôle soit profondément ancré dans la mémoire implicite attachée au mythe hypnotique occidental, sans que les sujets eux-mêmes aient conscience de l'influence que cela peut exercer sur la forme de leurs réponses aux suggestions hypnotiques. Sarbin prouve qu'il peut obtenir des réponses involontaires à des suggestions sans induction formelle ni état hypnotique.

Barber (1999 ; 1985 ; 1974) conteste également la notion d'état hypnotique. Selon lui, les facteurs essentiels sont la motivation et l'implication du sujet indépendamment d'un degré d'hypnosabilité. Un travail motivationnel en amont sur les attentes et croyances positives sur l'hypnose dynamiserait considérablement les réponses aux suggestions et les effets thérapeutiques, même chez des sujets ayant de très faibles scores aux échelles d'hypnosabilité.

Spanos (1986) intègre l'expérience hypnotique dans la sphère des relations d'influence avec les comportements de persuasion et les réactions de complaisance. Le ressenti

d'involontarité dans les réponses des sujets aux suggestions n'est pas issu d'un processus dissociatif mais d'un biais cognitif d'attribution. Le lieu de contrôle est externalisé au lieu d'être identifié comme étant interne. Le participant attribue la cause de ses comportements à l'agent exogène plutôt qu'à sa propre intention. Il définit l'hypnose comme « *un produit de l'imagination orienté vers un but* ». A nouveau, comme pour le rapport Bailly, il est adapté de placer l'imagination comme un facteur déterminant et non péjoratif du processus hypnotique. Les déterminants de ce comportement de soumission, d'imitation et de reproduction seraient le cadre hypnotique, la structure des suggestions et l'interprétation qu'en font les sujets. La formulation des suggestions renforce la perception d'un processus automatique : « *votre main devient de plus en plus légère et se décolle par elle-même de l'accoudoir… de plus en plus* ». Ceci laisse supposer que la main répond à un schème moteur propre, indépendant de la volonté du sujet. La suggestion directe « *vous levez votre bras* » contient en elle-même la notion que c'est bien le contrôle du sujet qui commande au bras de se lever sous l'incitation de l'opérateur. La proposition « *vos paupières sont lourdes et se ferment* » suggère également ce processus indépendant tandis que « *vous fermez les yeux* » implique un sujet conscient qui engage un acte de volonté et de décision pour produire un comportement.

Nous notons pour notre part que la suggestion de fermeture des yeux est un acte transgressif dans une relation duelle en face à face. Elle ne respecte pas un code social préétabli de normalité d'une interaction, au contraire, dans son acception courante, elle suggère une rupture de communication. La proposition initiale induit une « étrangeté » dans la situation relationnelle, propice à une succession de ruptures de *pattern* qui ouvre la voie à des réponses non conventionnelles. La rupture crée la saturation du système de traitement de l'information et de sa capacité critique, rendant l'individu soit accessible à un état de conscience modifié soit à une plus grande perméabilité aux suggestions et à la relation d'influence selon les théories. La visualisation d'images mentales ne suffira pas à générer une réponse motrice si elle n'est pas assortie d'une attribution d'une valeur au comportement, donc d'une interprétation de la séquence par le sujet. Spanos (1991) soutient que la probabilité de réponse à une suggestion dépend des facteurs de motivation, d'imagination et d'interprétation et ce, avec ou sans induction préalable. Cette position n'est pas sans évoquer celle des docteurs Liébaut et Bernheim à la fin du XIXème siècle. Nous constatons que les controverses autour de l'hypnose sont toujours animées par cette notion étatiste ou non et la place de la suggestion. Spanos critiquera également les échelles d'hypnosabilité en montrant que ceux qui avaient obtenu les

scores les plus faibles s'étaient révélés les plus suggestibles après une séquence de modification des attitudes à l'égard de l'hypnose. Les facteurs implicites de l'expérience hypnotique exercent une influence de haut niveau sur le comportement des sujets hypnotisés. Nous trouvons un biais de conformisme et de désirabilité sociale dans la réponse des individus aux suggestions. Le sujet adopte le rôle social qu'il imagine que l'opérateur attend de lui, soutenu en cela par son absorption dans un registre imaginaire et ses croyances propres. Nous ajouterions à ces facteurs la notion de soumission à l'autorité, le processus bien connu en psychologie sociale d'engagement (Joule & Beauvois, 2002) qui expliquerait que la réponse à une suggestion en appelle une autre. Robin (2013) objecte que la désirabilité sociale et le conformisme sembleraient des processus insuffisants pour expliquer les phénomènes d'hypnoanalgésie et d'hypnosédation observés en chirurgie (Faymonville, 2005 ; 1998).

D'autres paramètres sociocognitifs sont proposés comme la tentative du sujet de se persuader que l'expérience est telle que le suggère l'opérateur. Les facteurs impliqués seraient contextuels et de personnalité (Barnier, 2004). Sheehan (1991) propose que le sujet envisage la réponse aux suggestions sur un mode de résolution de problème, basé sur un engagement cognitif autour de la coopération avec l'expérimentateur. Des données motivationnelles déterminent le niveau d'engagement. Les effets que constate un sujet au décours d'une expérience hypnotique peuvent constituer un renforcement dans la réponse aux suggestions par intensification du contrôle perçu (McConckey, 1991).

La théorie de l'expectation (Kirsch & Lynne, 2006 ; 1998) se centre sur les attentes d'un sujet mis en situation hypnotique. Ce dernier établit des liens de causalité entre une production (état hypnotique et suggestion) et ses effets (réponses). Il s'agit d'une évaluation cognitive probabiliste qu'une action requérant un certain niveau d'engagement va produire un résultat rapportant un type de bénéfice. C'est la notion de « prédiction » que soulignent les auteurs. Ils affilient en cela l'hypnose à la réponse au placebo dans laquelle l'évaluation du bénéfice attendu module l'effet thérapeutique. Le sujet entre dans un cycle d'auto-renforcement des croyances et comportements au sein duquel chaque réponse détermine la suivante. Lynn et Kirsch (2006 cité *in* Robin, 2013) soulignent ce fait majeur : « *renforcer les attentes positives des individus vis-à-vis de l'hypnose ne peut que maximiser les bienfaits du traitement* ». Robin (2013) explique que selon cette théorie « *le mécanisme hypnotique repose sur des prédictions de réponses autoréalisatrices* ». Toujours dans le contexte performatif de l'hypnose, les individus

produisent leurs prédictions. Lynn décrit le processus comme l'interaction entre des attentes de désirabilité sociale et de changement d'un sujet dans un contexte donné face à des stimuli spécifiques. Ce contexte relève à nouveau d'attentes autoréalisatrices. La perte de contrôle est due aux attentes du sujet qui sont façonnées par les croyances culturelles avançant que l'hypnose est une expérience d'involontarité. Nous avons déjà cité les travaux d'Orne (1979 ; 1959) suivis de ceux de Spiegel (1998) qui mettent en exergue des différences significatives entre un sujet simulant un comportement hypnotique et des sujets expérimentant un état de conscience modifiée. Ils ont notamment observé que la rémanence temporelle d'une réceptivité aux suggestions est forte chez les sujets « hypnotisés », se prolongeant au-delà de l'expérimentation alors que cette attitude connaît une extinction immédiate chez les simulateurs. Ainsi, les attentes implicites ou explicites sous-tendant les réponses aux suggestions déterminent le sentiment de perte de contrôle au cours de l'exercice. La valorisation des estimations positives constitue un potentialisateur de l'effet thérapeutique.

Michaux (2005) développe également un regard sur les représentations sociales de l'hypnose et leur incidence. Il existerait un socle commun, basal, de représentations qui postulerait que l'hypnose est « *un état de sommeil pendant lequel le sujet hypnotisé, être fondamentalement faible et vulnérable, perd toute conscience et toute volonté* ». L'hypnotiseur serait lui gratifié d'un pouvoir particulier qui lui permettrait, par une certaine naturalité, de pousser le sujet à dépasser ses limites et son fonctionnement ordinaire. Les représentations sociales s'imposent comme un mode de connaissance profane qui tient lieu de savoir, susceptible de s'opposer au savoir « expert » qui contreviendrait aux croyances. Cette conflictualité entre profane et expert induit des controverses continues sur ce qu'est « *la vraie hypnose* ». Michaux cite divers exemples de cette rencontre de deux mondes et nous en trouvons régulièrement dans notre pratique où après avoir mis en œuvre une séance hypnothérapeutique que nous évaluions riche de contenus et de réactions, la patiente nous dit : « *mais moi ce que je voudrais, c'est faire de la vraie hypnose… vous savez pour retrouver le truc qui fait que je suis comme ça* ». Nous retrouvons les mêmes formulations que rapporte Michaux dans son article de 2005. Il cite trois causes principales de la persistance des croyances sur l'hypnose que rien ne vient démentir. La première est historique. L'hypnose est venue « naturaliser » des phénomènes autrefois attribués à des pratiques parareligieuses, de sorcellerie. Malgré cette tentative, dès le XVIIIème siècle, l'hypnose restera associée aux phénomènes sataniques de possession. Par ailleurs, la perte de contrôle et l'involontarité sont bien des indicateurs

d'adorcisme puisqu'une force extérieure agit à la place de l'individu, « dans le sujet ».

Le deuxième facteur est inhérent à la nature des relations interpersonnelles et de l'influence perçue en hypnose. Comme nous l'avons développé précédemment, l'hypnose constitue une transgression du modèle occidental contemporain de l'individu, comme entité autonome, déterminé par sa volonté et son libre-arbitre. Elle fait acte de rupture épistémologique entre les croyances de ce mode de pensée sur l'identité personnelle et l'indépendance et une expérience psychosociologique d'un état de conscience modifiée dans un rapport interpersonnel. Michaux cite Roustang (2000) qui qualifie ce fonctionnement « d'hétéronomique », qui est régi par la loi d'un autre, par opposition à « autonomique », qui est dicté par ses propres règles. Il se réfère en cela à un processus de décision qui n'est pas intériorisé par le sujet.

Selon nous, l'hypnose est perçue comme un processus transgressif et dangereux, puisqu'elle viendrait compromettre un des principes éthiques fondamentaux : le respect de l'autonomie. Ce dernier accompagne la bienfaisance, la non-malfaisance, la justice et l'équité. L'hypnose rappelle cette dimension archaïque de la pensée magique. Elle vient ensauvager la pensée occidentale en la ramenant à un mode de raisonnement « pré-individualiste ». Au sein de cette conception du monde, les frontières et limites sont poreuses entre les individus, les morts et les vivants, les humains et la nature. Le mythe d'un homme moderne complet, délié de son environnement peut se trouver compromis par une expérience hétéronomique. Un individu semble agir dans un autre par la parole, partager deux volontés dans un même corps. Dans une ère de « foi scientiste », ce simple postulat reléguerait l'hypnose au rang de pratiques païennes primitives ou de phénomènes psychotiques. Cette approche suscite à nouveau une rupture de pattern, non pas à un niveau de communication interindividuelle mais bien sociétal et culturel et de la même façon, provoque une réaction de sidération. Comme le précise Michaux, une hypnose qui agirait dans le sujet « malgré lui » soutiendrait le fantasme de guérison passive, que nous appelons « exérèse psychique », ou au contraire celui d'une intrusion qui forcerait le lien anaclitique.

Le troisième et dernier facteur expliquant la survivance de postulats parascientifiques sur l'hypnose contemporaine, selon Michaux, est la connaissance empirique, par chaque

individu, de relations naturelles génératrices d'hypnose expérimentées au cours du développement lors de la période symbiotique à la mère, de l'individuation, de confrontations à l'autorité, de situations de peur et d'effroi. Ce panel d'expériences précoces constituerait le terreau fertile de représentations de l'hypnose. Connotées affectivement et émotionnellement, elles relèvent de la croyance et non du savoir, et résonnent dans l'imaginaire collectif. Michaux propose d'identifier et de situer ces croyances tout en recommandant de limiter leur renforcement. Il engage les hypnothérapeutes à clarifier leurs propres constructions mentales sur le sujet, ce qui « doit être » ou non de l'hypnose, afin de limiter les contre-attitudes délétères. L'écueil pour ces derniers peut être le sentiment d'imposture et d'incompétence ou la toute-puissance.

Toujours d'après la revue de littérature de Robin (2013), la théorie la plus récente sur l'hypnose après le néo-dissociationnisme et le sociocognitivisme est issue du cognitivisme. La théorie du contrôle à froid (Dienes & Perner, 2007) s'ancre dans les modélisations cognitives de la conscience. Le sujet se trouve dans une disposition psychologique particulière et a simultanément conscience de s'y trouver. Il y aurait dissociation du contrôle exécutif et de la conscience. Le contrôle exécutif dépend du Système Attentionnel de Supervision, le S.A.S., un système de contrôle attentionnel volontaire (Norman & Shallice, 1986). Cette fonction vise à adapter le comportement d'un sujet en fonction de son but et de facteurs motivationnels. Cela exige un effort attentionnel et un contrôle conscient, notamment pour s'ajuster à des tâches nouvelles requérant une capacité d'initiative. Le SAS correspond aux fonctions exécutives d'utilisation des connaissances, de construction de stratégies, de planification et d'inhibition des réponses. Il est donc actif, conscient et se démarque de processus automatiques. La conscience (Rosenthal, 2004) serait une méta-cognition, un processus supérieur de représentation de la pensée. L'acte introspectif permet de réguler des processus mentaux.

Dans la théorie du contrôle à froid, les réponses hypnotiques seraient guidées par le contrôle exécutif. Les sujets se révéleraient actifs et productifs, tout en faisant une expérience d'involontarité. Ils se focalisent sur les réponses aux suggestions mais n'engagent pas de processus de pensée sur ce phénomène. Il y a dissociation entre le processus de contrôle et le processus d'évaluation. La notion de contrôle à froid vient du fait qu'un comportement se produit sous l'effet du contrôle exécutif mais sans métacognition, donc sans conscience de soi comme initiateur du geste. Les réponses dépendent des suggestions, des attentes et des

croyances. Le sujet n'a pas le sentiment de savoir qu'il exerce un contrôle implicite sur sa réponse.

La théorie d'écart d'attribution (Barnier & Mitchel, 2008) s'intéresse aux dissonances entre l'évaluation et la production de réponses hypnotiques. Les sujets attribuent les comportements hypnotiques à des facteurs externes. « *La dissociation hypnotique résulte d'une discordance entre ce qui est escompté et ce qui est réalisé. Il s'ensuit alors un biais d'attribution en ce qui concerne la cause de l'événement* » (Robin, 2013). Ils intègrent aux processus cognitifs d'évaluation et d'exécution des éléments perceptifs, socioculturels, de contexte, relationnels. Plus les réponses aux suggestions semblent aisées à exécuter pour le sujet, plus il attribuera à l'expérience un caractère involontaire. Des processus attentionnels d'absorption et d'engagement doivent être associés. Les conditions hypnotiques, relaxation et concentration, réduisent l'intensité de l'activité cognitive discursive interne et le niveau de traitement des stimuli environnementaux. Ce processus permet d'orienter le focus attentionnel du sujet sur la suggestion hypnotique et l'exécution de la réponse au détriment de contenus mentaux secondaires, avec un faible coût cognitif. Les sujets contrôlent donc activement leurs réponses.

La singularité d'un état hypnotique a été longtemps controversée, notamment par les tenants du courant sociocognitif et les « non-étatistes ». La neuro-imagerie fonctionnelle a permis de caractériser le fonctionnement hypnotique par son activité cérébrale. Faymonville et Maquet (2005) caractérisaient l'état hypnotique par la présence de mouvements oculaires latéraux lents, un électro-encéphalogramme différenciant l'état hypnotique de la veille et du sommeil et un état de décontraction musculaire. La reviviscence d'un souvenir sous hypnose se différencie d'une simple remémoration, notamment par activation des régions occipitales (visuel), temporales (sensitives) et précentrales (mouvement). La visualisation hypnotique active des fonctions sensorielles et non simplement mnésiques. Rainville (2004) relève une augmentation de flux sanguin dans les zones occipitales, frontales gauches et droites, le cortex cingulaire antérieur droit. Il diminue dans les cortex temporaux et pariétaux. En 2005, il précise que les suggestions de modulation de l'intensité de la douleur impliquent le cortex somatosensoriel primaire. Celles qui portent sur le vécu émotionnel, comme une suggestion de confort, agissent sur le cortex cingulaire antérieur, associé au système limbique impliqué dans la régulation émotionnelle ainsi que sur le système opioïde endogène. Concernant l'hypnoanalgésie, Bioy (2015) résume que son action est multilocalisée, par réseaux

d'activations et de désactivations. Les structures principalement impliquées sont l'insula, le cortex préfrontal, le thalamus, le cortex primaire et secondaire, le cortex cingulaire. L'hypnose exercerait une action sur le système de contrôle inhibiteur descendant transitant par la moelle épinière. Une douleur imaginée est aussi active qu'une douleur réellement provoquée.

Bioy (2015) caractérise l'hypnose comme un état de conscience modifiée se développant au sein d'une relation intersubjective. Il relève une modification de l'orientation temporo-spatiale, un sentiment de détente, une hyper-absorption de l'attention, une diminution du jugement et de la censure, une expérience de réponse quasi-automatique. Nous rappelons que la construction du dispositif se décline en différentes phases. La première est celle de la rencontre et de l'évaluation du fonctionnement du sujet, de sa situation, de ses attentes et de ses objectifs. Ce temps doit permettre l'installation d'une alliance thérapeutique entre les deux protagonistes.

L'induction est la phase de transition entre le fonctionnement usuel de veille et l'état hypnotique. Elle fonctionne par focus attentionnel sur un percept, qui permet une déconnexion progressive du traitement des autres stimuli. La fixation visuelle d'un point s'accompagne de suggestions de fermeture progressive des yeux avec une enveloppe du discours de l'opérateur et la réitération de certaines propositions. Le sujet se concentre sur son monde interne, notamment par le biais de l'imagerie mentale et des sensations.

L'abolition, au moins partielle, d'un sens critique qui serait une méta-cognition permet au sujet d'expérimenter sensoriellement ce qu'il est en train de vivre et de s'immerger dans l'expérience. L'état dissociatif de « transe hypnotique » s'observe par une certaine hypotonie musculaire, des temps de réponses allongés, un ralentissement des rythmes cardio-respiratoires, de la pression artérielle, un flux verbal ralenti, des mouvements oculaires lents et une inhibition du réflexe de déglutition. Selon les approches, une seconde phase, post-induction, va engager le travail thérapeutique par des visualisations, métaphores, narrations, suggestions directes ou indirectes, projections, changements de perspective, recadrages (Salem, 2004 ; Bioy, 2007 ; 2010).

Il est fréquent de proposer au sujet de revisiter son histoire pour mobiliser des ressources et des compétences qu'il serait susceptible d'actualiser pour générer des stratégies d'ajustement adaptées à la situation présente. L'opérateur adoptera un style spécifique de communication avec des formulations stratégiques et des propositions implicites, jouant également sur les modalités sensorielles, le para-verbal, le non-verbal. La séance se clôt par une phase de ré-association, « d'éveil », une nouvelle transition entre deux états et un dialogue autour de l'expérience.

3.3. La notion d'hypnosabilité

La notion d'hypnosabilité est un sujet d'étude qui a commencé avec Hilgard (1965) qui identifiait 10 à 15% de sujets expérimentant un état de conscience modifié avec un taux de réponse important aux suggestions de l'expérimentateur. Actuellement, l'indicateur principal d'hypnosabilité est le niveau de réponses comportementales de l'individu aux suggestions hypnotiques (Robin, 2013). Les différentes recherches ont porté sur cette délicate distinction à effectuer entre suggestibilité et état hypnotique. Un état dissociatif hypnotique augmenterait le taux de réponse aux suggestions (Hilgard, 1965), ce qui est contesté par le courant sociocognitif (Kirsch & Braffman, 2001). Cependant nous avons vu que l'hypnose et la suggestibilité n'étaient pas des phénomènes identiques ni superposables, bien que la dimension de réponse aux suggestions fasse partie des manifestations hypnotiques. Certains auteurs ont souligné l'importance de l'imagination et de la capacité à produire une imagerie mentale (Kirsch & Braffman, 2001). Kihlstrom (2008) met en exergue la perte d'initiative et de volonté comme caractéristique de l'expérience hypnotique. L'importante variabilité interindividuelle des réponses à l'hypnose complexifie les tentatives pour circonscrire le phénomène.

L'outil de mesure standardisé qui fait référence est l'échelle de susceptibilité à l'hypnose de Stanford (Weitzenhoffer & Hilgard, 1962). Elle est administrée individuellement et consiste en une induction hypnotique suivie de 12 suggestions, avec un gradient sur trois niveaux et une cotation des réponses aux suggestions. En dépit des travaux de l'équipe de Michaux (1982) qui postulait des traits de personnalité augmentant la réceptivité à l'hypnose comme l'ouverture et l'autorité (Gorsuch & Cattell, 1967) ou la sociabilité et l'ascendance (Guilford et al., 1956), les recherches ultérieures ne confirment pas cette hypothèse (Kirsch, 1992). Kirsch et Lynn (1997)

excluent que l'hypnosabilité soit tributaire de traits de crédulité ou de conformisme et Michaux (1978) qu'elle implique un jeu de soumission et de manipulation du sujet.

La dimension de personnalité la plus stable et consistante serait « l'absorption » comme capacité à s'engager dans une activité attentionnelle focalisée et corrélée à l'ouverture à l'expérience (Robin, 2013 ; Spiegel, 2004). Les autres corrélats entre traits de personnalité et hypnosabilité ont été jusqu'à présent invalidés. McGeown (2009) associe l'état hypnotique avec une diminution de l'activité du cortex frontal observée en IRM fonctionnelle, avec ou sans exécution de tâches. L'étude des liens entre processus attentionnels et hypnosabilité est également en essor et démontre que l'état hypnotique semble réduire les capacités attentionnelles dans les tâches impliquant discrimination, choix et inhibition. Ceci est cohérent avec l'idée d'une réduction de la capacité exécutive d'inhibition (Crawford & Gruzelier, 1992).

Si la suggestion hypnotique s'oriente vers une réduction d'un conflit dans le traitement de l'information, par inhibition partielle d'une information parasite, les performances de détection d'un stimulus peuvent être augmentées (Raz, 2005). La dissociation du contrôle attentionnel au cours de l'expérience hypnotique inhiberait la production spontanée de stratégies d'ajustement rendant les actions automatiques et involontaires.

3.4. Hypnose, pensée magique et rituels

Le sujet de notre recherche se positionne dans un champ transdisciplinaire qui intègre des données psychologiques, notamment sur l'expérience singulière de deuils individuels et de pratiques hypnotiques, et socioculturelles, par le biais du questionnement sur l'évolution du rapport social et culturel aux rites funéraires, aux deuils et aux endeuillés.

Notre recherche s'inscrit dans une démarche de compréhension du rôle et du sens d'une expérience d'hypnose clinique dans le traitement de deuils compliqués. Des patients venant consulter pour d'autres problématiques, fréquemment des douleurs chroniques, parviennent à énoncer au cours du suivi une histoire du deuil qui a durablement impacté leur fonctionnement psychique. Ainsi nous relevons une symptomatologie variée mais référencée dans les désorganisations liées aux deuils prolongés : perturbations émotionnelles et comportementales, plaintes somatiques fonctionnelles, troubles chronicisés du sommeil, de l'appétit, altérations cognitives, attention et mémorisation, asthénie. Nous pouvons nous intéresser aux concepts de « crypte » et de « fantôme » développés par Abraham et Torok (1968) dans la compréhension du processus de deuil.

Concernant l'hypnose, une synthèse des observations et pratiques de différents auteurs nous permet de comprendre qu'elle implique une constellation d'éléments regroupant un cadre, un contexte, une relation, un état, de transe ou de dissociation, un jeu de rôle entre les participants, un effet suggestif, une disposition à l'absorption et à l'imagination, un fond culturel de croyances et de représentations. Nous abordons le phénomène hypnotique de façon intégrative, tout en relevant les débats qui animent les tenants de ces différentes conceptions.

Chertok (1980**),** en s'appuyant sur les travaux de Bowlby (1969), souligne qu'il existe chez l'enfant un besoin de protection, par attachement, qui se différencie des éléments primaires liés à la nutrition et la sexualité. Un instinct réapparaîtrait en hypnose avec la dimension affective de la relation entre les deux protagonistes. L'auteur développe que la voix, la mimique, le toucher de la mère dans le prélangage jouent un rôle dans la construction de la personnalité et qu'il « *est possible alors que l'induction hypnotique rende son actualité à ce mode de*

communication que la communication langagière habituelle occulte mais ne détruit pas » (Chertok, 1980). Le rapport hypnotique introduit une dimension relationnelle régressive engageant les premiers liens d'attachement. Il offre ainsi un axe de travail thérapeutique autour de la perte d'objet, du manque et de la recherche de contenance. Le cadre garantit une possibilité de régression sécure permettant de travailler les relations objectales et le processus d'introjection. La dimension transférentielle se trouve actualisée par un éprouvé corporel. La relation hypnotique permet de restructurer un mode de rapport à l'autre. Le sujet peut vivre dans la relation thérapeutique des phases régressives qui évoluent progressivement en individuation et autonomisation. Il s'approprie la démarche hypnotique et s'autodétermine dans le rapport au thérapeute qui n'est plus celui qui porte un pouvoir, mais un partenaire thérapeutique occupant sa juste place.

Nous nous intéressons aux phénomènes dits de « guérisons immédiates » (Michaux, 2007), avec toutes les réserves à apporter à la notion de « guérison », notion entendue par Michaux comme une levée symptomatique instantanée à l'issue de la séance d'hypnose. Afin de mieux cerner les éléments actifs de l'hypnose qui permettent ces levées soudaines de symptômes, nous devons nous intéresser à la notion d'efficacité symbolique telle qu'elle fût développée par Lévi-Strauss (1949). Un dispositif symbolique structuré autour de récits mythiques et étayé par un contexte culturel serait susceptible de produire des effets thérapeutiques, par une action sur la matière. Les mythes ont différentes fonctions. Ils expliquent les origines, mobilisent l'action, stimulent les croyances, légitiment la magie. L'hypnose trouve une affinité particulière avec la notion de rituel par ses caractéristiques structurelles et fonctionnelles. Elle devient rituelle par des paroles et des actes vecteurs de symbolisation. Bacqué (2000) souligne que « *la symbolisation démarre avec les rites et leur acceptation* ». Ainsi, selon l'auteur, « *ils autorisent et canalisent la souffrance* ». Le rite s'inscrit dans la perpétuation du mythe. Il est performatif car il s'annonce comme produisant des effets. Il devient rite par des procédures mises en mots et en actes. L'hypnose doit s'inscrire dans un contexte culturel collectif, familial et individuel pour être en congruence avec les contenus représentationnels de l'endeuillé et produire un effet. Une investigation des mythes familiaux est nécessaire afin de se positionner dans un registre signifiant pour le sujet.

Martine Lussier (2007) préconisait que les psychologues intègrent trois dimensions sociologiques à la compréhension du processus de deuil : le rapport à la temporalité (finitude),

à la parenté (filiation) et à la perte (pensées et rites autour du mort). Selon Berthod (2009), « *les façons d'exprimer son chagrin et de percevoir les affects des endeuillés conditionnent la mise en place d'un dispositif rituel et en modifient la teneur.* […] *L'interprétation mutuelle faite par les différents acteurs des souffrances liées à un deuil n'est pas sans obliger à se comporter de manière plus ou moins figée, plus ou moins conforme, plus ou moins convenue ; à suivre, adapter, négocier ou inventer des pratiques rituelles* ». L'invention de pratiques rituelles se fait par les endeuillés eux-mêmes, lorsqu'ils produisent des actes symboliques signifiants tels que l'écriture de lettres, les pèlerinages dans des lieux relatifs à l'histoire du sujet, des actions sur la tombe, l'accomplissement d'un souhait du défunt, seuls ou avec leurs proches. Mais elle peut également se faire dans le cadre thérapeutique où l'hypnose semble trouver une affinité particulière avec la ritualisation. Bioy et Michaux (2007) soulignaient également que l'hypnose est une « *expérience de l'ordre de l'intime* [qui] *mobilise tout ce qui est présent à un moment donné pour un individu, et ce, dans un « rite » de rencontre particulier qui va être donné par l'induction hypnotique* ».

Nous soulignons ici la place occupée par le courant systémique dans le développement des rituels thérapeutiques en psychothérapie (Selvini Palazzoli, 1974). Ils se distinguent des prescriptions comportementales par leur caractère symbolique. Courtois (2006), dans un riche article interrogeant la place des rituels thérapeutiques en thérapie familiale systémique, rappelle plusieurs éléments distinctifs qui correspondent à notre conception et inspirent le développement suivant. Le rite est un dispositif culturel qui implique la détermination d'un espace et d'un temps, sacrés ou non, qui se situent hors de la réalité « ordinaire ». Nous soulignons ici que cette pratique a une dimension « extraordinaire » bien qu'il soit banalisé par son caractère répétitif. Il s'inscrit dans un mode de rupture de *pattern* de la communication habituelle en introduisant d'autres règles et conduites. Il crée un espace/temps différencié qui répond à des codes spécifiques. En ce sens, comme le processus hypnotique, il génère un état de perméabilité et de réceptivité aux suggestions performatives. Il engage des acteurs et un ou plusieurs célébrants. Le rite est donc une pratique qui mobilise de l'agir et implique le corps sans pour autant exclure le recours à la parole. Courtois (2006) rappelle qu'il est généralement itératif mais qu'il peut également ne « *se produire qu'une seule fois et être défini comme rite* ». Le rite affirme l'identité individuelle en inscrivant le sujet dans son environnement social qui se trouve lui-même renforcé par la pratique. Les pratiques rituelles ne se limitent pas à leur caractère fonctionnel mais engagent une dimension symbolique de représentation et de

communication qui les différencient des routines et habitudes. L'auteur précise que les rites profanes sont généralement moins intenses en contenus symboliques. Le soubassement de cette ritualité profane relève de l'idéologie, de la croyance, de valeurs et de conduites par nature changeantes. Les fonctions de ces pratiques rituelles non sacrées sont de générer un sentiment de communauté, marquer la temporalité, l'appartenance, la continuité.

L'élément qui nous semble majeur est la proposition de Moore (Moore et al., 1977 cité *in* Courtois, 2006) concernant ces rites profanes dont font partie les rituels thérapeutiques : « *Dans les cérémonies profanes, certains changements sont faits et marqués aussi sûrement que dans un rite de passage* ». Ainsi, le rite n'est pas un simple marqueur transitionnel, il constitue en lui-même une scansion temporelle entre deux états du sujet. La distinction entre rite et rituel est parfois complexe à identifier dans la littérature. Nous avions adopté la perspective de l'auteur qui déclare que « *dans le champ profane, le rituel fait référence à des actions localisées, des contextes de vie plus ciblés que le rite, il est défini comme une composante du rite* », avec une diversité de sens et de contextes. Dans ce cadre, la participation collective au rituel est moins contraignante et peut se produire à un niveau plus individuel avec un représentant, par délégation, de la communauté.

Sans (1998) mentionne les apports de Van de Hart (1983) dans la conception des rituels thérapeutiques. En effet, ce dernier détermine des parties de rites qui peuvent être qualifiées « *d'ouvertes* » ou « *fermées* ». Les parties « ouvertes » seraient plus modulables et offriraient la possibilité aux acteurs de les investir en les intériorisant tandis que les parties « fermées » sont plus contraintes et demeurent extérieures aux participants en dépit de leur adhésion. Van de hart (1983) détermine que le caractère du rite peut être répétitif ou unique. Un élément fondamental nous semble être ce qu'il détermine comme rituels « *vides* » ou « *pleins* ». Le caractère opérant d'un rituel thérapeutique est fondé par le niveau d'implication réciproque de l'officiant et des acteurs. Plus cet investissement mutuel est important, plus le rituel est considéré comme « plein » et porteur d'effets. Le rite « vide » est celui qui ne mobilise pas les participants. Notre proposition de dispositif rituel hypnotique contient ces dimensions fermées dans sa structure, permettant une contenance des affects et ouvert dans son contenu, autorisant l'appropriation symbolique. La production de sens sur un événement est une dimension cognitive essentielle. Elle détermine ce que va devenir une expérience donnée pour un sujet. La mise en sens d'un dispositif comme rituel relève de ce fonctionnement qui articule le savoir

expérientiel personnel, le savoir théorique scientifique et le savoir commun, constitué d'un faisceau de croyances collectives sur un sujet (Miermont, 2012).

Nous pouvons nous attacher à comparer les structures respectives du rite et de la séance d'hypnose. L'anthropologue Van Gennep (1981 [1909]) décrit la construction des rites de passage. Comme le rite, l'hypnose revêt un caractère performatif, en devenant ce qui est énoncé. La parole d'un autre produit un acte ou une sensation chez le sujet. Construite comme prolongement du rite funéraire avec une fonction de clôture, l'hypnose peut endosser une même efficacité symbolique. Les rites funéraires génèrent des effets également en raison de leur caractère « communautaire ». Or, l'endeuillé se trouve avec le praticien en colloque singulier, ce qui pourrait compromettre l'idée d'une fonction rituelle de l'hypnose. Il convient d'interroger ce que représente le thérapeute pour le sujet lors de cette démarche. Il peut être investi d'un pouvoir de représentation du corps social par délégation implicite. Le positionnement du thérapeute au sein d'une institution publique, comme un centre hospitalier, peut lui conférer le statut de témoin du statut de l'endeuillé et de sa réintégration possible dans « la société des vivants ». En se basant sur le modèle de Van Gennep, nous pouvons comprendre que l'hypnose - comme le rite de passage - prend fonction de réincorporation de l'individu dans sa communauté après la période de liminarité. Dans cette zone de marginalité, il ne dispose plus de son ancien statut et n'en a pas encore endossé de nouveau. La réincorporation permet à l'endeuillé de réintégrer la communauté des vivants après un temps de « vie suspendue ». Nous recueillons dans la clinique des éléments de privation, d'anhédonie, de prostration, de retrait social. L'endeuillé ne s'autorise pas à se réagréger à la vie sociale par loyauté à l'égard du défunt. L'acte hypnotique, le vécu de la transe et la relation thérapeutique offrent ainsi une possibilité d'espace intermédiaire venant clôturer la période de liminarité.

De même il semble important d'inclure la pratique hypnotique dans un contexte au sein duquel elle prend une valeur symbolique. L'hypnose s'ancre dans un registre imaginaire nourrit de représentations sur les états de conscience modifiée, les phénomènes de transe, le magnétisme, la pensée magique, la mise en spectacle de la suggestion, les productions cinématographiques et littéraires, les faits divers. Cette constellation fantasmatique constitue un réservoir de représentations mentales qui composent l'univers implicite d'un dispositif très investi socialement. Le sujet va s'y conformer pour modeler la réponse qui correspond à ce qu'il imagine être une expérience hypnotique et ce que l'opérateur est supposé attendre de lui.

Ce procédé se traduit par le niveau de soumission aux suggestions, la catalepsie, la fermeture des yeux ou tout autre phénomène. Si la notion de transe peut prétendre à une certaine universalité, ses modalités d'expressions seront aussi variables que celles du deuil. Ces données constituent un appui pour comprendre ce qui conditionne les manifestations hypnotiques en elles-mêmes. Dans la dissociation hypnotique, le sujet met en acte. Nous ouvrons un espace intérieur au sein duquel il peut vivre une cérémonie d'adieu, un contact ou une parole avec le défunt, un fil métaphorique reflétant l'état de la relation avec la personne décédée et son évolution souhaitée (Virot, 2008). Une des caractéristiques de la transe est qu'elle est vécue ici hors du temps, hors du Réel tout en prenant valeur de réalité pour celui qui l'expérimente. Les sensations et les émotions prennent corps dans le sujet.

Pour raisonner par analogie, nous avons pu observer, dans la société française contemporaine, le déplacement du faisceau de croyances du religieux au scientifique comme le signifiait Gierl (1998) concernant la société germanique. Nous tenons cependant à pondérer ce point avec le constat d'un mouvement contemporain de regain de la religiosité et de son animation au sein de l'espace social. Nous ne soutenons pas une vision mécaniste de processus sociaux au sein desquels un courant se développerait nécessairement au détriment d'un autre, comme si une coexistence, voire une forme symbiotique, était impossible. Nous constatons que le fait religieux s'accommode des innovations technologiques. Cependant, les revers d'une société technicisée ont commencé à s'imposer dans les représentations collectives. Ils sont illustrés notamment par le phénomène de réchauffement climatique, les troubles communicationnels et attentionnels liés à l'usage constant des écrans et des outils connectés, le sentiment d'isolement dans un espace sur-communiquant, les modifications des relations à l'espace et au temps (Bryon-Portet, 2012), les questions bioéthiques relatives au traitement des corps humains. Un jeune homme qui s'était engagé dans un mouvement religieux extrémiste expliquait sa démarche par une quête de sens. La saturation de consommation et technologie ne répondait pas à ses aspirations existentielles, contrairement au fait d'appartenir à une communauté, d'y être reconnu et de pouvoir mener une existence « héroïque » (Thomson, 2016). Ainsi, l'objet du culte s'est modifié mais les croyances demeurent. L'hôpital est le nouveau temple supposé de la scientificité biomédicale, avec ses dogmes et ses officiants. Cependant, ce modèle laisse peu de place à l'imaginaire (Le Breton, 2008) qui est une composante du soin. L'hypnose en milieu hospitalier s'intègre comme un espace alternatif. Une forme de survivance païenne en milieu scientifique. Elle donne place au symbolique, au non-su, à l'expérimenté,

contrairement par exemple à l'acte chirurgical. En ce sens, elle navigue à contre-courant du modèle dominant mais s'exerce dans un cadre rassurant pour le sujet. Elle fonctionne à l'image de ce que Bertrand Hell (1999) qualifiait « d'*irruption du sauvage dans l'ordre de la cité* », en parlant du chamanisme et de la possession. L'hypnose fonctionne ainsi sur un mode disruptif. Elle surprend, déroute. Les causalités sont arbitraires, comme dans la vie onirique, le sens global de l'expérience se construit dans l'imaginaire du sujet et de l'opérateur. Stengers (2002) soulignait combien l'hypnose constituait un « *défi à la pensée* », notamment scientifique. Cette approche joue de la pensée magique.

« *La pensée magique se réfère à la croyance que des gestes, des pensées spécifiques, la verbalisation, les gestes associés, ou les postures peuvent d'une façon mystique, conduire à l'accomplissement de certains désirs ou prévenir certains maux. Les jeunes enfants sont enclins à cette forme de pensée, comme conséquence de leur capacité limitée à comprendre la causalité.* […] *Le patient sent que, simplement en pensant à un événement dans le monde extérieur, il peut faire en sorte que cet événement arrive sans le moyen d'une action matérielle* ». (Freedman, Kaplan, Sadock, 1976).

Zusne et Jones (1989) définissent la pensée magique comme la croyance selon laquelle soit « *un transfert d'énergie ou d'information entre des systèmes physiques peut se faire uniquement en raison de la similarité de ces systèmes ou de leur contiguïté dans le temps et dans l'espace* ». Soit « *les pensées, paroles ou actes peuvent avoir des effets physiques précis d'une manière qui n'est pas régie par les principes de la transmission ordinaire de l'énergie ou de l'information* ».

Le corps social peut accepter et valider la singularité de l'hypnose et de son efficacité magique, comme en attestent les recherches menées sur les représentations de cette approche (Michaux, 2005). Le changement radical de fonctionnement est aisément légitimé, aux yeux de l'entourage, par une séance d'hypnose : « *depuis j'ai arrêté de fumer* » ; « *j'ai retrouvé le sommeil* » ; « *j'ai fait le deuil* ». Il existe ainsi une forme de cooptation sociale dans la disparition du symptôme. L'hypnose permet à l'endeuillé d'accepter de renoncer, avec un minimum de culpabilité, à des symptômes qui sont autant d'autels érigés en mémoire du défunt, des vestiges de la relation. Hell (1999) parle du chamanisme comme d'une capacité à

« *construire un monde signifiant* [...] *à donner du sens à l'aléatoire, rendre pensable le malheur* [...] *par la seule puissance de son verbe* ». Cette conception correspond à ce que la pratique hypnotique peut produire. Nous n'assimilons pas hypnose et chamanisme mais nous identifions certaines caractéristiques communes. La notion de transe se retrouve dans les deux approches, malgré les nombreuses variations qui peuvent exister dans ces processus, entre les transes extatiques, bruyantes, de possession, de guérison, d'adorcisme, d'exorcisme. Michaux (1995) développe ces nuances en comparant les observations ethnologiques (De Heutsch, *in* Michaux, 1995) et psychologiques, avec toutes les difficultés que comprend cette démarche et le risque de réductionnisme d'un objet à autre. Néanmoins, il se dégage des jonctions entre hypnose et chamanisme, notamment par le biais de l'expérience de transe mais aussi de certains paramètres contextuels d'induction de cet état. Si les univers des représentations mentales et des processus divergent, Michaux peut observer des paramètres techniques similaires.

Dans la compréhension de l'importance des effets de contexte, le rattachement de la pratique hypnotique aux soins palliatifs induit également une dimension particulière. Ce secteur des soins se rapproche des mystères du mourir et de la mort, ils revendiquent une philosophie du soin qui se démarque de l'approche exclusivement curative. Cette connotation constitue une première suggestion implicite dans la démarche hypnotique. Il est possible d'ouvrir la parole autour de la mort et du mort, de la relation existante avec le défunt, de sa présence au quotidien. De fait, il est envisageable de vivre des expériences qui s'affranchissent des règles de la logique et de la raison. Le positionnement palliatif et l'approche hypnotique, l'utilisation de la transe dans un objectif dynamique, comme rite complémentaire de passage d'un état à un autre, légitiment et optimisent les capacités de changement. Ceci questionne un travail de « mise en rite » par les effets de contexte dans cette indication. Il convient de discerner les paramètres rituels constituant des adjuvants au processus thérapeutique.

Nous devons préciser un aspect sémantique à propos des croyances qui recouvrent des domaines religieux et profanes. Nous qualifierons les croyances « non religieuses » de « profanes ». Habituellement, elles peuvent être entendues comme « *ce qui a trait au domaine humain, temporel, terrestre* ». Nous ne nous référerons pas à cette dimension pour garder l'acception première du mot : qui « *relève de ce qui n'est pas sacré* ». En effet, dans les entretiens menés, de nombreuses croyances ne sont ni religieuses ni relevant du domaine humain, terrestre. Elles pourraient être qualifiées de « païennes » mais cette dénomination se

trouve associée au jugement que l'Église catholique a pu porter sur les cultes animistes ou polythéistes. Certains sociologues proposent de les appeler « parasciences ». Néanmoins, cette appellation semble trop « scientifico-centrée ». La science pourrait être le nouveau réceptacle de croyances dominantes à la périphérie duquel se trouveraient toutes les autres croyances. Dans le discours des sujets que nous abordons dans la seconde partie de la recherche, nous ne relevons pas de prétention explicative qui se substituerait à l'approche scientifique. Il semble qu'elles coexistent sans opposition frontale. En fait, la science n'a pas de place particulière, comme bon ou mauvais objet. Il est question de ce que les endeuillés vivent de leur relation au défunt selon le sens qu'ils attribuent à leurs expériences. Nous préférons donc garder le qualificatif de « profane » pour dénommer toutes les croyances exprimées qui ne relèvent pas du sacré.

Nous partageons un certain nombre d'observations et de conceptions avec le travail de Claude Virot (2008). Il décrit des endeuillés qui localisent les morts dans un au-delà et abordent le sujet de leur présence ou de leur absence dans leur quotidien. Ses patients décrivent l'importance des cérémonies et de la présence au moment du décès, des funérailles. Ils parlent de « fantômes ». Pour l'auteur, le fantôme s'identifie lorsque les décès sont anciens et que les troubles actuels ne sont pas reliés à cette perte par le sujet. Son acception de ce terme est différente de celle d'Abraham et Torok, la notion d'un phénomène transgénérationnel non-dit y est moins prégnante. « Q*uelle que soit notre conception, dans tous les cas, il me semble que la position éthique du thérapeute est d'accepter la réalité du patient et ses croyances, de l'accompagner dans sa guérison en respectant ses convictions* » (Virot, 2008). Ainsi, il ouvre la possibilité de travailler avec les contenus internes des endeuillés en convoquant les défunts au cours de la séance d'hypnose. Dans cette incertitude, entre savoir ce qui est « vrai » et faire ce qui est « juste », l'endeuillé et son interlocuteur font « comme si », une pratique hypnotique courante. Le « comme si » sert à « *ouvrir l'espace du vacillement et protéger l'énigme* » (Despret, 2015). Il décloisonne les possibles en faisant coexister « ce qui est peut-être » et « ce qui n'est peut-être pas » et il induit une expérience dissociative.

Ce processus met en jeu ce que Keats (1993 [1818]) appelait la « Capacité Négative » (« *Négative Capability* »*)* qui permet à l'humain « *de demeurer au sein des incertitudes, des Mystères, des doutes, sans s'acharner à chercher le fait et la raison* ». Keats décrit une démarche poétique quasiment antiscientifique mais aussi de positionnement de l'humain dans l'humilité et l'acceptation, *a contrario* de la toute-puissante quête des causes et des effets.

L'expression dérégulée du rapport à l'incertitude est sans doute le fonctionnement obsessionnel compulsif, une pathologie du doute qui oblige le sujet à vérifier, compter, réitérer, purifier, en somme ritualiser éternellement pour estomper les affres de cette incertitude. Le rituel est rassurant dans cette certitude de la répétition et de l'exécution. Higgins (2013) renforce cette position lorsqu'il explique que « l*'homme ne vit pas d'explications, de démonstrations, de preuves. Les êtres humains ont besoin de fictions (au sens le plus positif), de fictions collectives partagées que l'on pourrait appeler religieuses au sens où elles nous relient. Ces fictions mythiques, politiques et littéraires, ces représentations communes répondent au besoin de "symboliser", au moyen de représentations collectives, de récits, de cérémonies vivantes, de rites et de gestes* ». Le mythe de l'homme rationnel, guidé par la logique et les faits, est celui qui est le plus mis à mal par les expériences fortes de l'humain, comme l'attachement amoureux, la perte et le deuil. L'hypnose et le deuil racontent des histoires, posent des actes, marquent des temps.

« *Le deuil indicible installe à l'intérieur du sujet un caveau secret* » (Abraham & Torok, 1978). L'habitant de cette crypte, le « fantôme », occupe un espace qui semble dissocié de l'activité psychique consciente. Il n'est pas évoqué ou si tel est le cas, il n'est pas directement associé à un état psychologique présent. Il se manifeste cependant au cours de la vie du sujet, comme une présence inconsciente qui vient le hanter en perturbant ses affects et ses comportements (Hachet, 2007). Le mort est gardé vivant à l'intérieur du sujet, impalpable car non-dit, non densifié de mots et de mémoire. Nous avons vu parmi les données anthropologiques cette activité fondamentale qui consiste à différencier les espaces destinés aux morts de ceux qui appartiennent aux vivants, tout en préservant une forme de lien par « l'ancestralisation » (Dreyfus-Asséo, Tarabout & Cupa, 2014). La figure de l'ancêtre, celui qui est dit, reconnu et positionné dans la lignée, s'oppose à celle du fantôme, le « mal-mort », le « non-dit ». Le « fantôme » peut s'encrypter en raison de la force du lien, c'est alors la séparation qui est traumatogène (Bacqué, 2003). Mais il est souvent issu d'une situation de fin de vie à caractère traumatique et se voit de ce fait dissimulé sous un voile pudique, notamment aux enfants. Le suicidé est décrit à ces derniers « *comme très malade* », l'assassiné est mort « *dans un terrible accident* ». Il se construit une nouvelle trame d'un roman familial, une version expurgée, censurée et réécrite. Birot (2014) disait que l'ancestralisation, par le processus thérapeutique, « dé-crypte » le fantôme. Sans céder à une vision dichotomique ou manichéenne entre deux figures, il est question de percevoir les places accordées aux défunts et les effets de

ces relations. Les rituels fabriquent l'ancêtre et ouvrent la voie à une généalogie. Cette figure affilie le sujet à sa lignée, l'inscrit dans une temporalité et assure le lien entre l'individu et la collectivité, garantissant la cohésion du groupe en inspirant des valeurs et des conduites aux descendants (Blanchy, 2014). L'ancêtre ne peut accéder à ce statut qu'en ayant eu des responsabilités et une descendance. Il doit être lui aussi intégré à un groupe lors du décès et seules les pratiques rituelles collectives peuvent permettre cette « transe-figuration ». Il a des responsabilités à l'égard des vivants et doit unifier les descendants.

D'un point de vue psychanalytique, l'ancêtre résulte de la levée du secret (Baldacci, 2014). Bien que tout ne doive pas être su ou dit, le mort doit trouver sa place. La quête du défunt par l'endeuillé devient enquête sur le vivant qu'il fut pour mettre en mot ce personnage et le « *densifier* » (Despret, 2015). L'évolution de son statut, « d'oublié à souvenu », est une voie de symbolisation. Hounkpatin (2014) développe la notion d'une « C*linique de la Multiplicité* » pour accompagner le processus d'ancestralisation. Celui-ci concerne moins les ascendants que l'actualisation de l'identité du sujet présent. Ce dispositif collectif insiste sur la multiplicité des intervenants mais aussi en chaque intervenant, multiple de ses histoires, ses théories, ses pratiques. Nous verrons qu'avec le dispositif hypnotique, le thérapeute n'est pas en colloque singulier avec l'endeuillé, ils sont plusieurs.

Le fantôme est souvent un mal-mort (Baptandier, 2014). En Chine, le mal-mort est un défunt sans lien, mort trop tôt ou sans descendance, il est hors généalogie. Le rituel acquitte une dette à son égard pour pacifier le lien. En Occident, il est mort brutalement, de façon non naturelle. Dans une perspective transgénérationnelle, le « fantôme » est un reliquat psychique encrypté qui se révèle agissant dans le fonctionnement du sujet héritier. Le fantôme est rendu invisible par le secret. Nous faisons un aparté pour aborder la notion de « disparu ». Le langage courant évoque les « chers disparus ». En nous intéressant à la dynamique entre signifiant et signifié, nous observons qu'en effet, « la chair du mort à disparu » et que les endeuillés ont perdu « la chair de leur chair », selon l'expression consacrée, avec la mort d'un enfant ou d'un parent. Cette « chair disparue » laisse une béance, jusqu'au squelette, purifié de la putréfaction mais anonymisé, dépourvu de ses traits donc de sa singularité, excepté pour l'expertise de l'archéo-anthropologue.

Le mort est désincarné mais il n'est pas pour autant disparu, il peut être, comme nous l'avons montré, omniprésent. Le mal-mort est un disparu, fantôme errant qui réapparaît aux vivants. Celui dont on ne parle plus est confronté au processus de néantisation. Rappelons qu'au XVIème siècle, la procédure d'annihilation totale du criminel constituait un des pires châtiments. L'individu était non seulement exécuté, son corps brûlé et dispersé sans sépulture, mais son existence civile était également détruite de façon à ce qu'il disparaisse de la postérité. « *De tels châtiments visent clairement à faire disparaître toute trace, jusqu'à la dépouille même des accusés, de ces crimes jugés odieux* » (Mathieu, 2012). Le fantôme prend chair dans le corps du sujet, il s'arrime à l'organique en générant du symptôme. Ce mort est bruyant. Le terme « disparu » correspond donc mal à l'expérience des endeuillés et il est intéressant de relever que nombre d'entre eux se plaignent de ne pas le sentir, le voir, l'entendre. Ceux qui expérimentent empiriquement le mort dans un quotidien n'osent guère en parler par crainte du soupçon de « folie ». Ceux qui ne vivent pas avec leur mort se sentent « abandonnés », « trahis », voire « punis ».

Il nous semble important de préciser la notion de « rituel » telle que nous l'utilisons au cours de notre recherche. Il s'agit d'un choix nécessaire et basé sur la littérature afin de clarifier notre propos, mais qui comporte une part d'arbitraire. Comme nous l'avons évoqué, le rite est entendu ici comme pratique symbolique collective, à la forme contrainte, séquencée en paroles et en actions, sacrée ou non. Le rituel est entendu comme appropriation individuelle d'une séquence d'actes et de paroles à signification symbolique. Son expression, bien que codifiée dans sa structure, peut être plus souple. Le rite est répété, le rituel est répétable. Pour opérer cette distinction, nous nous sommes appuyés sur la construction des rituels thérapeutiques dans le modèle systémique. Selvini Pallazoli (1974) précise qu' « *un rituel familial est une action ou une séquence d'actions, qui s'accompagne de formules verbales et qui implique la famille toute entière. Comme tous les rituels, il consiste obligatoirement en une séquence réglée d'actes accomplis en un temps et un lieu précis* ». Le dispositif hypnotique que nous proposons respecte la notion de séquences d'actes et de paroles, d'unité de temps et de lieu. Nous prenons également exemple sur la psychopathologie, Freud (1909) ayant proposé d'utiliser le terme « rituel » pour désigner des activités compulsives réactionnelles aux idéations obsessionnelles. Pour l'anthropologue, le rituel ne se limite pas à sa séquence d'actions mais produit des effets parce que la collectivité qui le met en œuvre adhère à des mythes communs dont chacun partage le système de référence. Nous avons vu que le rituel hypnotique se situe entre cette démarche plus

singulière de l'approche systémique et un ancrage dans une forme de mythologie commune autour de cette pratique.

L'hypnose peut se comprendre comme une forme de rituel profane. Ces derniers se différencient des rites sacrés par leur corpus de croyances et leur mythologie. Au sacré reviennent les rapports des hommes avec les puissances spirituelles. Le domaine du profane s'attache davantage à la régulation des relations sociales notamment par des phénomènes de reconnaissance et d'opposition entre groupes. Bertrand Méheust (2008) explique que le rite thérapeutique doit fournir suffisamment « *d'intensité de dramaturgie, de compression psychique et donc les intensités susceptibles de produire des modifications véritables chez les sujets* ». Plus cette « intensité » est importante, plus l'effet thérapeutique attendu peut être massif. Il parle alors de « *dispositifs de compression* ». Ce dernier point est donc tributaire du contenu symbolique et représentationnel du dispositif qui produit un rite « vide » ou « plein ». Il expose deux conceptions différentes des rituels thérapeutiques. Un modèle dit « *exopsychique* » se réfère au monde des esprits et correspond aux approches traditionnelles. Un second dit « *endopsychique* » situe l'action thérapeutique au sein même du sujet. Il s'inscrit dans la lignée des psychothérapies modernes. Il est dit qu'un dispositif basé sur le modèle endopsychique, telle que l'hypnothérapie contemporaine, présente « *la compression nécessaire, quand il est installé au creux de niches écologiques suffisamment vivantes, il peut atteindre la même efficacité pragmatique que les modèles exopsychiques traditionnels* ». Donc, plus l'environnement est « croyant » et les représentations sur l'hypnose en circulation, plus l'approche peut porter d'efficacité symbolique. Finalement la conception endopsychique, qui situe toute dynamique dans le sujet, s'appuie massivement sur son environnement pour porter une pratique effective, elle n'est donc pas totalement intérieure au sujet mais bien connectée aux psychismes et représentations d'un entourage qui alimentent les croyances.

L'auteur fait référence aux succès de certaines « cures magnétiques » dont les effets ont été radicaux (Méheust, 2008). En poursuivant ces réflexions, nous pouvons interroger les conséquences de la désaffiliation de l'hypnose avec son ancêtre le magnétisme animal. L'approche mesmérienne se réfère clairement à une conception exopsychique, le « fluide » circulant, tandis que le modèle de l'hypnose ericksonienne valorise un « *réservoir de ressources internes* » propre au sujet. Nous pouvons questionner les conséquences thérapeutiques de ces mutations, ce qui a pu changer entre les origines fluidiques du XVIIIème siècle, l'hypnose

autoritaire du XIXème et la pratique non-directive du XXème et du début du XXIème siècle. L'hypnose a été « hors sujet », circulant dans la mère nature sous forme de fluide, puis dans l'hypnotiseur, comme un pouvoir patriarcal qui s'imposait, pour s'ancrer dans le sujet adulte qui devient l'unique possesseur de ce talent hypnotique. Le processus s'est progressivement internalisé, peut-être corrélativement au phénomène social d'individualisation de l'identité. Le Marquis de Puységur, élève de Mesmer, s'annonce précurseur d'une forme de conception non directive du soin hypnotique. Il ouvre la voie à l'idée que la solution est « dans » le sujet. Ce positionnement le situe comme pionnier de la thérapeutique endopsychique. Le rôle de l'opérateur évolue, de détenteur d'un pouvoir, puissant, il devient accompagnateur du changement. Le rituel – extrêmement travaillé chez Mesmer – se réduit à minima comme dans l'hypnose conversationnelle d'Erickson, qui se posait néanmoins la question de la place de « l'âme ». Nous observerons que les différentes croyances des acteurs de l'hypnose influencent grandement leurs pratiques. Le patient, sujet passif et convulsivant, devient acteur mobilisé dans la dynamique de changement. La mutation des rituels thérapeutiques en hypnose est une nécessaire adaptation aux conceptions contemporaines de l'individu et s'accompagne d'une modulation de ses effets thérapeutiques. Il pourrait s'opérer une rupture aussi nette entre les hypnoses traditionnelles et ericksoniennes que celle advenue entre le magnétisme animal et l'hypnose directive du XIXème siècle.

Jean-Roch Laurence (1995) relève les aspects sociocognitifs du processus hypnotique dès ses origines. Pour la commission scientifique chargée d'évaluer le magnétisme animal en 1784, cette pratique relève d'une interaction entre l'imagination des patients, une tendance au mimétisme et une susceptibilité aux attouchements magnétiques. Ainsi Franklin affirme que « *l'opinion en l'efficacité de cette nouvelle thérapeutique suffirait à expliquer ses effets salutaires* ». L'auteur opère un parallèle entre magnétisme animal et systèmes de transe des cultures non occidentales sur deux aspects. Premièrement, cette pratique renforce les croyances populaires en l'existence d'un monde immatériel. Deuxièmement, elle perpétue des rites de passages qui ne sont plus exclusivement liés à un système religieux. Or, toujours pour souligner le caractère majeur des effets d'attente et des représentations, il note que Puységur ne valide pas la croyance en l'efficacité des crises convulsives. Celles-ci n'étaient le propre que d'une minorité de magnétisés. Le résultat est significatif : « *Il ne lui en fallut pas plus pour que ses patients ne lui en exhibent plus* ». Et l'hypnose dans les mains du marquis de Puységur devint un sommeil somnambulique calme et communiquant avec hypermnésie, analgésie,

autodiagnostic, prescription du traitement. Moins de 20% des sujets pouvaient manifester des aptitudes « paranormales ». Nous relevons que Laurence assimile l'hypnose à un rite de passage.

Sylvia Mancini (2008) développe la compréhension du phénomène rituel par Ernesto De Martino. Celui-ci souligne l'efficacité du rite et du mythe en action, comme pratiques, qui permettent une fluctuation de l'état de conscience « de l'ordinaire au non-ordinaire ». Selon lui, le rite en action met en œuvre des pratiques gestuelles, verbales, sonores, visuelles, codifiées, voire rigides, destinées à provoquer « *un affaiblissement de l'unité du Moi* » notamment par l'expérience dissociative. Pour De Martino, il s'agit là non d'un phénomène secondaire mais bien du levier de tout rite considéré comme action transformatrice. C'est dans le processus de dissociation psychique que s'intègrent des réorganisations profondes chez les individus. Nous pouvons entendre ici qu'un des objectifs consiste à moduler le système défensif rigide du Moi pour lui permettre ces réaménagements. L'expérience dissociative radicalise le processus de changement en se situant hors des temporalités et expériences psychiques habituelles.

Le même auteur développe le concept de « *déshistorisation mythico-rituelle* ». Les sociétés traditionnelles sont ancrées sur des mythes fondateurs. Les hommes attribuent leurs activités créatrices, produisant des artefacts culturels tels qu'institutions, valeurs, techniques et normes sociales, à l'action d'une altérité extrahumaine qui s'exerce dans un temps hors du temps, soustrait à la durée chronologique profane. Il s'opère une forme de transfert symbolique sur ces assises de la vie individuelle et sociale.

Ces artefacts revêtent alors un caractère stable, définitif, absolu, placés à l'abri des contingences et des aléas qui pèsent sur l'existence historique ordinaire. Ils appartiennent à une méta-histoire, ce qui relève de la différenciation entre pouvoir temporel et intemporel. Cet aspect anhistorique du mythe se retrouve également dans le rite. Cependant, dans le rite, l'initiative et l'action créative sont menées par l'homme et non par l'altérité extrahumaine. Au sein de ce processus, l'homme agit selon une modalité d'action suivant des « *schémas stéréotypés, figés par des contraintes procédurales rigides, ce qui donne à cette action un caractère déréalisé ou déshistorisé* ». Les hommes agissent alors comme s'ils n'agissaient pas, car pour être efficace, le rite doit s'extraire de toute portée historique. Le rite revêt alors un caractère « *d'action métahistorique* », censé modifier cette partie de la réalité historique sur

laquelle l'action ordinaire n'a pas d'emprise.

Mythes et rites sont ici des instruments, des tactiques d'action, qui forcent la nature en s'appuyant sur elle afin de résoudre des problèmes humains vitaux. Pour cela, il recourt à une opération de « *faire comme si* » l'homme n'était pas artisan de ses initiatives et actions, le sujet ne se reconnaît pas, dans les rites et mythes, comme agent historique à part entière, il en est un exécutant interchangeable. Les similitudes avec les expériences de transe hypnotique sont nombreuses.

L'hypnose met en œuvre des techniques d'action, utilise le « *faire comme si* » comme mode d'ouverture des possibles et joue avec cette notion d'agir comme si le sujet n'agissait pas. La transe est un espace par lequel l'action devient une réalité pour le sujet, sans jamais exister dans un Réel objectivable. De façon tout à fait paradoxale, c'est cette abolition institutionnelle de leurs propres responsabilités et initiatives qui permet aux hommes d'établir sur des assises stables leur existence, affronter et surmonter les conjonctures critiques. En effet, ils se trouvent installés dans « *un régime d'existence protégée* » qui amplifie leur capacité d'action. De cette position métahistorique, il devient possible d'influer sur le cours de l'histoire, de créer, modifier le Réel, ou du moins de recouvrir ce Réel brut d'une chape d'imagination qui produit du sens.

Mancini (2008) rapporte l'induction d'états hypnotiques, de transes légères ou profondes au cours des pratiques rituelles, tant pour le sujet que pour l'opérateur. Les éléments hypnotiques tiennent à la structure itérative du rituel. Les mots, gestes et conduites sont inscrits dans une orbite fixe et prévisible. L'auteur relève que l'hypnothérapie utilise des techniques d'induction et connaît des processus psychiques analogues à ceux rencontrés dans le cadre rituel. L'hypnose intervient comme « *dispositif de recadrage* », dans un contexte institutionnel donné. Mancini parle « *d'efficacité symbolique* » lorsque cet état dissociatif, inscrit dans un contexte rituel, opère un changement fonctionnel physiologique, comme une hypnoanalgésie ou la résolution d'un trouble psychosomatique.

Nous constatons les nombreux paradoxes qui jalonnent la compréhension de la dimension hypnotique. Sa conception en tant que rituel confronte à une première contradiction :

rigidité et universalité ou souplesse et singularité du processus ? L'hypnose telle qu'elle s'entend aujourd'hui chez les hypnopraticiens se veut généralement non protocolisable, non formatable, adaptée au monde imaginatif de chaque sujet, du moins dans ses acceptions ericksoniennes et psychodynamiques. Or, Mancini décrit le rite comme ensemble de « *schémas stéréotypés, figés par des contraintes procédurales rigides* ». Pour sa part, Claude Rivière (1995) met en exergue une tension entre un caractère contraint, rigide et les sentiments de plasticité, d'adaptation à la spécificité de la personne qui permet, dans le cadre rituel, une créativité particulière.

Nous retrouvons ce fonctionnement au sein du processus hypnotique. Il y a présence d'une relative routine hypnotique liée à l'induction d'un état de transe, comme l'installation dans un « fauteuil ou divan hypnotique », les mots, gestes, fixations sensorielles. Elle fait partie de la dimension nécessairement rituelle pour certains patients. La séquence fait transition entre deux états de conscience, autorisant explicitement le passage de l'un à l'autre. Une même « procédure » peut se trouver à la fin de la séance, permettant d'encadrer l'expérience hypnotique dans cet espace et ce temps hors du temps, là où le changement devient possible.

Cependant, lors de la transe hypnotique, il y a adaptation aux représentations et singularités sensori-perceptives du sujet, co-construction métaphorique. Cette souplesse émane des productions imaginatives du sujet lui-même. Se situer hors de son monde crée un effet de dissonance entre ce qui est vécu et ce qui est suggéré. Une des conséquences possibles est la sortie de transe. L'effet thérapeutique se situe dans un aménagement du cadre. Il se trouve encadré, bordé, rassurant, suffisamment souple mais protecteur pour autoriser le sujet à vivre cette expérience singulière.

Un autre élément paradoxal tient aux notions de déresponsabilisation institutionnelle du sujet et à son repositionnement en tant qu'acteur d'un processus. De Martino explique par la déshistorisation mythico-rituelle l'indispensable mise en recul du sujet qui n'est plus complètement un agent historique. Or, nous percevons, par exemple dans le Tarentisme, culte de possession situé dans les Pouilles en Italie, que tout l'objet du rituel est de resituer la victime de la possession comme actrice de son exorcisme par des danses contraignant l'esprit envahissant à la libérer. Au début du rituel, le possédé subit des mouvements saccadés imposés par l'esprit de la tarentule, puis il s'approprie progressivement une chorégraphie coordonnée et active qui épuise et expulse l'esprit. En hypnose être acteur, revisiter, ne pas subir fait également partie de la démarche thérapeutique. Le sujet reste acteur dans un cadre déterminé qui le situe

hors du temps. Ainsi c'est le contexte du rituel qui est inscrit dans une dimension métahistorique au sein de laquelle le sujet vit son expérience comme un être agissant.

L'hypnose contribue à l'introjection de l'objet stable permettant à l'individu de repartir explorer son environnement. Elle favorise ce processus d'intériorisation. Elle (re)symbolise un symptôme physique, forme d'incorporation de l'objet, pour permettre une introjection, se jouant sur un plan imaginaire et symbolique. La menace de séparation est un organisateur fondamental du développement de l'enfant, le protégeant des menaces en cas de séparation réelle d'avec la mère.

Concernant la structure rituelle de l'hypnose (Rivière, 1995), le rite revêt un caractère performatif. Cet acte de langage se traduit au niveau locutoire (fait d'utiliser le langage), illocutoire (acte de langage) et perlocutoire (effets, gestes, mimiques, rythmes). Le rite devient et produit ce qu'il énonce. Ceci ouvre sur le fait qu'affirmer le processus hypnotique comme rituel de clôture du rite funéraire permettra à l'endeuillé de passer d'un état-statut à un autre. L'hypnose vient clore le rite initial qui n'a pu produire les effets escomptés en raison de différents facteurs. Il peut s'agir d'un état dissociatif trop marqué pendant les funérailles, une absence de rite, des éléments dysfonctionnels dans sa structure, une absence de corps, l'impossibilité d'assister aux funérailles, des conditions traumatiques du décès. En outre, la parole hypnotique ne peut devenir performative que lorsqu'elle est ancrée dans des éléments de contexte qui participent du rituel et que l'état de transe est suffisamment installé. Le contexte confère le caractère performatif à l'expérience hypnotique. La nature de ce qui est vécu s'inscrit dans l'expérience de la transe. Cette dernière, modulation d'un état de conscience, d'une veille paradoxale comme l'entendait Roustang (2002) devient en elle-même l'espace du changement.

Jane Turner nous donne un exemple de structure de la séance d'hypnose qu'elle décompose comme suit : entretien pré-hypnotique, induction, approfondissement, travail thérapeutique, suggestion post-hypnotique, sortie, entretien post-hypnotique. Elle décrit ainsi la séquence du rituel. Roustang (2000, cité *in* Bioy, 2017) précisait que « *le rite est présent à l'hypnose parce qu'elle ne peut se détacher d'une insertion dans l'existence quotidienne, que cette existence quotidienne est supposée se référer à un accord qui dépasse l'individu et qu'elle vise à produire une danse parmi les choses et les êtres, danse qui est bien le symbole achevé de*

tous les rites ».

Le rituel hypnotique s'intègre comme clôture du rite funéraire. Certains patients peuvent choisir de revivre les funérailles, les derniers jours de la fin de vie ou d'adopter un vécu plus métaphorique de la situation. Il permet de vivre, d'éprouver, ce qui n'a pu l'être. Le rite funéraire est considéré comme un ensemble de gestes et de paroles, accompagnant l'agonie puis la mort d'un être humain. La dimension dissociative au cours du rite funéraire joue un rôle important dans le vécu du deuil. Selon son intensité et ses caractéristiques, elle ne permet pas de s'inscrire dans la dynamique du rite, dans sa fonction de liant avec la communauté des vivants, dans la matérialisation et la participation active, associée, habitée, à ce temps de séparation ritualisé que sont les funérailles avec l'inhumation ou la crémation.

Relevons l'importante distinction, en terme d'effets sur les endeuillés, entre deux procédés de « traitement des cadavres » : inhumation ou crémation. L'utilisation de ces termes technicise l'acte funéraire et le désaffective. Le « cadavre » dans sa dimension de corps mort n'existe probablement que peu dans l'imaginaire de l'endeuillé. Il reste le défunt, celui avec qui existait et perdure une relation, il est habité d'affects, d'investissement libidinal. L'inhumation génère des représentations chez les endeuillés : pérennité de la présence du défunt et temps naturel pour intégrer sa disparition mais aussi pourrissement (« *mangé par les vers* ») et enfermement (« *il est là, dans cette boîte, sous terre* »). La crémation s'accompagne d'une certaine « brutalité », dans une séquence temporelle brève qui aboutit à la disparition quasiment totale du corps. Cette disparition peut confronter l'endeuillé à un sentiment de vide important après une cérémonie souvent jugée impersonnelle ou peu affective (Bacqué, 1997).

En 1997, « *82% des obsèques font l'objet d'une cérémonie religieuse* » (Bacqué, 1997). La crémation a été reconnue en 1963 dans la culture française. La symbolique du feu peut être vécue comme violente. En effet, le feu n'est « *pas purificateur dans la religion catholique, c'est le châtiment réservé aux sorcières* » et il demeure associé aux flammes de l'enfer. Le travail de mémoire se trouve parfois lésé par la destruction complète du corps. Les cendres renvoient à un sentiment de vacuité de l'existence ou de néantisation qui peut sembler ne pas rendre honneur et hommage au défunt. Cela s'inscrit dans un contexte culturel donné, très différent du rapport au corps qui s'exprime en Inde par exemple.

En France, les croyances sur la survivance d'un esprit et notamment d'une âme modelée sur le schéma corporel qui vivrait les mêmes pertes et amputations impactent durablement sur les représentations de ce qui est acceptable ou violent pour le mort. L'humain se représente comme un « mort sentant ou percevant », il se représente enfermé dans le cercueil ou brûlant au crématorium. Une dispersion impulsive des cendres dans un milieu naturel peut être regrettée ultérieurement posant les questions de l'accessibilité, de la représentation de la vie du défunt, de la place qui lui est accordée.

La question de la création de rites est soulevée par Danielle Sylvestre (1997). Peut-on inventer des rites ? Elle postule que « *c'est à chacun de trouver ses propres symboliques et à la société de les intégrer [...] on ne peut en aucun cas imposer un rite* ». Cette affirmation est discutable dans le sens où nombres de rites précèdent les individus qui s'y conforment. De plus ces pratiques collectives sont difficiles à fragmenter sans une forte déperdition de puissance symbolique. Issus des traditions et de constructions socioculturelles, les rites vivent de réitérations successives. La pureté du processus de répétition préserve l'intégrité du rite et garantit sa puissance de changement effective.

Le rite introduit une modification chez l'individu ou le groupe qui l'effectue. Nous nous appuyons sur les éléments structuraux et fonctionnels du rite pour élaborer un rituel singulier dans le cadre thérapeutique et observer le rôle qu'il peut jouer sur le fonctionnement psychique de l’endeuillé.

3.5. Cadre, contexte et cérémonial

Michaux, Halfon et Wood (2007) avaient proposé des éléments de réflexion autour des thématiques que nous investiguons, telles que la place du rituel, l'effet de contexte, les attentes et croyances des patients. Ils abordent des dimensions thérapeutiques de l'hypnose, telles que l'accès à des structures inconscientes à travers l'expression « *d'un corps parlant* ». Les constructions cognitives rationnelles constituant le monde interne conscient du sujet peuvent se flexibiliser et diminuer leur niveau de contrainte sur la motricité, la tonicité, l'attention, le masque social. Elle permet alors un accès aux processus primaires dans une perspective de régression au sein d'une relation contenante (Roustang, 2003). Cette pensée, imagée et sensorielle est qualifiée de pensée sensori-motrice, au sens kleinien, et caractéristique de l'enfance. C'est pourquoi une réification d'un ressenti peut avoir un effet physique. Le sujet propose un cadre symbolique inconscient par lequel des souffrances vont se traduire en modifications corporelles. Les auteurs soulignent que si le lien semble parfois évident, il peut être en d'autres occasions plus difficile à appréhender. Ils relient ce mode de fonctionnement psychique avec l'apparition de symptômes spectaculaires et leur résorption toute aussi soudaine qui ne cesse d'interroger le thérapeute.

Un des aspects qui nous concerne plus particulièrement dans les travaux de Michaux (2007) porte les trois éléments suivants : les énoncés performatifs, la notion de cérémonial de rupture et la légitimation du changement par effet de cadre. Les énoncés performatifs sont des constructions langagières dont la structure produit un effet de mise en action (Recanati, 1981). Nous en trouvons de nombreux exemples : « *Lève-toi et marche* » (Luc 5, 22-25, 80-100), « *la messe est dite* » et dans un registre plus laïc cité par Recaniti (*in* Michaux et al, 2007) « *la séance est ouverte* ». L'énoncé princeps est erroné au moment de sa prononciation mais induit un comportement secondaire qui le rend effectif. Les auteurs rappellent les prérequis nécessaires pour que la suggestion hypnotique puisse devenir performative. La proposition doit être crédible et l'opérateur reconnu comme légitime. L'hypnose véhicule des représentations favorables à cette transformation du mot en sensation et s'ancre dans le corps du sujet. Les auteurs la rapprochent d'un effet placebo dont les tenants sont les croyances et attentes du sujet. Ils font le *distinguo* entre la nécessaire autorité déclarative de l'hypnothérapeute et l'injonctive.

Ce que ce dernier déclare devient effectif car il catalyse les croyances et utilise une approche construite de représentations fortes. Une fois de plus, le « *supposé pouvoir* » du thérapeute n'est que celui que le sujet lui prête.

Nous postulons pour notre part que le « *supposé pouvoir* » de l'hypnothérapeute est un équivalent transférentiel du « *supposé savoir* » du psychanalyste. Il y a investissement d'un individu envers un autre qui est supposé pouvoir « *agir en lui* » du côté de l'hypnose ou « *savoir en lui* » du côté de l'analyse. Nous trouvons ce fantasme à la fois régressif et masochiste d'être traversé par l'autre qui va modifier ou révéler « l'être en soi », par les souvenirs refoulés ou l'accès à « l'inconscient ».

Le cérémonial de rupture (Michaux et al, 2007) constitue un point d'acmé dans la démarche de changement du consultant. Les auteurs prennent l'exemple de l'arrêt du tabac et d'une mise en scène de la rupture avec la consommation et le produit. « *Le thérapeute évoquera un au-delà de cette habitude particulière et sollicitera la prise de décision qui sera dramatisée par le sujet sur un mode symbolique* ». Nous remarquons la forte affinité de cette description avec le processus engagé par l'hypnose autour du deuil. Néanmoins, nous parlons davantage de « rituel de clôture » que de « *cérémonial de rupture* ». Nous ne mettons pas en jeu une séparation avec le défunt mais un remaniement du lien intériorisé. La « clôture » que nous mentionnons concerne la modalité relationnelle antérieure et non la relation elle-même. Ils poursuivent en relevant que le changement n'est pas lié à une suggestion du thérapeute mais que « *la force de décision vient du contexte dans lequel le sujet affirme sa décision de rupture* ».

Le troisième axe proposé par Michaux, Halfon et Wood est la légitimation du changement par le cadre. La synthèse des éléments précédents constituerait un contexte propice au changement. Les auteurs interrogent la dynamique de symptômes d'installation soudaine qui seraient susceptibles de disparaître tout aussi brutalement. L'environnement du sujet peut émettre des doutes sur l'authenticité d'un trouble, pourtant avéré, mais qui connaîtrait une rémission spontanée. Cette crainte d'un regard péjoratif sur leur évolution constituerait un facteur de maintien du symptôme par renforcement. Ce dernier peut être positif en induisant

des gains collatéraux à la plainte, comme la mobilisation des proches ou négatif par crainte de réactions de rejet. L'hypnose fournit ici une légitimation sociale à la suppression du symptôme. De façon hypothétique, les auteurs proposent que ces « *symptômes fonctionnels, à déterminations psychiques, sont capables de mutations pour peu que le contexte fourni par la situation paraisse en mesure de justifier le changement* ». Certains troubles issus de processus défensifs trouvent une fonction provisoire. Mais ils peuvent se maintenir au-delà de ce qui est nécessaire sans que le sujet ne trouve de moyen de changement jusqu'à la rencontre d'un contexte propice. L'habituelle démystification de l'hypnose serait alors plus préjudiciable que bénéfique et le thérapeute pourrait être amené à intégrer les croyances suggérées par le patient dans son travail thérapeutique, même si elles se démarquaient de sa pratique habituelle. Les auteurs abordent l'épineuse question de la réponse à la demande.

L'hypnothérapeute peut refuser de formuler une réponse aux attentes du patient qu'il juge irréalistes ou incompatibles avec sa pratique ou intégrer ses croyances et accepter temporairement le rôle qui lui est dévolu. Dans ce dernier cas, le thérapeute respecterait le principe d'assistance correspondant à son statut et une posture déontologique en permettant au patient de mettre en œuvre un changement qui pouvait se « justifier » dans ce contexte. Ils citent pour cela l'exemple de Chertok (1990) qui d'une injonction directe au souvenir permit à une patiente de retrouver la mémoire suite à un ictus amnésique ou d'une de ses jeunes collègues qui fit une rapide suggestion de retour de la vue dans une cécité psychogène immédiatement suivie d'effets. Marie-Armelle Muribi, psychologue et hypnothérapeute, nous rappelait en 2015 combien il était important pour certains patients de s'en sortir « *avec honneur* », c'est-à-dire d'une façon qui ne soit pas dissonante avec leur vécu et leur environnement. Melchior (2007) parle « *d'hypnose ritualisée* » lorsqu'elle est formelle et non uniquement « conversationnelle ». La première implique l'instauration d'un cadre hypnotique avec induction explicite d'un état de conscience modifiée et une structure de séance correspondant à ce que Bioy et Wood proposaient en 2010 : fixation sur le symptôme, induction, dissociation, perceptude, retour. La seconde est une technique de communication ericksonienne de type hypnotique sans induction formelle. Nous constatons que le rituel fait partie de l'histoire de l'hypnose depuis l'Antiquité pour se prolonger avec les baquets magnétiques de Mesmer et n'occupe pas une place uniquement esthétique.

Nous regrouperons ces différents éléments au sein de la dénomination commune de

rituels thérapeutiques. Nous verrons comment, conjugués à d'autres facteurs, le discours performatif, le cérémonial, l'effet de contexte, les croyances et attentes du sujet mobilisent cette capacité au changement immédiat. Cette notion constitue le cœur de notre recherche, attachée au domaine des complications du processus de deuil. Nous questionnerons la possibilité de la généralisation de cette perspective aux autres phénomènes de « guérisons immédiates » selon la formule de Michaux.

3.6. Perspectives psychanalytiques sur la suggestion

Sédat (2006) propose une vision psychanalytique du processus de suggestion dans la relation thérapeutique. Il cite Bernheim : « *tout est dans la suggestion, tout est dans la relation, tout est dans la relation de sujet à sujet* ». Il décrit ainsi le rapport d'influence et la place prépondérante de la relation, de nature « transféro-contre-transférentielle » pour Sédat, dans le processus de changement. Il reprend également la notion « *d'attentes croyantes* » développée par Freud dans « Le traitement psychique » (1890). Missonnier (2007) rappelle que Sédat oppose « *l'ici et maintenant de la psychothérapie à l'historicisation du sujet dans la psychanalyse : "la suggestion et l'hypnose représentent la résistance majeure à l'introduction à l'histoire d'un sujet, ce que rend possible, non le transfert, mais la règle fondamentale. Dans la suggestion et l'hypnose, dans la méconnaissance du passé et de l'histoire du patient, tout se passe dans le pur présent de la relation*" ». Cette perspective peut se trouver validée ou récusée selon le type d'hypnose employée. Rappelons ici le travail d'Edouard Collot sur l'hypnoanalyse (2007) d'inspiration jungienne ainsi que la nature hypnoïde du dispositif psychanalytique dit « classique ». Il ne semble pas exister d'incompatibilité fondamentale entre l'approche analytique et l'hypnose thérapeutique, surtout en tenant compte des variabilités de pratiques que recouvrent ces deux termes. Le courant de Roustang se démarque naturellement de l'approche psychanalytique en se centrant sur ce qui se déroule dans l'être, ici et maintenant. Il semble néanmoins peu probable d'envisager une approche hypnothérapeutique qui ne situerait pas au préalable le sujet dans son histoire et son univers psychologique.

Missonnier (2007) rapporte que l'analyse du transfert est l'essence même de la pratique psychanalytique. La suggestion existe inévitablement dans toute pratique, même analytique. Certaines se font à l'insu de l'analyste, ou du moins hors de son contrôle, simplement inhérentes

à la position qu'il occupe dans le transfert et à partir de laquelle il transmet ses interventions. Il y aurait un pouvoir d'influence de la suggestion brute et un pouvoir d'influence de la suggestion « dépassée » dans un cadre psychanalytique. Missonnier rappelle que la traduction initiale de Berman (1918) des propos de Freud sur la suggestion était erronée ou influencée par la pensée dominante de l'époque dans le contexte des théories psychanalytiques. Freud fait une analogie entre les approches thérapeutiques et les alliages et métaux. L'histoire a retenu sa comparaison entre « le plomb de la suggestion » et « l'or de l'analyse ». Or, Missonnier nous rappelle que les propos exacts de Freud étaient : « *mit dem kupfer der direkten suggestion* ». « *Kupfer* » ne signifie pas « plomb » mais « cuivre », ce qui ne recouvre pas le même contenu symbolique. Le plomb est un matériau impur qui leste et contamine provoquant le saturnisme. Il fut une base pour les alchimistes qui souhaitaient le transformer en or, il protège de l'irradiation et imprime sa marque sur les pages des livres. Le cuivre est un métal pur existant à l'état naturel. Missonnier l'associe à la féminité, la jeunesse, l'amour et le narcissisme en se référant aux miroirs cuivrés antiques, puis aux ustensiles de cuisine de l'époque et à l'oralité, aux objets décoratifs et à l'esthétique, aux alliages tels que laiton et bronze mais surtout, nous précise l'auteur, le précieux « or rouge » composé à 45% d'or et 55% de cuivre. La joaillerie thérapeutique serait un alliage intriquant position analytique et suggestion.

3.7. Construction du dispositif rituel hypnotique

La fonction rituelle du dispositif hypnotique est implicitement déléguée par la communauté à un représentant, ici l'hypnothérapeute, qui va être porteur de symboles. L'opérateur représente plus que ce qu'il n'est, en incarnant une partie du corps social qui peut participer à l'agrégation de l'endeuillé dans la collectivité par l'exécution d'un rituel de clôture.

Plusieurs points sont à préciser concernant la légitimité de ce cadre à prétendre à une fonction de rituel thérapeutique. Un regard anthropologique pourra mettre en question la pertinence de ce rituel apparemment non collectif. Conformément à la Clinique de la Multiplicité (Hounkpatin, 2014), l'individu est multiple, il incarne différents savoirs, différentes cultures et origines, il représente également une part de sa communauté. L'expérience hypnotique n'est pas un colloque singulier. Le contenu latent de la rencontre renvoie justement à cette multiplicité, surtout lorsque le sujet est celui des morts. Saint-Augustin disait que « *les*

morts ne sont pas des absents, ils sont des invisibles ». Durant la transe hypnotique, le thérapeute et le sujet sont dans l'espace interne de l'individu. Ce dernier convoque et mobilise les objets intériorisés qui deviennent témoins de ce qui se vit. Ces objets prennent une valeur de réalité au cours de l'expérience. La rencontre d'une Imago du défunt y est fréquente. Nous pouvons évoquer les spécificités de la société française contemporaine. La démarche thérapeutique s'inscrit dans une toile de fond sociétale de déliaison du groupe et d'inflation individualiste. Notre conception occidentale du sujet-individu implique la notion d'un trouble qui serait internalisé, « dans l'individu ». Ce fait favorise les approches en colloque singulier plutôt qu'en groupe. La pratique groupale paraît plus « écologique » dans certaines cultures non occidentales, au sein desquelles les concepts de collectivité et d'individu sont autres.

L'hypnothérapeute est le représentant d'une institution avec des marqueurs identitaires et surtout fonctionnels, comme la blouse, le supposé savoir et le pouvoir supposé, le cadre hospitalier, le caractère public d'un établissement de soins. Nous nous référons ainsi à la notion de « *social role* » développée par Goffman (1959). Le thérapeute est investi en tant que référent, comme l'est la société pour Durkheim ou la divinité pour les théologiens, pour un temps, dans un espace et sur une situation donnée. Les acteurs jouent des rôles spécifiques et hiérarchisés sur une scène déterminée. Le thérapeute et l'endeuillé construisent un espace intermédiaire qui relie le monde solitaire du sujet, constellé de ses symptômes et souffrances, avec la communauté des vivants. Le thérapeute est investi d'un supposé pouvoir d'action et se trouve par sa fonction et sa localisation, identifié symboliquement comme porteur d'un pouvoir de représentation par délégation du corps social.

Mircea Eliade (1978) évoque ce processus de délégation: « *le chamane a délégation pour incarner la collectivité dans la relation établie avec la "surnature", mais aussi le pouvoir pour imposer sa parole à chaque membre de la communauté* ». Nous nous inspirons de ce type de relation en raison du jeu de rôle établit, de la dramatisation de la situation, de la place de la transe, du lien supposé avec le monde des morts. Claude Rivière (1995) développe également cette part de délégation symbolique liée à la fonction de l'exécutant mais aussi au fantasme du sujet qui vit le rituel et de sa communauté qui attribue des qualités particulières à ce qui doit être vécu au cours de ce temps. L'auteur décrit que le rite « *par l'adoption de règles et de rôles, dans le cadre d'un ordre qu'il exprime, renforce le lien social intégrateur* ». Le thérapeute est ici médiateur d'intégration ou plutôt de réintégration dans la

collectivité. Le même auteur mentionne au chapitre « *structure, fonction et dynamogénie du rite profane* », en citant l'étude de cas de Garcia (1991) en Espagne, trois principes formels du rite dans son aspect social.

D'abord, la réunion des acteurs, puis la délégation ou représentation : « *lorsque les membres d'un groupe ne peuvent être tous acteurs ou présents, il suffit que quelques personnes réalisent la conduite rituelle comme représentants délégués de la communauté. A un enterrement ou un mariage, il suffit que soient présents un ou deux membres de la famille dont ils sont les représentants* ». Et enfin, la réciprocité immédiate ou différée. Ainsi nous pouvons postuler une délégation tacite par effet de cadre, de contexte et de dépositaire d'un savoir représentant une institution. De plus, le cadre est celui d'un rite profane et non religieux, répondant ainsi à des règles différentes.

En se basant sur le modèle de Van Gennep, nous pouvons comprendre que l'hypnose, comme le rite de passage, prend fonction de réincorporation de l'individu dans sa communauté après la période de liminarité. Dans cette dernière, il ne dispose plus de son ancien statut et n'en a pas encore endossé de nouveau. La réincorporation permet à l'endeuillé de réintégrer la communauté des vivants après un temps de « vie suspendue ». Nous recueillons dans la clinique des éléments de privation, d'anhédonie, de prostration, de retrait social. L'endeuillé ne s'autorise pas à réintégrer la vie sociale par loyauté à l'égard du défunt. L'acte hypnotique, le vécu de la transe et la relation thérapeutique offrent une possibilité d'espace intermédiaire venant clôturer la période de liminarité.

Ainsi nous pouvons postuler une délégation tacite par effet de cadre et de contexte. L'opérateur est supposément dépositaire d'un savoir et représente une institution. Le cadre est celui d'un rite profane et non religieux, il répond de fait à des règles différentes.

Pour résumer, notre recherche propose de comprendre l'hypnose comme rituel thérapeutique et se fonde sur les éléments théoriques suivants :

- Une distinction entre « rites » plus collectifs, contraints et « rituels » plus singuliers, modulables. Elle s'inscrit dans l'idée de « rites laïcs » (Gorer, 1995) ou « profanes »

(Rivière, 1995). Ce besoin de rituels se trouve dans la filiation de la déchristianisation et des mutations rituelles opérées depuis les années 1950. Selon la définition de Rivière (1995), pour qu'il y ait rite, il faut « *une mise en scène instituée à fonction symbolique, renvoyant à des valeurs ayant l'aspect de communication codée, respectant un ordre précis et donnant lieu à des comportements répétés* ». Le rite a pour cadre ses dimensions spatio-temporelles. L'hypnose répond à cette nécessaire mise en scène ainsi qu'à un déroulement codifié de séquences. Ici, nous comprenons l'hypnose investie comme rituel de clôture par l'endeuillé, celui qui « *referme les rites de séparation* » (Van Gennep, 1909). Nous suggérons et marquons l'idée d'un après, radicalement différent de l'avant. Cette temporalité spécifique est significative du rituel qui marque une scansion.

- L'hypnose, comme le rituel, endosse une fonction cathartique et intégrative, qui consiste à ramener l'endeuillé dans le groupe social. La structure du rite « *n'est jamais composée d'éléments totalement ajustés. Dans cette optique, le rite dans son organisation même, laisse place à l'inédit, au paradoxe, au conflit* » (Clavandier, 2009). L'auteur ajoute que les rituels ont une « *dynamique intégrative et une efficacité symbolique* » qui vise à renforcer le groupe, notamment, dans le cas présent, par la possible réintégration du deuilleur dans son groupe social. « *L'efficacité du rituel réside dans sa capacité à créer de l'intervalle, d'où l'usage plus précis du terme rituel qui traduit mieux cette idée de décalage et de processus, que celui de rite, qui renvoie davantage à la norme et au régulier* » (Clavandier, 2009). Nous retrouvons ces éléments fortement ancrés dans la pratique hypnotique, qui consiste à créer de l'intervalle, du décalage, impulser un processus. L'acception du rituel que nous pourrions trouver chez Lévy-Strauss (1985), cité par Clavandier (2009) recouvre parfaitement ce que fait l'hypnose : « *le rituel repose sur un modèle suggestif qui opère grâce aux aspects performatifs du langage* ». Dans sa dimension symbolique, la séance d'hypnose convoque des représentations, des images qui sont des signifiants chargés de contenus émotionnels par le deuilleur. Comme le rite, l'hypnose a une action sur le réel. Thomas (1975) nous laisse comprendre que le chaos suscité par l'effraction d'un Réel comme la mort ne peut se trouver réorganisé que par une action symbolique.

- Enfin, observons les similitudes structurelles entre hypnose et rituels. Nous y retrouvons :

    - L'espace scénique : le bureau avec son « fauteuil d'hypnose ».
    - Les séquences temporelles : installation, induction, transe, suggestions, retour.
    - Les acteurs : deuilleur et hypnothérapeute, imagos convoquées en séance.
    - L'organisation des symboles avec leur expression métaphorique : l'hypnose est ancrée dans la métaphore.
    - La participation du mort, présent au cours de la transe hypnotique.

Comme nous le constatons à travers ces différents éléments, les proximités structurelles, fonctionnelles, symboliques entre rituel et hypnose sont clairement identifiées.

Conclusion

Cette synthèse montre la richesse des recherches sur ces trois thématiques que sont le deuil, les rites et rituels et l'hypnose. L'intérêt de ces notions est leur capacité de débordement. Elles s'appréhendent nécessairement de façon transdisciplinaire, car elles sont toutes les trois des phénomènes psycho-socio-culturels, avec leur substrat organique. Nous ne prétendons pas pouvoir les comprendre avec le regard expert du sociologue, de l'anthropologue ou du neurobiologiste, mais il nous a semblé indispensable de les inscrire dans leurs multiples champs d'étude, ne serait-ce que pour signifier que l'approche de la complexité ne peut s'effectuer avec un regard trop partiel. La démarche scientifique a évolué en hyperspécialisation de chaque domaine. Il nous semble que les sciences humaines bénéficient de mises en lien entre disciplines, qui sont mieux à même de rendre compte de tels phénomènes. Ceci doit s'effectuer avec la prudence nécessaire face aux tentations de vulgarisations excessives, de simplifications ou de juxtapositions abusives.

L'approche psychologique du deuil s'est construite en France selon certains prérequis qui se trouvent aujourd'hui remis en question, tels que la notion de « phases » ou de « résolution ». Nous avons vu différents modèles descriptifs et explicatifs, dans leur grande diversité, en retenant la place des théories psychodynamiques, cognitives, de l'attachement, de la réponse au stress. Ses évolutions pathologiques prennent corps dans les classifications internationales, permettant d'octroyer un statut socialement dévoyé à des individus en souffrance. Les regards philosophiques, sociologiques et anthropologiques constituent des « garde-fous », bien nommés, afin de limiter les excès de la pathologisation et du psychologisme. Face à cette souffrance bien réelle, différentes modalités thérapeutiques se structurent et nous allons présenter la dynamique de l'une d'entre elles.

Des rites funéraires collectifs aux rituels thérapeutiques et obsessionnels singuliers, nous avons essayé de dégager des aspects structuraux et fonctionnels de ces séquences symbolisées d'actes, de pensées et de paroles. Il semble que tout rituel vise à transformer ses agents par sa dimension performative. Il a un caractère immuable, intemporel, et pourtant connaît de nombreuses mutations et adaptations formelles. L'humain est un être de ritualité. Thomas (1985) rappelait que les rites funéraires assurent les devoirs à l'égard des morts, apaisent la souffrance et rétablissent le lien social. Mancini et Méheust (2008) proposent de comprendre l'hypnose

comme un dispositif rituel, selon le biotope psychosocial dans lequel il prend place, disposant d'un contenu symbolique suffisamment dense pour produire des effets.

L'hypnose est un phénomène hétérogène et polymorphe dont les approches scientifiques peinent à déterminer les motifs de variabilités interindividuelles. Le focus peut être porté sur les manifestations psychiques de transe et de dissociation, sur la relation et l'effet de contexte, sur la suggestibilité, les paramètres physiologiques ou sur le fonctionnement cérébral. Nous percevons le phénomène hypnotique comme un état spécifique, avéré par la neuro-imagerie fonctionnelle, produit et renforcé par le cadre, les composantes relationnelles et communicationnelles, soutenu par les représentations socioculturelles, les attentes, les capacités attentionnelles et imaginatives de chaque sujet. Nous postulons au cours de cette recherche son caractère rituel. L'hypnose est structurée en séquences, avec un lieu, un temps et des acteurs. Elle possède une densité symbolique forte. Au cours de la séance, les deux protagonistes sont habités de leurs objets internes convoqués pendant la transe, conférant une dimension collective à l'expérience par délégation et représentation (Hounkpatin, 2014 ; Garcia, 1991 ; Goffman, 1959). Le rituel hypnotique a une dimension théâtrale, dramatique, esthétique.

Notre hypothèse centrale est que le dispositif hypnotique va particulièrement endosser la fonction de rituel de clôture (Van Gennep, 1981 [1909]) contribuant à expliquer le phénomène des « *guérisons immédiates* » (Michaux, 2007) qui interrogent les hypnothérapeutes (Benhaiem, 2008 ; Chertok, 2006) et qui fût à l'origine de notre recherche. Notre pratique clinique nous a amené à observer ce processus dans le contexte des deuils prolongés qui est devenu notre objet d'étude. Notre intérêt ne se porte pas sur la notion d'efficacité thérapeutique (Gueguen et al., 2015) mais sur les processus engagés et l'expérience singulière de l'hypnose chez les sujets présentant un deuil complexe et persistant.

Le dispositif hypnotique intègre les dimensions intrapsychiques, d'intériorisation de l'objet et environnementales (rituels, symboles, culture). Les paramètres rituels de l'hypnose sont à la fois contraints et souples, répétitifs, codifiés, symboliques, parlés et agi. Le processus lui-même s'organise en séquences telles que la rencontre, l'installation, l'induction, la suggestion et la narration puis le retour à l'état vigil habituel. La forme est très ritualisée mais le contenu est largement modulé par le monde interne du sujet. La prophétie autoréalisatrice annonçant un rituel de clôture au cours de la séance occupe un rôle certain. Le processus reprend les fonctionnements rituels habituels tels que nomination, narration et restauration dans le mythe

personnel et familial. Nous postulons que la séance construit un processus « d'ancestralisation » en modifiant le statut interne du défunt chez l'endeuillé qui le porte. Nous avons vu des gradients pathologiques dans l'expression des formes complexes de deuil, notre approche n'a pas inclus les manifestations délirantes mais uniquement les formes compliquées.

Recherche clinique

1- Méthodologie

1.1. Contexte de la recherche

Cette recherche trouve son origine dans un constat clinique issu de la pratique de l'hypnose auprès de sujets présentant un deuil compliqué. La notion de « *guérison immédiate* » (Michaux, 2007), en une seule séance d'hypnose, auprès d'individus présentant une symptomatologie installée depuis des années soulève de nombreuses interrogations. Ces constats incitent à ne pas se contenter d'une explication par la pensée magique mais à explorer cette dimension pour proposer des hypothèses et modélisations possibles.

La recherche se tient en milieu hospitalier. Nous avons disposé de données qualitatives empiriques issues de la pratique clinique qui ont constitué une base de réflexion et de construction d'hypothèses. Puis nous avons procédé à une passation systématisée de l'auto-questionnaire ICG (*Inventory of Complicated Grief* ; Prigerson et al., 1995) sur une période de huit semaines lorsque des deuils ont été évoqués au cours des entretiens. Le nombre de questionnaires exploitables est de trente-et-un. Il fallait que les personnes soient informées de la recherche et de leurs droits puis acceptent de participer à cette phase exploratoire. Le document devait être rempli sans omission ni double cotation sur un même item, en renseignant les années de naissance, les dates de passation et de décès afin de respecter les critères temporels des classifications du deuil compliqué. Le critère de temps proposé par Prigerson est de 6 mois après le décès. Il se démarque de ce que le DSM-V détermine, soit une année après la mort du proche.

Tableau 1. Résultats de l'investigation exploratoire quantitative menée sur huit semaines auprès d'un échantillon de trente-et-un individus déclarant avoir vécu un deuil lors d'une consultation en centre hospitalier (traitement de la douleur chronique et soins palliatifs).

Population (S.P./douleur)	**N=31**
Hommes	**9.38 %**
Femmes	**90.6 %**
Âge moyen (années)	**55.94 (26- 83)**
Score ICG	**35.75**
Délais de consultation après le décès (en mois)	**46.16 (6-210)**
Taux de scores supérieurs à 25 à l'ICG	**81.25 %**
Taux de scores inférieurs à 25 à l'ICG	**18.75 %**
Score le plus élevé : item 6	**« Manque de l'autre et désir de le retrouver »**
Score le plus bas : item 13	**« Évitement des lieux associés au souvenir du défunt »**

Cet échantillon caractérise une sélection particulière de population. Les sujets pouvaient être soit des patients identifiés comme douloureux chroniques en traitement, soit des personnes rencontrées en accompagnement de deuil dans le cadre des soins palliatifs. Les expériences de

deuil sont identifiées sur une base déclarative, qui peut être spontanée ou induite par le professionnel responsable de l'orientation. Le taux de sujets dont les scores dépassent le seuil de 25/76 supposé être significatif du deuil compliqué est extrêmement élevé (81%), ce qui ne correspond pas aux données relevées en population générale (15 à 20%). Chaque individu qui a accepté de participer a été reçu en entretien d'évaluation lorsque son score était supérieur à 25. La médiane de l'ICG à 35/76 implique des profils de deuils compliqués qui sont significatifs mais qui ne relèveraient pas nécessairement d'une sévérité pathologique majeure. L'âge moyen de 56 ans implique une population plutôt jeune par rapport aux problématiques de deuil, suggérant des expériences de perte assez précoces pour certains.

Nous relevons une surreprésentation féminine (90%) qui se détermine par un taux de survie statistiquement plus élevé chez les femmes que chez les hommes, une tendance à consulter et à exprimer des troubles psychopathologiques plus représentée (O.M.S., 2001). Les stratégies d'ajustement basées sur la verbalisation des difficultés et la recherche de soutien social peuvent expliquer partiellement cette représentation. Le taux élevé de complications des deuils traduit un biais de recrutement. Les personnes sont dans un contexte de détresse psychologique qui peut induire une majoration des résultats et des plaintes. Les antécédents de deuils (Maillard et al., 2016) et d'agressions sexuelles, de 34% à 66% (Toomey, 1993), dans la population de patients douloureux chroniques sont généralement surreprésentés. Les suivis de deuil en soins palliatifs impliquent qu'un sujet ait fait la démarche de revenir consulter, parfois plusieurs mois après le décès pour bénéficier d'un soutien. Il identifie lui-même des éléments problématiques consécutifs à la perte et sollicite de l'aide à ce propos. La sélection est donc très orientée. Nous avons demandé aux professionnels que nous appellerons « orientateurs » de respecter des critères d'inclusion et d'exclusion minimalistes tels qu'un décès datant d'au moins 6 mois et avoir plus de 18 ans. La passation du questionnaire s’effectue de deux façons. Soit directement, « par opportunité », par l'expérimentateur lui-même, soit par l'orientateur qui peut indiquer la possibilité d'une rencontre avec le chercheur. Ces critères seront plus précis pour la seconde partie de l'étude. Néanmoins, ce profil de population correspond à la réalité des personnes que nous recevons dans un contexte de soins et nous permet d'accéder à la cible de notre recherche.

Le recrutement s'est effectué par « convenance », avec une identification de sujets potentiels issus de filières de soins de type « suivis de deuil en soins palliatifs », « consultation d'évaluation et de traitement de la douleur chronique » par l'expérimentateur directement ou des psychologues et médecins informés de la recherche et de ses critères. Puis, pour l'intégration des participants, nous avons procédé à une sélection aléatoire des sujets selon l'ordre d'orientation à raison de un sur trois, soit dix patients sur une trentaine d'orientations. L'homogénéité du groupe était ainsi assurée par une communauté de problématiques autour du deuil et néanmoins une disparité de parcours, d'âges et de conditions socioculturelles par la sélection aléatoire. Nous avions un premier groupe constitué de neuf femmes et un homme, ce qui respectait le ratio observé dans la phase exploratoire. Le sujet masculin est sorti de la recherche et nous avons inclus une nouvelle participante, ce qui donne un groupe homogène de dix sujets féminins. Nous avons limité l'étude qualitative à ces dix participantes en raison de la méthode de traitement des données d'entretien qui requiert un temps long d'exploitation et une rigueur d'analyse. De plus, cette recherche ne bénéficie pas d'appui logistique pour le traitement des données. Enfin, les préconisations pour ce type de méthode qualitative phénoménologique proposent un échantillon restreint de sujets qui n'excèderait pas dix (Smith et al, 2009). Le nombre total d'entretiens est de 159 sur une année, avec une moyenne de 16 entretiens par sujet sur 12 mois. Le nombre total d'éléments de *verbatim* se rattachant à un traitement thématique est de 5448, regroupés en 15 thèmes majeurs, reliés en 6 hypéronymes.

Les sujets ont été informés du thème et du cadre éthique de la recherche en amont et ont donné un accord de participation. La première présentation reste générale : « *Accepteriez-vous de participer à une recherche que nous menons sur le deuil dans le cadre d'une thèse de doctorat en psychologie? Elle est menée à l'hôpital en lien avec l'Université de Bourgogne* ». Dans la mesure du possible, le sujet précis de la recherche est spécifié à la fin de la séquence d'étude afin de limiter les biais de désirabilité sociale dans un contexte relationnel émotionnellement investi par les participants. « *Notre objectif était de comprendre le sens que pouvait prendre l'expérience hypnotique pour vous dans ce contexte de deuil difficile* ». Leur possibilité de rétractation et la notion de libre consentement est alors rappelée. Les participantes qui le souhaitent signent un formulaire de consentement pour leur participation et l'exploitation des données d'entretien dans le cadre de cette recherche. Le cadre éthique de participation à une étude est également explicité, avec notamment l'anonymisation des données.

1.2. Question de recherche, hypothèses, problématique, objectifs

La question de recherche initiale est formulée ainsi : « *quel sens prend l'expérience de l'hypnose pour un sujet présentant un deuil compliqué ?*». Nous avons adopté une méthode qualitative phénoménologique et exploratoire qui est peu compatible avec la construction d'hypothèses préalables. En effet, dans cette perspective, des hypothèses devraient plutôt émerger à l'issue du travail qu'en être à l'origine. Néanmoins, nous avons intégré cette démarche méthodologique au cours de notre parcours de recherche, ce qui a modifié nos postulats initiaux. Nous avons évolué d'une démarche de confrontation d'hypothèses à des données cliniques vers une approche plus ouverte et exploratoire qui vient produire de nouveaux postulats.

Ce changement de perspective avant l'engagement du protocole de recherche a rendu caduques les prérequis initiaux. Nous avions formulé en arrière-plan un certain nombre de postulats que nous souhaitions soumettre aux résultats de notre recherche. Ces éléments implicites sont à identifier parce qu'ils peuvent influencer le cours de la recherche par un biais de confirmation, alors que la démarche consiste à recevoir de la façon la plus ouverte possible le discours de chaque sujet. Des prérequis peuvent toujours être présents dans une recherche, il nous semble que l'essentiel soit de les identifier et percevoir la façon dont ils peuvent influencer le cours de l'expérimentation.

Notre problématique initiale s'articulerait ainsi : « *Les processus thérapeutiques de l'hypnose dans l'approche de deuils compliqués relèvent-ils d'une fonction rituelle ?* ». Et plus spécifiquement au cours de la recherche, nous avons problématisé les paramètres présents ainsi : « *L*es *phénomènes de "guérisons immédiates" observés dans le suivi de deuils compliqués sont-ils attribuables à une fonction de rituel thérapeutique de l'hypnose ?* ». Nous postulons que l'hypnose prend fonction de rituel de clôture sous l'influence de différents facteurs, ce qui expliquerait une nette scansion temporelle, un « avant » et un « après » la séance. Nous nous basons sur la compréhension du rituel qui est un marqueur du temps et un opérateur du changement. Une fois le rituel accompli, le sujet qui en est l'objet a changé de statut. Le baptême lui permet d'appartenir à la communauté chrétienne, le mariage construit des statuts

de mari et femme, l'anniversaire marque une année supplémentaire. Les individus ne sont donc jamais les mêmes avant et après un rituel qui produit une scansion temporelle. Bowen (1993) rappelle la fonction de clôture du rite funéraire. Nous avons donc adopté cette perspective pour tenter de mettre en sens l'action de changement immédiat issue de l'hypnose clinique. Est-il possible que les guérisons instantanées relèvent de rituels de clôture, d'agrégation ?

Les hypothèses générales sont que l'hypnose peut avoir une fonction rituelle dans les deuils compliqués et que cette fonction produit un effet thérapeutique immédiat. Nous postulons également que l'endeuillé qui n'a pas vécu le rite collectif comme signifiant en raison de facteurs spécifiques (état dissociatif majeur, deuil traumatique, absence de corps ou corps mutilé, conflit sur le lieu ou sur les conditions d'inhumation) évolue plus fréquemment sur un registre de deuil compliqué et que l'hypnose pouvait jouer un rôle de clôture.

Nous pouvons opérationnaliser les hypothèses en observant si une scansion temporelle nette se produit au décours de la séance, avec une réduction ou une levée symptomatique complète. Les facteurs « temporalité » et « changement » peuvent permettre d'appréhender cette notion. L'hypothèse d'une oblitération des rites funéraires qui impacterait le processus de deuil requiert une approche rétrospective de la part du sujet et peut s'opérationnaliser par la présence de pensées et images intrusives des funérailles avec culpabilité intense. Le contenu idéatif est alors centré autour de thématiques spécifiques : «*je n'ai pas pu faire ce qu'il voulait » ; « je n'ai pas été capable de respecter ses souhaits » ; « il doit m'en vouloir de ne pas l'avoir amené là où il voulait » ; « je m'en veux... je crois que je le bloque en gardant les cendres ».* Comme l'illustrent ces extraits de *verbatim,* les contenus portent sur l'incapacité, l'impuissance, la culpabilité, l'indignité.

Les objectifs de la recherche sont de cerner plus précisément les apports et le mode de fonctionnement de l'hypnose dans les différentes manifestations du processus de deuil compliqué. Nous souhaitons également identifier les facteurs thérapeutiques associés (effet de contexte et d'attente du sujet, relation thérapeutique, structure rituelle et reprise des croyances) ainsi que des paramètres pouvant rendre le rite funéraire communautaire inopérant voire

accentuer l'évolution vers un deuil compliqué. Cette construction initiale a influencé l'élaboration de notre guide d'entretien semi-structuré. Nous nous intéressons également au recueil d'une phénoménologie du trouble du deuil persistant dans sa diversité d'expressions cliniques.

1.3. Méthode

Notre objectif est de comprendre le sens que prend l'expérience hypnotique pour un sujet présentant un deuil persistant. Nous cherchons à explorer les éléments subjectifs associés à une approche telle que l'hypnose dans un contexte donné. Les dimensions exploratoires et expérientielles requièrent une approche de type qualitatif pour rendre compte de contenus spécifiques. L'action de la recherche vise à modifier des phénomènes, ici expérientiels, tout en identifiant des contenus. Il s'agit donc d'une « recherche-action » de type existentielle, à visée exploratoire, longitudinale, sur une année. Nous avons déterminé cette durée, douze mois, afin d'apprécier la durabilité d'éventuels changements et de différencier ce qui relève d'une dynamique psychique propre d'un simple effet suggestif éphémère. Le groupe restreint de participants correspond aux préconisations de la méthode d'analyse (Smith et al, 2009). Il concerne dix femmes, âgées de 25 à 74 ans, endeuillées depuis plus de six mois et présentant un score supérieur à 25/76 à l'ICG. Nous sélectionnons notre population d'abord par convenance puis sur un mode aléatoire. L'évaluation préalable de l'aspect prolongé du deuil se fait par la passation du questionnaire ICG, puis d'un entretien semi-structuré. Ce dernier fera l'objet d'une analyse thématique et phénoménologique interprétative. L'écoute du sujet et de son expérience du deuil se déroule sur trois séances complètes. Elles permettent de récolter un nombre important d'informations sur le vécu de chaque endeuillée mais également d'installer une alliance thérapeutique nécessaire à la pratique de l'hypnose. C'est donc à la quatrième séance que nous proposons d'expérimenter le dispositif hypnotique. Il s'est révélé nécessaire, en raison de paramètres conjoncturels ou relationnels, de prolonger cette phase préliminaire pour quatre sujets sur dix. Le nombre de séances supplémentaires variait de deux à quatre. Les trois entretiens qui suivaient la séance d'hypnose ont fait l'objet d'un traitement thématique et phénoménologique, puis essentiellement thématique pour les suivantes. Nous avons décidé de

n'effectuer qu'une séance afin d'apprécier les paramètres rituels, de « *guérison immédiate* » et ce qui les sous-tendaient s'ils se produisaient au cours de notre recherche.

La « Recherche-Action » désigne une recherche théorique empirique (Fernandez & Pedinielli, 2006). Elle est écologique, c'est-à-dire se déroulant *in vivo* dans un contexte institutionnel d'exercice réel. Comme le précisent Fernandez et Pedinielli (2006), *« elle a comme intention de modeler, d'infléchir ou de transformer la réalité économique, éducative, sociale, politique, psychologique ou religieuse* […] *La R-A est une action de recherche et une recherche d'action.*». Nous avons respecté les contraintes d'organisation liées à l'espace délimité et au temps déterminé. Les acteurs de la recherche sont les usagers de terrain et les professionnels y intervenant.

Notre contexte d'intervention se démarque néanmoins de celui que l'on peut observer dans un cadre entrepreneurial par exemple. Nous nous inspirons plus volontiers du processus de recherche-action à dominante existentielle théorisée par barbier (1995). « *Il s'agit de recherches dans lesquelles il y a une action délibérée de transformation de la réalité ; recherches ayant un double objectif : transformer la réalité et produire des connaissances concernant ces transformations* » (Hugon & Seibel, 1988). Cette approche est donc écologique et phénoménologique, s'ancrant l'environnement « naturel » et la dimension subjective. Ses référents privilégiés, mais non exclusifs, sont la psychosociologie clinique, l'anthropologie et l'analyse institutionnelle. Elle aspire à dépasser les axes scientifiques habituels pour intégrer la philosophie, l'art et les données multiculturelles. Son objet principal est l'approche « situations limites » telles que la mort et les mourants, la maladie, la naissance. Elle propose une action de compréhension du sens d'un événement et de ses transformations. Elle inscrit le chercheur dans une réalité psychosociale.

De fait, la recherche-Action-Existentielle (R-A-E) élabore un cadre de pratique clinique expérimentale qui tente d'appréhender le sens de ce qui a été fait et de ce qui peut l'être à présent. Notre recherche trouve une inscription naturelle dans son environnement clinique et correspond à notre conception du rôle du psychologue qui articule différentes dimensions

autour d'un sujet pour comprendre ce qui se déroule, proposer et mettre en œuvre des dynamiques de changement. Cette approche développée par Barbier (1995) engage une philosophie de recherche très dynamique entre pratique et théorisation. La R-A-E situe le chercheur entre implication et complexité requérant un positionnement à la fois rigoureux et méthodique, dans le choix de ses outils, des évaluations régulières, mais aussi intuitif et créatif. En ce sens, Barbier insiste sur les caractéristiques d'une triple écoute, « *scientifique, philosophique et mythopoétique* » qui puisse englober la multiréférentialité classique en sciences humaines (Barbier, 1995). L'auteur rappelle que la finalité du processus est « *l'adaptation relative de soi au monde* », c'est-à-dire permettre au sujet un changement d'attitude par rapport au principe de réalité qui s'impose à lui. Ces transformations s'opèreraient au niveau des représentations, des sensations, des émotions, des cognitions et des valeurs.

Les concepts structurant le positionnement du chercheur sont décrits comme des « *notions-carrefours* » par l'auteur. Il mentionne ainsi « *l'écoute sensible* », d'inspiration rogérienne, de l'univers affectif, imaginaire et cognitif d'un sujet pour comprendre leurs attitudes, comportements et « *système de valeurs, de symboles, de mythes* » (Barbier, 1995). Selon lui, la méthode se décline par un repérage et une contractualisation autour d'un problème, puis une planification et des réalisations avec rétroactions et enfin une théorisation, une évaluation et une publication.

1.4. Instruments d'évaluation, d'intervention et d'analyse

Nous avons organisé la recherche autour d'un certain nombre d'outils. Nous avons utilisé « l'Inventory of Complicated Grief » (ICG) pour la primo-détection de sujets concernés, puis l'entretien semi-directif pour évaluer la nature de l'expérience de deuil, une séance d'hypnose structurée et le recueil et l'analyse de données par « *l'Interpretative Phenomenological Analysis* ».

1.4.a. *Inventory of complicated grief* (I.C.G.)

La passation de l'ICG se fait lors de la phase de sélection de la population. Ceci constitue une première étape, nécessaire mais non suffisante, pour caractériser la pertinence de l'inclusion d'un participant. En cas de score supérieur à 25, les sujets qui l'acceptent seront reçus pour un entretien clinique. Nous avons sélectionné comme questionnaire d'évaluation de complication du deuil l'ICG (*Inventory of complicated grief*, Prigerson et al., 1995) qui a été largement employé dans la recherche empirique. L'ambition de cet auto-questionnaire est de mesurer les symptômes d'une entité « deuil compliqué », distincte de la dépression et de l'anxiété. Il est également question de différencier ce qui relève d'un processus de deuil normal d'un deuil compliqué. La dimension symptomatique concerne l'incapacité à accepter la réalité de la perte, les pensées et souvenirs intrusifs liés au défunt qui altèrent le fonctionnement quotidien, le désir et le manque. Nous retrouvons également la recherche ou l'évitement de situations rappelant le défunt, l'altération du fonctionnement social (confiance, intérêt, jalousie), le sentiment de solitude et de vacuité. Enfin, le recueil symptomatique inclut l'identification aux symptômes du défunt, les perceptions sensorielles, les sentiments d'injustice, d'amertume, d'envie.

L'ICG est composé de 19 items dont une partie relevant des manifestations considérées comme sévères. L'échelle de fréquence est en 5 points : jamais (0), rarement (1), quelques fois (2), souvent (3), toujours (4). Les affirmations formulées à la première personne sont appréciées par les sujets qui les cotent sur ce gradient de fréquence de 0 (jamais) à 4 (toujours), selon le ressenti au moment de la passation de l'échelle. L'addition des scores fournit un score total qui ne peut excéder 76. Les auteurs établissent un seuil discriminant supérieur à un score de 25, à partir duquel un deuil compliqué peut être envisagé. Les études de Prigerson et son équipe (1995) montrent une forte validité interne (alpha de Cronbach : .94) et une fiabilité entre deux passations sur 6 mois (.80). L'échelle permet d'apprécier l'évolution de la qualité de vie, des troubles du sommeil, de l'humeur, de l'estime de soi. Des scores élevés pourraient également prédire des troubles somatiques. Plusieurs biais existent cependant dans la construction de l'échelle. Sa capacité à discriminer deuil compliqué et dépression n'est pas clairement avérée et les auteurs ne distinguent pas le deuil compliqué du deuil traumatique. Le seuil de 25 sur 76 peut présenter une fiabilité incertaine et doit impérativement être complété par un entretien

clinique d'évaluation. Une version plus récente (Prigerson, 2001) a été élaborée avec 34 items en privilégiant une analyse factorielle et un indispensable entretien clinique plutôt qu'un « *cut off* » à 25 qui peut sembler approximatif.

Nous avons sélectionné cet outil en raison de sa bonne fiabilité et de sa validité interne. Il répond aux exigences de praticabilité et de rapidité dans le cadre de la détection de potentielles complications du deuil. Nous l'utilisons comme un indicateur global dans la recherche, qui a pu être utilisé par des psychologues ou médecins orientateurs, afin de cibler une population. L'entretien clinique est l'élément qui confirme ou infirme la dimension complexe et persistante du deuil. Ces aspects de détection et de praticabilité nous ont amené à privilégier la version de 1995 plutôt que celle, révisée, de 2001. Il nous fallait pouvoir identifier une population mais sans spécifiquement recourir à un outil plus fin qui répondrait à une exigence méthodologique de type « test-retest », qui ne correspond pas à notre axe de recherche.

1.4.b. Grille d'entretien semi-structuré

Nous avons élaboré un guide d'entretien individuel semi-structuré utilisable au cours de l'entretien. Conformément aux recommandations méthodologiques de l'I.P.A., nous avons choisi un nombre restreint de questions très ouvertes. Nous avons pu être inductifs en suggérant des thèmes qui n'auraient pas été abordés spontanément par les sujets, comme les représentations de l'hypnose. Ces éléments constituaient cependant des aspects essentiels de la recherche et devaient être abordés. Nous avons laissé l'expression libre concernant les réponses et contenus apportés. Nous formulons huit questions ouvertes et des relances. Nous précisons ci-dessous les données que nous escomptions voir émerger.

Question n° 1 : Comment s'est déroulé le décès de votre proche ?

Les éléments recherchés portent sur le contexte et les conditions du décès. Nous souhaitons trouver les données suivantes : contenu et type de narration, scénarisation,

congruence ou dissonance entre le contenu du discours et les émotions exprimées, imagerie mentale évoquée, sensations physiques, expression émotionnelle, champ cognitif (croyances, postulats, interprétations), description du ressenti.

Question n° 2- Comment avez-vous vécu les funérailles ?

Cette question s'intéresse au vécu subjectif des funérailles. Nous aspirons à collecter les informations suivantes : les rites funéraires ont-ils eu lieu, ont-ils joué leur rôle ? Nous attendons une description de l'état psychologique de l'endeuillé au cours des funérailles, avec éventuellement des éléments d'état dissociatif, de présence ou d'absence physique, de cérémonie privée ou publique. Nous escomptons identifier le choix de la crémation ou de l'inhumation et l'impact sur la représentation de ce qui demeure ou non, comme une disparition totale ou une survivance. Nous nous intéressons à la question de l'efficacité du processus rituel par sa dimension symbolique mais également par la qualité du lien à la communauté des vivants et de l'appartenance, de la reconnaissance. Nous souhaitons identifier les éléments pouvant faire fonction de rites qui marqueraient un passage d'un état à un autre.

Question n° 3- Quelles sont vos croyances personnelles sur la mort ?

Nous investiguons ici les croyances du sujet. Nous cherchons à appréhender les mythes fondateurs de la culture personnelle et familiale, les croyances religieuses et/ou spirituelles, les croyances sur la mort, sur une survivance ou non de l'être après le décès, sur les manifestations ressenties comme appartenant à une activité « paranormale », sur les liens unissant les vivants aux défunts.

Question n° 4- Quelle place occupe le défunt pour vous, aujourd'hui ?

Cette interrogation vise à cerner le ressenti de la présence du défunt au quotidien depuis le décès. Nous souhaitons identifier les processus suivants : l'imagerie mentale, les sensations et/ou perceptions de la présence du défunt dans l'environnement proche, un vécu de continuité

ou d'interruption de la relation. Nous souhaitons identifier l'état de la relation au mort. Est-il vécu comme encore vivant, encore présent ? Des indicateurs de cette continuité pourraient être une formulation au présent, un dialogue quotidien, des perceptions sensorielles : tactile, visuelle ou auditive.

Question n° 5- Comment décririez-vous l'attitude de votre entourage après le décès ?

Notre intérêt se porte ici sur le soutien social perçu avant, pendant et après le décès. Nous observons la description par le sujet de son environnement social et de sa présence au cours du processus de fin de vie et de deuil. Nous interrogeons la qualité de lien, sa durabilité, sa fiabilité, les sentiments d'abandon, d'incompréhension, de solitude. Bacqué et Hanus (2000) relèvent la privatisation progressive des funérailles et le délitement du lien social entre les endeuillés et la société. Cette évolution atténue l'effet d'exutoire retrouvé dans le rite funéraire et le fait de « porter le deuil ».

Question n° 6- Quelles sont vos attentes à propos de l'hypnose ? Pour vous, qu'est-ce que l'hypnose ?

Nous nous intéressons aux représentations et croyances du sujet sur l'hypnose : quelles représentations sur l'hypnose, quels peuvent en être les effets attendus, existe-t-il des expériences antérieures ? Y a-t-il présence d'une aura magique ou paranormale, d'une « transe » au sens traditionnel du terme ? Quelle efficacité symbolique est attribuée au processus hypnotique ? Comment est vécue et retranscrite l'expérience hypnotique par le sujet dans ce contexte donné ? Quel est son impact thérapeutique ?

Question n° 7- Que diriez-vous de la relation thérapeutique que nous entretenons ici ?

Nous abordons la qualité perçue de la relation au praticien. Qu'en est-il du lien de

confiance, des facteurs d'alliance thérapeutique ? Est-il crédible, jugé efficace, détenant un savoir utile ? Que représente le praticien pour le sujet (représentation de la communauté des vivants ?)

Le dernier questionnement se fait lors de la séance suivante, afin de permettre au sujet d'expérimenter par lui-même, dans son environnement, si des éléments de changements auraient pu survenir ou non et quelle serait leur nature.

Question n° 8- Comment vous sentez-vous depuis notre dernière rencontre ?

Cette question est volontairement très ouverte et d'une banalité avérée. Nous invitons l'expression du vécu subjectif à la date de la séance d'hypnose, en limitant autant que possible de suggérer ou d'induire des éléments qui n'émergeraient pas spontanément. Nous restons à l'écoute des phénomènes dynamiques lors des trois séances suivantes. Nous recueillons ici toutes les données qu'un sujet peut fournir sur son vécu somatique, cognitif, émotionnel, comportemental, relationnel.

Nous abordons de façon qualitative le suivi thérapeutique afin d'en cerner les éléments pertinents. Comment se construit le sens du processus hypnotique pour l'endeuillé ? Quelle est la part perçue d'une dimension rituelle du phénomène ? Quelle symbolique est-elle convoquée par le patient ? Quels en sont les effets ? Dans le discours, que devient la relation au défunt ?

1.4.c. L'*Interpretative Phenomenological Analysis* (I.P.A.)

L'*Interpretative Phenomenological Analysis* (Fasse, 2013 ; Gelin, 2013 ; Smith et al., 2009), appelée IPA est une approche qualitative récente centrée sur l'expérientiel et la subjectivité des sujets. Elle structure l'étude de la façon dont des individus donnent un sens à leurs expériences. Elle est donc exploratoire, idiographique, centrée sur un cas particulier, phénoménologique et analytique. C'est une approche inductive, il n'y a donc pas d'hypothèses préalables. L'organisation et la structure du discours d'un sujet vont traduire sa tentative de mise en sens d'une expérience. Le chercheur viendra compléter cette dimension phénoménologique par un regard analytique. L'échantillon restreint se prête mal aux généralisations mais l'exploitation des données peut ouvrir à de nouvelles hypothèses qui se démarquent du particulier. Il s'agit d'observer ce qui existe, à travers le témoignage d'un individu. Cette méthode correspond à l'approche psychologique, singulière et subjective de chaque sujet.

L'application consiste à élaborer un guide d'entretien semi-structuré très flexible de moins d'une dizaine de questions ouvertes sur une durée de 30 à 90 minutes. Une analyse qualitative systématique est effectuée sur chaque entretien, portant sur les aspects sémantiques, langagiers, conceptuels, thématiques et la mise en lien de ces derniers. Puis un compte-rendu narratif est élaboré en lien avec les éléments de *verbatim.* L'essentiel réside dans le contenu discursif plus que dans la formulation des questions du chercheur.

Le matériel discursif est lu à plusieurs reprises et annoté de commentaires. Nous dégageons les sous-thèmes émergents et les thèmes majeurs. Nous établissons des liens et connections entre les différents thèmes majeurs pour construire un hypéronyme, un méta-thème. A la fin du traitement de chaque situation, nous cherchons des patterns qui pourraient exister à travers les différents cas rencontrés. Les entretiens sont semi-directifs, avec une dizaine de questions ouvertes et relances. Ils durent en moyenne soixante minutes. L'objectif est de laisser se dérouler au maximum le discours du sujet, son fil narratif, en étant le moins inductif possible. L'analyse s'intéresse dans un premier temps au contenu sémantique et à la structure langagière du discours. Puis, elle s'attache aux données descriptives et conceptuelles. Les thèmes émergents sont identifiés et reliés entre eux et une analyse en est proposée.

L'analyse phénoménologique interprétative accorde une large place au discours de chaque sujet qui constitue le socle de la transmission d'une expérience. Nous proposons dans ces dix situations de deuil persistant de restituer des fragments de *verbatim* entiers afin de situer le contexte linguistique et conceptuel des individus. Cette méthode implique un développement long ancré dans le discours. Nous repositionnons l'expérience propre de chacun, accompagnée de propositions analytiques. Nous avons complété cette dimension, lorsque cela était possible, par un regard psychodynamique qui permet de rendre compte des mouvements intrapsychiques des sujets et de contenus plus latents.

1.5. Procédure thérapeutique

A nouveau, nous avons fait un choix concernant le protocole d'action thérapeutique. Nous avons convenu de mettre en œuvre une seule séance d'hypnose, au cours de la recherche, après trois séances d'évaluation, de récolte de données discursives et de renforcement de l'alliance thérapeutique. La notion de séance unique est motivée par sa possible fonction rituelle. Le dispositif catalyse les attentes et croyances du sujet sur un temps fort et exceptionnel. Cela permet d'optimiser la dimension de rituel investi à fort pouvoir thérapeutique et de mobiliser les « guérisons immédiates » qui pourraient se produire au décours d'une séance. La répétition de séances et l'acquisition de l'autohypnose auraient justement pour effet de banaliser le processus, au même titre que d'autres pratiques de soin, comme consulter régulièrement un kinésithérapeute pour une réadaptation. Or, afin de respecter sa dimension de rituel symbolique, nous avons décidé de ne pas le confiner dans le cadre d'une simple technique profane banalisée de soin. Cette dimension unique constituait une pré-suggestion du caractère exceptionnel d'une hypnose qui allait marquer un changement radical. Les représentations associées à « *la magie* » et au caractère « *thérapeutique* » de l'approche constituaient des données sémantiques favorables à un investissement rituel. Il nous a semblé cohérent, en raison de la nature d'une « recherche-action » qui se déroule en milieu écologique, de ne pas standardiser totalement le contenu des séances, comme avec la définition d'un script préalable qui serait répété indépendamment des productions des sujets. Par une certaine flexibilité dans les contenus nous respections les dimensions écologiques et phénoménologiques.

Afin de discerner des invariants et de constituer la dimension rituelle par des éléments répétés et répétables, nous avons standardisé certains paramètres de la séance :

- La phase d'induction de l'état hypnotique était ainsi rigoureusement identique pour toutes les participantes avec une focalisation attentionnelle sur un percept, détente musculaire, compte de 0 à 5 et accès à « l'espace intérieur ». Par la suite, la trame reste similaire mais la forme et le contenu divergent selon les sujets. Nous retrouvons les paramètres constants qui suivent.
- La visualisation d'un « chemin du souvenir » intérieur donnant accès aux ressources internes avec les apprentissages, succès et épreuves surmontées. Nous insistons sur le mouvement, la marche, la déambulation, fonction que soulignait Bacqué (2013) dans cette distinction entre morts et vivants. Chaque participant peut ainsi revisiter son histoire. Nous avons pu utiliser des compétences spécifiques qui possédaient d'intéressantes capacités métaphoriques, comme l'équitation.

- La visualisation du défunt et de son histoire avec une narration possible et la suggestion de rassembler les souvenirs en une mémoire. Certains sujets utilisent l'image d'un album photo au sein duquel ils collectent les souvenirs, réunis en une trame, avec la possibilité d'aller chercher des souvenirs plutôt que de les subir. A la fin, il est possible de dire « au revoir » ou de construire une cérémonie destinée à acter la séparation sous cette forme. L'intériorisation de la présence du défunt peut se faire par la visualisation des valeurs qu'il portait et que le sujet peut intérioriser.

- La création d'un lien entre passé, présent et futur avec visualisation de trois états de la vie pour le sujet endeuillé. Elles traversent ces différents temps avec les caractéristiques qu'elles se représentent. L'enfance avec une possible insouciance ou au contraire un sentiment de vulnérabilité et de dépendance exacerbé, l'âge adulte avec l'autonomie et la conscience des difficultés de l'existence puis l'avenir comme surface de projection d'un « idéal du Moi ».

- Le travail du « tri des objets ». Chaque objet, « bon » ou « mauvais », est symbolique, chargé de souvenirs et d'émotions, d'affects sur l'héritage légué par le défunt. L'endeuillée décide ici de ce qu'elle accepte de garder et de ce qu'elle refuse de porter.

- Le temps du retour avec décompte de 5 à 0.

- Le temps d'échange sur le vécu immédiat de la situation.

- Les trois séances suivantes consistent à recueillir les contenus narratifs propres à l'expérience hypnotique et ses liens éventuels avec celle du deuil et de la détresse.

Nous préservons ainsi une structure engageant des dynamiques spécifiques dans le lien au défunt et à la mémoire. Cette trame est investie de contenus singuliers par chaque participant.

1.6. Population et critères de participation à la recherche

La population est constituée de personnes vivant un deuil compliqué objectivé par l'ICG et l'entretien. Notre groupe est constitué exclusivement de femmes, âgées de 25 à 76 ans, ce qui correspond à la préconisation d'homogénéité des participants pour l'IPA (Smith, 2009). Les critères d'inclusion sont les suivants : les participants doivent être âgés de 18 à 77 ans, ce qui correspond à la moyenne de la population reçue et préserve une certaine hypnosabilité qui peut tendre à diminuer avec l'âge et certains déficits neurologiques et sensoriels. Notre recherche s'intéresse à l'expérience du deuil chez le sujet adulte.

Le décès doit dater de 6 mois minimum, seuil prédictif de complexité selon Prigerson (1995). Les sujets doivent répondre aux critères de deuils compliqués et avoir un score significativement élevé au questionnaire ICG (supérieur à 25/76). Ils sont « naïfs » d'expériences hypnotiques thérapeutiques. Nous proposons une seule séance d'hypnose afin de mobiliser les attentes et croyances du sujet sur le dispositif et accroître sa nécessaire compression psychique. Pour préserver la part de représentations et d'expectatives, nous privilégions des individus n'ayant jamais expérimenté l'hypnose dans un contexte de soin. Nous avons intégré une personne qui avait fait une expérience d'hypnose de spectacle.

Les critères d'exclusion concernent les sujets de moins de 18 ans et de plus de 77 ans, dont la durée du deuil serait inférieure à 6 mois et qui auraient déjà bénéficié d'une expérience hypnotique à visée thérapeutique.

2. Situations cliniques

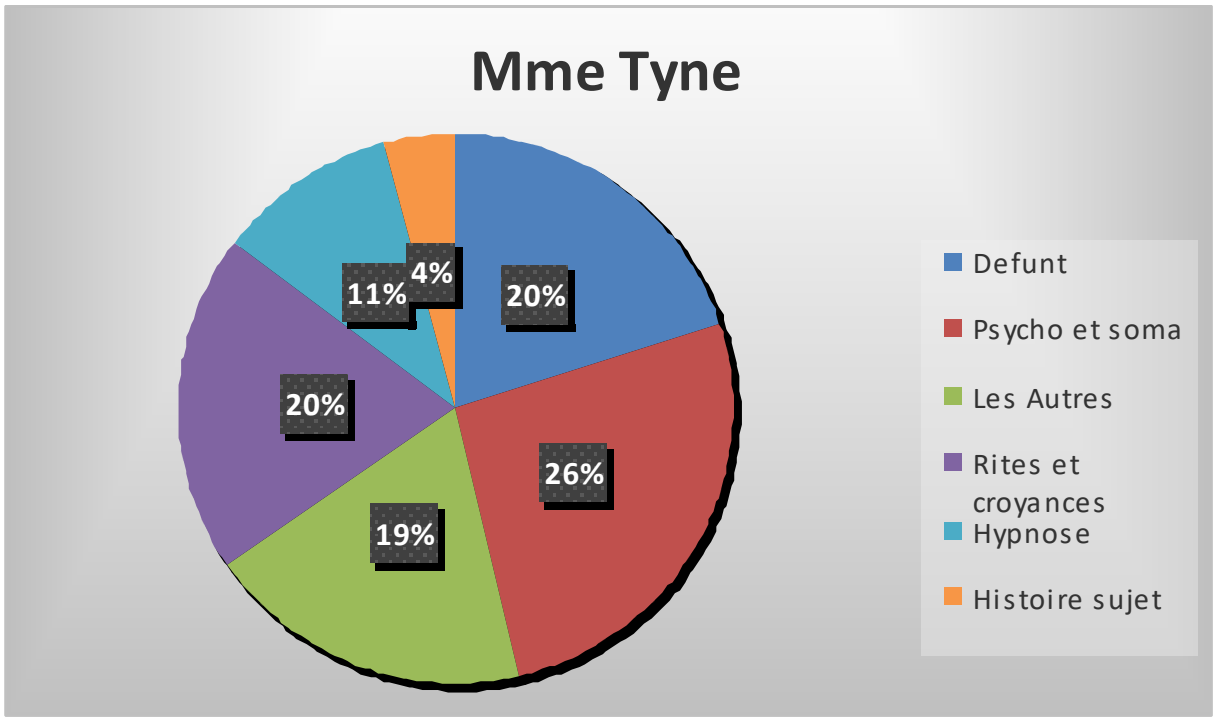
2.1 Mme Tyne

Madame Tyne consulte suite au décès de sa mère qui a eu lieu sept mois auparavant. Elle obtient un score de 47/76 à l'ICG, ce qui la positionne dans une configuration symptomatique de deuil compliqué. Les items les plus significatifs sont relatifs au sentiment de solitude et de vide, chacun obtenant le score maximum. Les pensées et souvenirs intrusifs sont également cotés à l'intensité la plus élevée. Le manque est prédominant et l'acceptation de la perte semble complexe à intégrer. Mme Tyne cote le sentiment de vacuité comme très intense ainsi que le sentiment d'envie à l'égard de ceux qui ne sont pas en deuil. Elle ne semble pas mettre en place de comportements d'évitement. Concernant les hallucinations visuelles ou auditives, Madame Tyne évoque n'en avoir que rarement ce qu'elle déclare déplorer. Les items relatifs aux relations sociales ne sont pas cotés comme problématiques. Elle évoque des difficultés cognitives comme le manque de concentration et d'attention, des troubles du sommeil et une perte d'appétit.

Mme Tyne a été reçue sur quatorze entretiens en une année. Nous avons relevé 632 occurrences thématiques dans l'analyse du Verbatim. Elles se répartissent de la façon suivante :

1- Manifestations psychologiques et somatiques :	168 occurrences (26%)
2- Rites et croyances :	127 occurrences (20%)
3- Défunt :	126 occurrences (20%)
4- Les autres :	118 occurrences (19%)
5- Hypnose	67 occurrences (11%)
6- Histoire personnelle :	26 occurrences (4%)

Graphique 1. Répartition des occurrences thématiques dans l'analyse de contenu du discours de Mme Tyne.



Mme Tyne, 42 ans, est issue d'une fratrie de trois enfants dont elle est la seule fille. Sa famille est issue d'un pays du sud de l'Europe, de culture catholique et pratiquante. Elle est mariée et mère de deux enfants. Mme Tyne vient à la consultation de « suivi de deuil » sept mois après le décès de sa mère. Celle-ci est décédée des suites d'un cancer bronchique évolutif après un long séjour hospitalier.

L'évolution de la pathologie vers une phase terminale s'annonçait distinctement du côté soignant. Cependant, Mme Tyne répétera ne « *rien avoir vu venir, jusqu'au dernier moment. Je n'y croyais pas.* […] *C'est bête mais je la croyais immortelle… elle a survécu à tellement de choses…* [...] *J'espérais un miracle, même quand le médecin m'a dit :* "vous ne réalisez pas qu'elle va mourir"*. Même là, je refusais d'y croire.* […] *Vous voyez, je suis même partie en vacances trois semaines alors qu'elle était encore hospitalisée. Parce que … euh… en fait j'étais sûre qu'elle allait vivre.* [...] *Je crois qu'elle, elle avait compris bien avant moi… mais on n'en a pas parlé. Je m'en veux beaucoup pour ça. J'aurais dû être plus présente. Je crois que mon*

père avait aussi compris. Moi je ne voulais pas… enfin… c'est… j'y avais jamais pensé comme ça. [...] *J'avais déjà perdu un oncle et une tante, mais c'est vraiment pas pareil.* [...] *Je sors de mon monde… j'étais dans ma bulle ».*

Ainsi, bien que médicalement prévisible, le décès est vécu comme soudain et brutal. Mme Tyne décrit « *une relation fusionnelle* » et donc la perte comme « *une amputation* ». Elle décrit sa mère comme son unique confidente, sa référente pour la soutenir affectivement, l'écouter, la conseiller.

2.1.a. Manifestations psychologiques et somatiques : 168 occurrences (26%)

Mme Tyne décrit son état en ces termes :

« Elle était un pôle pour moi, sans elle, je sens une absence qui... c'est pas possible à combler ça. Je n'arrive pas à avancer malgré mes enfants et mon mari. Je la voyais tous les jours. On avait un lien... comment on dit… fusionnel. Il y avait beaucoup d'amour, de confidences et de respect. C'était mon repère... […] *je suis la seule fille de la famille et j'ai deux frères. J'étais sa confidente et je peux vous dire qu'il y avait la même intensité des sentiments entre nous. Elle pour moi et moi pour elle, oui. Sans elle, sans son affection je ... (pleure)... je fais des crises avec tous ces changements je me sens perdue... comme une extraterrestre. Moi j'avais une relation vraiment privilégiée avec elle.* […] *Je pense à ma mère tous les matins. Quand je n'y pense pas... que je suis à peu près normale... ben je culpabilise. Je n'ai pas le droit de ne pas y penser. Je porte du noir tous les jours… C'est une coutume chez nous.* […] *Je vois mon père avec les yeux de ma mère. Je le vois faire des choses tout seul qu'il n'a jamais fait avant. Il se débrouille bien mais... je sais pas... je crois qu'il fait semblant.* […] *Chez moi... j'ai pas le temps… je fais quelques papiers. Je ne fais pas le reste. Tout s'accumule. Rien ne paraît important. Mon mari travaille dans un atelier, il veut à manger en rentrant, il faut que je fasse les choses. Mais tout s'accumule. Ce qui traîne ne me paraît pas important. Les enfants, le linge, tout ça...* […] il *y a une cassure. Je ne suis plus capable je n'ai plus cette envie. Je n'ai pas le droit de continuer sans elle ».*

Mme Tyne mentionne clairement la place des pensées et images intrusives qui occupent son espace cognitif. Elle fait un lien intéressant en précisant que le fait de ne pas y penser ne

produit pas de soulagement mais au contraire une forte culpabilité. Elle note le désintérêt et la perte d'envie concernant les tâches quotidiennes. Nous relevons un sentiment d'indignité avec l'idée de ne plus avoir le droit d'exister sans elle. Ce qu'elle peut vivre dans son quotidien lui semble futile, ce qui rejoint sa cotation à l'ICG sur les difficultés à assumer les tâches courantes en raison d'une activité cognitive centrée sur le défunt.

« Moi je ne pense qu'à ça j'ai besoin d'en parler je pense. J'ai besoin de répéter les mêmes choses mais à la maison, on n'en peut plus de m'entendre... On ne peut pourtant pas l'oublier comme ça ! […] *Je me sens un peu plus légère, j'ai pleuré la nuit. Après notre entretien. Ici j'ai dit des trucs que je ne peux pas dire chez moi… enfin que je ne peux plus dire… les gens ne comprennent pas… pour eux chacun perd quelqu'un et chacun à sa tristesse, c'est vrai… mais c'est tellement pesant chaque jour son absence… ».*

Mme Tyne retranscrit son rapport au discours, celui qu'elle porte et la façon dont il est reçu mais aussi celui que ses proches lui adressent. Elle est dans la croyance d'une parole libératrice, bien qu'elle ait conscience que le discours sur sa mère soit répétitif, donc figé. Mme Tyne s'approprie un espace pour faire exister la défunte, là où elle semble refluer progressivement de la vie quotidienne. Nous voyons les éléments de banalisation de l'entourage lorsqu'ils rappellent que « tout le monde » perd quelqu'un.

Les jours se succèdent, tous pareils... je fais les choses comme un robot […] *Quand je suis sortie de votre bureau, j'ai pu aller faire des courses... ça allait mieux… et puis ça revient. La réalité c'est qu'elle n'est plus là et ça me détruit, ça, ça ne changera pas quoi que je dise ou que je fasse. J'ai pas encore intégré tout ça, je ne veux pas je crois.* […] *Pour vous dire, on construit notre maison et je voulais que maman soit là, qu'elle voie tout ça… là je n'ai plus l'envie de participer aux travaux, je ne vois plus le sens de tout ça. C'est un grand vide, hier j'ai pleuré toute la journée ».*

Mme Tyne décrit des conduites automatisées propres à l'engourdissement affectif de l'endeuillé. C'est également un mode de fonctionnement à faible coût cognitif qui peut lui permettre de s'ajuster aux exigences de la vie familiale. Son fonctionnement oscille dans la valeur qu'elle attribue à la parole, qui peut être libératrice puis vaine face à l'écrasante absence. Dans ce contexte, la relation avec le vivant ne restaure pas l'endeuillée. Elle marque aussi son désinvestissement des projets familiaux.

« J'ai réalisé qu'elle n'était pas là… qu'elle n'était plus là et qu'elle ne serait plus là pour moi…vous me trouvez bête ? De m'accrocher à ma mère comme ça ? Je suis pourtant plus une enfant hein ? […] *Mes enfants me disent "maman tu vas pas pleurer tout le temps"* […] *Je peux pas gérer les larmes, ça me déborde.* […] *Je m'en veux, j'aurais pu faire plus... la coller davantage et l'écouter... au dernier moment elle voulait me dire des choses, elle voulait parler et moi je n'ai pas accepté, je ne voulais pas. J'ai pas vu ça.* […] *J'ai pas vu tout ça. J'ai pas accepté qu'elle allait mourir… j'ai pas vu qu'elle était sur la fin.* […] *Je suis partie en vacances avec les enfants mais j'étais sûre qu'elle n'allait pas mourir. Je n'y pensais même pas. Mon père s'est occupé d'elle mais lui aussi était dans le déni. Il était comme moi lui, dans la croyance que ça allait aller. J'avais un espoir mais totalement irrationnel… je sais pas comment j'ai pas vu… mais je suis partie et je l'ai abandonnée pour passer du bon temps* […] *Je suis comme vide* ».

Le sentiment de vacuité noté à l'ICG se retrouve également dans sa description de son monde intérieur. Mme Tyne décrit l'incompréhension de son entourage face à des crises de larmes régulières. Elle exprime son sentiment de culpabilité, lorsqu'elle ne voulait pas voir venir la fin de vie et qu'elle a refusé de laisser parler sa mère sur ce sujet. Elle décrit ce mécanisme de relégation de la réalité et de fuite avant. Elle a mis en œuvre des conduites d'évitement et de banalisation lors de la dernière période de la vie de sa mère.

« J'avais ma mère avec moi. Ça casse mon image du monde. Tant qu'elle était là même dans cet état... j'ai pas pu couper le lien. Tant qu'elle était vivante j'espérais encore jusqu'au bout […] *En fait, j'ai peur d'oublier… de ne pas lui être fidèle. Si je rigole, je me le reproche tout de suite... rire, c'est un peu comme la trahir non ? Je ris alors qu'elle est sous terre. Je m'interdis d'être heureuse.* […] *Vu ce que représente ma mère pour moi, oui j'ai du mal à l'oublier, bien sûr ! Ça ne serait pas juste de l'oublier, ça serait une trahison, ça ne serait pas normal. C'est moi qui porte la peine pour tout le monde. Mon mari adorait ma mère mais il ne l'exprime pas, il ne veut pas dire les choses. Je vois bien qu'il n'a pas envie de parler de ça.* […] *Depuis sa mort... je doute de moi… je doute de mes capacités… de mes … ce qu'il y a en moi pour avancer… ça me fout des angoisses de faire le chemin sans ma mère… je suis comme une gamine ? Vous trouvez hein ? Vous en voyez d'autres comme moi ? Je veux dire… Il y a des gens comme moi qui réagissent comme ça ? Je suis normale ou je suis folle ? ».*

Ce thème majeur inclut les différentes plaintes psychologiques et somatiques émises par Mme Tyne, les modifications qu'elle perçoit dans son rapport à l'espace et au temps, un ressenti d'imprévisibilité et des contenus cognitifs autour de la mort.

Les plaintes somatiques sont secondaires. Les dimensions émotionnelles, cognitives et comportementales sont au premier plan. Elle mentionne notamment une impression de stagnation, d'incomplétude : « *amputation »*, *« manque impossible à combler »*, ainsi qu'une désorientation, « *je me sens perdue »*. Nous relevons un trouble identitaire, « *dès fois je ne me reconnais pas… je ne sais plus qui je suis »*, des « *crises »*, un sentiment d'étrangeté : *« comme une extraterrestre »*. Mme Tyne décrit de la culpabilité lorsqu'elle ne pense pas à sa mère : « *Je pense à ma mère tous les matins. Quand je n'y pense pas... que je suis à peu près normale... ben je culpabilise »*. Les pensées intrusives sont à la fois dépressogènes et rassurantes car elles témoignent à Mme Tyne de sa fidélité à l'égard du défunt. Penser à elle et en souffrir constituent une forme de rituel négatif, d'ascèse nécessaire à l'expiation de la culpabilité issue de cette pensée : « *je l'ai abandonnée »*. Dans la même dynamique, elle porte « *du noir tous les jours, c'est déprimant mais on fait ça chez nous »*. Nous relevons une mention faite à une identification au défunt : « *je vois mon père avec les yeux de ma mère »*. Conjointement, Mme Tyne fait part d'un ralentissement, une perte d'élan et d'envie, de motivation à assumer les tâches du quotidien. « *Ce qui traîne ne me paraît pas important. Les enfants, le linge, tout ça... il y a une cassure. Je ne suis plus capable je n'ai plus cette envie. Je n'ai pas le droit de continuer sans elle »*.

Mme Tyne fait mention d'une perception modifiée du temps. Une monotonie, une indifférenciation dans les jours qui s'écoulent. Le temps passe indistinctement. La projection dans l'avenir est anxiogène et incertaine. *« Elle est morte il y a 8 mois... le temps passe… Je sais pas.* […] *Les jours se suivent et se ressemblent, je suis comme un robot… je fais tout automatiquement […] J'ai peur d'avancer... le futur m'angoisse* […] *J'ai l'impression qu'il n'y a pas un jour différent d'un autre*. […] *moi je me sens un peu paumée… je suis perdu, je ne vois pas l'avenir... Je ne vois pas vraiment un avenir sans ma mère. C'est flou... J'ai encore du mal à croire qu'elle ne soit pas là*. […] *J'ai cru qu'elle m'aurait accompagnée toute ma vie »*.

Son rapport à l'espace connaît également des changements significatifs. Elle sanctuarise la maison parentale et se montre résistante aux changements que son père souhaiterait impulser. Il s'agit d'un lieu de vie pour lui et d'un mausolée pour elle. Dans tout passage du profane au sacré, les objets quotidiens revêtent un caractère immuable, marqués d'un tabou, le fait de les

toucher ou de les déplacer est considéré comme une profanation. Elle reproche à son père « *son manque de respect* » pour sa mère, un comportement « *indigne* », lorsqu'il souhaite déménager et évacuer l'essentiel des affaires de sa femme. Le temps est suspendu dans un présent répétitif, sans projection dans l'avenir et l'espace est perçu comme figé, un lieu consacré, dans toutes ses acceptions, à la défunte.

L'imprévisibilité semble faire irruption dans la conscience en même temps que l'idée de la mort. Avec cette perception nouvelle, l'illusion de maîtrise sur l'avenir, notamment par la planification, se trouve mise en échec. « *N'importe quoi peut arriver à n'importe qui n'importe quand... en fait c'est ça* ». Le sentiment d'impuissance s'impose au contrôle perçu.

Concernant les pensées sur la mort, Mme Tyne relève des modifications notables. En effet, elles ne faisaient pas partie de ses questionnements et représentations. Selon elle, la mort a brutalement fait effraction dans sa réalité. Elle émet des considérations générales sur le sujet : « *Je me dis que la vie ne vaut rien. Un corps chaud est devenu froid. Les gens sont de passage... tout le monde meurt...* ». Elle constate le fait biologique d'une apparente évidence, presque banal et énumère les attendus sur le caractère éphémère de l'existence. Elle tente de mettre en sens ce qui s'est produit, notamment en s'appropriant un discours social banalisant. Celui-ci fait office de mécanisme défensif par rationalisation. Il devient nécessaire d'apprivoiser ce phénomène jusqu'à présent considéré comme périphérique à son existence.

2.1.b. Rites et croyances : 127 occurrences (20%)

a- Croyances

Mme Tyne fait état d'une culture familiale religieuse, catholique et décrit la défunte comme une fervente pratiquante. Elle se reconnaît dans cette appartenance spirituelle mais exprime à plusieurs reprises ses doutes sur sa foi depuis le décès. Elle culpabilise également de ne pas se montrer « *à la hauteur* » de l'héritage spirituel de sa mère, de ne pas garder la foi lors des « *épreuves* ». L'identification à un idéal féminin incarnant des « *valeurs fortes*, [ma mère c'était] *la foi, la compassion, la bonté, la gentillesse, la patience* » se trouve mise en échec, induisant un processus d'auto-dévalorisation croissant.

Une forme de dissonance s'installe. Mme Tyne tente d'intérioriser la présence de sa mère en l'incarnant dans certaines valeurs qu'elle doit mettre en œuvre. Et cependant, elle éprouve des difficultés à prier, à garder la foi et ressent de l'envie à l'égard des filles qui ont encore leur mère. « *Moi, depuis sa mort… Je ne sais plus trop... Je n'arrive plus à prier. Je suis allée à Lourdes pour prier et ramener de l'eau bénite pour maman. Je pensais que ça allait l'aider. J'y croyais, elle croyait aussi en Dieu. Là-bas, je suis allée chercher ce que la médecine ne pouvait plus faire pour elle. C'est bizarre… je ne croyais pas qu'elle allait mourir mais j'ai eu besoin de faire ça. Après que le médecin ait dit que je ne réalisais pas. Ça me restait en tête même si je refusais. Je suis allée chercher un miracle. J'ai vu une grande plaque là-bas sur une maman avec une insuffisance respiratoire, guérie subitement et j'imaginais que c'était la mienne. J'étais sûre que ça partirait* ».

Mme Tyne investit les rites religieux de guérisons miraculeuses et a recours à la pensée magique pour pallier l'impuissance médicale. Il coexiste en elle les paroles du médecin, comme principe de réalité, et la force des croyances maternelles comme mode de pensée magique, attaché au principe de plaisir. Confrontée au « Réel » brut représenté par l'imminence de la mort, Mme Tyne développe un ensemble de défenses psychologiques et de stratégies d'ajustement : régression et pensée magique, dénégation, fuite en avant. Elle confirme cette quête de guérison miraculeuse par un ultime recours, qui s'entend également comme tentative de restauration du contrôle perçu.

« *Nous, dans la famille, on ne pouvait pas aider maman, pas comme ça. Personne n'est médecin chez nous. Moi il fallait que je fasse des choses. La seule chose à laquelle je me sois rattachée c'est un guérisseur et une photo de maman. Deux fois j'ai essayé pour qu'il la guérisse à distance mais … rien…* ».

Mme Tyne explique en quoi les croyances religieuses peuvent mettre en sens l'expérience de la mort.

« *Je ne crois pas qu'il n'y ait plus rien après la mort.* […] *Être au ciel… je n'y crois pas à fond, pas comme ma mère… elle était très pieuse… Le purgatoire tout ça... Elle y croyait… Moi non. Il faut qu'il y ait quelque chose au-dessus de nous... Pourquoi naître, vivre et, mourir... Je crois comme ma mère que faire le bien ouvre les portes du ciel... C'est sûr que croire, c'est un plus* ».

La question du sens, sur un registre existentiel, émerge dans ce « *pourquoi naître, vivre, et mourir ?* ».

Mme Tyne se tourne vers différents médiateurs entre le monde des vivants et des morts. Ce peut être dans un ordre de croyances profanes, impliquant une perception des manifestations de l'esprit des morts.

« Chez nous, tout a été fait comme il fallait. Au 7ème jour elle a eu une messe, avec beaucoup de fleurs. Maman était très croyante. On a beaucoup pleuré. Surtout moi. J'ai une amie, une dame d'un certain âge qui m'a dit qu'elle pouvait sentir sa présence ce jour-là. Qu'elle me protégeait. Elle m'a dit d'être à l'écoute de ma mère…. Je pleure… je ne la sens pas moi…».

Il y a une forme d'injonction à se mettre dans une position d'écoute de la défunte. Le discours est bienveillant mais finalement culpabilisant. Il place Mme Tyne en situation d'échec : « *Elle m'a dit d'être à l'écoute de ma mère…. Je pleure… je ne la sens pas moi…».* Les contenus cognitifs d'indignité s'expriment par l'idée d'être « *une mauvaise fille* », insuffisamment à l'écoute pour entendre sa mère.

Mme Tyne se tourne également vers un représentant du culte, également témoin de la fin de vie de sa mère. Cette notion du « témoin » est essentielle. Il existe des vivants qui peuvent attester de l'existence du défunt et lui accorder une place actualisée dans le discours. L'endeuillé est régulièrement en quête de ceux qui peuvent endosser ce rôle.

« J'ai vu un prêtre mardi… je suis restée une heure et demi avec lui... après j'ai pleuré une heure et demie toute seule... C'était le prêtre qui avait suivi ma mère. Il a partagé ses derniers instants, j'avais besoin d'être rassurée sur les derniers temps de sa vie. Le côté religieux était vraiment important pour maman. Et de ce côté-là, il m'a dit qu'elle était bien et en paix avec elle-même. Après avoir discuté avec lui ça allait, je me sentais mieux ».

L'aspect religieux peut ainsi apporter un apaisement. Nous observons une mise en parallèle de deux systèmes de croyances qui se révèlent plus compétitifs que complémentaires. L'un fait partie d'un domaine païen ou profane, spirite, l'autre de l'institution religieuse officielle qui constitue également l'héritage maternel. Cet élément aura de l'importance par la suite pour comprendre quel sens prend l'expérience hypnotique pour Mme Tyne. Le dispositif

hypnotique ne s'intégrera pas de façon écologique dans le fonctionnement du sujet. Il demeurera pour elle un agent externe contraignant visant à l'éloigner de sa mère. Nous développons cet aspect dans le thème majeur « l'hypnose ».

Elle poursuit une description de sa relation à la foi et à l'église.

« Lorsque je me souviens de cette réalité, de ce manque… il n'y a rien qui peut l'éponger. Je vais à la messe seule le dimanche, ça fait du bien de se retrouver un peu. Je pleure seule au fond de l'église... C'est gênant. Dans un lieu calme et apaisant comme ça. C'est une église où ma mère allait souvent… Vous savez… c'est... Enfin... ma fille me regarde à la maison... et je pleure. Puis ça va un peu mieux... je suis vidée… J'ai arrêté de prier... je ne sais plus et je n'ai pas envie. J'aurais trop de demandes... Je ne prie pas… je suis juste là... je pense... Je pleure… Si, je prie parfois quand j'ai un problème avec mon fils... J'attends une réponse... mais rien, elle n'est pas là. J'ai eu que dalle. Je ne fais plus rien. Des fois je commence à prier et je ne vais pas au bout ».

Mme Tyne décrit sa quête de signes tangibles, d'une perception concrète, quasiment matérielle de la présence de sa mère *post mortem*. « *Mais rien... »*. Tant la prière que les activités spirites se révèlent impuissantes à offrir ce type de réponses. Le prêtre lui rappellera qu'à « *Dieu revient la charge des âmes et non des corps* », d'où le caractère aléatoire des miracles. Également que la foi repose sur le principe de « *croire sans voir »*, ce qui s'oppose à sa démarche actuelle. Le déficit d'intériorisation se traduit par une quête empirique du défunt qu'il faut voir, sentir, toucher.

b- Rites

Corrélativement aux croyances, Mme Tyne évoque les rites, essentiellement religieux, qui ont accompagné le cheminement funéraire de sa mère.

« *On a organisé deux messes ici. On est parti au pays. Elle voulait être enterrée là-bas. J'étais pétrifiée face au cercueil… ce sont mes frères qui s'en sont occupé... on a hésité… l'enterrer ici ou là-bas, où aller la voir ? Si elle est au village au pays, on ne peut pas aller la*

voir souvent. Mais là-bas elle a eu un enterrement comme elle l'aurait voulu... il y avait tout le village... comme elle aurait aimé que ce soit fait finalement. Je savais que le plus dur serait le retour sans elle. On l'a laissée là-bas ».

Mme Tyne exprime ici l'importance du lien à la terre natale, le retour à la matrice originaire mais avec un conflit de loyauté : privilégier les souhaits du mort avec l'éloignement ou des hommages plus réguliers sur la tombe grâce à la proximité ? Notons également la puissance d'un rite effectué dans un cadre communautaire qui rassemble « *tout le village* ».

« Je pense à ma mère tous les matins. Quand je n'y pense pas... que je suis à peu près normale… ben là je culpabilise. Je n'ai pas le droit de ne pas y penser. Je porte du noir tous les jours c'est une coutume chez nous. Je ne sais pas si vous portez toujours du noir ici ? Le noir c'est pour moi mais pas pour les autres. Combien de temps on doit le porter ? C'est sûr que c'est déprimant ».

Elle établit un lien entre le fait de penser quotidiennement au défunt, une obligation, un devoir et le port d'un signe ostensible de deuil. Ce qui se pense doit se voir en trouvant une traduction visible. Elle s'interroge sur l'universalité de ce rite et sur les normes qui l'encadrent. « *Combien de temps ? ».*

« Elle est rentrée au pays par là où on rentrait tout le temps. Ce chemin vers chez nous était le chemin de la fin. Il y a eu tellement d'émotions... on a fait deux cérémonies... Une ici à l'hôpital et une autre au village. Je suis restée 2 heures auprès de ma mère quand elle est morte. Il était 21h et quelques… Il y a eu beaucoup de monde quand on a voulu faire cette cérémonie, on a voulu organiser quelque chose pour ceux qui étaient ici. C'est la meilleure chose qu'on ait faite, il y avait tellement de monde juste pour elle. Pour ce dernier hommage. Ça aurait été une erreur de ne pas le faire. Au pays, on embrasse le corps, on se plie sur elle, on la colle tant que le cercueil n'est pas scellé. Il y avait une sorte de hublot pour la voir. Il fallait la voir morte pour que ça devienne réel. Tout ça était très important. C'était une belle cérémonie parce qu'elle était préparée comme si elle était en train de dormir, toute la cérémonie était très fleurie. Dans l'église on veille le corps jusqu'à l'enterrement ».

La description est détaillée et qualitativement importante. Ce rite collectif a produit un effet apaisant en mobilisant la communauté qui a manifesté son attachement à la défunte. Nous

constatons la nature de ce rapport au corps qui n'est pas encore considéré comme cadavre. Le contact physique se prolonge avec lui jusqu'au bout : « *embrasser, coller, se plier sur elle* ». Mme Tyne souligne la nécessaire confrontation au Réel par le fait de « *la voir morte* ». Cependant, comme une atténuation de la violence du contact avec la mort, Mme Tyne compare son état au sommeil, une assimilation ancienne entre *Hypnos* et *Thanatos* : « *comme si elle était en train de dormir* ». Le sommeil est apaisant et réversible. L'acquisition des caractéristiques de la mort se fait dans l'enfance : universalité, irréversibilité, irrémédiabilité. La mort concerne tous les vivants, de façon définitive et inévitable. Pourtant, l'endeuillée revient sur ces trois principes dans un mouvement régressif. Négation du principe d'universalité : « *Tout le monde, mais pas elle...* », d'irrémédiabilité : « *je pense toujours qu'elle va revenir, là par cette porte* » et d'inéluctabilité : *« j'ai jamais cru qu'elle pourrait mourir… c'est bête mais je la pensais immortelle* ». Dans la même dynamique la présence des fleurs, unissant les couleurs aux arômes, vient s'opposer aux caractéristiques de la mort : le teint cadavérique, le noir des endeuillés, l'odeur du cadavre, tout ce qu'un environnement floral peut dissimuler ou contrebalancer. Les perceptions de Mme Tyne illustrent l'importance de la sensorialité dans l'expérience du rite funéraire et plus globalement de la ritualité.

Si les occurrences sur les représentations de l'hypnose sont limitées, celles qui concernent les rites, notamment funéraires et religieux, sont abondantes. Elle décrit plus en détail le cheminement de la famille qui assure le transport du corps dans un long périple du lieu du décès jusqu'au pays natal.

« On a fait un roulement. On l'a accompagnée jusqu'à la première grande ville, puis il y avait du monde on a perdu le corbillard sur la route. Mon père avait peur de ne pas arriver à temps. On l'a perdu aussi... en fait on s'est tous perdus. Puis on s'est retrouvés à la frontière jusqu'au village... On était trois voitures et le corbillard. C'était long on était tellement fatigués. Il y avait un temps pourri au village... D'habitude on va là-bas pour les vacances on est contents. Là non... Il n'y avait que la tristesse. Les enfants voulaient se coucher, nous on devait rester. On a fait un roulement pour ne pas la laisser seule. Mon frère, mon mari, mon père... Tout le monde était fatigué. Moi je me suis reposée 40 minutes mais il y a toujours eu quelqu'un à l'église. On a toujours été là. Il y avait beaucoup d'émotions. Les gens étaient malades et criaient… Ils ne font pas semblant. Ils étaient là dans le village. On a exposé le corps et après on l'a enterré à 14h. Ils ont tous défilé. Il y avait de l'affection, des petites vieilles, vraiment à un âge avancé, elles étaient super gentilles. Elles disaient des choses sur ma mère. Tout était

sincère. Là-bas plus y'a de personnes qui se recueillent plus ça veut dire que vous êtes quelqu'un de bien. Beaucoup de gens avaient besoin de venir la voir. Pour rendre ce dernier hommage. Les gens auraient été… ma mère aurait voulu… tout a été bien fait... un peu improvisé mais tel qu'il fallait ».

La notion de cheminement occupe une place importante. Nous percevons un aspect de mortification dans le déroulement de l'accompagnement du corps notamment par la fatigue, la présence permanente auprès de la défunte, la contrainte des besoins physiologiques. A nouveau, Mme Tyne met en exergue la place prépondérante des aspects collectifs du rite funéraire. Elle décrit le nombre de personnes en précisant que cet aspect quantitatif traduit qualitativement la valeur du défunt. Mme Tyne s'attache particulièrement à l'intensité et la sincérité des émotions exprimées par les participants pendant la cérémonie. Les manifestations comportementales de l'attachement au défunt évoquent le rôle qu'occupaient les pleureuses de l'antiquité, en Égypte, en Grèce, à Rome.

« Je donne des messes pour le repos de son âme. Je suis gênée de pleurer ça devient gênant, des gens comprennent d'autres pas du tout, c'est normal ou pas ? Je dois prendre le relais de ma mère. C'est… euh… son héritage. Là elle n'est plus là... je dois continuer sans elle. Je dois assurer sans elle. Je n'ai plus cette chaleur dans mon cœur... je suis seule, c'est le vide. Il ne faut pas que je pense trop… Deux maisons à gérer. Mon père à guider… faut qu'on s'entende... comment je vais continuer dans tout ça ? […] *Je suis allée à Lourdes pour prier et ramener de l'eau bénite pour maman. Je pensais que ça allait l'aider. J'y croyais, elle croyait aussi en Dieu.* […] *Je suis allée chercher un miracle. J'ai vu une grande plaque là-bas sur une maman avec une insuffisance respiratoire, guérie subitement et j'imaginais que c'était la mienne.* […] *A noël ça allait. On a mis une bougie pour maman. C'est une nouvelle année sans elle qui commence. Ça vient tout seul toutes ces pensées.* […] *Je suis croyante mais depuis la mort de maman je ne suis pas sûre du temps qui existe hors de la vie. Pendant la messe c'est dur de se concentrer c'est devenu un peu abstrait. Je pense qu'elle m'aide de là-haut* […] *Je vais quotidiennement à l'église. Ma mère y amenait des fleurs. Tous les jours. Je fais ce qu'elle faisait.* […] *J'amène quelques fleurs, on pleure. Il n'y a pas de remède à la tristesse.*

Si l'effectivité des rites funéraires communautaires apparaît clairement dans le discours de Mme Tyne, les pratiques individuelles telles que la prière ne semblent pas pouvoir occuper cette fonction d'apaisement. Le rite est symboliquement puissant quand il est relié à une

collectivité, mais neutralisé lorsqu'il est individualisé. Cette caractéristique expliquera également l'inefficacité et le rejet du dispositif hypnotique. Non seulement il se révèle mis en compétition avec la foi catholique mais il s'ancre de plus dans un rapport duel au thérapeute en focalisant sur le monde interne du sujet. Selon la personnalité et le fonctionnement de l'endeuillé, l'opérateur peut représenter la collectivité des vivants et la convoquer implicitement au cours de la séance. Les objets internes sont également mobilisés et mis en travail. Pour Mme Tyne le dispositif hypnotique, non collectif, ne présentera pas l'efficacité symbolique suffisante pour opérer des changements.

« Je pars à la fin du mois au pays sur sa tombe. On va choisir le caveau. Ça remue plein d'émotions difficiles. Il faut choisir la stèle le caveau, la photo... Là elle est juste dans un carré de terre... pendant une année… et maintenant on installe la tombe […] *Ici c'est souvent sobre la tombe, mais chez nous, il y a plein de choix. Je chercherais quelque chose de discret et sobre, comme ma mère. Mon père, lui au contraire a choisi quelque chose de très clinquant. Avec des anges et des fioritures… J'aime pas ça, ça ne lui ressemble pas du tout. C'est décalé par rapport à sa simplicité. Mon père ne demande pas de nouvelles* […] *Avec lui on n'a jamais parlé de la mort non plus. On va se retrouver dans la maison de famille au village, ça va faire un rappel à la réalité. Je retrouve mes émotions. Je ne lâche que quand je suis toute seule, tout le monde s'en fout de ce que je ressens* […] *C'est important que j'aille voir la tombe de maman. C'est pour finir les choses. Pour moi, pas besoin d'un joli caveau ni d'une photo… tout ce qui la rappelle ici, il n'y a que moi qui y accorde de l'importance.* […] *Il faut que j'arrête de voir ma mère dans ce coin du cimetière. Il lui faut une vraie tombe.* […] *C'est pas terminé… et il faut finir pour bien honorer maman. Il lui faut le caveau qu'elle mérite ».*

Ces éléments de discours soulignent la nécessité d'un rituel de clôture. Bien qu'il n'y ait pas d'intentionnalité mentionnée, il y a eu une année de latence avant la formalisation définitive de la sépulture. Ce temps correspond à une durée moyenne du deuil « conventionnel » et à la minéralisation du corps, sa transformation en squelette. Mme Tyne souhaite élaborer une sépulture qui exprime la personnalité de sa mère. Une fois de plus, elle trouve que son père ne comprend pas sa mère et ne respecte pas le nécessaire « devoir de mémoire ». Ce même rapport au souvenir est rendu impossible dans la relation avec son père qui demeure mutique sur le sujet. Cet élément renforce le sentiment de solitude et de décalage de Mme Tyne. Elle doit garder ses émotions qui n'intéressent pas l'entourage. Les éléments de verbatim explicitent clairement la façon dont le rituel doit permettre de clore un temps du deuil : « *C'est important que j'aille voir*

la tombe de maman. C'est pour finir les choses […] *C'est pas terminé… et il faut finir pour bien honorer maman. Il lui faut le caveau qu'elle mérite ».* Elle se sent également isolée dans le rôle de porte-parole du défunt qu'elle s'attribue : « *il n'y a que moi qui y accorde de l'importance ».*

« Ma mère a un caveau, ils sont partis. J'ai vu les photos. Ça fait un peu peur. Ma mère est là et c'est une réalité que je ne veux pas voir. Mais le caveau est bien. Il y a une photo sur le mur. Elle a sa sépulture. Elle est très catholique, elle peut enfin reposer en paix ? […] *Elle n'est pas là. Il faut que je me fasse à ma nouvelle vie.* […] *J'irai sur sa tombe à la fin de l'année. Je vais y aller toute seule.* […] *Avec mon mari. À l'abri des regards.* […] *Qu'on ne me regarde pas pleurer. Je veux pas y aller avec le reste de la famille pour ça* […] *C'est une référence pour moi qui m'a appris beaucoup de choses.* […] *C'est un passage de relais ».*

Mme Tyne parle régulièrement de sa mère au présent *: « elle est très catholique ».* Cette difficulté à l'inscrire dans un passé est un élément constitutif du deuil compliqué. Elle tente de rationaliser cette relation en conscientisant son absence « *Elle n'est pas là. Il faut que je me fasse à ma nouvelle vie ».* Nous considérons comme des éléments dynamiques l'évocation de la transmission par l'apprentissage et le « *passage de relais ».*

2.1.c. Défunt : 126 occurrences (20%)

Le thème majeur « le défunt » comprend quatre sous-thèmes :

a- Présence du défunt au quotidien (52 occurrences)
b- Conditions du décès (24 occurrences)
c- Relations au défunt de son vivant (32 occurrences)
d- Histoire du défunt (18 occurrences)

a- Présence du défunt

Il s'agit de l'expression la plus notable de sa relation au défunt *post mortem*. Contrairement à la quasi-totalité des participantes à la recherche, Mme Tyne, en dépit de ses

souhaits, n'a aucune perception de la défunte. Elle ne la voit pas, ne la sent pas et s'en plaint. En effet, elle relie cette absence perceptive à un sentiment d'indignité, elle n'est pas « assez bonne fille » pour la sentir. Pourtant, ce sous-thème est fortement exprimé. En effet, sa présence se manifeste en creux, par tous les signes de son absence au quotidien. Mme Tyne tente d'atténuer la souffrance de ne pas voir sa mère présente dans les discours de son entourage par le recours aux objets et reliques, aux lieux, à son héritage moral, aux cérémonies qu'elle organise à son intention. Nous ajoutons également la détresse de n'avoir aucune perception de la défunte, phénomène habituellement considéré comme « paranormal » ou pathologique selon les grilles d'analyse mais ici corrélé à l'indignité et l'auto-dévalorisation.

« *Depuis sa mort je ne l'entends pas, je ne la vois pas. J'aimerais mais je ne vois que la fin quand on l'a débranchée. Elle voulait parler et ne pouvait pas écrire. On a essayé la tablette mais ça ne fonctionnait pas. Si elle avait pu parler elle aurait pu dire...* […] J*e donne des messes pour le repos de son âme [...] Je dois prendre le relais de ma mère. Là elle n'est plus là... je dois continuer sans elle. Je dois assurer sans elle. Je n'ai plus cette chaleur dans mon cœur... je suis seule, c'est le vide. J'ai une amie, une dame d'un certain âge qui m'a dit qu'elle pouvait sentir sa présence ce jour-là. Qu'elle me protégeait. Elle m'a dit d'être à l'écoute de ma mère…. Je pleure… je ne la sens pas…* […] *Je vois mon père avec les yeux de ma mère ».*

Le manque de mots, l'impossibilité de recueillir les dernières paroles qui occupent une place importante dans les fantasmes des familles qui accompagnent un proche en fin de vie, contribuent à maintenir Mme Tyne dans une recherche de contact après le décès. Elle éprouve une sensation de manque, d'incomplétude, également pour ce qui n'a pu être délivré par la défunte sur ses derniers instants. L'endeuillée s'identifie au défunt en adoptant son regard sur ses proches.

« Ses appels me manquent. On s'appelait plusieurs fois par jour pour tout se dire, c'était ma confidente. Elle avait pour moi cet amour de mère, sans conditions. Avant, même à 46 ans j'étais son enfant. Maintenant je dois assumer un poids mais je ne suis pas prête pour ça. J'ai pas envie de porter ça sans maman. Avec la mort d'une mère on ne se sent plus protégée. Et moi je dois protéger qui et quoi ? ».

Les rituels quotidiens laissent une trace mnésique, presque conditionnée, qui émet autant de rappels de l'absence. Le positionnement relationnel de Mme Tyne nous indique que sa mère

constituait son principal objet d'attachement sécure, son *caregiver* identifié. Le fait de se concevoir comme l' « *enfant* » met en lumière la détresse psychologique ressentie. Abandonnée comme une enfant, sans l'amour inconditionnel qui la portait jusqu'à présent, elle se trouve dans un mouvement régressif insécure. La relation est charnelle dans le sens d'un enveloppement ou d'une contenance physique des angoisses du sujet. Les appels quotidiens attestent de cette nécessaire vérification de la présence de l'Autre et d'un déficit d'acquisition d'une permanence de l'objet.

« Mon père n'a pas encore touché aux affaires de maman. C'est moi qui ai commencé à dégager. On n'a rien enlevé alors que certains le font tout de suite. Mon père ne dit rien... lui il n'a pas ce besoin... de parler de tout ça... de maman… cette histoire d'affaires c'est comme si… enlever des choses ça serait une trahison, alors pousser n'est pas enlever. Il s'agit de ranger... enfin dégager… il y a des vêtements, des chaussures, et tout est toujours là comme ça… je ne sais pas... à la fois j'ai envie que ça reste, comme ça et en même temps je crois qu'il faudrait faire de la place... ne plus avoir ça sous les yeux tout le temps ».

Cette partie de discours est discordante avec les éléments recueillis auparavant. Dans sa perception de l'espace parental, Mme Tyne exprimait la nécessité de maintenir le lieu en l'état, s'opposant au désir de changement de son père. Ici, elle développe une perspective opposée. Son père n'impulse pas de dynamique particulière autour de la gestion des objets de la défunte. Il prévoit de déménager et ne paraît pas investir émotionnellement cet aspect du lieu de vie. Mme Tyne y attache une valeur symbolique, dans ce « *sanctuaire* », les objets deviennent des reliques. Elle manifeste son ambivalence à travers ce mouvement d'attachement aux traces matérielles de la défunte et la nécessité de marquer une césure entre passé et présent.

« Plus personne ne parle de maman. Moi ce que je veux, c'est qu'on mette carte sur table et qu'on parle de maman… On partage notre vécu… La vie continue normalement pour eux et ça me rend triste… Comment je dois continuer sans elle moi ? Tout me manque. L'affection... les confidences … mon père n'en parle plus du tout... Elle est morte mais tout ce silence c'est comme s'ils la tuaient une deuxième fois […] *Pour ressentir ce manque… faut que j'en parle... quand j'en parle je ressens les choses et j'ai l'impression que c'est plus juste* ».

La présence du défunt est ici caractérisée par la place qu'il peut occuper dans les discours. Plus Mme Tyne rencontre ce néant, qu'elle considère comme une seconde mort, voire une

violence faite à la défunte, plus elle éprouve le besoin de rendre justice en occupant un espace de parole dédié à sa mère. Les notions de « *mérite* » et de « *justice* » sont très présentes au cours de l'intégralité des entretiens. Sa mère subit une injustice en étant effacée et elle fait justice en la ramenant constamment dans ses propos.

La dynamique entre espace psychique et physique apparaît régulièrement.

« Je suis fière de mes valeurs, comme ma mère… c'est elle qui m'a donné ça... elle m'a donné une éducation… et une spontanéité… Comme être là pour le prochain... s'adapter à l'autre... Riche comme pauvre… Je sais pas... J'espère que ces valeurs vont vivre en moi et que je vais les transmettre à mes enfants ».

Ce mécanisme implique une forme d'intériorisation et d'intégration de la mort du proche. Il s'agit de contenus transmis et à perpétuer. Si l'identification demeure partielle et permet à Mme Tyne de rester différenciée de sa mère, elle représente un signe d'évolution favorable du processus de deuil.

« Pour moi... la maison est comme... je sais pas... sacrée ? Pas vraiment, mais il n'a pas le droit de salir tout ça en amenant des femmes là où s'asseyait ma mère... ça me dégoûte... oui je suis en colère… Elle ne mérite pas ça… elle ne mérite pas l'oubli… et surtout pas le remplacement. Il faut s'en souvenir, la maison c'est un lieu pour ça… plein de souvenir. Pour mon père... lui, il y habite et il veut que ça vive… mais maman elle, elle est sous terre pendant qu'il joue aux cartes […] *La moindre babiole m'y fait penser. Que va devenir tout ça ? Tous ces objets ? J'essaye de maintenir et mon père s'en fout. Tout prend la poussière. Toute cette accumulation. Je dois faire le tri. J'y accorde de l'importance, à elle à ce qui la rappelle. Mon père va… euh… déménager… et vendre la maison telle quelle. Il ne fout rien. Je vais déménager moi-même les affaires de ma mère. Il n'a rien fait et il n'en n'a pas l'intention. Moi... Je peux pas jeter. Par exemple, je me suis attaché même à un vieux verre doseur qu'utilisait ma mère pour faire la cuisine. Je le récupère pour m'en servir aussi. J'ai besoin que ça reste et que ça vive. Je garde tout comme une folle. Ses colliers, une mèche de cheveux, des fleurs séchées qu'elle gardait... ce qui reste d'elle… les objets parlent d'elle aussi. Ça sert à rien tout ça mais je le garde... j'ai sa carte d'identité sur moi… Tout ce qui sert, les autres se le répartissent, moi je garde ce qui ne sert à rien.* […] *J'essaye de me convaincre que ma mère est bien là où elle est, tout le monde me dit ça ».*

Mme Tyne décrit ici un fonctionnement de nature obsessionnelle, par accumulation. Chaque objet devient fétiche. Le mécanisme relève d'un investissement partiel de l'attachement sur des reliques. La question identitaire est posée. Mme Tyne conserve la pièce d'identité de sa mère sur elle. Ce document est témoin de l'existence officielle, administrative, et de la filiation. Il est un support identificatoire. Elle se montre critique de son propre fonctionnement en qualifiant son comportement de rétention des objets : « *je garde tout comme une folle* ».

« Dans les moments tristes, je vois ma mère. Avec une auréole blanche autour de sa tête. J'aimerais la voir en rêve mais non. Rien... ça me triture ça aussi... je ne sens rien, je ne rêve pas... j'ai peur d'être hantée, j'ai peur des esprits parfois mais pas si c'était ma mère au contraire... je voudrais qu'elle revienne. Si je pouvais provoquer ça. […] *On voit ma mère en moi. Je la représente en beaucoup d'occasions. Je suis comme elle à remercier tout le temps, je suis bienveillante, j'aime les fleurs comme elle* ».

Conformément au cadre culturel, Mme Tyne élabore une iconographie imaginaire de sa mère qui devient une sainte auréolée. Ce sont des fantasmes consciemment provoqués. Mme Tyne regrette de devoir induire cette imagerie mentale elle-même, sans que sa mère ne se manifeste spontanément, par des rêves ou autres manifestations. Dans cette attente, Mme Tyne fantasme un mouvement de sa défunte mère vers elle, annulant l'angoisse d'abandon. L'élément identificatoire pose à nouveau la question d'une assimilation pathologique de l'identité maternelle ou d'une réelle capacité de différenciation, tout en préservant certains legs symboliques.

b- Conditions du décès, relations au défunt de son vivant, histoire du défunt.

Les sous-thèmes suivants relatent essentiellement la stupeur de Mme Tyne au moment du décès. Elle revient sur ses difficultés à comprendre l'imminence de la mort en dépit des multiples avertissements qui lui étaient adressés. Elle exprime des remords d'avoir encouragé sa mère à subir une intervention douloureuse et difficile à supporter sur les derniers temps de sa vie. L'opération « *de la dernière chance* » n'a produit aucun bénéfice thérapeutique tout en altérant la qualité de vie de sa mère sur ses derniers jours. « *J'ai été égoïste* ». Elle fait état de ruminations mentales obsédantes générant de la culpabilité. Elle déplore d'être partie trois semaines en vacances au cours des derniers temps de la vie de sa mère. Nous distinguons dans ce départ la traduction d'un refus d'accepter la gravité de la situation et une forme d'évitement

de la situation anxiogène. Elle mentionne avoir perdu les dernières paroles de sa mère qui ont été délivrées à une autre personne.

« On a vu mourir ma maman dans le service. On a cru qu'elle allait être sauvée et ça ne s'est pas passé. Je croyais au miracle… nous sommes très croyants dans la famille, ma mère allait beaucoup à l'église. Je me dis que la vie ne vaut rien. Un corps chaud est devenu froid. Il n'y avait plus de solution… j'ai... je sais pas… il y a eu de la souffrance et elle était apaisée. Après on est partis. En fait je ne savais pas qu'elle était malade comme ça. J'aurais jamais dû partir en vacances quand elle était plus malade. Je n'avais pas compris, je croyais qu'elle allait s'en remettre... vraiment je ne savais pas... je ne voulais pas voir. Quand ma mère était en phase terminale, je suis partie avec ma famille trois semaines en vacances et mon père a pris le relais auprès d'elle. Une amie de ma mère est restée là auprès d'elle... elle a reçu de ma maman ce que j'aurais dû recevoir à sa place, si j'étais restée… maman n'était pas bien... je suis restée trois semaines loin d'elle alors que si j'avais su... si j'avais compris ce qui se passait vraiment cette fois-ci j'aurais pu m'occuper d'elle... simplement rester avec elle. J'aurais parlé de choses que je ne peux plus dire. Comme lui dire que je l'aimais... mais ça se voyait ça... elle le savait bien. Le réanimateur a proposé une trachéotomie pour la faire rentrer à la maison mais ça n'a pas marché… ça s'est aggravé et elle ne pouvait plus parler... on n'aurait pas dû. Elle a réussi à me faire comprendre qu'elle voulait voir les enfants ».

La relation que nous avons précédemment décrite est perçue comme « *fusionnelle* », quotidienne, sa mère étant investie du rôle de « *seule confidente* » et de « *protectrice* ». Mme Tyne raconte la jeunesse difficile de sa mère. Accidentée encore enfant, elle a subi de nombreuses hospitalisations et de longs séjours « *en sanatorium* ». « *Elle aurait dû mourir plein de fois… mais elle a survécu… c'est pour ça... je n'y croyais pas* ». Elle construit une représentation maternelle immuable dans une description héroïque. L'icône idéalisée de sa mère se trouve en effet auréolée d'une histoire de douleurs et de dévotions, de capacité à surmonter humblement l'adversité. Elle correspond aux canons de l'église catholique : piété, simplicité, humilité, compassion, dévotion, sacrifice, « passion » au sens christique.

« Là j'ai rien vu venir. Ma mère était tout ce qu'il y a de plus gentil, vraiment bienveillante. Certains la prenaient pour une poire. Elle était très soumise à mon père. Elle préférait qu'on lui fasse mal à elle. Elle ne médisait pas sur les gens, elle. Ma mère représentait tout ça. Toutes ces valeurs. Toutes les qualités d'une mère... elle a beaucoup souffert d'accidents

jeune... elle a été écrasée par un cheval... et elle a eu un accident de tracteur… les poumons étaient très abîmés. A l'époque, elle était resté quatre ou cinq jours dans le coma. Son cercueil était prêt pour elle, mais elle est revenue à elle. On a essayé des guérisseurs ça n'a pas fonctionné. Elle est allée dans un hospice pour malades. Elle est restée 2 ans alitée sans pouvoir bouger. Finalement, elle a eu une permission. Elle était petite et elle avait un corset en plâtre. Sa croissance avait été coupée. Pendant sa permission elle n'est plus jamais revenue à l'hospice... Elle ne devait pas vivre longtemps de toute façon ni avoir d'enfants... et pourtant elle a vécu et a fondé une famille. Mais en fait cette maladie l'a rattrapée, à sept ans sa respiration était déjà très réduite. Elle a eu une protection dans l'au-delà. C'est une miraculée. Elle en a toujours été reconnaissante envers le seigneur… Après elle a vécu avec un machine pour l'oxygène… je culpabilise aussi parce que... à la fin j'ai dit oui pour la garder un mois de plus… je pensais qu'elle ne souffrait pas… on a fait la chirurgie… ça a été très dur…».

2.1.d. Les autres : 118 occurrences (19%)

Ce thème regroupe un *cluster* de sous-thèmes tels que l'incompréhension de l'entourage, les conflits, le sentiment de décalage, les ressenti d'abandon, de trahison, d'indifférence, les refus de parler du défunt, les discours stéréotypés sur la mort, les oublis trop rapides, le manque de respect du temps du deuil, le soutien social effectif, les changements de rôle, les proches envahissants, la possibilité de demander de l'aide.

Chez Mme Tyne, les occurrences les plus importantes concernent ce qu'elle perçoit comme « *un oubli trop rapide* », « *un manque de respect du temps du deuil* », *de* « *l'incompréhension, des reproches* », « *les refus de parler du défunt* », les sentiments « *d'abandon, d'indifférence* », « *les discours stéréotypés sur la mort* », et un ressenti de « *décalage* ».

Mme Tyne décrit fréquemment cette impression d'être « *seule contre tous* ». Il n'y a pas de dimension persécutive mais plutôt une organisation revendicative. Selon elle, l'entourage annule l'existence de sa mère. Elle n'est pas ou peu mentionnée dans les échanges. Elle répète de nombreuses fois que « *personne n'en parle* ». Le soutien social existe lorsqu'il concerne des personnes qui acceptent d'évoquer la défunte avec elle. Ils peuvent écouter ce que Mme Tyne souhaite en dire et recevoir ses émotions. Elle se sent décalée et illégitime dans sa famille

nucléaire lorsque ses enfants ne comprennent pas la persistance des pleurs : *« oh non maman, tu vas pas encore pleurer ?* ». « *Tu dois choisir, soit tu rejoins mamie soit tu restes avec nous !* ».

Son mari se montre soutenant mais ne conçoit pas son mode de fonctionnement. Pour lui, « *quand ils sont morts, ils sont morts… c'est fini* ». De fait, son besoin de répéter ses ressentis, l'histoire de sa mère, son décès, ne peut se développer. Cette dimension génère une frustration qui mobilise de l'agressivité contre son entourage. Son père est la dernière figure parentale en vie. Elle dit ne jamais avoir eu de relations avec lui sans l'entremise de sa mère. Il représente pour elle celui qui devrait être le plus dévoué à la mémoire. Or, il veut déménager, donc quitter le lieu du souvenir et il réinvestit des relations affectives, annulant et remplaçant l'existence de sa défunte épouse.

Ce qui s'articule dans cette thématique est la description d'une lutte constante entre Mme Tyne et sa famille pour continuer à faire exister sa mère. A de nombreuses reprises, elle précise son nouveau rôle dans le système familial : « *je dois pleurer pour elle » ; « il n'y a que moi qui en parle » ; « elle ne mérite pas qu'on l'oublie, on lui doit bien ça » ; « je veux qu'on en parle », « ils la tuent une seconde fois* ». Ici, la persistance du deuil sur un versant compliqué occupe une fonction. Mme Tyne devient le témoin et porte-parole unique de sa défunte mère. Elle l'explicite elle-même, « *si j'allais mieux, ça serait comme l'oublier* ». Nous notons cette fonction sociale de l'expression compliquée d'un deuil : témoigner, faire exister, rappeler.

2.1.e. Hypnose : 67 occurrences (11%)

Ce thème se décline en « *représentations sur l'hypnose* » (25 occurrences) et « *effets de l'hypnose* » (42 occurrences). Nous présentons un résumé du contenu de la séance d'hypnose entre ces deux sous-thèmes.

a- Représentations de l'hypnose

Pour Mme Tyne comme pour une majorité de sujets, les représentations sur l'hypnose sont limitées. Pour elle, il s'agit essentiellement d'un spectacle consistant à *« mettre des personnes dans un état second pour faire rire les gens »*. Elle a néanmoins vu une émission qui abordait le sujet de l'hypnose thérapeutique, *« pour désangoisser les malades »*. Mme Tyne questionne sur le sérieux et l'efficacité de l'approche. Elle demande *: « vous avez ce don-là vous ? Vous avez la capacité de faire ça ? »*. Mme Tyne assimile donc le dispositif thérapeutique à un registre de « parasciences », comme pour « *les guérisseurs »*. Il reposerait sur des croyances, un corpus ésotérique, une transmission d'une capacité invisible qui octroierait à son légataire des pouvoirs particuliers.

La pratique hypnotique est associée aux croyances profanes ou païennes. Elle s'inscrit dans ce rapport compétitif au religieux, donc à la question de la fidélité à l'égard du défunt et des valeurs qu'elle incarnait. L'hypnose ne se présente pas de façon écologique au sujet. Elle demeure un agent exogène contraignant susceptible de l'éloigner de la relation maternelle. A un niveau psychodynamique, le cadre hypnotique vient représenter le tiers séparateur dans la relation « *fusionnelle* », il peut interférer avec cette dyade qui se prolonge fantasmatiquement au-delà du décès. Nous discernons la faible densité du mythe hypnotique chez Mme Tyne. S'il est conçu comme rituel thérapeutique, il ne peut s'ancrer dans une mythologie puissante porteuse d'efficacité symbolique.

Ces extraits de verbatim montrent l'expression de représentations sous forme de questionnements. Ceci constitue une modalité assez générale chez les sujets interrogés. *« C'est pas un traitement ça non ?* […] *On met une personne dans un état second pour faire rire les gens.* […] *C'est sérieux ça ? Ça marche ?* […] *Vous avez le pouvoir de faire ça vous ?* […]

C'est quoi alors ? Une sorte de don non ? Je connais un ou deux guérisseurs. […] *Ça peut m'aider ça ?* […] *Vous allez me faire dire des choses que je veux pas dire ?* […] *Vous pouvez me sortir ça de moi ? Cette lourdeur ?* […] *J'ai vu une émission. Je sais qu'on l'utilise à l'hôpital pour désangoisser les gens. Pour les aider à aller mieux.* […] *Je sais pas si on retrouve son état normal après... et si je reste coincée ?* […] *Mais je vous fais confiance ».*

Mme Tyne exprime des craintes courantes : l'abolition de la volonté (involontarité), la perte de contrôle de son corps ou de sa parole, l'effraction psychique, le doute sur le sérieux du dispositif, la possibilité de « *rester coincée* » dans l'état hypnotique et de ne pouvoir en sortir. Nous relevons l'idée de « l'exérèse psychique » : l'hypnose endort, l'opérateur extrait le « mal » et réveille le patient « guéri ». Le caractère binaire de la représentation, « spectacle » ou « guérison miraculeuse », n'est pas démenti, ni encouragée par l'expérimentateur. Par rapport aux usages habituels en hypnothérapie où le recadrage des croyances constitue un prérequis utile, nous faisons le choix de laisser les représentations en l'état et de les intégrer comme élément thérapeutique. Nous fondons cette approche sur l'impact des croyances sur l'efficacité du rituel. En dépit de craintes exprimées sur une prise de contrôle de ses actes, de ses paroles ou de ne pas pouvoir sortir de l'état hypnotique, Mme Tyne formule qu'elle nous « *fait confiance* ». Cet élément de discours traduit qu'une alliance thérapeutique, même minimaliste, a pu prendre place.

b- Résumé du contenu de la séance

L'induction de l'état hypnotique se fait par un focus auditif sur les sons de l'environnement puis resserré sur la voix de l'opérateur. Par la suite, nous proposons une sensation corporelle de légèreté, en accentuant une forme de dissociation entre un corps lourd, détendu, et ce flottement presque « désincarné ». Pour fournir à la séance l'intensité dramatique et théâtrale que requiert toute pratique rituelle, nous reprenons tous les éléments de représentations archétypaux d'une séance d'hypnose évoqués par les patientes. La phase d'induction se fait par des suggestions directes. La patiente s'engage sur un escalier, nous ne précisons ni montée, ni descente, puis nous procédons à un décompte progressif :

« *un… le corps est maintenant le plus décontracté possible… agréablement lourd et léger à la fois… deux… l'esprit se détend à son tour… ouvert au changement… trois… vous restez concentrée sur le son de ma voix qui vous accompagne… et vous prenez de la hauteur,*

de la distance avec tout le reste… quatre… les paupières sont lourdes, agréablement lourdes… les traits du visage se lissent… cinq … vous accéder à votre espace personnel... constitué de vos souvenirs… vos émotions… vos pensées… vos ressources… ».

Labelliser l'hypnose et utiliser les représentations du sujet pour conformer des paramètres de la séance à ses attentes potentialise l'impact thérapeutique de l'expérience (Gandhi & Oakley, 2005, *in* Bioy, 2012). Les attentes positives sur l'expérience renforcent ses effets thérapeutiques (Lynn & Kirsch, 2006). Notons que la ritualisation et la théâtralisation portent beaucoup plus sur cette phase inductive, destinée à « créer » l'état hypnotique, que sur la phase narrative, suggestive et de visualisation proprement dite.

Nous invitons Mme Tyne à s'engager sur le chemin du souvenir, en utilisant des contenus qu'elle a pu fournir au cours des échanges. Elle peut revisiter l'histoire de sa mère, la sienne, leur parcours commun, mettre en récit et élargir le champ des souvenirs pour reconstituer une mémoire globale. Le travail hypnotique vise ici à défocaliser des souvenirs de fin de vie, souvent traumatiques, pour structurer une mémoire de l'identité du défunt, objet total possible à intérioriser. Mme Tyne retrouve les valeurs maternelles, qu'elle peut réifier, pour les intégrer comme un héritage vivant et dynamique de sa mère. Nous proposons un lien entre différents temps de son histoire : son enfance et sa capacité à devenir une mère suffisamment bonne, pour elle comme pour sa fille, l'âge adulte, ses connaissances et expériences et la femme en devenir, qui transmet à la génération suivante. Elle peut effectuer un tri des affaires laissées par sa mère, entre bons et mauvais objets, en se visualisant dans un grenier, chaque objet contient une charge émotionnelle propre. Mme Tyne peut dire au revoir à la défunte et à un mode de relation. Nous insistons sur sa capacité à intérioriser l'expérience présente, puis nous procédons à un compte à rebours pour le retour à l'état de conscience « habituel ».

c- Effets de l'hypnose

Les effets sont notables et ont une dimension spectaculaire, tant par leur intensité que leur brièveté.

« Question hypnose…. On peut en parler oui ? Franchement j'y croyais pas. Et en sortant, je me suis sentie… euh... en retrait. Il y avait comme une barrière qui m'empêchait

de… de ressentir… et de… euh… vider mes larmes et mes émotions. C'était très confus. Ça a vraiment bloqué mes larmes, et là, j'ai eu peur de la trahir. C'était comme si ma mère était là et que je ne ressentais pas de souffrance... mais en fait intérieurement, c'était pas ça. Quelque chose m'empêchait de fondre. Les jours qui ont suivi, je suis beaucoup sortie. Je ne pensais pas trop, je faisais des choses. Faut pas trop que je pense. Ça allait sans aller. Je pensais à ma mère qui est très croyante... moi aussi je suis catholique mais pas comme ma mère… […] *Et puis mon père est parti au pays. Chez lui… je suis repassée et j'ai revu les affaires de ma mère... ça a été une grande émotion qui est revenue et j'ai beaucoup pleuré. J'ai vu que c'était comme si ma vie continuait sans changement. Alors que non. Tout change tout le temps. Comment je n'ai pas vu ça moi ?* […] *Je ne pensais pas trop à ma mère après la séance d'hypnose. Je n'en avais pas la nécessité. Il y avait comme un rideau occultant entre elle et moi. J'y ai pas cru mais il s'est vraiment passé quelque chose de bizarre.* […] *Si je vais mieux je sais que je vais faire du mal à ma mère. Je veux pas être une fille qui ne serait pas euh … fidèle. Elle est toujours vivante en moi. J'ai revu une de ses photos et j'ai réalisé que ses traits commençaient à disparaître. A force de faire comme si rien n'était, les gens n'en parlent plus et oublient vraiment. Comment elle peut vivre encore si on n'en parle plus ? C'est comme si plus les autres oubliaient plus je devais me souvenir. J'ai le devoir de me souvenir pour tout le monde.* […] *C'est quoi le temps normal pour oublier quelqu'un ?* […] *Moi je dois pleurer pour elle.* […] *Je me suis mise au sport j'ai des moments bien. J'essaye de faire le vide comme avant mais ça revient toujours. Je crée ces moments, ils ne viennent pas seuls ».*

La première mention est celle d'une incrédulité face à l'expérience. Puis, la séquence décrite mentionne une inhibition du ressenti et de l'expression émotionnelle. Elle fait part d'un état de confusion. Il est explicable par l'effet de dissonance cognitive que le processus hypnotique a généré. La possibilité, éphémère, de ne plus ressentir la souffrance du manque a provoqué chez Mme Tyne un conflit de loyauté. Elle le retranscrit ainsi : « *Ça a vraiment bloqué mes larmes, et là, j'ai eu peur de la trahir. Comme si ma mère était là et que je ne ressentais pas de souffrance... mais en fait intérieurement, c'était pas ça* ». L'absence de souffrance provoque une perturbation. Mme Tyne a l'impression de forcer l'éloignement, exactement comme son entourage le fait et l'y invite. Notre intervention se trouve intégrée dans ce rapport de force entre sa position de témoin et un environnement oublieux.

La tentative effectuée pour intérioriser une Imago maternelle évoque une greffe qui n'aurait pas été acceptée par le receveur. L'image proposée a été considérée comme un agent

exogène qui perturbait l'écologie psychique de Mme Tyne. Il est par ailleurs notable que Mme Tyne n'évoque nullement un processus d'introjection mais décrit au contraire une forme de « *barrage* » qui la coupe et l'éloigne de sa mère : « *un rideau occultant* » ; « *une barrière* ». Si nous visions la possibilité pour Mme Tyne de « porter sa mère en elle », nous constatons que l'effet fut *a contrario* une mise à distance forcée. L'hypnose peut être vécue soit comme un rituel de clôture-intégration soit de clôture-séparation. L'évaluation de « l'écosystème psychique » du patient et l'instauration d'une solide alliance thérapeutique font partie des préalables nécessaires à une intervention hypnotique. La relation thérapeutique était établie et formulée par la patiente en termes de « *confiance* ». Néanmoins, en dépit de l'aspiration explicite à « *aller mieux* », nous devons faire le constat de résistances au changement. Elles peuvent être liées à un conflit de croyances. Les rites catholiques sont affiliés à la foi maternelle. Ils s'opposent aux rites profanes, associés au discours social normatif. Ce dernier l'incite à « *tourner la page* ». Elle entend cette proposition comme une injonction à oublier. Soulignons à nouveau la cristallisation du conflit entre Mme Tyne et les membres de sa famille. Elle décrit répétitivement, à chaque séance, le sentiment d'injustice, la colère, la révolte. Elle réitère ses propos, précisant qu'elle est « *seule* » à porter le souvenir de sa mère. Le changement serait une trahison, privant sa mère de son dernier héraut. En l'état, intérioriser les valeurs de sa mère ne serait pas suffisamment ostensible pour endosser cette fonction de porte-étendard de la défunte. « *Si je vais mieux je sais que je vais faire du mal à ma mère* ». Nous avons formulé une proposition, basée sur les propos de la patiente, qui ne portait pas l'intensité symbolique suffisante pour répondre à ses besoins psycho-affectifs.

Mme Tyne élabore une association spontanée. Elle passe des effets émotionnels de l'hypnose à un regain d'activités puis à sa mère, « *très croyante* » et à sa propre foi catholique. La nature du fil associatif nous permet de supposer la mise en tension entre le dispositif hypnotique et la foi maternelle.

Une mobilisation comportementale est relevée par la patiente après la séance. L'action inhibe les processus cognitifs, notamment les réminiscences et atténue la détresse émotionnelle. Elle n'éprouvait pas la « *nécessité de penser* » à sa mère.

Mme Tyne décrit un stimulus environnemental qui a provoqué une vive abréaction émotionnelle. La situation a induit une levée de la suggestion et un retour à l'état pathologique originel. Cette « amélioration » revêtait un caractère artificiel. Elle fait mention d'une prise de

conscience. Les éléments de l'existence sont impermanents. Sa vie a changé depuis la mort de sa mère. Mme Tyne manifeste une peur de l'oubli : « *J'ai revu une de ses photos et j'ai réalisé que ses traits commençaient à disparaître* ». L'intervention hypnotique venait renforcer cette crainte. « *C'est comme si plus les autres oubliaient plus je devais me souvenir. J'ai le devoir de me souvenir pour tout le monde.* […] *C'est quoi le temps normal pour oublier quelqu'un ?* […] *Moi je dois pleurer pour elle* ». Elle interroge la normalité du temps du deuil, utilisant le terme « *oubli* » qui contient une violence propre, par annulation du défunt. Malgré tout, nous relevons certains éléments dynamiques : « *sport » ; « moments bien » ; « créer ces moments »*.

A la suite de ces phénomènes transitoires, Mme Tyne a retrouvé les caractéristiques antérieures du trouble du deuil persistant. Elle a repris une évolution qui correspond à un cheminement thérapeutique plus classique.

2.1.f. Histoire personnelle : 26 occurrences (4%)

Ce thème est considéré comme majeur car il se retrouve dans tous les entretiens mais contient un nombre d'occurrences assez faible. Nous le verrons à travers l'ensemble des entretiens des dix sujets, la narration spontanée de l'histoire personnelle demeure assez marginale. Le ratio de *verbatim* sur les différents thèmes illustre ce déséquilibre. Nous expliquons ce phénomène par la déstabilisation identitaire vécue par les endeuillées. Crise de filiation, crise d'identité. Le questionnement : « *qui suis-je sans l'autre* » émerge nécessairement. Dans un premier temps, la perception de soi reflue pour céder aux troubles somatopsychiques et aux souvenirs relatifs au défunt. La faible densité du thème « histoire personnelle » peut être conçue comme un symptôme du deuil compliqué. « *Je ne suis plus moi-même » ; « j'ai l'impression de ne pas exister » ; « c'est comme si j'étais morte aussi » ; « je ne me reconnais pas » ; « je suis quoi, moi ? »*.

Mme Tyne livre quelques éléments autobiographiques sur sa place dans une fratrie de garçons, ses relations avec son père, son mariage, sa famille nucléaire. Elle occupait une place périphérique mais protégée, d'autant plus proche de sa mère. Elle dit avoir été sans doute trop maternée et peu préparée à s'ajuster à certaines épreuves de l'existence.

2.1.g. Résumé de la situation

Mme Tyne présente un lien anaclitique à sa mère. Elle est issue d'une famille catholique pratiquante. La foi occupe une place importante dans ses croyances. Elle exprime des doutes sur son lien à la religion. La question de la foi relève du côté maternel. Elle se sent contrainte à être fidèle à ses croyances pour ne pas trahir sa mère mais traverse une période de remise en question de ses convictions. Dans sa relation à sa mère, elle présente des traits d'immaturité et de dépendance. Elle représente son principal objet d'attachement et de sécurité. Mme Tyne a le sentiment de se trouver seule pour porter la mémoire et la parole de sa défunte mère, elle se sent missionnée pour cela. Sa loyauté à l'égard de sa mère s'éprouve dans sa capacité à garder ce lien avec elle après sa mort en la faisant exister dans ses actes et son discours. Elle évoque à plusieurs reprises le fait que son mal-être incarne cette fidélité aux yeux du monde. Tant qu'elle souffre ostensiblement, elle maintient la présence de sa mère qui lui semble effacée des discours. L'hypnose pourrait constituer une opportunité de changement mais l'attitude de l'entourage qui semble « effacer » la défunte vient au contraire renforcer les résistances de Mme Tyne.

L'hypnose dans ce contexte présente une densité de représentations suffisamment solides pour endosser une fonction rituelle. Elle est associée à la « *magie* », au « *don* » et à la thérapeutique. Cependant, si cette approche possède les caractéristiques nécessaires pour produire des changements, elle vient s'inscrire dans une position rivale à celle de la religion maternelle. Cette dimension profane ne se positionne pas de façon écologique avec les valeurs et croyances de Mme Tyne. Elle croit « au pouvoir » de l'hypnose qui produit des effets. Cependant, à ses yeux, cette approche ne peut pas faire plus que ce que la religion apporte. Le dispositif reste donc relativement artificiel et externe au sujet. Avec une personnalité aux traits histrioniques et dépendants, le dispositif hypnotique pouvait constituer un tiers séparateur inacceptable dans la relation duelle qu'elle entretient avec sa mère. Elle ne peut se l'approprier et le vit comme une contrainte extérieure qui impose des changements. L'objectif était d'intérioriser une présence maternelle stable mais Mme Tyne a vécu la séance d'hypnose comme un acte de séparation et de mise à distance. Cette situation nous a évoqué l'image d'une greffe forcée dans un environnement inapproprié qui n'aurait pas pu se développer. L'inhibition émotionnelle induite sera transitoire et de peu de portée thérapeutique.

Concernant la relation thérapeutique, Mme Tyne vient nous rencontrer au sein de l'hôpital dans lequel sa mère est décédée. Nous sommes d'abord associés à l'institution et à l'équipe de soins palliatifs qui a participé au processus de limitation et/ou d'arrêt des thérapeutiques actives. Nous incarnons dans la première rencontre l'institution qui fut incapable de guérir sa mère, l'impuissance thérapeutique et potentiellement une partie adverse qui chercherait à séparer Mme Tyne de sa mère. La demande est donc empreinte d'une forte ambivalence à notre égard puisque nous sommes également sollicités comme témoins potentiels du parcours agonique de la défunte. Nous avons vu que le mythe familial porté par Mme Tyne sanctifie sa mère dans un long cheminement de souffrances, d'abnégations, de compassion et de générosité. Elle nous convoque pour relater son martyre et l'installer dans une historicité qui dépasse le cadre de la famille. Ce même système familial est perçu comme abandonnique à l'égard de la mémoire de la défunte. Elle doit donc quérir des témoins de cette existence au-delà de son entourage direct.

Le fait que nous prenions des notes continuellement vient confirmer la notion d'empreinte et d'inscription. La participation à une recherche permet également de sublimer l'histoire de sa mère pour l'intégrer dans une collectivité plus large et une certaine durabilité. Nous trouvons une stratégie de mise en sens par l'attribution d'une « utilité » à ce qui a été vécu et d'une légitimité à venir nous consulter. Pour de nombreux endeuillés, il existe une crainte de ne pas avoir le droit de prendre une place dans un espace thérapeutique pour aborder ce type d'événements de vie. La notion de recherche équilibre le « poids de la dette », dans une forme de paiement symbolique du soutien reçu. Il revient régulièrement dans le discours de Mme Tyne que le temps de la consultation est le seul au sein duquel elle puisse s'exprimer librement, spontanément, répéter s'il le faut les mêmes propos qui semblent user ses proches. Nous sommes inscrits dans un rapport triangulaire, la défunte étant présente au cours du processus thérapeutique. Pour Mme Tyne, l'objectif reste de densifier l'identité de sa mère et de la faire exister dans cet espace de rencontre. Nous sommes alternativement vécus comme séparateur, témoin, allié. Mme Tyne a privilégié la relation construite sur la parole plutôt que sur un « pouvoir » d'agir et de changer qu'aurait pu endosser l'hypnose.

2.2. Mme Vigne

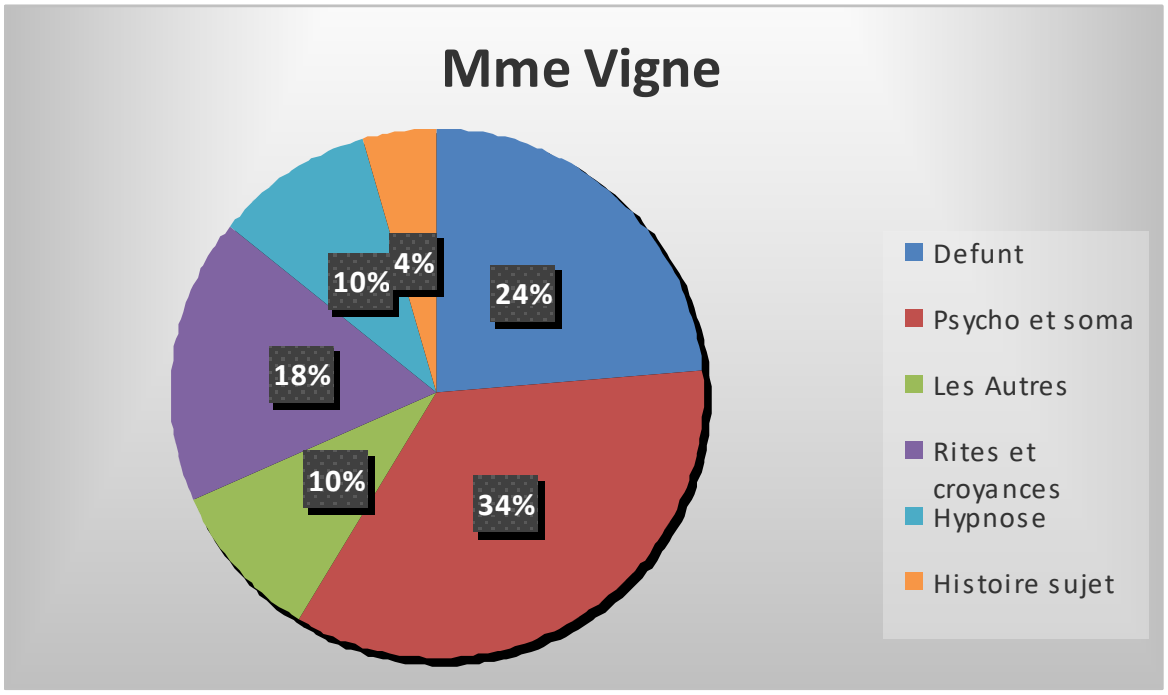
Mme Vigne obtient un score de 51/76 à l'ICG, soit un indice de sévérité important. Les difficultés rencontrées par Mme Vigne se traduisent notamment par les aspects thymiques et émotionnels. En effet, les items les plus saillants sont l'incrédulité à propos du décès, la colère, la recherche du défunt, l'envie par rapport aux personnes qui ne sont pas endeuillées.

Mme Vigne cote les items relatifs aux perceptions sensorielles du défunt, visuelles et auditives, qu'elle expérimente « souvent ». Elle souligne dans le questionnaire les dimensions de solitude et de vacuité de l'existence. Les pensées et souvenirs autour du défunt sont perturbateurs. Elle répète ne « *pas pouvoir accepter cette mort* ». Elle n'évite pas les lieux évoquant le défunt, ne présente pas d'identification morbide à ses symptômes et les relations sociales semblent relativement préservées en apparence. Nous relevons des troubles du sommeil et de l'appétit. Sur le plan cognitif, elle souligne un manque de concentration et d'attention.

Mme Vigne a été reçue sur dix-neuf entretiens en une année. Nous avons relevé 649 occurrences thématiques dans l'analyse du *Verbatim*. Elles se répartissent de la façon suivante :

1- Manifestations psychologiques et somatiques :	227 occurrences (35%).
2- Défunt :	154 occurrences (24%).
3- Rites et croyances :	114 occurrences (18%.)
4- Hypnose :	64 occurrences (10%).
5- Les autres :	62 occurrences (9 %).
6- Histoire personnelle :	28 occurrences (4%).

Graphique 2. Répartition des occurrences thématiques dans l'analyse de contenu du discours de Mme Vigne.



Mme Vigne, 64 ans, est mère de deux enfants qui vivent dans d'autres régions. Elle était mariée depuis presque 50 ans lorsque son conjoint développa un ensemble de douleurs musculo-squelettiques chroniques dont l'étiologie n'a jamais pu être clairement établie. Le couple a sillonné la France pendant 8 années, rencontrant divers professeurs et spécialistes dans des établissements de référence. Pour ces derniers, les résultats des multiples examens ne pouvaient expliquer les douleurs perçues. L'hypothèse de douleurs psychogènes a finalement été privilégiée. Conjointement, Monsieur Vigne présentait un épisode dépressif majeur qui pouvait être considéré comme conséquence ou facteur aggravant des manifestations algiques. Monsieur Vigne était un homme très rigoureux présentant des éléments de rigidité psychologiques aux dires de madame Vigne. Il avait effectué sa carrière dans la gendarmerie et l'avait investie comme une famille. Les algies ont commencé peu après qu'il ait pris sa retraite. Mme Vigne décrit un homme qui avait des difficultés à trouver sa place et sa valeur personnelle sans les grades, les galons et les uniformes, sans une structure forte qui puisse le contenir. Monsieur Vigne développe une addiction sévère aux benzodiazépines. Il en dissimule dans leur domicile et les surconsomme. Mme Vigne en constate les effets : apathie, aboulie,

ralentissement idéomoteur, somnolence, rupture de communication. Après de multiples hospitalisations en psychiatrie, un chirurgien lui propose l'ultime intervention susceptible de le soulager. M. Vigne surinvestit la proposition thérapeutique. L'opération est un échec, au même titre que les précédentes. Il se voit de nouveau hospitalisé en psychiatrie. Le lendemain de sa sortie, Mme Vigne se rend à la pharmacie pour récupérer les prescriptions. A son retour, elle découvre le corps de Monsieur Vigne pendu dans le garage. Nous la rencontrons quatre ans après le décès. Le deuil compliqué s'articule autour d'une composante traumatique et de la place de la culpabilité.

2.2.a. Manifestations psychologiques et somatiques : 227 occurrences (35%).

Mme Vigne présente ses ressentis et comportements depuis le décès. Les manifestations psychologiques et somatiques sont nombreuses et récurrentes dans le discours. Nous retranscrivons ces extraits de *Verbatim* afin d'éclairer l'expérience subjective de Mme Vigne

« Il a été incinéré, moi j'ai peur du feu […] c'est comme si je l'avais abandonné. […] Depuis qu'il est mort, je me sens un peu morte aussi […] Beaucoup d'images négatives... très dur de regarder les photos […] Je me force à retrouver des souvenirs plus positifs : notre rencontre, le mariage. […] Pourtant je garde des activités... plein d'activités... j'ai un besoin boulimique de rencontrer des gens... de faire des choses […] Je me sens très coupable. Je ne peux pas partir en vacances. Je me sens coincée sur place… c'est dur de partir... je me sens pas prête... j'ai l'impression de l'abandonner. Que j'ai pas le droit... […]

Mme Vigne donne une illustration de l'identification au défunt. Elle parle de l'incinération de son conjoint en précisant qu'elle aurait trop peur du feu pour adopter un mode de traitement du corps similaire. Nous notons une caractéristique récurrente chez les endeuillées interrogées qui consiste à se projeter vivantes dans le corps mort. Le cadavre serait encore un corps sensible. Les angoisses de pourrissement, de brûlure, de décomposition, d'enfermement se révèlent pleinement. Le processus identificatoire au défunt se poursuit par cette contamination de la morbidité, se sentir morte comme lui. Nous identifions les difficultés habituelles à se remémorer les souvenirs plus anciens et plus heureux, ici largement occultés par les images traumatiques du suicide. Mme Vigne décrit la mise en œuvre de ce que l'on peut qualifier de défenses hypomaniaques ou de stratégies d'ajustement centrées sur l'hyperactivité

et la recherche de soutien social affectif. : « *Plein d'activités* […] *faire des choses* [...] *besoin boulimique de voir des gens* ». La place de la culpabilité est notable et continuera à se développer au cours de la thérapie, indépendamment des autres manifestations psycho-comportementales. Ceci est un phénomène habituel dans les deuils consécutifs aux suicides (Fauré, 2009). Nous verrons que cet aspect est le plus résistant à l'approche thérapeutique. Phénomène particulier, Mme Vigne fait mention d'un rapport contraint à l'espace. Ce dernier est circonscrit. Elle ne peut s'accorder l'autorisation de quitter le département sans éprouver une violente culpabilité. Un sentiment de trahir et abandonner le défunt. Cette limitation s'intègre aux rituels négatifs de privation, ici de liberté de mouvement. Mme Vigne doit se punir pour expier cette culpabilité. Elle se rend directement responsable de la mort de son mari. Elle se décrit peu compréhensive et trop agressive, surtout la dernière année. Nous formulons l'hypothèse d'un syndrome d'épuisement de l'aidant dans les descriptions fournies. Ce type d'inférence *a posteriori* demeure invérifiable mais offre un cadre de compréhension de réactions potentiellement inadaptées de madame Vigne. Partir, quitter le lieu du décès qu'il habite et hante encore de sa présence, équivaut à s'offrir une liberté dont il ne peut plus jouir, ce qui renforce cette culpabilité.

« *Ça m'empêche de dormir. J'aurais pu faire autrement, quand il est rentré de psychiatrie, il se couche sur le canapé et je lui ai dit : "*Marre de te voir sur le canapé, vas te coucher ailleurs*"*. […] *L'autre jour je me suis aussi couchée sur le canapé et j'ai repensé à ça…* […] *C'était pas dans sa nature... il n'écoutait pas les psychiatres, il changeait de médecins, il était en souffrance et moi aussi... j'ai voulu mourir aussi…* […] *J'avais écrit un papier un soir... que je voulais disparaître... on a retrouvé mon papier dans sa sacoche. Il l'avait lu et gardé, ça a joué sur son suicide... j'en avais tellement marre de la situation. J'ai encore ce papier qu'il avait trouvé.* […] *J'ai très peur de la mort en fait, je ne suis pas prête ni à la crémation, ni à pourrir dans une boite. À être enterrée. J'ai rien écrit pour moi... sur ce que je veux… non… je ne suis pas prête... j'ai une angoisse d'être enfermée, enterrée... je panique* […] *j'ai peur de disparaître complètement. Dans 20 ans je serai quoi ? Ma vie est déjà plus derrière que devant moi. Mon mari lui est parti et n'a plus de soucis... alors que je suis là moi, avec tout ça...* […] *J'ai toujours eu peur de ne pas me réveiller, surtout en ce moment. Dormir, c'est risquer de mourir. C'est bête mais je suis là-dedans* ».

Mme Vigne n'accède à aucun registre mnésique autre que celui de réminiscences agressives ou culpabilisantes. L'histoire se revit en boucle, renforçant son caractère traumatique.

Ces visualisations de souvenirs produisent des cognitions : « *c'est de ma faute* » ; « *je l'ai tué* » ; « *c'est à cause de moi* ». Les pensées et souvenirs prennent une dimension obsessionnelle. Ils s'imposent à une fréquence importante au cours de la journée, générant de l'angoisse. Mme Vigne met en œuvre des rituels compulsifs à visée anxiolytique. Les premiers sont des passages itératifs au cimetière. Plusieurs fois par jour, elle procède à des vérifications et purifications. Elle s'inscrit dans une identification morbide au défunt, prenant sa place, comme pour « *voir avec ses yeux* ». Les idéations mortifères demeurent, déjà exprimées par des projets et tentatives de suicide antérieures.

Sa propre mort viserait trois objectifs : se soustraire au poids de la souffrance quotidienne, trouver une « *échappatoire* » à la vacuité de son existence, se punir de survivre à son mari. Elle ne fait pas mention du fait de pouvoir le retrouver dans un « après ». Elle estime que ses actes ont pu tuer son mari. Mme Vigne met en lumière son ambivalence à son égard. Il était devenu l'étranger familier. Proche dans son apparence mais autre dans son comportement. Elle ressentait l'amour d'un mariage ancien conjugué à une colère et une agressivité qu'elle juge destructrice. Après la compassion, elle voulait « *le secouer* ». L'agressivité se lie à un fantasme destructif. Elle a pu souhaiter sa mort dans ces moments. Le fantasme rencontre le Réel, créant le conflit traumatique. Par un biais de pensée magique, ce « souhait » est devenu une réalité et cette pensée l'a effectivement tué. Mme Vigne poursuit sur cette ambivalence entre désir de mort et peur de disparaître. Elle se projette à nouveau morte-vivante, dans les flammes ou la décomposition. Les troubles du sommeil, d'endormissement, sont provoqués par des angoisses nocturnes. Mme Vigne a peur de mourir dans son sommeil. Elle a fait l'expérience d'un accident vasculaire cérébral lorsqu'elle était seule un soir, accentuant ce sentiment de vulnérabilité et d'imprévisibilité face à la mort. A nouveau, nous identifions l'angoisse de néantisation : « *peur de disparaître complètement* ».

« Moi… moi je revois la scène, j'ai des flashs... c'était comme un choc, très violent… Je le revois aussi avant... il tenait à peine sa cuillère… il prenait des somnifères… tout le temps... une fois il avait tenté de se suicider comme ça... avec 10 cachets d'Havlane®... si quelqu'un se suicide avec des cachets c'est moins violent que la pendaison je trouve... ».

Mme Vigne peut aborder la question des « flashs », souvenirs traumatiques de la scène du suicide. Plusieurs éléments sont venus aggraver le vécu de Mme Vigne. Son mari avait une marque sur la joue. Il y a eu une autopsie, une enquête, des attitudes parfois suspicieuses de la

part des autorités, des délais dans le traitement du corps. Autant d'éléments qui ont concouru à inverser sa position dans cette situation. Veuve et victime d'une situation traumatique, elle a été amenée à se justifier et attendre anxieusement les résultats de l'enquête. A nouveau, le Réel venait entrer en collusion avec le fantasme. « *Je l'ai tué* » semblait se confirmer dans le regard suspicieux porté sur elle. Elle mentionne ces flashs qu'elle développera régulièrement par la suite. Elle revient également sur la déchéance de son conjoint et ses antécédents suicidaires. Mme Vigne souligne la violence du suicide par pendaison.

« Je l'ai abandonné... je pense qu'il le sentait. L'après-midi je faisais des choses, des activités. Il croyait que je fuyais son état. On a passé presque 50 ans ensemble. Et c'est vrai que des fois je fuyais vraiment. J'avais besoin de voir des gens. […] *Du temps de mon mari j'avais tenté de me suicider en avalant du Temesta® et de l'alcool et Havlane®* […] *J'aime pas mon anniversaire, c'est toujours galère. Sinon je commence à pleurer. Pas de sourire et l'émotion me prend. J'ai passé un an sans pleurer à la mort de mon mari. J'étais bloquée... Bloquée et là… tout l'inverse… je pleure pour une chanson de Céline Dion... c'est parti. Février est un mois difficile, c'est celui du décès de mon mari. Ça amène plein d'images...* […] Je *le vois à côté de moi, comme ça quand je me suis réveillée.* […] *J'arrive pas à pleurer. C'est très rare. J'ai un blocage… mon émotion est bloquée. J'ai pleuré à l'enterrement et aux pompes funèbres. Mais depuis ça sort pas... il faudrait mais non… je lui en veux aussi.* […] *c'est dur de trouver le sens de tout ça... de comprendre ce qui s'est passé.*

Mme Vigne évoque une tentative de suicide, avant le décès, qui était en lien avec l'état de son conjoint. Elle précise ses difficultés de régulation émotionnelle et décrit les manifestations d'un deuil dont l'expression serait partiellement inhibée. Selon elle, l'émotion ne se positionne pas et cette absence questionne le sujet sur ses sentiments à l'égard du défunt. Elle évoque ce lien temporel et l'activation d'émotions spécifiques lors de dates anniversaires. Dans une perspective psychodynamique, nous pourrions parler d'isolation et de déplacement de l'affect lorsque le sujet évoque des situations déclenchantes, comme des zones gâchettes en neurologie, qui activent de fortes réactions émotionnelles. Cette hyper-expressivité émotionnelle correspond à une période fortement conditionnée : le mois anniversaire du décès. Mme Vigne décrit le cortège d'images qui sont convoquées à cette occasion. Elle relate avoir des visions très claires de son mari. Ces visions ne sont pas oniriques. « *Je le vois à côté de moi, comme ça, quand je suis réveillée* ». En investiguant plus précisément ce contexte hallucinatoire, nous déterminons que ces phénomènes se produisent à l'endormissement ou plus rarement au

réveil. Nous faisons l'hypothèse d'hallucinations hypnagogiques ou hypnopompiques. Le caractère « lucide » de cette perception indiquerait davantage le versant hypnagogique. Mme Vigne peut avoir un regard critique sur ces perceptions. Elle ne présente pas de discordance, d'automatisme mental, d'hallucinations d'autres natures, de troubles de la relation ni de désadaptation sociale. Nous ne retrouvons pas de signes psychotiques qui concerneraient un délire en secteur et l'absence d'automatisme mental amènerait à exclure une psychose hallucinatoire chronique. Nous constaterons que les « visions » de Mme Vigne sont récurrentes et fréquemment partagées avec nous au cours du suivi. Mme Vigne est affectée de sentir son émotion comme bloquée. Elle précise qu'il faudrait l'exprimer, pleurer mais qu'elle ne peut pas. Il serait socialement adapté et affectivement congruent à leur relation de pleurer, mais il est possible que Mme Vigne soit également prise dans un ressenti contradictoire. D'une part, une forme de soulagement que la situation de dégradation de l'état de son conjoint et de conflictualisation systématique des rapports ait pu prendre fin. D'autre part, une agressivité inhibée et une culpabilité importante. Les pleurs devraient donc avoir une fonction sociale mais leur absence traduit la tension interne entre un soulagement indicible car trop culpabilisant, un manque réel de l'objet et une culpabilité du ressenti agressif.

Elle livre un élément significatif : « *je lui en veux aussi* ». Cette inhibition émotionnelle est reliée à la colère qu'elle éprouve à son encontre. Mme Vigne réprime son agressivité envers son mari, ce qui la culpabilise davantage et génère un conflit cognitif. Ce type de propos se glisse furtivement dans le flux du discours, sans développement. A ce moment-là, Mme Vigne n'est pas en mesure d'assumer cette part d'agressivité puisqu'elle pense que c'est ce qui a pu tuer son mari. Elle demeure l'objet principal de cette pulsion en s'autopunissant, du moins, est-ce le sens qu'elle attribue à ce type d'évènements : « *Quand j'ai essayé de partir à la mer. J'ai eu un gros herpès sur le visage... c'était une gêne comme pour me punir et ne pas profiter. Je tourne entre la colère et l'oubli* ». Confrontée au chaos généré par la mort, une désorganisation habituelle mais fortement majorée par les conditions brutales du décès, Mme Vigne recherche une mise en sens : *« C'est dur de trouver le sens de tout ça... de comprendre ce qui s'est passé »*. Sa première théorie est plus causale : « *C'est de ma faute, il l'a fait pour moi* ».

« J'ai des problèmes pour dormir... hier c'était le 13... Tous les mois, le 13 je ne dors plus, je pleure... il est mort un 13... Il est aussi né un 13... Dès le 12 je me sens mal... je dors mal à la maison... je déteste la nuit... il est mort un soir... un soir de février. […] *Février... le pire. J'essaye de partir le 13 février. Faut que j'arrête de faire un culte tous les 13 du mois...*

C'est comme un anniversaire j'amène les fleurs les 13 du mois... je maintiens la date... c'est le 13 aussi mon anniversaire. [...] *je le vois mort pendu dans le garage... comme des flashs...* […] *enfin je l'imagine aller au garage... je m'efforce d'aller au cimetière même 5 minutes sinon je culpabilise. J'y vais plusieurs fois par jour ».*

Nous notons ici le lien entre les flashs, traumatiques et obsessionnels et le rituel conjuratoire : *« aller au cimetière, même cinq minutes, sinon je culpabilise ».* Il existe la même focalisation obsédante sur la date de la mort, qui correspond aussi à des dates significatives pour elle. Elle précise auto-entretenir le fétichisme du chiffre.

2.2.b. Défunt : 154 occurrences (24%).

Lors de la première rencontre, la présence de monsieur Vigne dans la vie quotidienne de madame nous semble massive et polymorphe. Il apparaît dans la vie onirique, très régulièrement, sous forme d'hallucinations visuelles, par « flashs » et pensées intrusives. Mme Vigne lui parle, se rend au cimetière quotidiennement plusieurs fois par jour et ne peut quitter l'appartement par peur de l'abandonner. Sa maison est également « *hantée* » par sa présence, elle ne peut entrer dans le garage dans lequel il s'est pendu et passer devant déclenche systématiquement de multiples images intrusives.

Ces éléments donnent une assise certaine à cette présence quotidienne. Le sous-thème concernant « la présence du défunt » est le troisième en nombre d'occurrences. Mme Vigne relate l'histoire du défunt, son parcours familial et professionnel. Elle décrit ses relations avec lui ainsi que des passages très détaillés sur les conditions du décès. Avec une grande précision, traduisant la fixation traumatique du souvenir, Mme Vigne présente la séquence de « dépendaison » à laquelle elle a dû se livrer. Cette scène est relatée comme un épisode dissocié, exécuté en mode automatique.

Le défunt « habite » Mme Vigne. Au début du processus thérapeutique, elle se dit « *hantée* » par cette présence intrusive et culpabilisante. A l'issue du suivi, nous constaterons que les termes utilisés pour qualifier la place qu'occupe son mari ont changé. Ses « apparitions » auront diminué en fréquence et en intensité et la nature même de la relation sera profondément

modifiée. Ces changements n'apparaîtront pas au premier plan. De nouveaux événements de vie vont émerger et polariser des réactions dysphoriques.

« *Je vais tous les jours au cimetière. Ça m'attire comme un aimant. Dès fois j'ai hâte d'y aller pour rejoindre mon mari.* […] *Je rêve de mon mari le matin... je le vois en bonne santé. Ça me travaille encore... dans un rêve il était sur un nuage, en bonne santé et sautait près de moi… Une fois au sol, il me disait qu'il le refaisait encore une fois, il remontait et sautait mais cette fois il disparaissait. J'étais contente de le revoir. Puis en colère... je lui avais dit de pas le faire. De ne pas ressauter. Dans un autre rêve on a fait l'amour.* […] *J'ai eu un rêve… qu'il était disparu dans l'eau… on était au bord de la mer, il allait nager… et il disparaissait comme ça. Je ne pouvais rien faire… j'étais vraiment… perdue.* […] *Dans un autre, il me quitte pour quelqu'un d'autre, il n'est plus là. Je lui en voulais, là j'étais en colère* ».

L'activité onirique est intense. Nous nous intéressons à ces phénomènes en raison de leur récurrence mais aussi pour les thématiques qu'ils abordent : disparition, impuissance, détresse, abandon, colère. Monsieur Vigne apparaît comme « *réparé* » dans certains rêves, tel qu'elle l'a connu avant la « *maladie* ». Elle cite des rêves de disparition. Deux sauts « *du haut des nuages* » qui pourraient correspondre aux deux tentatives de suicide. Nous notons que nombre de productions oniriques sont des répétitions de la scène traumatiques. Puis, elles ont pu prendre un caractère analogique ou symbolique, ce qui manifeste une modification du rapport au trauma. Par la suite, elle mentionne un temps plus intime, de rapprochement des corps. Dans le rêve comme dans sa réalité, elle fait part de l'ambivalence des ressentis. Le suivant concerne une disparition en mer. Les thématiques sont orientées autour de l'impuissance, de la détresse. Le second est un rêve de tromperie et d'abandon dont l'émotion principale est la colère. Le rêve est une tentative de résolution de conflits internes. Situer l'abandon conjugal dans le registre de l'infidélité permet de légitimer la colère à l'encontre du défunt.

« *J'ai besoin d'aller tous les jours au cimetière, ça m'apaise, je me sens plus près de lui... vous savez je rêve de lui toutes les nuits... je le vois dans mes rêves… à la maison, je le sens, même si sur la fin il ne parlait plus, enfermé... sur son canapé... nous étions mariés depuis 49 ans !* [...] *J'ai encore tous ses vêtements et je peux pas m'en séparer. J'ai pu fouiller dedans quand même... alors qu'avant je ne pouvais pas... j'ai gardé ses insignes et décorations. Accrochés dans un petit coin. Ça ne m'a rien fait de regarder ses affaires. Son uniforme… notre*

petit fils à le béret du papy. [...] *Je le vois comme avant... dans mes rêves… j'en rêve toutes les nuits. Dans le rêve il est bien, comme avant, pas malade. Je le vois discuter avec des gens. Je le vois partir au travail. Je devrais noter mes rêves. Je culpabilise, je peux pas mettre ses photos dans le salon ».*

La présence du défunt est quotidienne. Mme Vigne se presse d'aller au cimetière pour retrouver son mari. Nous avons vu le caractère compulsif de cette démarche. Plus tard, avec l'avancée de la thérapie, elle a pu regarder dans ses affaires. Cette action a eu lieu après la séance d'hypnose dans laquelle nous proposions d'effectuer un « tri » des affaires pour garder ce qui constitue un héritage de valeurs. Les « reliques » ne sont cependant plus figées. Mme Vigne veut conserver des affaires mais elle inscrit une transmission, une filiation en offrant une partie aux petits-enfants. Le dernier rêve décrit une atmosphère de normalité, presque de banalité. Le processus thérapeutique concourt à intégrer Monsieur Vigne dans un quotidien, avec moins de mise en tension des contenus émotionnels.

Autres manifestations rencontrées au début du parcours thérapeutique mais quatre années après le décès. Les perceptions sensorielles du défunt sont fréquentes dans les jours et semaines qui suivent le décès mais leur durabilité s'inscrit ici dans la dimension pathologique du deuil.

« Tout m'envahit, la nuit j'entends des bruits. J'entends taper à la porte ou le téléphone, tout un tas de bruits et ça me réveille. Dès fois c'est stupide, je me demande s'il me hante. Peut-être qu'il n'est pas tout à fait mort. Je me demande si c'est dans ma tête ou si c'est réel. C'est une corvée de se coucher. Je déteste la nuit, je suis très contente de voir le matin... j'ai peur aussi comme j'avais fait mon hémorragie cérébrale la nuit... c'est la peur de mourir. Même quand je reçois mon contrat obsèques... j'ai vraiment du mal à penser à ma mort et à la maladie des autres aussi. Pourtant j'y pense tout le temps. Le bruit, ça m'angoisse, je pense que c'est lui mais je n'en parle pas… on va me prendre pour une folle... ».

Mme Vigne décrit ici les conditions du décès. Elles constituent le matériel traumatique qui continue à faire effraction dans son espace psychique. Elle fait ici mention d'un « *choc* » et de ses sentiments avant le décès. Mme Vigne verbalise sa colère, son ressentiment, son agressivité. Qui persistent encore au moment de la rencontre mais auxquels s'ajoute de la culpabilité.

« Ça a été un choc je ne m'y attendais pas… je lui en voulais tellement, j'étais en colère, agressive avec lui... c'est peut être moi qui l'ai tué... je lui en veux toujours... j'ai de la colère et de la culpabilité… je me souviens, il a pris ses chaussures pour se pendre... il n'y est pas allé en pantoufles… et moi je suis partie, seule, sans lui.. Je m'en veux tous les jours [...] *Il m'a punie avec ça, je me sens en faute. J'ai pas été assez présente, j'étais en faute, coupable de quelque chose. J'étais désagréable avec lui*. [...] *Je m'étonne moi-même… c'est étrange comme on peut réagir quand les choses nous poussent comme ça... Il était pendu avec un pied sur l'escabeau et un pied dans le vide... la corde était trop épaisse alors j'ai tapé le clou qui le tenait, il est tombé mais il était grand et lourd, 90 kg… euh... après j'ai fait un massage cardiaque alors que j'avais jamais fait ça avant, là j'ai massé. Et les pompiers sont arrivés. J'avais peur qu'ils fassent une autopsie parce qu'il avait une marque sur la joue... comme un coup... le médecin avait des doutes... je ne l'ai même pas revu, je n'ai pas pu dire au revoir, et je n'ai pas pu rester avec lui... comme dans un film... Après ça a été la police…* […] *Je repense aux événements. Mon mari sortait de psychiatrie. J'en avais marre de le voir dans cet état sur le canapé. Je suis partie à pieds à la pharmacie... Je n'ai rien vu. Il a mis ses baskets. Il a dit qu'il allait prendre l'air… j'aurais dû tilter. Je pense qu'il préparait son suicide depuis des années... parce que tout était dans sa sacoche... des papiers, des lettres vieilles de 8 ans… il avait tout préparé… des lettres pour moi... pour les enfants... je m'en veux... il m'a dit :"*un jour je vais me pendre"*... je n'ai pas été assez curieuse... j'ai tout rangé, tout enlevé : les ficelles, les cordes, les médicaments... Ce jour-là, il est rentré et moi je suis partie à la pharmacie, pas longtemps... en revenant je l'ai vu par la fenêtre du garage... c'était l'horreur... il avait pris les cordes des balançoires dans le jardin... j'ai pas réussi à enlever cette corde... alors j'ai tapé sur le clou avec un truc… il est tombé par terre... j'ai fait un massage cardiaque et du bouche à bouche. Puis j'ai appelé les secours qui sont arrivés… ».*

De nombreux éléments majorent l'aspect traumatique. La situation conflictuelle avant le décès est la première exprimée. Une lecture rétrospective pousse Mme Vigne à discerner des signes, qui lui semblent à présent évidents, mais qui, à l'époque des faits, ne revêtaient pas de sens particulier. Elle verbalise clairement que son mari l'aurait « *punie* » avec ce geste en raison de son comportement hostile. Le cheminement cognitif est construit autour de la culpabilité et la responsabilité. Mme Vigne décrit la scène, une séquence dans laquelle elle a pu être particulièrement active et non sidérée. Elle commente cette description par ses regrets ou émotions : « *c'était l'horreur » ; « j'ai pas été assez curieuse » ; « j'aurais dû tilter » ; « je m'en veux »*. Les conditions brutales du décès ont déclenché un ensemble de procédures médico-

légales. En un temps bref, Mme Vigne a été témoin et participante d'une situation traumatique, devient veuve, puis le corps lui est soustrait et des suspicions se formulent contre elle. Les caractéristiques de l'événement saturent *a posteriori* les capacités d'ajustement de madame. Ce temps trop rapide est par la suite saisi et figé, répété de multiples fois. Mme Vigne tente de rejouer mentalement la scène et de mettre l'événement en sens. Elle subit et convoque alternativement ces images.

Mme Vigne raconte l'histoire de son mari et leur relation. Ils étaient un couple soudé bien qu'indépendants. Monsieur Vigne était autoritaire et les relations s'en trouvaient parfois tendues. Ils ont beaucoup déménagé au grès des affectations de monsieur. Elle garde l'image d'un homme fort et digne, solide. Elle raconte que le père de monsieur fut abattu 15 jours avant sa naissance dans un contexte de guerre. Il est né sans père et la gendarmerie a occupé cette place pour lui, selon les propos de sa femme.

2.2.c. Rites et croyances : 114 occurrences (18%.)

Mme Vigne se décrit comme *« une femme rationnelle »*. Néanmoins, son discours contient des références régulières aux esprits et aux fantômes. Elle se sent « *hantée* » ou « *possédée* ».

« Vous savez j'avais vu des lumières le soir de la mort, des lumières dans la chambre qui se déplaçaient... je me suis posé des questions : est-ce que je devenais folle, est-ce qu'il revenait, il souffrait ou il était bien ? […] Une dame m'a dit : "Ta maison est hantée… je dois magnétiser ta maison pour qu'il ne t'arrive pas la même chose que ton mari*". Ce que ça représente ? Je ne sens pas de choses négatives sur la maison. Pas de mauvaises ondes. […] La nuit j'entends des bruits. J'entends taper à la porte ou le téléphone, tout un tas de bruits et ça me réveille. Des fois c'est stupide, je me demande s'il me hante ? Peut-être qu'il n'est pas tout à fait mort. Je me demande si c'est dans ma tête ou si c'est réel. Je ne crois pas à une vie après la mort… pourtant je suis croyante non pratiquante... mais une vie après la mort... je n'y crois plus…* […] *Quand il était malade j'ai fait ma valise jusqu'à la voiture, il est venu me chercher je suis restée…je ne regrette pas. Quand mon fils a parlé de sa volonté de divorcer j'ai demandé de l'aide à mon mari... je m'endormais et je l'ai vu dans le siège à côté de moi. Comme il était à la fin… mais il n'a pas donné la solution.* […] *Je n'ose jamais en parler... je*

suis folle non ? Moi aussi je devrais aller en psychiatrie. De le revoir comme ça… ça m'a perturbée... il n'était pas souriant, pas bien, comme sur la fin… malade… je ne sais pas... s'il me voulait du bien ? Ça me met mal dans ma peau… je m'endors à 2h du matin toutes les nuits depuis 8 jours. Une fois j'ai vu une femme dans la chambre, à côté de moi… mon mari m'a dit « mais tu hallucines ». Vous voyez ? Je dois être vraiment folle, non ? ».

Il existe un registre de perceptions sensorielles diversifiées qui peuvent être intrigantes ou anxiogènes. Elle exprime ses croyances et les critique simultanément. La crainte d'être « *prise pour une folle* » inhibe généralement la parole sur ce sujet (Despret, 2015). Mme Vigne parle d'aller en psychiatrie, elle aussi. Elle s'identifie partiellement à cet aspect mortifère du fonctionnement de son conjoint. Elle émet des opinions contradictoires, ne percevant rien de négatif dans la maison mais se pensant néanmoins hantée. Elle dit ne pas croire en une vie après la mort mais conçoit que son mari puisse se manifester par des lumières, des sons. Mme Vigne ne suit pas un cheminement réflexif rationnel. Ici, elle ne cherche pas la cohérence du discours mais à partager des expériences fortes et habituellement dissimulées car « *honteuses* ». Ces perceptions ont des fonctions de maintien du lien, d'autopunition avec l'idée de ne pas trouver de repos et de donner un sens à ce qui s'est produit (Zech, 2006). Elle inscrit le défunt dans un *continuum* d'existence.

Après le suivi thérapeutique, la nature de la relation a changé, nous développerons ce point dans le thème « hypnose », et Mme Vigne l'illustre par la situation ci-dessous.

« *Il s'est passé une chose incroyable. J'ai demandé à mon mari de l'aide pour avoir un contact pour avoir des nouvelles de mon fils. Et cette personne, ce contact m'a appelé le lendemain ! C'est un signe non ? J'y crois pas... mais quand même. Cette personne a eu des nouvelles de lui juste après sa tentative de suicide ».*

Nous voyons la modification de la place du défunt qui continue à se manifester mais sur sollicitation de l'endeuillée et dans une dimension d'aide et de soutien. L'amorce d'une croyance profane est suivie d'une dénégation avec rationalisation : « *J'y crois pas... mais quand même* ». Concernant l'activité rituelle, Mme Vigne évoque les choix de son mari et les siens.

« Il a été incinéré, moi j'ai peur du feu. […] *Mon mari a été incinéré, ça serait dur pour moi de faire ça. Mais j'ai respecté... par contre je n'ai pas pu le mettre dans un HLM... un HLM*

pour mort, le Columbarium. […] *Les funérailles se sont plutôt bien passées... il a été incinéré. Moi je ne pourrais pas... mais j'ai respecté ça... son souhait... il ne voulait pas de fleurs, ni personne... j'ai quand même acheté quelques fleurs et des gens proches de moi sont venus... j'ai pas pu aller à l'église, ce qu'il souhaitait... moi j'ai pas pu... j'ai pas pu respecter son souhait pour l'église... je regrette ça… mais avec le suicide et quand il a été emmené pour l'autopsie… ça a été trop tard… on a un caveau... de famille… son urne est restée au funérarium... puis...*[…] *Pendant la cérémonie, j'étais comme dans un état second... comme pas là... pour moi c'était pas réel, j'ai pas réalisé, j'ai pas pu pleurer… J'avais pleuré avant mais… Rien ne sortait pendant un an... là un peu plus… j'ai vu une psychiatre pendant un an pour de l'EMDR tous les 15 jours mais ça n'a rien changé… évidemment on pleure beaucoup la première fois à toujours raconter la même histoire.* […] *Les funérailles n'ont pas vraiment été bien faites parce que je n'ai pas pu l'amener à l'église comme il le voulait…* […] *Il y a eu un temps trop long entre le décès et la crémation... à cause du légiste parce qu'il y avait une trace sur la joue… ils soupçonnaient quelque chose... peut-être moi-même ? Ça a duré du samedi au mardi... puis repoussé au jeudi encore...* […] *Oui j'ai ressenti de la colère, de la culpabilité, de la tristesse... tout n'était pas accompli... j'ai fait faire un caveau, je ne voulais pas le Columbarium. Il manquait l'église... pareil, j'ai pas pu prendre l'entreprise de pompes funèbres qu'il voulait* ».

Mme Vigne a ici un flux discursif plus erratique. Elle cherche davantage ses mots et l'enchaînement des idées est moins fluide. Il y a de la culpabilité à n'avoir pu accomplir le rite funéraire conformément aux souhaits de son mari. Il manque ici un rite de clôture effectif : « *tout n'était pas accompli* » dit-elle selon une formule biblique. Le rite funéraire n'a pas pu remplir sa fonction cathartique, Mme Vigne était trop dissociée pour y participer émotionnellement. Elle décrit cette inhibition qui a duré plus d'une année. Ce dispositif funéraire semble confirmer Mme Vigne dans cette conviction d'être une « *mauvaise femme, indigne* », de son vivant comme dans sa mort. Elle utilise une analogie entre le Columbarium et les Habitats à Loyer Modérés à propos de la destination des cendres. Par ce biais, elle formule qu'elle doit lui attribuer, dans une dynamique de réparation, un espace plus personnalisé, un caveau.

« *Le cimetière, ça m'attire, c'est comme un besoin. J'y vais. Je me mets devant la tombe, je lui parle. Je nettoie. Et je repars. Je ne reste même pas une heure mais il faut que j'y passe. C'est un besoin.* […] *j'avais mis une photo de lui… je mettais une fleur… mais trop dur… j'ai*

dû décrocher... j'ai pas supporté de le voir tous les jours devant moi. […] *je suis trop au cimetière, tous les jours… parfois plusieurs fois par jour.* […]

La relation se poursuit au cimetière. Elle le décrit en termes de besoin, ce qui renforce la dimension compulsive. Nous relevons une fonction purificatrice par le nettoyage. Mme Vigne avait érigé un autel domestique constitué d'une photographie et au pied duquel elle poseait régulièrement une fleur. Néanmoins, l'omniprésence du défunt lui devint insupportable. Comme nous le retrouvons fréquemment dans les obsessions-compulsions, Mme Vigne est capable de critiquer son comportement.

« *Il voulait passer à l'église et ça n'a pas été possible… Je ne l'ai pas fait, je n'ai pas respecté son souhait... je ne suis allée qu'au funéraire. Il n'y avait pas de prêtre... C'est une culpabilité supplémentaire ça. J'ai organisé une messe après... en mars et en avril... lui est mort en février. En fait il y a eu même deux messes... comme s'il me faisait un signe de là-haut parce que le curé s'est trompé de date initialement. Donc il y a eu deux messes, une à la date du curé et une à celle que j'avais demandée. Chez moi, on ne va pas à l'église avec le cercueil, on fait tout au cimetière. Il y a une cérémonie. Le prêtre parle, bénit, puis accompagne jusqu'à la tombe. Chez nous, on met directement en terre, sans caveau. C'est dans les mœurs. Ma belle-mère voulait qu'il soit enterré dans son village d'enfance mais on a annulé parce que c'était trop loin. Et puis moi je le voulais proche... et pas à 30 km... ces messes étaient émouvantes. Ça m'a apaisé... il a sa messe finalement... même si je ne suis pas pratiquante* ».

Mme Vigne met en œuvre un processus de réparation. Elle doit accomplir le rite, respecter les vœux de son conjoint et restaurer son narcissisme défaillant. Elle fantasme d'avoir attaqué et détruit l'objet, elle élabore des modes de réhabilitation. Elle peut interpréter la concordance des événements, qui permet d'effectuer deux messes au lieu d'une, comme un signe de la satisfaction de son défunt mari, une reconnaissance *post mortem* qui doit soulager la culpabilité. Elle effectue une comparaison entre le déroulement du rite dans son pays d'origine en Europe occidentale et ce qui se pratique en France. Il y a eu une tension avec sa belle-mère quant à la destination de la sépulture. Mme Vigne veut le garder proche d'elle. Les rituels de vérification, comme aller chercher le défunt dans une matérialité au cimetière, traduisent cette difficulté d'intériorisation.

2.2.d. Hypnose : 64 occurrences (10%).

Le dispositif hypnotique de recherche a été aménagé spécifiquement pour Mme Vigne En effet, dans le cadre de cette étude, pour potentialiser et concentrer l'effet rituel, nous avons déterminé qu'il y aurait une unique séance d'hypnose. Dans cette situation, la dimension traumatique est trop prégnante pour permettre le travail sur le deuil en lui-même. L'espace cognitif, émotionnel et comportemental est centré sur le traumatisme et les images effractantes. Nous effectuons donc une première séance d'hypnose centrée sur la scène traumatique et ses effets. Puis une seconde, six semaines plus tard, qui aborde la relation au défunt et le développement du processus de deuil.

a- Représentations

Mme Vigne partage sa vision préalable de l'hypnose.

« Ah c'est un sacré truc ça non ? Ça marche ? (rires). Franchement je suis curieuse mais ça fait un peu peur. Vous pensez que ça peut être dangereux ? J'en ai entendu parler comme tout le monde… enfin comme on le voit à la télé… moi il me faudrait un exorcisme plutôt… parfois je crois que je suis possédée. (Rires). Vous pensez que ça peut me faire changer ? Enfin je veux dire... pour revivre vraiment ? Je sais que ça s'utilise à l'hôpital. Mais… vous allez me trouver bête. Enfin… pour moi il y a un côté un peu magique. On vous endort et au réveil les problèmes sont partis. Je sais pas si je vais être réceptive, je suis plutôt rationnelle moi. […] *Dès fois, on a peur de dire des choses qu'il ne faudrait pas… mais je vous fais confiance ».*

Les contenus sont, au début, défensifs. Avec des rires empreints de nervosité et des questionnements sur l'efficacité. Il y a une curiosité à découvrir cette pratique et de l'appréhension, des craintes sur sa dangerosité. Les représentations sont liées aux pratiques de spectacle et à un usage hospitalier. Mme Vigne plaisante à nouveau sur un registre plus mystique, voire religieux. Elle évoque un « exorcisme » en se référant aux perceptions du défunt après sa mort. Elle se sent possédée, tant l'espace mental est occupé par la scène traumatique. Elle crée néanmoins une association entre un rituel religieux de délivrance et l'hypnose. Le choix sémantique « *un peu magique* » offre un terrain propice à la constitution de

la séance hypnotique comme rituel. Mme Vigne poursuit dans le même registre en assimilant l'hypnose à une pratique « irrationnelle » ou « *magique* » puisqu'elle serait trop « *rationnelle* » pour être « *réceptive* ». La représentation de l'hypnose se trouve liée à un mode de pensée magique et constituera un appui important pour l'efficacité du dispositif. Une mention est faite à la « *confiance* » qu'elle nous accorde, élément que nous considérons au cours de la recherche comme un préalable significatif à une alliance thérapeutique. Vasconcellos-Bernstein (2013) souligne les éléments nécessaires : un climat de confiance, un cadre fiable, stable, accueillant¸ une écoute de la demande du patient.

b- Contenus

b-1. Première séance

Cette séance se concentre sur la scène traumatique. Nous utilisons une approche classique en hypnothérapie du psycho-traumatisme. Mme Vigne décrit l'atmosphère dans le garage, la luminosité de la pièce, l'odeur de bois et de carburant, l'inertie du corps pendu, le silence. Elle énumère les modalités sensorielles d'encodage de cette séquence traumatique. Nous mettons en scène la séance d'hypnose en insistant sur sa ritualisation.

Dans un premier temps, nous invitons Mme Vigne à une relaxation introductive, de façon à antagoniser la réponse de stress induite par l'évocation du psycho-traumatisme. Elle identifie un « lieu ressource », terme plus vaste que nous préférons à celui de « sécurité ». Le patient peut utiliser ce qui lui est utile en situation. Elle choisit une scène d'enfance, lorsque sa grand-mère cuisinait le matin à son réveil, « les *odeurs de pain chaud et de café* » qui embaument la pièce, « son *parfum* » rassurant, la douce « *luminosité du matin* ». La description est très affective.

Mme Vigne se voit assise sur un fauteuil face à un écran de télévision, une télécommande à la main. Nous lui laissons la possibilité d'incruster dans une fenêtre sur l'écran l'image du lieu ressource. Sur l'écran se déroule la scène traumatique. L'arrivée devant le garage, la lumière qu'elle aperçoit de l'extérieur en revenant des courses. Et par la fenêtre l'image irréelle du corps pendu de son mari. Elle ressent le froid à l'extérieur et cette cassure

intérieure. Une fracture dans l'ordre des choses. Elle visionne sur l'écran son entrée dans le garage, les odeurs, la luminosité, se voit tenter vainement de décrocher le corps puis y parvenir, pratiquer les gestes de réanimation. Elle agit sur la télécommande pour modifier des paramètres sensoriels : enlever ou réduire le son, modifier les couleurs, passer en noir et blanc, ralentir, accélérer, mettre en pause. Tout en agissant activement sur le déroulement du film, nous l'invitons à se dissocier davantage en se visualisant en train de se regarder sur l'écran puis en se positionnant en observatrice encore plus extérieure dans un coin de la pièce. Elle circule dans les points de vue. Nous insistons sur la fluidité, le mouvement, le changement de regard. Si l'intensité de l'émotion est trop importante, Mme Vigne peut puiser dans son lieu ressource. Pendant cette séance, elle verbalise peu en dépit de nos incitations. Nous l'invitons à nous donner des indications sur le déroulement de la séance par signaling de l'index gauche en réponse à nos questions.

Elle manifeste certaines mimiques d'inconfort, des larmes s'écoulent. Nous l'enveloppons par des suggestions sur ses capacités de contrôle et ses ressources. Elle prend ce temps de distanciation et de modification des paramètres sensoriels. Nous laissons à la fin de la séance l'idée que le patient sera « *peut-être surpris de constater les changements qui vont s'opérer* », presque malgré lui. Elle décrit une séance difficile, un sentiment étrange de balancier entre le bien-être du lieu ressource et le « *froid glacial* » de la scène traumatique.

b-2. Deuxième séance

Cette séance se construit autour de la relation avec son mari. Mme Vigne peut remonter le fil du souvenir. Après induction de l'état hypnotique, nous lui proposons un temps pour rassembler ses ressources. Elle s'enracine là où elle se trouve, bien ancrée dans son fauteuil. Puis, en feuilletant un album photographique ou en visionnant des extraits de sa vie, Mme Vigne chemine à travers ses souvenirs. Elle peut retrouver les situations d'apprentissage, de crise, d'évolution, de confrontation à l'adversité. Elle revisite son histoire en mobilisant les émotions et les stratégies qui lui ont permis de surmonter les obstacles. Elle pratiquait plus jeune l'équitation, nous utilisons cette compétence pour métaphoriser son habileté à garder l'équilibre, canaliser les émotions, faire corps avec le mouvement, anticiper les changements, se positionner entre tension et détente. Nous reprenons ensemble les chutes qu'elle a pu expérimenter et ce qui lui a permis de « *remonter en selle* » malgré l'appréhension. Nous mettons en adéquation

cette expression populaire avec son expérience personnelle. Elle retrouve une possibilité d'être entièrement présente à une expérience sensorielle : l'attention à son environnement, la posture, sans se laisser contaminer par les ruminations mentales habituelles. Mme Vigne renoue avec une certaine souplesse dans ses mécanismes d'adaptation. Au moins se souvient-elle qu'existent ces éléments dynamiques en elle. Nous suggérons une forme de permanence des ressources : « *si vous avez eu accès au moins une fois dans votre histoire à ces capacités, alors elles demeurent existantes en vous, prêtes à être éveillées…* ». Nous recadrons la perception de son état actuel en le contextualisant : « *une étape de votre existence, avec un début et une fin…* ». Ainsi, il ne s'agit plus d'une errance sans fin dans le manque et la souffrance, nous ouvrons une perspective temporelle et évolutive.

La deuxième phase du travail hypnotique porte sur la relation au défunt. D'une certaine façon, Mme Vigne se sent hantée par une représentation fantomatique de son mari, au sens de Torok et Abraham (1978). Il était ainsi « *encore en vie et pourtant presque comme mort* » lorsqu'il « *végétait sur son canapé »,* dans une forme d'absence. Puis, son mari est devenu ce corps sans vie suspendu à une corde. Nous visons à redonner une vitalité et une densité à l'image introjectée de son conjoint afin de ne pas limiter la relation à ses aspects mortifères. Notre objectif est que Mme Vigne puisse accéder à une relation pleine, chargée de son ambivalence et de toute la palette de ses sentiments. Dreyfus-Asséo (2012) parle d'un processus « d'ancestralisation » lorsque le défunt accède à cette place dans lignée, un référent tutélaire. Pour ce faire, Mme Vigne retisse cette mémoire. Leur rencontre, cet enthousiasme de la séduction et de la découverte, ce qu'elle se disait et imaginait de cet homme qu'elle ne connaissait pas encore. « *Oui, il est fort … je sais que je peux compter sur lui…* ». Elle renoue avec leur mariage et les promesses qu'il contenait. Mme Vigne retrouve la place de son mari dans leur vie maritale et familiale. Il était le « *pilier* » de la famille. Monsieur Vigne regagne une certaine stature. Il est « aimable » et aimant, avec les limites qui étaient les siennes naturellement. Peu expressif mais très présent. Nous lui proposons de se retrouver dans un lieu où se trouvent rangées des affaires du défunt, une chambre ou un grenier. Mme Vigne peut y opérer une sélection, un tri des affaires de son mari. Choisissant de conserver les « bons objets » qui ont une valeur pour elle et de se défaire des « objets abîmés ou encombrants ».

c- Effets et fonctions de l'hypnose

Les deux séances d'hypnose ont produit des effets thérapeutiques notables. L'expérience somatique est caractérisée par un ressenti d'anesthésie et de légèreté. Sur le plan cognitif, nous relevons une réduction de la fréquence des images et pensées intrusives ainsi que des obsessions. Mme Vigne se déclare surprise des premiers effets sur la composante traumatique. Elle accède à une image plus complète de son conjoint, intégrant les différents aspects de sa personnalité. Elle retrouve des souvenirs anciens. Elle décrit une rencontre et un dialogue avec le défunt.

Sur le plan comportemental, Mme Vigne mentionne de nombreux changements. Elle diminue la fréquence de passage au cimetière, disant ne plus éprouver ce besoin impérieux de s'y rendre quotidiennement. De même, elle récupère progressivement son espace propre selon deux modalités. Premièrement, elle peut repasser devant le garage, lieu du suicide, puis rentrer à l'intérieur y chercher des objets. Cet espace qui mobilisait de multiples stratégies d'évitement devient possible à investiguer. Deuxièmement, elle procède à un tri des affaires. Elle sélectionne celles qui ont une valeur symbolique, médailles, décorations et range celles qui n'ont plus leur place dans son quotidien. Il est intéressant de relever que cette séquence fait suite à celle vécue en hypnose. Elle peut de nouveau regarder quasiment toutes les photos, avec encore des difficultés pour celles qui les représentent tous les deux. Globalement, elle fait état d'une reprise de liberté de mouvement.

Contrairement à la situation précédente de Mme Tyne, l'hypnose s'est inscrite ici dans un temps et un contexte acceptables pour la participante. Chez Mme Tyne, la représentation de la défunte est idéalisée, sanctuarisée, alors que Mme Vigne décrit une relation ambivalente, teintée d'agressivité. Pour la première, l'hypnose vient profaner une icône immaculée, pour la seconde il y a une recherche de résolution du conflit interne par une médiation, une opération tierce. La place de la culpabilité est tellement prépondérante qu'elle requiert l'intervention d'un tiers qui puisse légitimer son droit à alléger le poids de la souffrance. C'est la conjonction des croyances entre une possibilité de changement rapide et le caractère magique du dispositif qui a permis de tels résultats. Notons qu'au lieu « d'exorciser » la présence de Monsieur Vigne, nous avons au contraire œuvré à l'intérioriser davantage. L'objectif est ici de modifier son statut. Il se construit un processus « d'ancestralisation ». Le défunt, fantôme persécuteur, devient un ancêtre plutôt bienveillant, comme Mme Vigne le décrira.

Néanmoins, elle explique que les séances n'ont eu que peu d'impact sur ce sentiment de culpabilité. Malgré certains bénéfices, il demeure « *un poids sur les épaules* », « *quelque chose qui* [la] *travaille* ».

c-1. Première séance

« C'est… je ne pensais pas mais l''hypnose, ça a aidé, je le vois moins, moins souvent, moins fort… maintenant je peux regarder sa photo. Je ressens toujours de la culpabilité. Je me sens responsable de sa mort. […] *Après la séance d'hypnose... je n'avais pas envie de revenir... je ne sentais plus mon corps. C'est dur de remonter la pente.* […] *Depuis la séance, l'image s'est éloignée, même dans le garage où il s'est suicidé. Je réussis à y rentrer avec moins d'appréhension. Mais il y a toujours quelque chose en moi qui me travaille… un poids sur les épaules ».*

Mme Vigne traduit ces changements qui la surprennent elle-même. Elle observe la diminution de la fréquence d'images intrusives ainsi que de leur impact. Un élément stimulus qui déclenche habituelle d'intenses réactions émotionnelles, tel que regarder une photographie, semble partiellement désactivé. Mme Vigne nous précise que la culpabilité et le sentiment d'être responsable de son décès sont toujours présents. Elle relève davantage un assouplissement des manifestations de l'état de stress post-traumatique qu'une disparition complète. C'est précisément un aspect symptomatique de la composante traumatique qui a été modulé par la séance. Cet effet concerne les pensées et images intrusives, les cauchemars à répétition, les conduites d'évitement du lieu désigné. Les conduites d'évitement se trouvent également associées aux troubles du sommeil. Mme Vigne repoussait l'endormissement pour éviter les cauchemars et l'angoisse de mort. L'hypervigilance et l'hyperexcitabilité neurovégétative se trouvent également réduites.

« La mort de mon mari passe au second plan. Je passe le cap. Ça y est. Au garage, je peux passer devant, je peux y rentrer. Parfois, j'ai l'estomac serré mais j'y vais quand même ».

Les effets thérapeutiques sont rapides et importants. Mme Vigne avait une forte attente de changement. Nous nous accordons un temps d'observation afin de déterminer dans quelle mesure cet état se consolide. Un conflit de loyauté et de la culpabilité figeaient cette dynamique. Ses croyances sur les phénomènes paranormaux et l'assimilation de l'hypnose à un rituel

magique ont constitué des facteurs opérants. Elle est entrée dans l'expérience hypnotique et y a vécu un panel d'émotions adaptées au contexte. Elle a pu éprouver la fluidité, le mouvement, la circulation et défocaliser de la scène traumatique. Si les images perdurent, elle décrit bien que c'est la composante émotionnelle qui s'est trouvée modifiée. En effet, elle précisera par la suite qu'il « *était difficile de changer l'image ou le son ou les odeurs, mais c'est surtout de me voir, de prendre du recul qui a été ... comment dire… j'oublierai jamais bien sûr, ça je ne pourrai pas, mais c'est moins violent depuis... il y a un poids levé* ». Puis, nous revoyons Mme Vigne à deux reprises pour accompagner le mouvement qui s'engage et permettre de verbaliser autour de cette dynamique.

Elle décrit cette atténuation symptomatique : *« Je me suis sentie différente le soir même en rentrant à la maison. Je suis passée devant le garage et j'ai senti que j'appréhendais moins. J'ai l'impression que ces images s'éloignent… je les ai beaucoup moins… J'ai rêvé de mon mari, mais il était bien »*. Dans son discours, il apparaît que l'aspect purement traumatique commence à se moduler. Les images effractantes perdent en intensité.

b-2. Deuxième séance

« Mon petit fils a besoin d'aller au cimetière dire un mot à son grand-père. Moi j'y vais de moins en moins souvent… Surtout depuis la séance. Avant j'y allais tous les jours, même deux fois par jour ou plus au début ».

L'aspect comportemental, le plus visible, est évoqué en premier par Mme Vigne. Les modifications portent sur la réduction du nombre et de l'intensité des compulsions liées aux passages au cimetière. Nous pouvons faire l'hypothèse d'une réduction des pensées obsessionnelles et culpabilisantes dont sont directement issus ces comportements, tout en notant la persistance de certains thèmes, comme sa propre responsabilité dans le décès.

« J'essaye de me dire que ce n'est pas de ma faute. Mais mon mari a dit à une infirmière : « je suis une charge pour ma femme ». J'étais très agressive avec lui. Il se plaignait tous les jours. [...] *Maintenant je peux regarder les photos avant je ne pouvais pas.* [...] *Je vais moins souvent au cimetière. Beaucoup moins souvent. Et j'ai moins d'images ! Bon en février, c'est plus difficile.* [...] *Mon mari... Il est dans mes rêves toutes les nuits. Souvent. Je le rêve jeune*

quand il était agréable ça me travaille... même le matin au réveil. [...] *Par contre, je ne le vois plus sur le canapé* ».

Mme Vigne verbalise clairement qu'elle « *essaye de se dire* » qu'elle n'est pas la cause du décès de son mari. Cette formulation montre que c'est un travail cognitif, conscient, d'autosuggestion mais qu'elle n'y adhère pas ou peu. Elle précise les améliorations mais la période de la date anniversaire mobilise de nombreux contenus émotionnels. L'activité onirique change de tonalité. Elle dit « *ne plus le voir sur le canapé* ». Nous éprouverons ici des difficultés à comprendre si Mme Vigne voyait son mari dans un contexte hallucinatoire similaire au précédent ou s'il s'agissait d'images intrusives. Le type d'évocation nous incite à privilégier la seconde hypothèse.

« Je pense à vider ses affaires... maintenant je peux le faire, alors qu'avant je ne pouvais pas... là je vais contacter Emmaüs. Avant je ne pouvais vraiment pas et là ça me demande moins d'efforts pour le faire. Ce sont les affaires de gendarme par contre... ça c'est encore difficile... je n'arrive pas à m'en débarrasser... c'était lui dans son meilleur temps. Enfin notre meilleur temps en fait... J'en ferais quoi ? C'était ma vie aussi. J'aimais bien la vie de gendarme, c'était pas désagréable. Tout recommencer souvent… pour ça la retraite a été difficile... de ne plus pouvoir bouger… ».

Consécutivement à la mise en mouvement effectuée en séance, Mme Vigne engage ce travail de réappropriation de l'espace. Elle peut à présent discriminer les objets représentant leur histoire, ayant une valeur symbolique et ceux qui peuvent sortir de son quotidien. L'impossibilité préalable de jeter ou ranger tenait à une « rétention / accumulation » obsessionnelle. Toutes les reliques avaient la même importance, donc tout devait être conservé, au prix d'un encombrement de son espace vital.

« *Pendant l'hypnose je ne sentais plus rien sur le fauteuil… avant tout me pesait... là j'étais... je n'étais plus dans mon corps… j'ai revu mon mari, je lui parlais.* [...] *J'ai l'impression de ne pas avoir le droit d'être avec ceux qui vivent.* [...] *Il n'avait pas le droit de me laisser comme ça ici. Je refuse de me faire du bien. Je refuse* ».

Après l'évocation de sensations physiques, Mme Vigne décrit une mise en relation avec une image intériorisée du défunt. Elle prend conscience de son sentiment d'isolement par

rapport aux vivants. Elle exprime un vécu abandonnique et peut formuler combien il lui est difficile d'accepter de voir son état s'améliorer. Les résistances au changement sont d'un ordre de fidélité au défunt d'expiation de la culpabilité.

« *Je suis partie loin et je n'avais pas envie de revenir. J'ai enfin réussi à partir de la maison… Sans trop de culpabilité. C'était dur de revenir. J'ai eu beaucoup de mal à quitter la maison mais après ça allait j'avais une sorte de joie.* [...] *je me suis occupée, je ne suis pas restée à la maison… j'occupe plein de fonctions… même du temps de mon mari… c'est un échappatoire : voir les gens, rire et discuter... vivre une vie.* [...] *Je peux regarder certaines photos sans m'effondrer. Sauf celles où je suis avec lui. Ça c'est encore difficile. Ce que je vois aussi beaucoup moins, c'est l'image choc, quand je l'ai trouvé pendu* ».

Mme Vigne donne un nouvel élément de modification de son rapport à l'espace. Un sentiment de liberté de mouvement peut prendre place. Elle est en mesure de quitter le département sans être débordée par des affects dysphoriques, mais avec, au contraire, une euphorie nouvelle. Nous relions cette exaltation avec ce que Mme Vigne décrivait de sa vie de femme de gendarme. « *On bougeait beaucoup… on déménageait souvent… ça me manquait après… même quand je voyais un camion de déménagement, je me disais qu'ils avaient de la chance ceux-là* ». Elle précise de nouveau cette capacité retrouvée de regarder les photos de son mari, mais pas encore celle du couple. Ces dernières la mettent en jeu dans la relation au défunt. Elles témoignent d'une période de l'existence pendant laquelle les statuts de chacun étaient plus déterminés : un emploi, un grade, une reconnaissance.

Des éléments orientés vers une diminution de l'intensité symptomatique du deuil compliqué sont présents. Ils ont néanmoins été complexes à discerner. Mme Vigne commençait tous ses entretiens par : « *ça va pas fort* » ; « *c'est pas ça* ». En approfondissant ce ressenti, elle fait part de facteurs intercurrents qui venaient majorer ou maintenir un état dysphorique. Trois mois après cette séance, elle formule : « *ça va pas… je rechute complètement… je reviens à zéro là* ». La question soulevée était similaire à celle rencontrée chez Mme Tyne. S'agissait-il d'une amélioration transitoire due à un effet purement suggestif ? Nous rejoindrions ici les propos de Bernheim qui déclarait : « *il n'y pas d'hypnotisme, il n'y a que de la suggestion* » (Hartenberg, 1898). Nous savons que la rémanence temporelle de suggestions est assez brève, si elles ne sont pas répétées pour être maintenues.

L'analyse du discours de Mme Vigne permet de différencier les éléments relatifs au deuil des autres contenus. Pour ce qui relève du premier point, elle utilise différentes formulations : *« j'ai l'impression que mon mari s'éloigne » ; « je le vois moins » ; « je n'ai plus ce besoin d'aller tout le temps au cimetière » ; « j'y pense moins » ; « je lui demande de l'aide…. Et il m'aide ! »*. Ces observations persistent jusqu'à deux années après l'hypnose. La perception d'une rechute est activée par un événement particulier. Le fils de Mme Vigne fait une tentative de suicide par pendaison et se trouve en psychiatrie. Les paramètres situationnels sont proches de ceux qui concernaient son mari. Le mode opératoire et le passage en psychiatrie sont des stimuli évocateurs du traumatisme. Ils ont également pour effet de mobiliser une culpabilité intense. De « *mauvaise femme* », elle devient « *mauvaise mère* ». *« C'est de ma faute, j'ai dû rater des choses… tout le monde se suicide… et il ne me parle pas* ». Mme Vigne effectue une tentative de mise en sens sous un angle historique et transgénérationnel. Le père de son mari est mort assassiné, son époux est décédé par pendaison et son fils tente à son tour de mettre fin à ses jours. Mme Vigne y discerne une forme de répétition d'un schéma de morts violentes pour les hommes de cette lignée. Cela représente également une construction hypothétique qui la décentre de ce qu'elle imagine être sa responsabilité.

Le processus « d'ancestralisation » est l'élément thérapeutique le plus important. Il consiste en une transformation de la représentation interne du défunt. Dans un premier temps, ce dernier est perçu comme « *un fantôme* » qui revient pour la « *hanter* ». A l'issue de la thérapie, monsieur Vigne occupe un rôle différent, susceptible d'aider madame dans ses préoccupations quotidiennes.

« *Vous allez trouver ça bête. Mais il m'aide. Même quand je perds un objet, je lui demande et il m'aide à le retrouver* ».

« *Il s'est passé une chose incroyable. J'ai demandé à mon mari de l'aide pour avoir un contact pour avoir des nouvelles de mon fils. Et cette personne, ce contact m'a appelé le lendemain ! C'est un signe non ? J'y crois pas... mais quand même. Cette personne a eu des nouvelles de lui juste après sa tentative de suicide* ».

L'interprétation de la présence du défunt se fait moins persécutive et plus protectrice.

2.2.e. Les autres : 62 occurrences (9 %)

Les occurrences sur ce thème sont assez faibles. Mme Vigne exprime constamment le souhait de « *ne pas déranger* ». Elle s'excuse de prendre la place de quelqu'un en séance, de venir nous *« embêter* ». Bien que ce trouble de l'estime de soi soit ancien, il se trouve majoré par le sentiment d'indignité relaté au cours du trouble du deuil persistant. A ses yeux, elle ne « *mérite* » pas d'avoir une place et de recevoir de l'attention. Elle n'appelle pas ses amies pour ne pas les importuner. La façon dont Mme Vigne se positionne dans la relation à l'Autre met en jeu des éléments identitaires. Elle s'interroge sur la place qu'elle peut occuper dans la communauté sans son mari. L'enjeu pour elle est de se déterminer par des assises narcissiques plus solides.

Nous avons travaillé sur la légitimité à prendre position dans un espace thérapeutique dédié et à revaloriser sa parole. La plupart des occurrences du *Verbatim* liées aux « Autres » concernent en fait son fils. Environ deux mois après la dernière séance d'hypnose, elle relate l'émergence d'angoisses directement liées aux difficultés psychologiques qu'il traverse. Le ressenti d'impuissance est alors prépondérant.

2.2.f. Histoire personnelle : 28 occurrences (4%).

Plusieurs facteurs de vulnérabilité sont relevés dans l'histoire de madame. Elle fait spontanément mention de nombreux deuils, anciens et récents.

« Tout le monde meurt tous les deux ans… ma mère est morte il y a 8 ans, mon beau-père deux ans plus tard, mon mari 2 ans après, ma belle-mère, 2 ans après… dans deux ans, c'est moi peut-être ? »

Le deuil maternel l'a particulièrement affectée, car elle n'a pas pu arriver à temps pour lui dire au revoir et assister à la cérémonie. Elle déclare régulièrement que sa dévotion pour sa belle-mère pendant la maladie a été une façon de « *se racheter* » pour sa mère.

Elle raconte sa propre filiation, troublée par des conceptions hors mariage et des déplacements entre Europe centrale et France. Sa mère était très présente et son père toujours

absent. Elle a reçu une éducation religieuse catholique, qu'elle décrit comme « *bonne, je n'ai pas eu à me plaindre* ».

« Je me demande si mes parents étaient heureux ensemble. Je ne sais pas. Je voyais ma mère faire régulièrement sa valise et ne jamais partir. Pas comme mon fils qui part. Moi j'étais comme ma mère... je ne partais pas... quand il y avait des conflits entre mon mari et mon fils, là j'avais envie de partir. À 30-35 ans… l'envie de partir était là avant la maladie. Ça s'est aggravé... pourquoi je ne suis pas partie ? Parce que quand on est marié on reste ».

Ce passage qu'elle raconte vers la fin du suivi, éclaire différemment l'histoire du couple, mettant à mal le roman familial. La relation était perturbée de longue date, notamment quand Monsieur Vigne, très autoritaire, s'en prenait à son fils. « *Parce que quand on est marié on reste* ». Fidélité, loyauté, engagement, nous trouvons ces liens qui unissent mais qui attachent également. Mme Vigne explique les valeurs et croyances qui l'ont empêchée de partir au cours de leur vie conjugale mais aussi après la mort de monsieur. Elle s'inscrit également dans sa propre filiation par identification à sa mère, une femme qui n'est jamais partie. Spécularité du côté maternel et altérité dans la relation filiale. Mme Vigne est donc restée sous la contrainte d'un engagement passé, réprimant de nombreuses émotions. La frustration et la colère qui ont pu connaître une expression moins mesurée lorsque monsieur s'est retrouvé malade. Nous percevons l'impact de ce passif sur les enjeux affectifs et émotionnels après la mort. Dans ce contexte l'hypnose et l'intervention d'un tiers offraient une porte de sortie légitime et officielle à la souffrance auto-infligée. A nouveau, la mise à jour de l'ambivalence récente et ancienne à l'égard d'un objet total, permet un changement structurant de la relation au défunt. Le mythe héroïque, médaillé, décoré, nécessitait d'être ramené à une dimension humaine, suffisamment incarnée pour être support d'amour et d'agressivité.

« Avant lui j'ai perdu ma mère deux ans avant… Dans mon pays… Ma sœur a fait incinérer ma mère. Je n'ai pas eu mon mot à dire sur ce choix. Quand je suis arrivée, il n'y avait que l'urne qui m'attendait... j'étais loin... […] *Avec la situation de mon fils* [tentative de suicide et hospitalisation en psychiatrie]*, tout remonte de ma propre vie… mon enfance, le décès de mon mari… Vous comprenez, c'est comme si je perdais mon fils… En 1971, j'ai accouché à terme… mais le bébé était mort-né.* […] *Il ne bougeait plus. On est partis à l'hôpital et le bébé est mort... tout remonte en ce moment. En plus je partageais ma chambre avec une femme qui avait un bébé, bien vivant lui. C'était terrible.* […] *En fait j'avais attrapé la toxoplasmose. Tout*

remonte en ce moment... ce bébé c'était un garçon, j'ai eu mon fils 3 ans avant et ce garçon là en 1971… et ma fille est arrivée 3 ans plus tard… on m'avait fait des piqûres… je devais accoucher... c'était à terme… ils l'ont enveloppé et sont partis avec. […] *Il n'y a pas eu de cérémonie… rien… à cette époque… il a été mis en fosse commune. Tout était prêt, le berceau, la chambre... pendant un an je n'ai pas pu voir le berceau. Un an avant c'était arrivé à un copain de mon mari.* […] *C'est très dur... attendre pendant 9 mois et rien… il n'avait rien pas d'identité, juste une fosse commune... tout au bout du cimetière contre un mur… et mon fils est à l'hôpital pendant ce temps là… en psychiatrie... je suis inquiète pour lui... Je suis allé faire de l'EMDR, à Paris, des années plus tard ».*

Le contexte relationnel avec son fils actualise la détresse de pertes passées. Celle de sa mère et celle de son fils. Mme Vigne se situe dans les générations passées et futures. La culpabilité marque toujours le récit, elle n'a pas pu jouer son rôle de fille en étant présente pour sa mère. Elle se sent en échec dans son rôle maternel avec ce nourrisson mort-né et son fils qui traverse des difficultés. Elle décrit deux situations de deuil pour lesquelles elle n'a pu bénéficier de cérémonies. L'inscription dans le rituel collectif n'a pas été possible. Elle s'est sentie exclue par rapport aux obsèques de sa mère et à l'absence de funérailles du bébé. Elle exprime cette impression « *de perdre* [son] *fils »,* qui s'éloigne d'elle et restreint les communications. Elle dit éprouver une « *angoisse maternelle* » et la relie avec cette situation initiale de perte d'enfant. Dans ces deux situations de deuil, le processus de traitement du corps lui échappe. Pour sa mère, il ne reste qu'une urne qui dématérialise le cadavre. Son fils lui est soustrait, évacué puis anonymisé en étant inhumé dans une fosse commune. Mme Vigne décrit comment la construction d'un enfant imaginaire s'était élaborée pendant ces 9 mois de grossesse et à quel point le vide qui a succédé lui semblait abyssal. Plus de 30 ans plus tard, elle reconnaîtra la valeur traumatique de la situation et suivra une thérapie en EMDR.

Comme l'ensemble des participantes à cette recherche, Mme Vigne développera peu fréquemment son histoire personnelle. Elle imagine ne pas avoir le droit de prendre de la place avec ces éléments.

2.2.g. Résumé de la situation

Mme Vigne énonce des représentations importantes : l'hypnose est thérapeutique, son usage hospitalier semble attester de cela et cette pratique a un côté « *un peu magique* ». L'hypnose peut constituer une « opportunité » socialement acceptable pour se délester de sa culpabilité et s'extraire d'un registre expiatoire par mortification. Ceci semble important notamment lorsque la relation est ambivalente, teintée d'agressivité exprimée et inhibée. La première séance centrée sur le traumatisme porte des résultats immédiats et importants. Le travail d'exposition, de reprise de contrôle perçu, de déconstruction des affects et cognitions associés au décès produisent des effets. La seconde visait à devenir ce rituel de clôture qui lui permettrait de retrouver un fonctionnement orienté vers les vivants.

Les effets se caractérisent par la perception d'un « *éloignement* » du défunt dans un premier temps puis par l'attribution d'un rôle de soutien et de protecteur. Ces modifications sont stables dans le temps, réévaluées à un an puis deux. Le dispositif hypnotique a contribué à ce processus d'ancestralisation. Les effets de l'intervention s'observent par le lien temporel qui existe entre la stase antérieure et la dynamique nouvelle qui s'installe après la séance. Ces changements ne relèvent cependant pas d'une « guérison immédiate » en dépit de l'impact de facteurs contextuels, cérémoniaux et d'opportunité (Michaux, 2007). Le dispositif a activé des remaniements de la relation au défunt, mais le critère temporel que nous avons fixé pour identifier son caractère rituel n'est pas validé. Nous n'observons pas de nette scansion temporelle entre « l'avant » et « l'après » séance mais plutôt l'engagement d'un cheminement progressif. Le premier constat fut verbalisé ainsi dans la séance suivant celle d'hypnose : « *je sens qu'il s'éloigne* ». Cependant, le changement de statut du défunt ne s'opérera que sur les mois suivants et certains signes de deuil compliqué ont perduré.

Au niveau de la dynamique relationnelle, il devient thérapeutique pour Mme Vigne de prendre position dans la relation au vivant que nous incarnons, au sens propre du terme. Elle présente ses excuses de façon quasiment compulsive à chaque consultation, plusieurs fois au cours d'une même rencontre. Cette attitude est symptomatique du sentiment d'indignité. Mme Vigne s'auto-dévalorise systématiquement, ne méritant pas d'occuper un espace quelconque, et de ce fait, de vivre. Légitimer sa place de vivante dans la relation avec nous était un axe thérapeutique. Le cadre, par sa régularité, sa constance et la détermination d'un espace/ temps qui lui est dédié lui permet de s'inscrire dans une temporalité, un lieu et une relation « du côté

des vivants ». Il y a une forte notion de désirabilité sociale chez Mme Vigne qui souhaiterait nous « faire plaisir » en allant mieux. Nous avons eu fonction de légitimation de certains ressentis, notamment à l'égard du défunt.

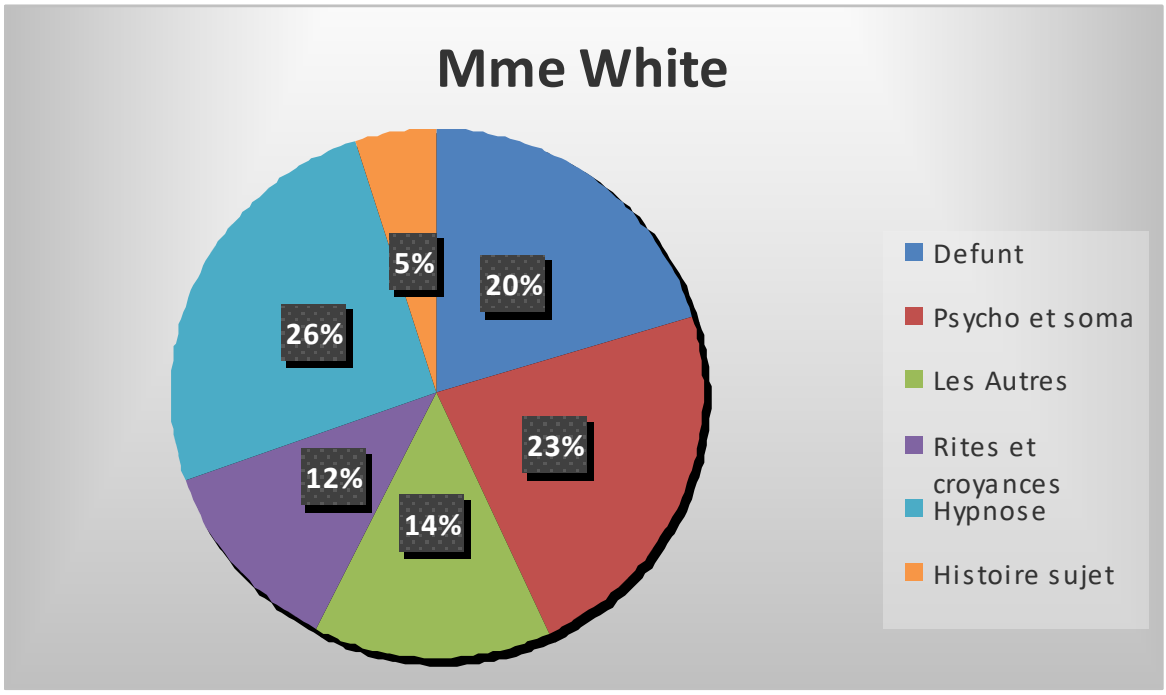
2.3. Mme White

Mme White présente un score de 45/76 au questionnaire ICG, ce qui la rend éligible à la détermination d'un deuil compliqué. Elle présente un score maximum aux items cotant les sentiments de solitude et de vide. Mme White relève la présence de perceptions auditives et visuelles du défunt. Les relations sociales sont perturbées, notamment en termes de confiance et d'intérêt accordé aux gens. Les pensées et souvenirs intrusifs sont notables (items 3 et 4) et l'émotion de colère reste stable dans le temps. Elle cote « jamais » les deux items relatifs à l'incrédulité face au décès et le ressenti de stupéfaction. L'identification aux symptômes du défunt est « rare ». Mme White est l'une des rares participantes à mentionner des stratégies d'évitement des lieux rappelant le défunt, alors que les autres sujets s'inscrivent dans une dynamique de quête, de recherche de ce type de situations. Nous relevons des troubles du sommeil et de l'appétit, ainsi que de la mémoire et de l'attention, une anhédonie.

Mme White a été reçue sur onze entretiens en une année. Nous avons relevé 326 occurrences thématiques dans l'analyse du Verbatim. Elles se répartissent de la façon suivante :

1- Hypnose :	83 occurrences (26%)
2- Manifestations psychologiques et somatiques:	74 occurrences (23%)
3- Défunt :	66 occurrences (20%)
4- Les autres :	47 occurrences (14%)
5- Rites et croyances :	40 occurrences (12%)
6- Histoire personnelle :	16 occurrences (5%)

Graphique 3. Répartition des occurrences thématiques dans l'analyse de contenu du discours de Mme White.



Mme White, 61 ans, vient nous rencontrer dans le contexte d'un suivi de deuil. Soignante retraitée et mère de trois garçons, elle présente une modalité de deuil compliqué singulière. En effet, dans sa présentation de la situation, elle décrit une relation idéale et un accompagnement au cours de la maladie qui fut « *le meilleur possible* ». Nous verrons également une spécificité de la situation de Mme White, elle présente le plus fort taux d'occurrences relatives à l'hypnose, notamment concernant ses effets.

« Je viens pour le décès de mon mari. Il est mort un trois octobre à la maison. Il avait un cancer du poumon et des métastases cérébrales et osseuses. Il était suivi en clinique pendant un an de maladie... J'étais soignante avant… là je suis à la retraite depuis 8 ans. Cette maladie ne m'était bien sûr pas inconnue, sur le plan médical Je n'ai pas été... surprise par ce qui s'est passé. J'ai tout assumé pendant la maladie. Mon mari a été très courageux, patient et volontaire. Et vraiment, je ne me suis pas sentie seule, j'étais soutenue, par les enfants aussi qui venaient quand c'était possible, voir comment nous allions. J'ai trois enfants… le plus jeune je l'ai eu

avec mon mari, il a 30 ans. A sa mort, je suis restée sidérée pendant 15 jours, je n'ai pas réalisé. Après je me suis effondrée, j'ai pleuré ».

Mme White relate un déroulement des événements sur un mode factuel, séquentiel. Le diagnostic, le temps de traitement, une position active pendant les soins, son conjoint qui a fait preuve de qualités indéniables dans la maladie, le soutien social effectif, tous ces éléments donnent une impression de relative harmonie. Les réactions émotionnelles post-décès sont adaptées. La première appréciation de ces éléments contextuels et relationnels indiquerait des facteurs prédictifs d'une résolution normale du deuil.

« Quand j'ai compris qu'il avait une double vie sur les 10 dernières années. J'ai trouvé dans ses papiers, des billets d'avion avec le nom de l'autre personne. Je connais cette personne, je l'ai interrogée, elle a tout confirmé. C'était une collègue de mon mari, que j'avais connu avant, comme une amie. Elle était amoureuse de mon mari. Elle ne pouvait plus me voir, elle me l'a dit qu'elle était amoureuse de lui. Je suis en colère… je me sens humiliée, trompée ».

Le déroulement de ce deuil présente des spécificités. Il s'exprime en deux temps. Et cet aspect binaire se retrouve également dans la perception clivée du défunt. L'objet idéalisé devient mauvais objet avec une oscillation constante entre ces deux positions. Mme White alternera au cours de la première phase du suivi l'expression de ressentis intenses et contradictoires, d'une séance à l'autre ou plusieurs fois au cours du même entretien. Par ce clivage de l'objet, elle isole la partie qu'elle peut agresser pour préserver l'idéal. Cette relation à l'objet partiel ne permet pas l'intégration de la perte. L'intensité des émotions engendre de la confusion, « *je ne sais plus où j'en suis, je ne sais plus quoi penser, je ne sais plus qui c'était* », et de la culpabilité.

Le premier temps du deuil s'engage selon des modalités habituelles. Une période de sidération suivie de tristesse et de pleurs. Quelques semaines après le décès, Mme White accède à un nouveau visage de son mari. Il lui avait laissé sciemment les possibilités de découvrir ces aspects de sa vie et de sa personnalité. Il s'agit donc d'un héritage laissé à son épouse. Il lui lègue « La Vérité ». Apparemment, monsieur White n'était pas en mesure d'assumer le regard réprobateur ou la rupture avec Mme White en lui révélant de son vivant sa double vie. Mme White obtient finalement la perception de son mari comme « objet total », ce qu'elle ne souhaitait pas. Ainsi doit-elle engager un processus de deuils multiples. Le deuil de son mari,

physiquement disparu, le deuil du conjoint idéal et d'une histoire idyllique, le deuil d'une croyance en la « vérité ». Elle se trouve alors retenue dans un mouvement contradictoire qui consisterait à « tuer » psychiquement l'image interne du mari volage et à devoir intérioriser une Imago stable du défunt pour vivre avec et sans lui. Elle vient en consultation au moment où elle ne parvient pas à résoudre ce conflit interne.

2.3.a. Hypnose : 83 occurrences (26%)

a- représentations

« Oui. Je connais bien sûr l'hypnose qu'on voit tous à la télé ou dans les spectacles. Je sais que c'est utilisé aussi dans les hôpitaux pour certains soins mais je ne connais pas trop... Ah oui pour calmer les douleurs j'ai lu un article là-dessus. Je pense que ça peut être utile. Ça fait un peu peur de perdre conscience pour s'endormir et se réveiller différente… mais je ne crois pas que ça soit dangereux. Dans les spectacles on a toujours l'impression que les gens perdent totalement le contrôle. Mais dans les soins c'est différent, je crois. Juste je ne veux pas que vous me fassiez dire des choses que je ne veux pas dire. Entre nous, si ça m'aide à changer... ça sera plus de la magie que de la psychologie ».

Les premières sources de représentations sur l'hypnose sont les médias et les divertissements. Puis, elle évoque son usage thérapeutique, notamment dans le traitement des douleurs. L'idée prédominante d'un sommeil qui change l'individu reste prévalente. Elle ne perçoit pas cette pratique comme dangereuse. La notion de perte de contrôle est un élément anxiogène, au même titre qu'une effraction psychique qui forcerait la parole. Elle souligne l'utilité potentielle de la pratique et a mentionné une croyance en l'effet supposément radical de l'hypnose. Elle mentionne un effet magique sur le ton de la plaisanterie.

Sur un plan qualitatif, nous relevons des croyances susceptibles de potentialiser l'effet thérapeutique de l'hypnose. Mme White a entendu parler de son usage thérapeutique qui peut être congruent avec son passé de soignante. Nous pouvons souligner le fait que la totalité des sujets ayant reçu des informations sur l'usage thérapeutique de l'hypnose mentionne « *l'hôpital* » comme lieu d'exercice. L'application de ce dispositif à la prise en charge de la douleur est également un élément prégnant. Le fait que notre recherche se déroule en milieu

hospitalier cadre parfaitement avec les représentations. Cet aspect rassure et crédibilise la pratique. L'hypnothérapeute n'est pas seul, il véhicule avec lui les attentes thérapeutiques liées à son institution, sa pratique, il convoque des objets internes mis en mouvement. L'opérateur approche le sujet avec un dispositif avant tout représentationnel. Dans ce contexte, le lieu a son importance. L'hôpital sera le garant de la visée thérapeutique de la pratique. Ainsi, l'hypnose peut recourir à la pensée magique dans un environnement biomédical, qui, loin de s'antagoniser, vont se légitimer.

Le mythe du sommeil profond qui soigne et change l'individu se trouve présent. La notion de « radicalité » du processus thérapeutique est tout aussi importante. Nous pourrions dire que la « radicalité » ou l'immédiateté est une croyance qui impliquerait son aspect « *magique* ». Les deux qualificatifs recouvrent une acception similaire : un changement immédiat possible par des actions qui échapperaient aux explications scientifiques. Cette notion constitue un appui thérapeutique important pour la fonction rituelle, qui marquerait une scansion temporelle, un « avant » et un « après ». Elle oppose en plaisantant « magie » et « psychologie ». La présence conjointe d'une hypnose thérapeutique et d'une hypnose magique dans les représentations se révèle favorable à l'investissement du dispositif comme rituel thérapeutique.

Les notions de « *perdre le contrôle* » et de « *faire dire* » impliquent un pouvoir spécifique de l'hypnothérapeute sur le sujet. Le principe d'involontarité typique de l'hypnose est perçu comme l'élément le plus probant de l'état hypnotique. Il est aussi le plus fascinant et le plus redouté. Il suppose de pouvoir guérir le sujet presque « malgré lui ». La perte de contrôle confine parfois au fantasme masochiste d'être agi par l'autre. L'individu deviendrait un corps détaché de sa volonté et dirigé par une pensée extérieure. Des écueils de cette nature, propres aux mouvements régressifs habituels de la pratique, sont à identifier préalablement. Dans tous les cas, nous visons des objectifs d'individuation et d'autonomie, de restructuration d'une position de sujet. A nouveau, la pensée magique est au premier plan. Les paroles deviennent des actes, produisent des effets à l'intérieur du sujet, corporellement et psychiquement. Fantasmatiquement, ce « supposé pouvoir » de l'hypnothérapeute est le miroir du « supposé savoir » de l'analyste.

b- Contenu de la séance

L'induction de l'état hypnotique suit le format précédemment décrit. Dans la situation de Mme White, nous visons à reconstituer son mari comme un objet total et à accéder à une ambivalence affective qui puisse rendre vivable sa relation au défunt. Nous la situons d'abord dans ses ressources, qui pourraient être comprises comme des facteurs de résilience, des stratégies d'ajustement, des défenses psychiques efficaces. Puis nous cheminons vers les souvenirs, une histoire à raconter, à réécrire. Mme White entre dans la complexité de la situation et de l'humain. Elle peut explorer sa propre vie affective et fantasmatique, ses contradictions. Elle constitue progressivement une mémoire de son mari, avec ses doutes, sa vie pulsionnelle, la réalité de leurs sentiments réciproques. Elle peut le situer à sa « *juste* » place, très humain et en butte à ses propres angoisses narcissiques et une quête de réassurance permanente. Elle dit prendre conscience qu'il l'aimait « *malgré tout* ». Nous ancrons Mme White dans son identité propre, c'est-à-dire dans ce qu'elle a pu être et réaliser par elle-même, avant, pendant et après lui. Nous tissons ce fil d'une continuité de son identité entre passé, présent et futur. Dans l'étape du « tri des affaires », elle commence à nettement se différencier en distinguant que ces mensonges, ces dissimulations appartiennent à son mari et non à elle. C'est un fardeau dont il a voulu se débarrasser une fois mort, mais qu'elle n'est en rien obligée d'assumer.

c- Effets de l'hypnose

« Il y a eu des mots importants pour moi dans la séance… « Construire »… je n'ai fait que ça toute ma vie... construire la maison, la famille… vous avez dit le mot important… Je réalise que je suis toujours ensevelie dans mes sentiments… je dois arrêter d'être en colère et accepter comme cela a été... j'ai la possibilité d'en tirer le meilleur puisque, en 45 ans j'ai toujours été portée par une entente amoureuse, un vrai compagnonnage qui m'a aidée… Au départ c'était une douleur physique dans l'estomac… ça a été impossible d'accepter et j'ai été impossible avec les autres d'ailleurs… Je vais commencer tout ce travail, reprendre mon nom de jeune fille, vendre la maison, acheter un appartement propre… et gérer ma relation avec ma belle-mère. C'est compliqué, c'est comme si mon mari me la laissait avec tous les soucis qui vont avec ».

Le résultat obtenu dans cette section constitue un élément inattendu. En effet, nous corrélons l'intensité et la nature des croyances avec l'effet thérapeutique. Ici, les mentions quantitatives sont restreintes mais le nombre d'éléments de changement identifiés à la suite de la séance sont nombreux.

Le premier point, le plus important concerne la capacité de Mme White à se différencier de son mari. Les occurrences qui concernent son identité propre sont les plus nombreuses. Suite à la séance, Mme White engage une série d'actions concrètes à portée symbolique. Il est question pour elle de pouvoir réagir au sentiment de trahison sans chercher à occulter son histoire. Plutôt que de vouloir attaquer l'objet de la colère, elle va alimenter le noyau de son identité, ce que Hermann Simon qualifiait de « partie saine » : « *Dans le psychisme de chaque patient existe, à côté d'une partie malade, une partie saine et le psychiatre doit intentionnellement négliger la première* » (Simon, 1933). A cet effet, nous pouvons utiliser un dialogue entre parties au cours de la séance d'hypnose. Mme White met en œuvre ce qu'elle aurait fait si son conjoint n'était pas mort. Par la nomination et la désaffiliation, elle reprend son nom de jeune fille, qu'elle avait conservé au cours de son activité professionnelle et qui la repositionne dans un champ d'expertise et de compétence. Par un déménagement, elle quitte le domicile conjugal, lieu de souvenirs mais aussi d'aliénations, par la charge de travaux à effectuer. Elle acquière un espace propre. Enfin par une délimitation de tâches qu'elle accepte ou non d'effectuer et qui concernent directement ce qui reste de son mari.

L'enjeu central est de pouvoir effectuer ces changements sans détruire ou annuler l'existence de son conjoint. Les émotions les plus intenses, comme sa colère, n'ont plus d'objet concret. Par cette absence, elle se retrouve à les subir elle-même. Elle prend conscience de cette dimension autodestructrice. Elle a procédé à plusieurs relectures de leur histoire commune à la lumière de ses découvertes. Le mécanisme devient obsédant et interprétatif. Son activité cognitive est centrée sur ces tentatives de compréhension. Elle s'est jugée *« trop naïve* » et tente d'y remédier par un regard critique systématique. Elle décide qu'une des réalités de cette histoire est cette « *entente amoureuse* », ce « *compagnonnage* » de 45 années et qu'elle peut légitimement préserver cela.

« Après cette séance d'hypnose j'ai été très mal... puis bien… Je me suis retrouvée très seule… j'ai acheté mon appartement en ville et dans ce moment-là, ce changement, je me suis sentie bien seule avec ça. Ça m'a fait peur cette solitude… je n'avais personne avec qui fêter

l'événement. Et au retour des vacances c'était ce vide là… personne avec moi … dans ce nouvel environnement... J'étais seule dans ce petit appartement, tout… « neutre ». Là j'étais vraiment dans ce sentiment d'isolement je n'avais personne avec moi, pas de partage... Je me sentais même un peu abandonnée, la vraie veuve. Alors j'ai appelé les amis, les enfants... tout le monde a répondu présent. J'étais pas encore dans cet appartement... je dois prendre possession de ce lieu pour moi. Un lieu seule. Il faut que je regarde devant et que je rejette derrière tout ce qui est trop... pesant ».

Dans cette transition, Mme White exprime d'abord un mal être. La modification des liens et l'individuation s'accompagne d'une prise de conscience de la disparition, du vide, du manque. Dans cette situation, Mme White peut se sentir coupable d'éprouver un manque alors qu'elle a été « *trahie et humiliée* ». Elle a dû se réinscrire dans sa communauté pour lever cet isolement, ce sentiment d'abandon et de tristesse. En précisant « *la vraie veuve »,* Mme White marque un événement important. L'analogie avec le déroulement rituel du deuil social nous semble pertinente. Mme White passe dix-huit mois dans un relatif isolement social. Elle se décrit elle-même comme plus agressive et suspicieuse quant à ses relations. Elle ne se sent pas disponible envers les autres. A ce moment et au décours du travail hypnotique, elle doit s'extraire de ce statut de « *vraie veuve* », isolée et éplorée. Elle convoque elle-même une forme de rituel communautaire d'agrégation, de réintégration dans la vie sociale. Son nouvel espace, plus neutre, comme purifié des scories de la mort, est apte à recevoir les vivants pour y festoyer. Les rituels négatifs d'ascèse, de privation et de mortification peuvent se lever. Il y a légitimation sociale à engager une nouvelle étape de son existence. « *Les enfants me laissent me dépatouiller mais ils me soutiennent quoi que je fasse.* […] *En plus je suis soutenue par les trois enfants. Ils valident ».*

« Il avait une sorte d'emprise. Il m'a dominée et manipulée. Et il faut que ça s'arrête. Surtout après sa mort. […] *Je me sens mieux. Ça fait des semaines que je n'avais pas beaucoup dormi. Et là oui. J'ai vraiment un poids en moins.* […] *Il faut que ça sorte cette histoire maintenant. Je dois la sortir du placard qui sent le renfermé... ça c'est le secret...* […] *Je pensais moins à lui et quand j'y pensais, je le faisais avec beaucoup d'agressivité, je lui dis « heureusement que tu es mort, sinon… ». J'ai encore de la colère bien sûr, je lui parle beaucoup moins. Ce qui est terrible c'est que j'avais des regrets pour tout ce qu'on a vécu d'heureux ensemble parce que ça me semblait faux. Je voyais tout le côté noir… ça semblait*

calculé intéressé. Je passais de tout vrai à tout faux. J'avais vraiment besoin de contester tout ça ».

Mme White décrit une des dimensions de la relation avec son mari. Elle perçoit la nécessité de ne pas auto-entretenir, *post mortem,* des modalités relationnelles qui lui seraient néfastes. Les troubles du sommeil diminuent en intensité. Elle manifeste le souhait de sortir du secret et du silence imposé par son défunt mari. Dans cette première période, elle continue d'orienter son agressivité sur son conjoint et leur relation. Il s'agit là de la première phase qu'elle décrit au début « *j'étais mal… puis bien* ».

« Après, ça allait beaucoup mieux, j'ai pris du recul, je me sens beaucoup moins accablée. Je me sens… comme avant... comme avant lui, je n'ai plus l'impression d'avoir perdu 45 ans de ma vie. Finalement je n'ai pas été si malheureuse que ça, même sans savoir ce qui se passait. Vu son comportement je suis sûre que mon mari ne mentait pas sur l'amour qu'il avait pour moi. Je continue quand même à m'apitoyer sur mon sort et à encaisser des vérités. Il ne fallait pas ouvrir la boite de pandore. Il y avait une sorte de bonheur dans cette ignorance ».

Dans ce second temps, elle propose une interprétation différente. Elle se décrit « *comme avant… comme avant lui* ». Nous pouvons postuler que cette nouvelle assise identitaire est en lien direct avec le type de travail engagé au cours de la séance d'hypnose. Elle peut envisager que son mari lui portait une forme d'amour. Elle lie la connaissance avec la souffrance et l'ignorance au bonheur. Mme White a poursuivi son « *enquête* » sur son mari et a pris connaissance d'autres infidélités qui ont émaillé son parcours. Le fait de chercher l'exposait au risque de trouver.

« Je me suis un peu relevée, j'ai cherché des choses que moi je pouvais aimer. Je suis dans un cours de danse, c'est quelque chose que mon mari n'aimait pas, j'y trouve d'autres regards sur moi, d'autres personnes. Là je ne suis pas qu'une épouse trompée mais quelqu'un d'autre. De là je peux construire un chemin propre. Différent de cette histoire et de lui. Cette activité-là n'est pas anodine pour moi, j'ai besoin de plaire et de jouer. Il y a beaucoup de séduction dans la danse, j'aime recevoir un regard qui porte une sorte de désir. J'ai un partenaire de danse, c'est très libérateur pour moi. Quand on danse, il y a un regard vivant, des hommes, oui, et des femmes aussi, on porte de belles toilettes, on se sent vraiment vivante et désirable aussi. J'ai une valeur ».

Mme White développe les changements qui se produisent actuellement. Elle s'engage dans des activités qui lui appartiennent réellement, indépendamment des goûts de son mari. Ses choix sont significatifs. Elle fait de la danse, qui met le corps en mouvement, à l'opposé de l'immobilité et de la rigidité cadavérique. La danse est utilisée par exemple dans le rituel de la tarentule dans les Pouilles en Italie, pour maîtriser et chasser l'esprit dérangeant. Le champ sémantique témoigne d'une activité libidinale : *« plaire » ; « jouer » ; « séduction » ; « désir » ; « libérateur » ; « vivant » ; « désirable » ; « valeur ».*

Elle répète deux fois le terme « *vivant* ». Elle se différencie et s'inscrit dans de nouvelles relations. Elle tente de ne pas être totalement déterminée par son passé, ne pas limiter son identité à celle de « *femme trompée* » ou de « *veuve* ». Nous percevons également un travail de restauration narcissique par le mouvement, un corps érotisé désirable et désirant, des habits qui la mette en valeur.

« En fait je plains presque mon mari, faible emporté par ses pulsions et ses envies. Je crois qu'il n'a jamais été satisfait finalement, c'est une quête sans fin tout ça. Même au niveau professionnel il changeait tout le temps. Il n'allait pas au bout des choses. C'était moi l'élément stabilisateur. Ça m'allait bien comme ça et je le laissais faire. Ça finissait souvent par un échec qui soldait l'aventure et moi je rétablissais les comptes. Il était toujours en mouvement, toujours plein de projets ».

La perception de Mme White se complexifie progressivement. Son mari est vu comme un manipulateur, un menteur, puis un amoureux sincère et un insatisfait perpétuel, une victime de ses pulsions. Progressivement, elle intègre cette image de plus en plus complète.

« Mon mari est mort. Il est temps pour moi de me projeter dans l'avenir, de refaire une relation... si je rencontre un autre homme je ferais tout pour rester indépendante cette fois. Je veux garder mon lieu de vie à moi et pouvoir voyager. Maintenant j'ai besoin d'un engagement différent. Il n'y aura pas d'enfant, pas de contraintes, pas une famille. Je serai plus libre. Comme ça, ça devrait être bien pour moi ».

Premier signes de réinvestissements libidinaux, Mme White se projette dans un avenir proche avec un homme et se représente les caractéristiques de cette relation. Elle la circonscrit

avec un engagement limité et une capacité à préserver ce qu'elle vient de retrouver, un sentiment d'identité propre. Elle opte pour une posture défensive qui réduirait le risque de souffrir à nouveau. Sept mois plus tard, elle fait part de son engagement dans une nouvelle relation.

« C'est très récent. Depuis un mois, un homme de la danse me court après. Je me sens pas coupable par rapport à mon mari. La danse c'est propice à la rencontre. Je suis plutôt flattée et gaie. Je me sens… contente et… oui… très flattée. Ça me donne confiance et ça donne envie de s'engager. Mais c'est une grande question aujourd'hui une grande inconnue. Oui, c'est l'inconnu. J'ai rencontré ce monsieur, mais je reste méfiante. Je me méfie de tous. Entre le passé et l'avenir, je suis plus que méfiante. C'est vrai que je n'ai plus grand-chose à perdre aujourd'hui. Je sais que s'investir auprès de quelqu'un c'est forcément s'exposer à une part de souffrances inévitables. Il y a une finalité positive, on prend un risque pour qu'il se passe quelque chose de bon dans la vie. Il y a eu beaucoup de chemin parcouru avec toute cette histoire. Même notre fils comprend que son père n'était pas le héros qu'il imaginait ».

Mme White prend finalement le risque de la relation. Elle le vit d'abord comme un moyen de restauration narcissique. Les conséquences de la « *trahison* » initiale perdurent. Elle décrit sa « *méfiance* » à l'égard des hommes. Elle rationalise la transaction qui s'effectue entre une nécessaire prise de risque et les bénéfices qu'elle peut attendre d'une relation. Elle revient sur le cheminement qu'elle a pu effectuer et la façon dont il fallait démythifier son mari afin de poursuivre son existence.

« Mon mari ? J'y pense un peu. Je suis ambiguë. Je lui en veux encore mais je m'en fiche, ça me libère. Je n'ai plus un poids comme c'était avant. Je me dis que... oui c'était son histoire à lui. Il s'y était mis tout seul. Oui, tout seul dans le pétrin. Tant pis c'est son histoire, son histoire à lui. Moi j'ai vécu quelque chose de beau et de sincère et ça je l'ai vécu pleinement, même si ça s'est cassé la figure. Et cette part là c'est mon histoire. Je sais maintenant que ce n'est pas à moi de porter cet héritage… ce qu'il a voulu me laisser après sa mort, qu'il l'emporte avec lui. Ce poids-là lui appartient ».

Mme White semble pouvoir davantage assumer l'ambivalence de ses ressentis, notamment de sa colère lorsqu'elle s'exprime. Elle relate des éléments déterminants pour son évolution personnelle. La finalisation des processus de séparation et de différenciation. Elle

s'approprie ce qu'elle a aimé de son histoire avec lui tout en refusant de porter ses problématiques affectives.

« *Finalement je me suis engagée avec le monsieur de la danse. Du moins à moyen terme. C'est une façon de me remettre affectivement avec un homme. Ah ! Là c'est sûr, il n'y aura pas de vie commune… mais j'apprécie vraiment d'être soutenue, d'avoir cette place-là. J'ai besoin d'être aimée à nouveau. Il faut que je me sente femme à nouveau. J'espère retrouver un sentiment de… euh… de sécurité. Je lui ai raconté mon histoire et il s'abstient de tout jugement. Lui-même n'a pas eu une vie droite… mais la question de la confiance est importante. J'ai réussi à dépasser tout ça maintenant… je ne me sens pas parasitée par ma relation avec mon mari. En plus je suis soutenue par les trois enfants. Ils valident* ».

Quelques temps après, Mme White confirme son engagement et cette capacité à se ressentir femme à nouveau. C'est cette partie d'elle-même, la femme, qui s'est sentie humiliée et dégradée. Elle a évoqué le mensonge, la dissimulation mais aussi le fait que son mari ait pu choisir d'autres femmes qu'elle. Elle a donc besoin de restructurer cette identité sexuée, son lien à sa féminité.

Ainsi, le dispositif hypnotique a favorisé le processus de différenciation. Il s'est caractérisé par les changements engagés dans l'espace du domicile. Mme White a pu retrouver de nombreux souvenirs. Elle a expérimenté une forte remobilisation comportementale. Elle exprime une reprise du contrôle perçu et peut s'affirmer davantage. Les ruminations mentales diminuent en intensité.

2.3.b. Manifestations psychologiques et somatiques : 74 occurrences (23%)

« J'ai perdu 5 kg après cette découverte de sa tromperie… puis là j'en ai repris un… ça va un peu mieux, je ne pouvais plus manger du tout... comme bloquée... Pour le sommeil je prends du Stilnox® et je dors 7h par nuit… et je prends du Seroplex® depuis la découverte et du Xanax® 0.25 le soir seulement … J'ai craqué auprès des enfants… ils ne réalisaient pas ma solitude et ma détresse J'étais très en colère contre mon mari… les amis et les enfants ne savent... ils croient que je le déteste mais je me sentais surtout abandonnée et seule... Ça remet surtout en question ma confiance dans les gens autour de moi…J'ai encore de l'appréhension

la nuit. Et oui seule face à moi-même… j'y pense un peu moins mais je préfère prendre du Xanax® avant de dormir pour être sûre... je l'avais arrêté mais je le reprends… […] Je suis face au mensonge et au non-respect de ce que j'avais demandé. Il a bafoué mes sentiments avec beaucoup de violence. Moi j'étais bien heureuse même au prix d'un gros mensonge. Je pense à son égoïsme et ses mots sur la fin : « tu vas être malheureuse ». Je n'avais pas compris ce que cela signifiait à l'époque. C'est sûr que j'allais être malheureuse de le perdre... Je le regrette… Et je regrette que ça se soit terminé comme ça. C'est tellement dommage. Je suis beaucoup seule... Donc j'ai beaucoup de temps pour penser... je suis ambivalente... l'amour et la colère… mais plus de l'amour… que de la rancune... j'ai de la colère et de l'amertume… là je suis davantage dans une sorte de compréhension que d'acceptation. J'ai choisi quelqu'un de compliqué… il était compliqué et avait eu une vie compliquée… je n'ai pas pu anticiper ni voir…. ni maîtriser c'est vraiment pas ma nature. Hier j'ai crié pendant 1/4 d'heure. C'est difficile, plus difficile d'en vouloir à un mort. J'ai crié seule… Je pensais que nous avions le même fonctionnement de confiance et que le couple était sacré mais apparemment je me suis toujours trompée... Je reprends à fond d'anxiolytiques et de somnifères pour dormir… C'est quoi faire le deuil ? Pardonner ? Je peux ressentir en même temps cette colère et au fond de l'amour pour lui ? C'est trop dur d'intégrer ces nouveaux éléments dans l'histoire. Dans notre histoire je veux dire. Je lui en veux je ne veux pas pardonner ça non ! C'est devenu difficile de faire confiance aux gens. Je suis trop naïve... je suis facile à berner. C'est la vérité... j'avais à la fois la colère et le désir de le retrouver ».

Les plaintes concernent des troubles du sommeil, une consommation de psychotropes anxiolytiques et antidépresseurs, de la colère, un sentiment d'abandon et de solitude, des ruminations mentales, une perte de confiance. Mme White soulignera avec insistance l'envahissement par la colère et les doutes obsédants, sous forme de ruminations, qui vont accaparer ses pensées.

Mme White partage ses interrogations sur sa capacité à reconstruire une vie à 63 ans. Elle rend compte du temps passé, qu'elle suppose parfois perdu, et du temps qui reste, qu'elle pense infime. *« A la veille de ce premier anniversaire de sa mort je suis en colère, je me pose des questions sur qui je suis, ce que valaient toutes ces années ensemble ».*

Son rapport à l'espace se modifie nettement. Face à la souillure du mensonge et de la tromperie, Mme White procède à une forme de rituel de purification, par le feu et la destruction

des reliques. Elle fuit la sédentarité imposée par la maison et ses travaux pour s'inscrire dans une dynamique de mouvement, de mobilité.

« Je jette, je donne, je brûle… Tout n'était que mensonge… je revois les bibelots, les choses de voyage... des choses que nous avons choisies ensemble, tous les deux… J'ai jeté ses vêtements… j'ai fait du vide... j'essaye de récupérer mon espace… je vais aller dans d'autres villes, des capitales européennes... pour ouvrir des fenêtres sur le monde... je ne veux plus faire de travaux ni de restauration... juste trouver un logement neutre et agréable... et du mouvement... voyager ».

Mme White n'évoquera quasiment pas de pensées autour de la mort. Elle développera davantage de notions sur l'imprévisibilité qui fait irruption dans son existence jusqu'à présent structurée.

«Je ne sais pas trop où j'en suis… je me suis toujours consacrée à autre chose... alors à moi ? Je me connais peu en fait, j'ai toujours avancé dans la vie par rapport aux enfants, au travail, à la famille. J'ai jamais eu une minute à moi... et maintenant ? Je suis seule dans ce temps différent. Je ne connais pas grand-chose de moi. J'ai un passé riche, construit, positif. Mais l'avenir... quel avenir ? A 63 ans que peut-on construire ? Je pourrais reprendre le travail… différemment ».

Il y a un effet de désorientation. Elle doit retrouver des repères, dont l'activité professionnelle fait partie. Elle envisage de la reprendre, mais « *différemment* ». Dans une période de questionnement, Mme White se tourne vers l'activité qu'elle occupait avec son nom de jeune fille et qui la déterminait dans un champ de compétences particulier. Elle envisage néanmoins que cet aspect ne sera que partiel et que les enjeux seront autres.

2.3.c. Défunt : 66 occurrences (20%)

La présence du défunt au quotidien est essentiellement matérialisée par les ruminations mentales. Mme White convoque continuellement son mari pour réinterpréter leur histoire commune. Son mari occupe donc l'imagerie mentale de madame et ses scenarii rétrospectifs. Il

se manifeste également à travers des éléments concrets. Par les objets et papiers qu'il a sciemment laissés à l'intention de sa femme et qui attestent de sa double vie. Par les lieux, un espace commun qui a capté beaucoup de leur temps, de leur énergie. Monsieur s'est investi avec brio dans la restauration de leur demeure. Elle vit et évolue dans cet espace qui lui rappelle quotidiennement son conjoint. Elle fait part d'une relation très proche, harmonieuse et complice, « *le couple idéal* ». Enfin, c'est occasionnellement par une perception sensorielle qu'elle croit détecter sa présence : « *dès fois, j'ai l'impression de l'entendre dans la maison* ».

« Cette maison c'est quelque chose dans notre histoire... je m'extasie de tout ce qu'il y a fait comme travaux… je lui suis très reconnaissante pour beaucoup de choses mais c'est fini. C'était notre histoire à nous deux... ».

Il y a indéniablement une part d'admiration devant l'habileté de son mari à rebâtir. Peut-être un sentiment de redevabilité, une dette impossible à payer ?

« Mon mari était indépendant et menait une vie à côté. Il partait régulièrement pour son travail. Il était commercial. Moi je n'avais bien sûr pas de contrôle sur cette vie-là. C'est sûr que… si je devais apprendre davantage sur sa vie à côté…. Enfin d'il y avait eu plus… ça changerait des choses... s'il avait eu d'autres relations…ça serait juste pour se valoriser. Il est resté 10 ans avec cette femme-là. Par amour. S'il avait eu d'autres aventures, ça ferait la différence ».

Mme White évoque la possibilité qu'a eu son mari de construire une vie parallèle. Elle s'interroge sur les motifs de cette relation. Pour elle, si le fondement de cette histoire est une impossibilité à faire un choix entre deux histoires d'amour cela pourrait l'absoudre partiellement de sa faute. S'il avait eu plusieurs histoires, motivées par des gratifications sexuelles ou narcissiques, cela impliquerait un changement de regard, plus intransigeant. Mme White mène sa propre enquête sur le passé de son mari. Elle interroge des amis et fait progressivement des découvertes sur ses vies cachées.

Elle apprend qu'il a eu plusieurs liaisons ponctuelles et que certaines relations proches en étaient informées et parfois participatives. Selon elle, le type de relations que son mari engageait, histoire affective ou rapports sexuels, la renseigne sur sa personnalité « *réelle* ». Il peut être perçu comme un passionné, un amoureux incapable de faire des choix ou comme un

« *lâche*» obsédé par le sexe, qui multiplie les conquêtes, ment et trompe. La construction *a posteriori* d'une représentation de son mari impacte directement le processus de deuil. Quelle que soit la position de Mme White dans cette vision clivée, elle ne peut se détacher de l'objet. S'il demeure idéalisé, il est irremplaçable. Mauvais objet, la charge émotionnelle est trop intense et le sentiment d'avoir « *perdu, gâché* » sa vie trop envahissant.

« Je suis plus apaisée depuis un mois. Je me surprends à avoir de bons souvenirs. Il a été très fort de me maintenir dans cet état d'euphorie jusqu'au bout. Il m'a gardée heureuse jusqu'à sa mort. J'étais sur mon nuage malgré la maladie. J'ai gardé la sensation d'être désirée, aimée jusqu'au bout ».

Les qualités du défunt sont régulièrement évoquées, notamment au début du suivi puis après la séquence hypnotique. Cette admiration perdure, même si elle oscille parfois avec d'intenses dévalorisations : « *c'était un lâche, un salaud oui ! ».*

« Nous étions un couple exemplaire... il n'y avait pas un amour unique... nous étions dans un contexte amical et familial. J'avais envie d'y croire et… non j'ai envie d'y croire même en entretenant cette illusion. Je l'accepte mieux comme ça... je crois que nous n'avions pas la même façon de voir les choses en fait... lui il avait comme une double personnalité je crois. Il disait des choses et pensait le contraire. Il m'avait dit à une époque que ce n'était pas un problème de tromper sa femme. Il venait de me rencontrer. Il m'avait choisie. Il a divorcé et il me racontait qu'il vivait plus une amitié qu'un amour avec sa femme. Alors... il pouvait la tromper... avec moi. Un temps ».

Mme White mentionne l'image sociale du couple. L'exemplarité se conçoit nécessairement dans le rapport aux autres. L'entité « couple » revêtait ainsi les caractéristiques socialement admise d'une relation harmonieuse, complice et complémentaire. Finalement, Mme White aurait préféré rester dans l'ignorance et l'illusion. Elle se questionne également sur le fait qu'elle n'ait rien vu ou « *rien voulu voir* » pendant toutes ces années. Elle pense ainsi avoir maintenu cette apparence de bonheur en ne cherchant pas à savoir.

Elle parle d'une illusion fondée sur une croyance volontaire. Toujours dans une recherche de sens, elle attribue le fonctionnement de son mari à « *une double personnalité* ». Ce comportement relèverait du pathologique et deviendrait alors accessible à la raison. En outre,

pathologiser le comportement lui permet de l'inclure dans un champ de connaissance plus familier, le domaine soignant.

« C'est vrai, je suis souvent assaillie par des souvenirs obsédants de lui. Je refais toute l'histoire ».

Cet extrait de *Verbatim* illustre la place des ruminations mentales. Lorsque Mme White vient nous rencontrer, c'est d'abord parce qu'elle se sent envahie par ces pensées intrusives et l'agressivité, la confusion, qu'elles suscitent chez elle. Une large partie de son temps se trouve accaparée par cette réinterprétation de l'histoire du couple. Chaque événement génère nombre d'hypothèses, plus ou moins étayées par des faits. « *Il était parti en voyage d'affaire… en fait, il était avec elle » ; « Je me souviens, une fois, il est parti un soir précipitamment... ».*

« J'ai des souvenirs. Quand on faisait l'amour c'était génial. J'étais aimée. Pour moi c'était un signe fort. Son désir pour mon corps de femme. Le sexe était un ciment dans notre vie de couple. De là, je ne me posais pas de questions. Si ça fonctionnait bien… tout allait bien. C'est à cause de ça que j'ai rien vu. C'était une communion, c'était génial. Nous étions très unis autour de ça. Comment j'aurais pu penser qu'il aurait ces besoins-là ailleurs. Il m'a vraiment aidée à me sentir femme ».

Ce dernier point nous semble intéressant pour comprendre ce qui se joue dans la relation « homme / femme » ainsi que dans la blessure narcissique et identitaire qui en découle. Monsieur White a aidé madame à « *se sentir femme* », notamment par l'intermédiaire d'une vie intime intense et harmonieuse. La rencontre des corps sexués est décrite en termes de « *communion* ». Dans cette idée, ce « *ciment* » du couple, relevait d'un intime qui ne pouvait appartenir qu'à la vie conjugale, de façon exclusive.

Mme White pensait également que la satisfaction sexuelle réciproque inhiberait toute envie d'entretenir des relations extraconjugales. En livrant cette sexualité à une autre femme, puis à plusieurs autres, monsieur White altère une part de cet intime. Il ne devient plus un lien singulier. Ce que monsieur a pu construire chez madame, une identité féminine libidinalisée, il peut le déconstruire. Sa mort et sa « *trahison* » mettent en péril cette composante identitaire.

2.3.d. Les autres : 47 occurrences (14%)

Les occurrences concernant « les autres » sont liées aux relations avec ses enfants, les amis, les hommes et surtout les personnes impliquées dans les mensonges de son mari et qui participent de cette « trahison ». Les mentions les plus fréquentes portent sur « l*a trahison* », le « *décalage* ».

« En plus, je me sens trahie par des amis à nous, qui étaient en fait au courant, qui savaient tout, il leur en parlé ! C'est encore plus humiliant d'être la cocue aux yeux des autres. Ils m'ont trahie parce qu'ils n'ont rien dit. [...] *J'ai renoncé aux relations amicales. Je ne veux plus les voir ni en entendre parler* […] *J'évite le regard des autres, je fuis le monde, je suis marquée par la honte. J'aimerais divorcer… mais d'un mort c'est compliqué. Mon regard sur les gens autour de moi a changé... j'ai moins d'écoute de compréhension… je suis moins empathique je le sens... j'ai un doute une méfiance sur les autres... souvent je me fâche, je vois que je suis ultra irritable. On devait partir à quatre amis. Je me questionne sur ma place, mon rôle. Ça part comme ça dans les pensées. Il faut que je parte m'isoler ailleurs quelques semaines, à l'étranger, je vais m'isoler sans conseil, sans parasites, à l'abri du regard des autres. Je ne supporte plus… cette histoire connue des « amis » ça me coupe des gens autour de moi... je suis marquée... il faut que je m'isole pour regarder cette histoire au calme avec recul. Je dois me connaître moi-même sans influence extérieure ».*

Mme White rend parfaitement compte de l'effet de ses découvertes sur le sentiment de « *honte* ». Il y a une part de culpabilité, précédemment exprimée : « *je suis trop naïve* ». Et elle met également en exergue la dimension « *honte* » directement liée au regard que les autres peuvent porter sur elle, femme trompée. Elle se soustrait à ces jugements et s'isole pour ne plus risquer d'être flouée par d'autres personnes. Elle se trouve elle-même changée dans sa disponibilité aux autres, moins « *compréhensive* », moins « *empathique* », plus « *méfiante* ». La souffrance est narcissique mais aussi relationnelle. Elle questionne la place qu'elle peut occuper désormais. Elle se met en quête identitaire en planifiant un voyage seule, une sortie du milieu, afin de ne pas être marquée ou déterminée par son histoire.

2.3.e. Rites et croyances : 40 occurrences (12%)

Les évocations de croyances religieuses ou parascientifiques sont marginales. Les rites funéraires sont cités. Ils ont occupé une place importante. Mme White décrit des funérailles qui ont réuni toute la famille et des amis pendant une semaine complète. Le caractère collectif du rite a donc été présent et a pu porter les effets de contenance attendus. Relevons l'importance des processus narratifs au cours du rite. « *On a tous raconté le déroulement de sa vie* ». Mettre en récit permet de structurer une histoire et marquer une empreinte de l'existence du défunt. Vinciane Despret (2015) évoque une nécessaire densification de l'identité du défunt par la narration.

« *Les funérailles se sont bien déroulées… c'était quand même apaisant... la famille était unie, soudée… l'union familiale était géniale avec les trois enfants, les collègues du travail… on a passé une semaine ensemble... il y a eu une cérémonie laïque... on a tous raconté le déroulement de sa vie, tous unis. Même à l'église c'était bien* […] *Il y avait du monde. J'étais bien présente. Ça a été une inhumation... oui il y avait vraiment beaucoup de monde. Il y avait aussi la famille de mon premier mari, ils sont tous venus, tous solidaires.* ».

Concernant des rituels plus personnels, nous relevons ceux évoqués précédemment : purge et purification face à la souillure. Lorsque Mme White « *fait le vide* » en jetant et brûlant des affaires de son mari, elle chercher à nettoyer ou effacer la trace de la honte. « *Je me débarrasse de tout ça. C'est comme me débarrasser un peu de sa présence et de ce qu'il m'a fait. Si vous voulez, je prends ma revanche à certains moments* ». Elle met en œuvre des stratégies de reprise de contrôle et de maîtrise sur la relation. Ces rituels ne sont pas compulsifs. Ils mettent en acte, théâtralisent et dramatisent une rupture, « *faire un grand feu et tout y jeter* ». Leur effet cathartique reste cependant modéré tant qu'un travail psychologique n'a pas été engagé. Ce n'est qu'en lien avec ce qu'elle a pu vivre en séance que ces mises en acte produisent des modulations émotionnelles. Nous postulons qu'il ne s'agit plus alors de simples passages à l'acte exprimant une agressivité destructive à l'encontre du défunt, dans une vaine tentative d'annulation. Au contraire, la fonction symbolique de l'acte se trouve mise en sens par le dispositif hypnotique. Elle peut alors choisir ce qui a une valeur réelle et conserver ce dont elle peut se délester. Cela nous permet d'observer ce que le rituel hypnotique « autorise ». Les suggestions post-hypnotiques visent à ce que le travail se prolonge au-delà de la séance. Les endeuillées peuvent s'approprier des rituels singuliers, fonctionnels, symbolisés.

2.3.f. Histoire personnelle : 16 occurrences (5%)

Nous relevons peu d'occurrences relatives à l'histoire personnelle. Elles concernent sa première union et les enfants qui en sont issus, ainsi que son parcours professionnel auquel elle s'identifie notablement.

2.3.g. Résumé de la situation

Mme White nous fait part de deux types de représentations qui se sont révélées déterminantes dans la constitution d'un rituel thérapeutique hypnotique. L'hypnose peut soigner et elle possède une dimension potentiellement magique qui activerait rapidement ce caractère thérapeutique. Mme White est à un temps de son parcours où elle cherche un mode de résolution du conflit interne articulé autour d'une représentation d'un mari fantasmé idéal et de cet homme dans sa réalité. L'hypnose propose une dissolution des tensions issues du clivage de l'objet par l'intériorisation d'une Imago complète, sujette à l'ambivalence. Par ses effets et dans une temporalité brève, la séance a pu se caractériser comme rituelle, produisant une « guérison immédiate » (Michaux, 2007). Elle a permis une agrégation à la collectivité des vivants par une clôture de la relation passée. Les données relatives à la différenciation et à l'identité personnelle ont ici joué un rôle prépondérant. Notons que Mme White ne souffrait pas de comorbidités psychopathologiques et disposait de solides ressources d'ajustement que l'hypnose a permis d'actualiser.

Mme White se montre investie dans la relation thérapeutique. Elle traverse une période de défiance intense, notamment à l'égard de la gente masculine. Son défunt mari s'était intéressé à l'hypnose en parallèle à ses activités. Il existait donc un élément de familiarité, d'identification dans le rapport à « l'Autre » masculin. Le travail hypnotique s'engage sous l'angle du rapport de confiance préalable, nécessaire à toute alliance thérapeutique. La relation produisait un effet de restauration du lien au masculin, à la fois par la différenciation d'avec son défunt conjoint et l'inscription dans une relation non délétère. L'issue en sera le réinvestissement libidinal avec un homme rencontré autour d'une activité de loisir.

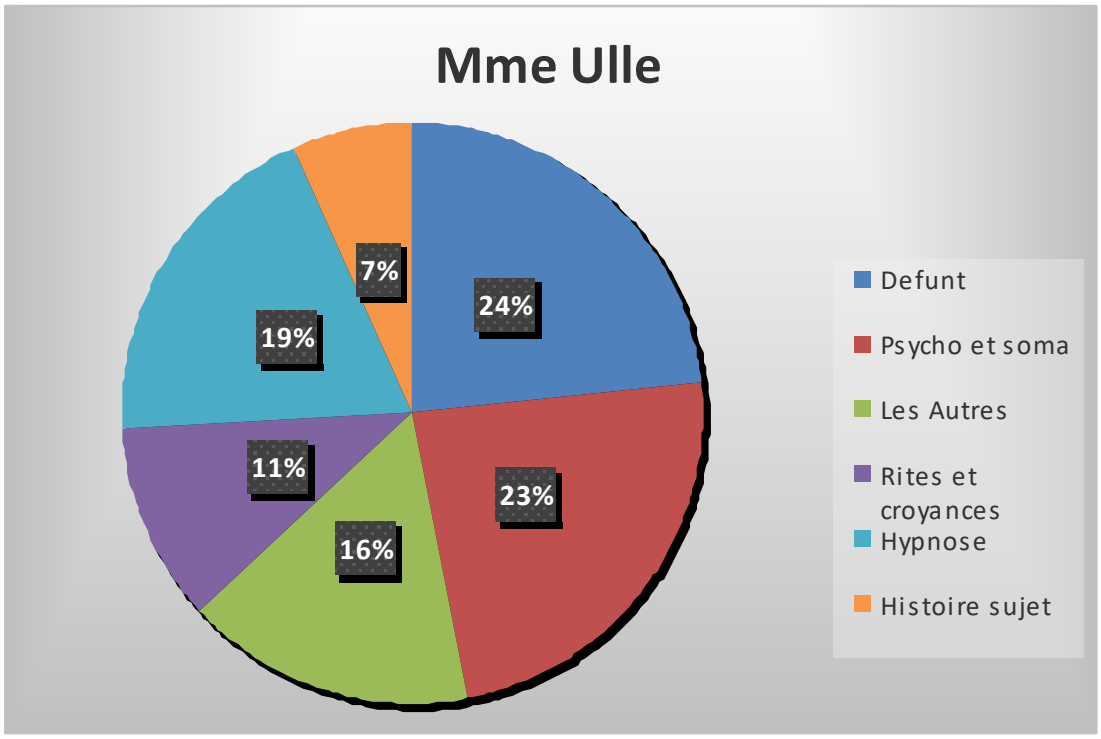
IV- Mme Ulle

Madame Ulle obtient un score de 29/76 à l'ICG. Son score supérieur à 25 indiquerait une possible complication du deuil mais dans une limite d'intensité assez modérée. L'incrédulité face à la perte reste « souvent » exprimée. Les souvenirs associés au défunt se révèlent toujours très douloureux et une émotion de colère est « souvent » présente. Mme Ulle ne se sent pas envieuse des autres personnes qui ne sont pas en deuil. Elle mentionne un sentiment de vacuité mais pas de solitude depuis le décès de son fils. Elle ne semble pas être en difficulté concernant ses relations sociales. Elle ne signale aucune manifestation perceptive du défunt, ni symptômes identificatoires au mort. Nous relevons des altérations cognitives, une anhédonie.

Mme Ulle a été reçue sur 10 entretiens en une année. Nous avons relevé 303 occurrences thématiques dans l'analyse du Verbatim. Elles se répartissent de la façon suivante :

1- Défunt :	71 occurrences (24%)
2- Manifestations psychologiques et somatiques :	71 occurrences (23%)
3- Hypnose :	58 occurrences (19%)
4- Les autres :	49 occurrences (16%)
5- Rites et croyances:	34 occurrences (11%)
6- Histoire personnelle :	20 occurrences (7%)

Graphique 4. Répartition des occurrences thématiques dans l'analyse de contenu du discours de Mme Ulle.



Nous rencontrons Mme Ulle, 71 ans, un an après le décès de son fils au décours de son hospitalisation. Elle vient en consultation avec de multiples plaintes concernant son état psychologique et somatique. Elle exprime également une détresse quant à sa façon de vivre ce deuil. Mme Ulle fait partie des sujets présentant le plus faible taux d'occurrences par entretien. La verbalisation est souvent laborieuse et fractionnée. La production sémantique reste modeste.

Son fils d'une trentaine d'année est décédé des suites d'une cirrhose hépatique, avec une insuffisance rénale sur une pathologie diabétique. Cette décompensation a été aggravée par de multiples dépendances à l'alcool, au cannabis, à la cocaïne, aux benzodiazépines et un usage, parfois détourné, de buprénorphine haut dosage. Il a été retrouvé inconscient dans sa chambre, puis hospitalisé en urgence en réanimation où une Limitation et/ou Arrêt des Thérapeutiques Actives (L.A.T.A.) a finalement été décidée en raison de l'irréversibilité de son état. Ce décès est la conclusion d'un long parcours toxicomaniaque. Nous verrons que Mme Ulle et son conjoint ont engagé une forme de lutte pendant une quinzaine d'années pour essayer de maintenir leur fils en vie et hors de ses conduites addictives délétères.

2.4.a. Défunt : 71 occurrences (24%)

Le thème prévalent est celui qui concerne « *le défunt* », dans une proportion similaire à la catégorie « *manifestations psychologiques et somatiques* ». La présence quotidienne du défunt s'exprime par des ruminations cognitives, des documents et affaires à trier, les passages au cimetière, « *le film de sa mort* » qui tourne régulièrement en boucle, quelques productions oniriques. Les conditions du décès sont décrites comme un « *film intact* ».

1-a- Présence du défunt au quotidien

« Je vois Arnaud… mentalement... très fréquemment… […] *On s'est beaucoup occupé de lui, il était dépendant* […] *Et avec l'alcool, il avait perdu son permis, il avait eu plusieurs accidents. Je lui ai même pris les clés de sa poche.* […] *On espère toujours que ça puisse s'arranger et puis... on a fait ce qu'on a pu... il avait réussi avec son travail et puis... il était très bon travailleur, il faisait des formations.* […] *Il a connu une fille une fois... il buvait trop à cette époque. Je n'ai jamais interféré. Ça n'allait pas ».*

Mme Ulle fait part des images et pensées intrusives liées au défunt. Il occupait un espace important en termes de temps et d'activité. Sa disparition crée un vide anxiogène. Arnaud était devenu dépendant, non seulement aux substances psychotropes mais aussi à son entourage. Mme Ulle évoque des périodes de l'existence de son fils qui auraient été susceptibles de le faire évoluer favorablement : une relation affective, un travail. Ces éléments reprennent des critères de « normalité sociale ». Mme Ulle dresse le constat d'une mise en échec systématique de ces phases. Elle répète de nombreuses fois qu'Arnaud « *a tout gâché »,* avec tristesse et ressentiment. La notion de « gâchis » renvoie à celle du potentiel non utilisé, d'un décalage entre des aptitudes et leur réalisation.

« Je vais au cimetière tous les deux jours. C'est à 300 mètres de chez moi. […] *Quand il était plus jeune j'étais tellement fière de lui... et puis il a commencé à fumer du cannabis vers 15 -16 ans. Ça détraque vous savez.* […] *Il a pris de la cocaïne et de l'alcool, c'était une recherche quotidienne à cause du manque... il y repartait toujours quoiqu'on fasse.* […] *Son état s'était très dégradé, j'étais vraiment inquiète. J'ai gardé le film de sa mort intact dans ma mémoire. Le jour de l'anniversaire de sa mort tout est revenu très clair ».*

Mme Ulle se rend régulièrement au cimetière. Elle relate son histoire depuis l'adolescence et le début des conduites addictives. Elle passe de la fierté maternelle au deuil de l'adulte en devenir. Elle décrit l'impuissance en dépit des tentatives multiples du couple pour aider leur fils. La date anniversaire du décès reste un élément de réactivation des souvenirs de la mort d'Arnaud.

« *Et moi quand je suis seule, je pleure encore. Je pense à lui. Je retrouve encore des papiers d'Arnaud. Je suis triste, il a tout gâché. […] On fait des progrès peu à peu. Je fais toujours le tri des papiers d'Arnaud et c'est le plus difficile parce que je me replonge dans sa vie et dans toute cette histoire. Je détruis des papiers, je tri ses affaires. C'est son existence administrative que je détruis petit à petit. Je le fais par étapes, c'est moins violent… C'est une séparation d'avec lui...* […] *Le plus dur c'est de voir mes neveux et nièces tous ensemble sans lui. L'absent au milieu de tous. Mes neveux étaient là et pas mon fils* ».

Mme Ulle verbalise autour de la tristesse et des pleurs. L'espace cognitif demeure occupé par l'absence de son fils. Mme Ulle procède à un tri progressif des affaires. La destruction des papiers vient entériner la disparition sociale d'Arnaud et leur séparation. Les réunions de famille mettent naturellement en exergue son absence.

« Ce sont des sentiments compliqués. J'ai tellement fait pour lui. […] *Mon mari met ses t-shirts parfois ou ses vestes. Il y a sa moto dans le garage qu'on n'a pas vendue.* […] *La Toussaint s'est plutôt bien passée... je suis allée nettoyer la tombe et fleurir. Le granit se salit vite.* […] *Ça c'est bien passé... il y a une atmosphère dans les cimetières... on n'est pas seuls avec nos morts. Dès fois je vais sur la tombe d'Arnaud, je suis triste mais ça va* ».

Le défunt poursuit son existence à travers des marqueurs symboliques, comme lorsque son père porte certains de ses habits. C'est une façon d'habiter ou d'être habité par le mort. Il reste des traces quotidiennes de son existence. Mme Ulle suit le rite et va s'occuper de la sépulture lors de célébrations consacrées. Elle exprime le besoin de se retrouver avec les vivants parmi les morts.

« J'ai rêvé deux fois de lui. Une fois il était en moto et une fois on se disputait pour du cannabis. […]Je revivais beaucoup de choses négatives en repensant à Arnaud... les disputes…

le fait d'en rêver ça m'a donné des émotions. J'étais angoissée, je voulais le protéger contre lui-même, mais c'était impossible. Il se faisait peur, mais il aimait ça ».

Mme Ulle peut retranscrire quelques productions oniriques dominées par des thématiques qui ont accompagné toute leur relation : sa recherche de sensation, ses mises en danger, sa consommation de substances psychoactives. Nous y trouvons à nouveau le vécu d'impuissance et d'angoisse face aux comportements de son fils.

1-b- Conditions du décès et histoire du défunt

Mme Ulle présente l'histoire de son fils, au début de notre rencontre.

« Notre fils Arnaud. Il était alcoolique et diabétique… et très déprimé. Il s'était fait licencier il y a 4 ans. Il y a eu une accélération brutale depuis 2 ans. Il avait des idées noires. Il avait 33 ans. Et il traînait beaucoup de soucis avec lui. Il était seul et déprimé. Il était suivi par un addictologue. Il buvait énormément... on ne pouvait pas l'aider ou l'amener chez le médecin. Il refusait tous les soins, il était plein de rancune et de colère. C'était un garçon très isolé. Il n'avait pas de copains et pas de compagne… il n'a jamais eu d'enfants. Il prenait beaucoup de choses... de la cocaïne, du cannabis, du...euh... Subutex® et... du Valium®... il était toujours angoissé au fond... Le foie était en très mauvais état... il a fini en réanimation... trouvé dans sa chambre inconscient, dans son appartement... il avait ses copains dans le village… il a voulu partir de chez nous à 18 ans. Il est parti dans son appart' ».

Madame dépeint le contexte d'évolution d'Arnaud : polyconsommateur, isolé, dépendant, dépressif, atteint de sévères dysfonctions hépatiques, rénales et endocriniennes.

« J'ai vu le médecin de réanimation, le responsable. Il a eu un EEG et les neuros ont dit que le cerveau était… qu'on ne pourrait plus le ramener. Il a convulsé pendant la nuit... et puis... ils ont enlevé les médicaments et l'écran de contrôle... quand ils enlèvent ça. C'est … quand l'écran s'éteint… il est mort vers 3h du matin. Il ne répondait plus, il ne mangeait plus, il était immobile tout le temps. Les muscles atrophiés. Le foie atteint. Il est tombé la veille du coma, de l''arrêt ».

1-c- Relations au défunt de son vivant

Mme Ulle décrit des relations clivées. Il y avait Arnaud, le fils qu'elle aimait, intelligent et faisant preuve de nombreuses capacités. Elle avait consacré énormément de temps, d'énergie puis des sommes conséquentes pour essayer de « *le sortir de là* ». D'un autre côté, il existait sa version toxicomaniaque, impulsive, violente, instable et menteuse. L'affectivité suivait le même cheminement, de l'amour combatif à la colère désespérée. Le deuil est complexe en raison d'une agressivité latente difficile à assumer. Mme Ulle s'est sentie constamment mise en échec dans sa position de mère protectrice, malgré des efforts soutenus. Le sentiment d'impuissance à engendré une frustration croissante. Cette dernière s'est traduite en agressivité contre l'objet persécuteur, ressenti cependant impossible à assumer totalement et partiellement refoulé.

2.4.b. Manifestations psychologiques et somatiques : 71 occurrences (23%)

Mme Ulle présente d'emblée une évolution défavorable du processus de deuil, notamment sur le plan thymique. Les pensées intrusives sont fréquentes.

« J'ai attendu pour venir vous consulter... j'étais comme anesthésiée par la douleur pendant des mois. Mais je n'en sortais pas et c'était de pire en pire. Plus le temps passait, plus j'allais mal. Je vois mon fils mentalement... très fréquemment... C'est une sorte de... conflit entre ma raison et mes sentiments. Je garde toute cette énergie de la lutte pour lui mais sans qu'il soit encore parmi nous... alors ça me bouffe…. ».

Madame évoque un engourdissement émotionnel pendant les mois qui ont suivi le décès, suivi d'une dégradation de son état. Elle souligne bien cet état d'hypervigilance et de réactivité dans lequel l'a maintenue la relation à son fils durant les années passées. La composante addictive implique une imprévisibilité, une difficulté à anticiper l'avenir. Les problèmes comportementaux et factuels saturaient les capacités cognitives de Mme Ulle. Son fils l'entraînait dans un fonctionnement similaire au sien : un « agir » permanent, sans élaboration possible. Cette modalité s'inscrit dans un « présent » continu, hors des réminiscences du passé et des projections dans l'avenir. Perte soudaine d'un travail, difficultés financières récurrentes, accidents, manques et violences, chaque jour contraignait Mme Ulle à s'adapter à de nouvelles

situations. La disparition d'Arnaud a engendré un vide d'action, ramenant madame à son intériorité, un temps introspectif et rétrospectif. L'hypervigilance et le stress chronique demeurent, alors même que son objet a disparu.

« J'ai des problèmes physiques. La parathyroïde et le foie, les gammas GT et les transaminases. Je crois que c'est le stress, toutes ces années avec mon fils. J'ai réussi à parler avec des gens sans m'effondrer. Arnaud est mort mais les souvenirs et la souffrance restent. J'ai tout pris dans le ventre pendant ces années et sa mort… là je fais 1m72 et 85 kg ».

Mme Ulle exprime des plaintes d'ordre somatique. Troubles endocriniens et hépatiques qui ne sont pas sans évoquer les pathologies de son fils, avec un mécanisme sous-jacent d'identification morbide. Le corps de madame est décrit comme un support des « *souffrances* ». Mme Ulle énumère des dérèglements physiologiques et une prise de poids importante, notamment « *dans le ventre* », associable à la matrice, au lien maternel. Nous pouvons observer une construction du corps en miroir inversé à celui de son fils. Plus ce dernier s'amaigrit et se détériore, mettant à mal la fonction nourricière maternelle, plus Mme Ulle prend du poids. Le corps a une fonction de langage, d'expression de la détresse psychologique mais aussi de la relation.

« Le jour de l'anniversaire de sa mort, le 11 février, c'était sensible, dur. J'ai tout revécu heure après heure. Mes pensées allaient vers lui. L'hypertension arrive à la suite d'un gros choc émotionnel. J'ai revécu tout ce qui se passait ce jour-là. C'était pas gai. On était à une soirée dansante avec mon mari ce jour-là et c'était deux extrêmes... tout l'inverse de ce que je ressentais à l'intérieur »

Nous relevons l'impact de la date anniversaire du décès qui s'accompagne d'une reviviscence de cette journée. Mme Ulle souligne l'impression de décalage entre sa vie intérieure et son environnement. L'ambiance autour d'elle était festive alors qu'elle était focalisée sur ses réminiscences et les émotions dysphoriques qu'elles produisent. Madame fait également part d'une théorie explicative de son hypertension qui serait survenue « *à la suite d'un gros choc émotionnel* ». Cette mention nous instruit sur le caractère délétère de la disparition d'Arnaud.

« Et moi, quand je suis seule, je pleure encore. Je pense à lui. Je retrouve encore des papiers d'Arnaud. Je suis triste, il a tout gâché. […] *J'ai toujours un fond de colère même si je savais que ça arriverait un jour. Colère contre lui aussi, il s'est laissé aller. Il a choisi la mauvaise solution et il le savait. Rien n'y a fait... j'ai une nièce qui est morte d'un lymphome... elle a eu tous les traitements mais elle est morte... ils s'entendaient bien avec mon fils. Elle voulait lui parler mais il a refusé d'y aller. Elle est restée seule avec ses pensées. Mon fils n'a rien voulu savoir, il n'a rien fait ».*

Mme Ulle détaille ses émotions, oscillant entre tristesse et colère. Elle lui en veut notamment de n'avoir pas fait les bons choix, de ne pas s'être battu et d'avoir été conscient des conséquences de ses orientations. La notion de « *gâchis* » d'un potentiel est très présente. Elle illustre la difficulté à entrer en contact avec Arnaud, pris dans son univers autocentré. Elle raconte la situation de sa nièce décédée que son fils n'est pas allé voir malgré ses demandes. Cet abandon est également le sien.

Le rapport au temps est scandé par les dates anniversaires et les célébrations religieuses. L'espace est signifié par le vide et la récupération progressive des lieux. Les « pensées sur la mort » sont manifestées sous forme d'angoisses somatiques. L'imprévisibilité est peu présente. Elle occupait une place centrale dans le mode d'organisation de Mme Ulle avant le décès et elle l'évoque maintenant avec un sentiment d'étrangeté, en creux. « *Tout me semble… monotone* ».

2.4.c. Hypnose : 58 occurrences (19%)

a- représentations

« L'hypnose… oui j'ai lu un article dessus... Ils disaient qu'ils soignaient les gens à l'hôpital avec. C'est pas dangereux non ? Moi j'aurais peur de perdre le contrôle… Pour moi, quand on touche comme ça à l'esprit des gens, c'est un peu de la sorcellerie. Pas avec vous bien sûr mais... […] *Je vous fais confiance hein… Vous croyez que… vous pourriez trouver ce qui ne va pas au fond… faire sortir tout ça pour que je sois mieux ? Il y a quelque chose qui cloche au fond… je ne sais pas quoi... Alors si ça peut guérir d'un coup… oui* ».

Nous identifions ici une mention faite à l'hypnose thérapeutique. Il n'y a pas d'occurrence relative au milieu du spectacle, fait très minoritaire dans les entretiens. La crainte de la perte de contrôle est directement évoquée et reliée à une dimension de « *sorcellerie* », suivie d'une dénégation « *pas vous bien sûr* ». Cet aspect pourra contribuer à construire le dispositif comme rituel thérapeutique. Nous trouvons également un fantasme d'investigation hypnotique qui sonderait le sujet dans les profondeurs dissimulées de son esprit. Cette idée fréquente s'affilie à celle de l'hypnothérapeute qui soignerait le patient « malgré lui ». Ici, il pourrait découvrir des contenus ignorés du sujet lui-même, sans trop savoir de quoi il en retournerait précisément. « *Quelque chose ne va pas »,* avec implicitement une injonction à trouver de quoi il s'agit. Ceci équivaudrait à lancer une sonde au hasard et voir si un contenu émerge.

Les fantasmes que mobilise l'hypnose sont très intenses : être agi et dévoilé par l'autre. Cela constitue une nette rupture de *pattern* avec la conception de l'individu occidental. Globalement, les valeurs portées par ce dernier seraient l'autonomie, le libre-arbitre, l'individualisme, la raison, la science. L'hypnose véhicule la représentation d'une transgression possible de ces valeurs. Ceci occasionne de la peur, comme s'il y avait profanation d'un espace sacré donc tabou : « l'individualité ». Et paradoxalement nous voyons la fascination, l'attraction que cela peut susciter. La pensée magique prend aisément place dans ce noyau de croyances. Elle semble psychologiquement plus écologique que la pensée scientifique car reliée à l'imaginaire et aux mystères. Ne pas tout savoir permet de fantasmer.

Ces deux systèmes proposent des approches différentes : une science causaliste et une magie pourvoyeuse de sens. L'hypnose mettrait en danger la conception de l'autonomie et du libre-arbitre. Un agent externe pourrait agir à l'intérieur du sujet et influencer sa motricité et ses décisions. L'individualisme serait également un concept menacé, car ce dispositif relierait deux êtres différenciés qui agiraient en un seul corps. Le mythe occidental d'un individu coupé de son environnement vacillerait. Enfin la science et la raison seraient défiées, puisque l'hypnose suit un fonctionnement analogique, métaphorique, symbolique voire onirique qui produit des effets concrets tels qu'un changement de perception, une analgésie.

Ces modalités s'affranchissent des contraintes spatio-temporelles et causales, comme dans le rêve. L'hypnose est régulièrement envisagée comme un traitement de « *dernier recours, lorsque tout a échoué ». S*i elle s'avère efficace là où des approches réputées plus scientifiques ont échoué, elle constitue un défi à l' « *evidence based medicine ».* Le sujet lui-même peut se voir décrédibilisé en étant qualifié « *d'hystérique* », terme qui ne recouvre pas ici un fonctionnement psychopathologique mais plutôt un jugement disqualifiant qui impliquerait une simulation et une exagération.

La dernière occurrence concerne à nouveau l'aspect radical du changement attendu. « *Alors si ça peut guérir d'un coup… oui* ». Comme précédemment, le sujet envisage une dimension magique ou rituelle qui aurait une action immédiate et définitive.

b- contenus

Nous proposons après la phase inductive, un ancrage dans les ressources propres. Puis un cheminement le long de l'histoire d'Arnaud. Son enfance, des moments avec lui, ce temps de maternage et de lien intime. Elle se reconnecte avec une relation plus simple, faite d'attachement réciproque. Elle engage un dialogue avec une image intériorisée d'Arnaud. L'expression affective est au premier plan. Elle lui fait part de son amour. Nous procédons à l'établissement d'un lien entre passé, présent et futur. Mme Ulle effectue finalement un tri des affaires symboliques liées au défunt. Elle pleure à plusieurs reprises de façon importante. Les mobilisations émotionnelles semblent massives.

« *J'avais besoin de le revoir... de lui parler et surtout de lui dire au revoir. Et puis… ça c'est bizarre aussi… je sais pas… c'est peut-être idiot… mais j'avais besoin de le voir et de lui dire au revoir à lui comme il aurait dû être. Voilà. Je l'ai vu comme… bien, quoi. Il aurait dû être comme ça… en forme, heureux… tout… Je l'ai revu tout petit, tellement mignon comme sur la photo… tout était tellement simple à l'époque... Je l'ai revu pour lui dire qu'on l'avait toujours aimé. Je voulais tellement qu'il réussisse...Quand il fallait le laisser partir… se dire au revoir… là j'ai pleuré toutes les larmes de mon corps… je savais qu'il fallait mais je voulais rester encore avec lui* ».

c- Effets

Lors de la séance suivante, trois semaines après, madame exprime les changements suivants :

« C'est assez incroyable. Mais depuis la dernière fois, je me sens moins angoissée... j'y pense moins. J'ai l'impression qu'un changement peut arriver. Je vais reprendre une activité. Avec mon mari, on a trouvé des ateliers pour s'occuper de nous… pour les retraités… il y a un peu d'exercice et des groupes… je dors mieux. J'ai moins ces pensées tout le temps sur Arnaud. J'essaye d'y arriver ».

Les premiers effets de l'hypnose sont perceptibles par Mme Ulle Le plus notable est une forme d'anxiolyse. Viennent ensuite la diminution des pensées intrusives relatives au défunt, puis la croyance retrouvée en un changement possible. Mme Ulle planifie une reprise d'activité centrée sur la restauration de son état physique et une capacité à prendre soin de soi. Elle pensait que l'hypertension artérielle était issue du « *choc émotionnel* » de la perte de son fils, elle tente donc de restaurer un sentiment de contrôle perçu.

Son attention se déporte de son fils vers elle-même. Mme Ulle note une amélioration des troubles du sommeil. « *J'essaye d'y arriver* ». Cette dernière remarque traduit le caractère partiel des changements amorcés. Mme Ulle doit impliquer un effort de volonté pour modifier son vécu de la situation.

Deux mois plus tard, Mme Ulle nous dit : *« Je reprends la marche. Un peu d'activité physique…* [...] *j'essaye de mieux dormir, plus régulièrement. Je me relaxe. J'ai réussi à parler avec des gens sans m'effondrer.* [...] *Depuis la séance je n'ai pas de larmes, pas de pensées envahissantes sur Arnaud, pas de rêves ».*

Certains éléments dynamiques se confirment dans le temps. La remobilisation comportementale et le réinvestissement corporel sont devenus effectifs et se maintiennent. Mme Ulle régule ses cycles de sommeil et de détente, donc se montre à l'écoute de ses besoins propres. Elle évoque avoir pu établir une communication avec d'autres personnes sans être débordée par ses émotions.

8 mois après la séance, Mme Ulle poursuit son auto-observation.

« Il est mort… mais la souffrance restera toujours je pense… […] J'ai moins pensé à lui, mais le jour de l'anniversaire de sa mort, c'était encore dur, vous savez. J'ai revu les choses… cette journée… bon, pas pareil mais… ».

Mme Ulle dresse le constat d'améliorations d'ordre symptomatique. Naturellement, la souffrance liée à la perte perdure. La présence de son fils dans son espace cognitif est cependant moins envahissante. Mme Ulle intègre progressivement la place de ce manque. La date anniversaire du décès mobilise des contenus cognitifs et d'imagerie mentale intenses mais la composante émotionnelle se trouve réduite en intensité. Il n'y a cependant pas de processus de « guérison immédiate » qui caractériserait un phénomène rituel.

2.4.d. Les autres : 49 occurrences (16%)

« Là, on va se concentrer sur les petits enfants. Ils nous apportent beaucoup, ils aiment venir chez nous. [...] *Mon mari devient moins agressif et plus aimable.* [...] *Les gens n'en parlaient pas. La mort d'un proche... on ne peut pas en parler avec tout le monde, les gens n'osent pas.* [...] *Il y a 5 ans mon mari a pété les plombs à la maison. Il a tout cassé, il jetait tout, les assiettes, tout. Le médecin l'a envoyé trois semaines en psychiatrie. Mon mari n'a pas un bon sommeil... il est irritable… et il est en surpoids, il est appareillé pour des apnées du sommeil ».*

Avant la séance d'hypnose, le discours de Mme Ulle a produit très peu d'occurrences concernant « Les Autres ». Elle faisait essentiellement état d'une difficulté à parler avec son entourage, de relations complexes avec son conjoint, teintées d'agressivité. Dans les mois qui ont suivi, Mme Ulle réinvestit les relations à ses petits-enfants. Il existe une importance symbolique à restaurer les liens de filiation après le décès d'un membre de la famille. La cohésion familiale doit être renforcée.

Mme Ulle décrit une amélioration de l'état psychologique de son mari. Elle donne des éléments sur son passé, notamment une crise clastique avec un violent passage à l'acte.

Elle observe que les « *gens* » autour d'elle ne pouvaient aborder la question de la mort de son fils.

2.4.e. Rites et croyances : 34 occurrences (11%)

Plusieurs mentions sont faites sur les rites mais peu sur les croyances.

« Je vais au cimetière tous les deux jours. C'est à 300 mètres de chez moi. Arnaud voulait une crémation… [...] *On a passé l'anniversaire d'Arnaud en juin. J'ai eu des images de sa crémation après son anniversaire. Sans y penser... C'est venu comme ça. J'ai eu quelques émotions, l'absence qui est là.* [...] *Ce n'était pas la logique des choses sa mort. Je garde cette image de la crémation. Et des réactions de mes neveux.* [...] *J'ai été surprise par l'intensité de leurs réactions. J'y pense pas tout le temps... j'ai vu le cercueil qui partait... j'étais surprise. Je n'aurais rien fait de particulier... j'étais anesthésiée par la douleur. Une image a manqué. Ce n'est pas le principe de la crémation qui change...* [...] *La Toussaint s'est plutôt bien passée... Je suis allée nettoyer la tombe et fleurir. Le granit se salit vite.* [...] *Ça s'est bien passé... Une atmosphère dans les cimetières... On n'est pas seuls avec nos morts. Dès fois je vais sur sa tombe, je suis triste mais ça va ».*

Mme Ulle livre des éléments sur les funérailles de son fils. Elle évoque la crémation et les émotions que cela a pu susciter dans la famille. Les passages au cimetière sont réguliers. Les rituels concernent l'entretien de la sépulture. Il y a des pensées obsédantes mais peu de compulsions.

2.4.f. Histoire personnelle : 20 occurrences (7%)

« J'avais perdu ma meilleure amie deux mois avant la mort d'Arnaud et ma belle-mère s'est suicidée en novembre. Ma mère a eu une maladie de Charcot. C'était vraiment très dur. Elle ne pouvait plus marcher. Elle est morte en 1999 et mon père en 2001. On parlait peu avec mes parents ».

Mme Ulle développe peu d'éléments sur son histoire personnelle. Elle se raconte dans les débuts de sa vie familiale avec Arnaud. Elle a néanmoins traversé des deuils complexes, notamment celui de sa mère, à l'issue d'une sclérose latérale amyotrophique. Elle connaît des morts violentes : sa mère, sa belle-mère, son fils. Ces éléments de vulnérabilité sont contributifs du deuil compliqué de son fils.

2.4.g. Résumé de la situation

Mme Ulle a une double conception de l'hypnose. Elle la voit d'abord comme une pratique thérapeutique. Elle lui attribue « un pouvoir soignant ». Elle questionne ensuite sa dimension magique par l'évocation de la sorcellerie et de l'adorcisme. Ces deux représentations sont favorables à l'investissement du dispositif comme rituel thérapeutique. En effet, la pratique peut soigner, comme « *à l'hôpital* » et dans le même temps, le faire selon des modalités et dans un temps qui relève du magique. Elle se dira étonnée par les effets bénéfiques sur l'angoisse, l'humeur puis la reprise d'activités et le réinvestissement de sa santé. Sans occulter la présence de son fils décédé, le mécanisme d'intériorisation paraît suffisamment écologique pour être acceptable. Néanmoins, nous ne pouvons parler d'un processus de « guérison immédiate », la temporalité ayant été étirée sur plusieurs mois avant d'accéder à un certain niveau de stabilisation. Nous précisons que la faible intensité des complications du deuil, bien qu'affectant réellement la qualité de vie de Mme Ulle et inhibant ses capacités de réinvestissement, constituait un terrain favorable à une amélioration rapide. Il est à noter que Mme Ulle éprouvait le besoin d'ancrer l'histoire de son fils dans d'autres modalités que son comportement addictif. Elle nous engageait à penser Arnaud comme un homme aux multiples potentialités, comme un enfant attendrissant. Le regard maternel se partageait. Mme Ulle nous avait rencontrés brièvement dans le service où son fils était hospitalisé. Elle venait nous quérir comme témoin de cette existence.

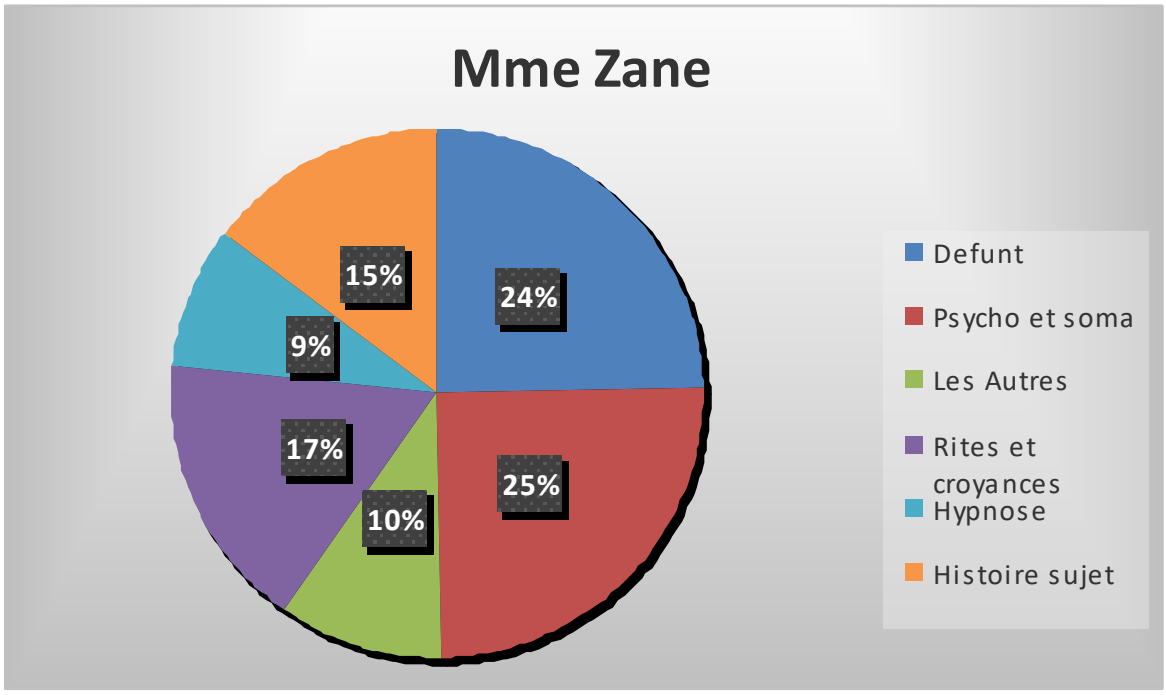
V- Mme Zane

Madame Zane obtient un score total très élevé à l'ICG de 65/76. Cette dimension indique une nette pathologisation du processus de deuil. Des signes d'évolution morbide du deuil sont cotés avec une intensité maximum, notamment l'identification aux symptômes du défunt, l'envie à l'égard des personnes qui ne sont pas endeuillées. A l'exception des items relatifs aux relations sociales qui semblent relativement préservés, Mme Zane cote entre 3 et 4 la plupart des propositions, telles que l'amertume, la colère, les perceptions sensorielles, le sentiment de solitude et de vacuité, le refus d'accepter la mort et la stupéfaction, l'attraction vers les endroits et objets qui évoquent le défunt et, étrangement, l'évitement de certains lieux qui le rappellent. Les pensées et souvenirs intrusifs sont nombreux et constants. Elle évoque également des difficultés cognitives comme le manque de concentration et d'attention, ainsi que des troubles du sommeil et une perte d'appétit. L'anhédonie est très marquée.

Mme Zane a été reçue sur dix-sept entretiens en une année. Nous avons relevé 771 occurrences thématiques dans l'analyse du *Verbatim.* Elles se répartissent de la façon suivante :

1- Manifestations psychologiques et somatiques :	192 occurrences (25%)
2- Défunt :	191 occurrences (25%)
3- Rites et croyances :	132 occurrences (17%)
4- Histoire personnelle :	113 occurrences (15%)
5- Les autres :	77 occurrences (10%)
6- Hypnose :	66 occurrences (8%)

Graphique 1. Répartition des occurrences thématiques dans l'analyse de contenu du discours de Mme Zane.



Mme Zane, 58 ans, mariée et 2 enfants, vient consulter 9 mois après le décès de sa mère. Cette dernière est morte au cours d'une hospitalisation. Diabétique, elle développe une plaie nécrosée au pied. Après une première amputation des orteils, elle refuse les interventions suivantes qui remonteraient jusqu'au-dessus du genou, sans améliorer réellement son pronostic à moyen terme. Son état évolue vers une septicémie incurable. Mme Zane présente un trouble limite de la personnalité étayé par un mode défensif obsessionnel. L'évaluation révèle un deuil compliqué sévère. Mme Zane est la plus productive des participantes à la recherche. Néanmoins, le nombre d'occurrences n'est pas révélateur de la richesse qualitative des entretiens. Nous trouvons de multiples répétitions : verbalisations de pensées obsessionnelles, de ruminations anxieuses, de persévérations. Ainsi Mme Zane a le taux le plus important d'occurrences concernant les plaintes psychologiques et somatiques, la présence quotidienne du défunt, les rites et rituels, l'histoire autobiographique et la narration des conditions du décès. Ce sont les principales thématiques obsédantes et continuellement répétées au cours des 17 entretiens. Nous verrons une intéressante similitude avec Mme Tyne dans le rapport hypnotique. Le dispositif thérapeutique mis en œuvre n'aura porté aucun élément dynamique à moyen et long

terme. Mme Zane décompense probablement une forme pathologique de deuil sur une personnalité limite avec des antécédents traumatiques.

2.5.a. Manifestations psychologiques et somatiques : 192 occurrences (25%)

« On avait une relation fusionnelle je m'occupais d'elle depuis 30 ans. Et plus encore les 3 dernières années où elle était plus malade. Je la faisais manger tout ça. […] *Mais les derniers jours, les 3 derniers, elle ne parlait plus beaucoup.* […] *ça a été tellement un gros choc pour moi.* […]

Mme Zane décrit une relation « *fusionnelle* », terme souvent repris par les participantes. Il semble constituer un indicateur possible de complications ultérieures. Le fantasme « fusionnel » se trouve dans des modes de relation propices à des complications du deuil. En investiguant ce signifiant, celles qui s'en servent décrivent des relations indifférenciées, au sein desquelles l'identification des besoins propres et l'expression des désirs est problématique. La conception d'une relation « fusionnelle » interroge sur la représentation des limites de son identité et de celles de l'Autre. Un ressenti d'incomplétude est exprimé. Nous retrouvons plus fréquemment des traits dépendants, histrioniques et limites chez les sujets reçus lorsqu'il est fait mention de cette caractéristique relationnelle. Ici, l'Autre fait fonction de prothèse narcissique. Nous verrons par les données de l'histoire personnelle de Mme Zane qu'un déficit précoce d'intériorisation d'objets stables et sécurisants a concouru à maintenir cette relation de dépendance. Mme Zane a été l'objet de sa mère. Elle s'est occupée d'elle, la maternant à son tour dans une inversion des rôles. Le « choc » de son décès est relaté avec beaucoup d'affects.

« Oui…. Ça a tellement été un gros choc pour moi, je la vois partout même dans les magasins. […] Je l'ai entendue appeler aujourd'hui encore. On s'appelait tellement souvent. […] J'imagine son retour. Je ne peux pas vivre sans elle... je voulais la rejoindre. C'est une telle souffrance. […] Fallait pas parler de mort à ma mère. […] *Je n'ai pas le goût de faire des activités... je marche un peu.* […] *J'ai des coups de déprime à la maison.* […] *J'ai sa dernière photo à côté de moi, dans la salle à manger. J'ai mis sa photo, des bougies, des fleurs, des petits objets qu'elle aimait bien.* […] *Je ne dors pas... là un tout petit peu plus. Je dors une heure et je suis réveillée... c'est épuisant… »*

Mme Zane décrit des illusions visuelles. Lorsqu'elle croit la voir dans les magasins, elle modifie la perception d'un objet réel anonyme en objet désiré. Elle fait part d'hallucinations auditives, très sectorisées, dans lesquelles sa mère l'appelle par son prénom, lui demandant de la secourir. La mère de Mme Zane étant omniprésente dans son existence quotidienne, il existe une forte empreinte, une rémanence des perceptions qui lui sont associées. Nous relevons des réflexes conditionnés, comme lors des heures d'appels téléphoniques biquotidiens. L'incrédulité quant à la réalité du décès est manifeste. Mme Zane songe à la rejoindre dans la mort, sans faire mention de plan suicidaire concret. L'idéation morbide est récurrente. La mère de Mme Zane n'a jamais voulu aborder la question de sa mort et de ses souhaits. Il s'agit donc d'un sujet indicible, tabou mais aussi impensé. La mort et la séparation ne se concevaient pas. L'activité est réduite avec une perte d'envie et de motivation. L'humeur est triste. Mme Zane décrit un état asthénique dû aux troubles de l'humeur et du sommeil. Nous notons l'érection d'un autel domestique.

« Sa mort a été trop brutale... je me pose des questions sur le suivi médical. On l'a amputée, on a arrêté tous les soins… mais pourquoi ? […] *Son escarre là ça sentait le cadavre, c'était très choquant. Le lendemain, elle avait des pansements, des soins, mais elle souffrait beaucoup. Elle est restée sur le dos. Sans être bougée. J'ai rouspété. Elle est restée 8 jours sans aller au WC. Maman ne voulait pas aller à l'hôpital elle disait "ils vont me faire mourir là-bas". C'était vrai. J'ai toujours ce manque. J'y repense beaucoup ».*

Mme Zane effectue une relecture de la fin de vie, en cherchant des causes et des responsabilités indépendantes de l'état de sa mère. Elle a rencontré un médecin médiateur pour reprendre le dossier médical et tenter d'éclaircir certains points. Cet entretien a produit un apaisement temporaire. Elle culpabilise de ne pas avoir écouté sa mère et de ne pas s'être opposée à l'hospitalisation. Mme Zane projette sa culpabilité sur les soignants sous une forme plus revendicative et agressive. Il est tout à fait possible que le suivi de sa mère en hospitalisation ait présenté des dysfonctionnements et il est légitime de vouloir les souligner. Néanmoins, ce qui nous intéresse en termes de mouvement psychologique est la façon dont Mme Zane occulte l'état général très altéré de sa mère. Madame avait 86 ans et était polypathologique : diabète, troubles circulatoires et cardiovasculaires, insuffisance rénale, autonomie restreinte. Cet effet de « *choc* » et de « *surprise* » quant à sa mort nous renseigne sur la façon dont Mme Zane avait relégué l'altération progressive de l'état général de sa mère et la probabilité croissante d'un risque de décès.

Le rapport à l'espace est mentionné pour le lieu de la sépulture, que nous développerons dans le thème « Rites et croyances ». Le domicile est également occupé par l'autel domestique qui siège de façon centrale.

La notion de temps donne des indications sur la complexification du deuil. « *Pour moi c'est comme hier... ça fait 10 mois... mais c'est plus difficile qu'au début même* ». L'incrédulité quant à la réalité du décès ne s'amende pas avec le temps, au contraire, Mme Zane exprime un renforcement des manifestations émotionnelles. Elle se sent « *perdue* ». La phase de désorganisation post-décès se majore au cours de l'année suivante.

En ce qui concerne les pensées sur la mort, comme nous l'avons vu, Mme Zane rumine une idéation morbide.

« C'est une telle souffrance. Je pense à ma mère, ça me ronge. Dès fois j'ai pas envie de me soigner. J'ai envie de rejoindre ma mère. Je me soigne depuis 24 ans mais là non... pourquoi pas la rejoindre après tout ? Sans ma mère à quoi bon continuer de vivre ? Je ne peux pas survivre sans elle. Moi j'ai peur de la maladie et de la mort. Si je suis malade, je ne laisserai pas durer. Je suis...beh… comme… euh... figée ou je ne sais pas glacée... ?… par la peur de la mort des autres. J'ai réalisé que les gens que j'aime peuvent mourir ! Ça m'angoisse ça, j'y pense tout le temps ! [...] Ma fille m'a dit « t'as qu'à mourir si tu veux rejoindre mamie »… vous voyez ? Elle veut me secouer… ».

Mme Zane souhaite rejoindre sa mère comme si elle ne pouvait pas lui survivre. Elle perçoit un manque d'envie et de motivation à s'occuper d'elle même. Elle pourrait mourir par négligence. Mme Zane exprime ainsi la faible estime qu'elle se porte. Le sens de son existence ne se conçoit pas réellement sans l'objet principal d'attachement. Elle parle même de « *survivre sans elle* ». Si l'on s'en réfère à la définition du terme, « *la survie correspond aux conditions de vie d'un sujet qui, placé dans un environnement agressif, prolonge pour un temps limité les délais qui le séparent de la mort* » (Xavier Maniguet, 1988). Mme Zane identifie son environnement comme agressif, car l'objet d'attachement le plus sécure a disparu. Le rapport aux autres est persécutif, comme nous le montreront les extraits de *Verbatim* qui concernent son père, son mari, ses sœurs. Cet environnement dangereux mobilise un état d'hypervigilance et de stress chronique. Elle le décrit parfaitement dans ses relations quotidiennes et les répercussions sur les troubles du sommeil et la restriction alimentaire proche de l'anorexie. Le

second élément de la définition est le « *temps limité* ». Mme Zane ne peut prolonger cette organisation défensive de « *survie* » indéfiniment. Cela consomme des ressources, physiques et cognitives, entraînant le sujet vers un état d'épuisement (Lazarus & Folkman, 1984)

Mme Zane retranscrit une peur de la maladie et de la mort. L'anticipation anxieuse de l'agonie ou de la souffrance l'amène à choisir de mourir le plus rapidement possible si la situation se présentait, sans préciser si elle fait référence à un arrêt des thérapeutiques actives ou à un acte suicidaire. Elle décrit le sentiment de stupeur que provoque la mort des autres. Avec le décès de sa mère, elle prend soudainement conscience que tous ses proches peuvent mourir également. L'angoisse de perte et d'abandon se généralise. Sa fille qui est habituellement une personne ressource réagit plus abruptement à ses propos morbides : *« t'as qu'à mourir si tu veux rejoindre mamie »*. Il est probable que sa fille soit affectée par ce discours qui occulte les vivants au profit de la défunte. Elle peut se sentir à son tour délaissée, abandonnée et exprimer l'agressivité ressentie.

L'imprévisibilité est vécue au moment du décès : « *je n'ai rien vu venir... j'ai pas du tout imaginé que… c'était possible* », puis par généralisation après la mort : *« J'ai réalisé que les gens que j'aime peuvent mourir »*. *« En fait… tout peut arriver n'importe quand... »*.

Mme Zane prend conscience qu'elle ne peut maîtriser les pertes inhérentes à l'existence. Elle développera en conséquence un ensemble rigide de défenses obsessionnelles compulsives. Ces dernières lui permettront de restaurer un sentiment de contrôle, limité aux activités ritualisées. La dimension obsessionnelle compulsive existait déjà dans le fonctionnement de madame mais s'est trouvée majorée depuis le décès, prenant des proportions plus pathologiques que fonctionnelles.

2.5.b. Défunt : 191 occurrences (25%)

Les éléments de discours relatifs à la défunte sont présents dans une proportion similaire à ceux concernant les manifestations psychologiques et somatiques. Mme Zane est celle qui évoque le plus d'événements ou de perceptions au sujet de la présence quotidienne du défunt. Elle relate quelques productions oniriques anxiogènes. Elle rapporte des perceptions sensorielles fréquentes de la défunte. Elle témoigne de pensées et images intrusives à son propos.

Mme Zane élabore également un autel domestique au milieu du salon, de dimension importante. Elle y dépose quotidiennement des fleurs jusqu'à ce qu'elle prenne conscience du caractère trop envahissant de la structure. Les photographies de la défunte occupent également un espace important. Mme Zane en a pris au cours de l'hospitalisation, notamment avec le pied lésé au premier plan, et se sent « *comme obligée* » de les regarder compulsivement plusieurs fois par jour.

Il y a une pulsion scopique à satisfaire. Mme Zane semble vouloir s'approprier la scène par la répétition, comme pour s'en désensibiliser. Cela produit *a contrario* une réactivation émotionnelle. Les photographies sont aussi des représentations qui tendent à externaliser la situation et le point de vue. L'image en deux dimensions et sans odeurs pourrait atténuer la violence du moment. Mme Zane se souvient nettement de l'odeur de nécrose, comme « *un cadavre* ». Nous relevons ce mouvement apparemment contradictoire. Mettre à distance par une image et y retourner pour retrouver la mère réelle, dans un corps « entier ». C'est aussi un effet de la disparition quasiment totale du cadavre par la crémation. Pour Mme Zane, le rapport objectal n'existe que dans sa dimension concrète, incarnée. Les capacités d'intériorisation ou de symbolisation sont défaillantes. Le trouble de personnalité de Mme Zane et la nature des premières relations objectales en constituent les principaux motifs. Lorsque l'on travaille sur des images mentales, comme en hypnose ou en EMDR, ce type de fonctionnement psychologique pose des difficultés.

Les conditions du décès sont vécues comme traumatiques. Mme Zane en rêve, les revit, les raconte de nombreuses fois, se sent oppressée lorsqu'elle se rend à l'hôpital. La scène est figée, en tout point similaire d'une séance à l'autre mais également avec tous ses interlocuteurs.

« Maman est… le décès est survenu en mars, le 13 mars. J'ai donné un médicament qu'il ne fallait pas et que maman a bu. Elle a eu une transfusion de sang et le lendemain elle a bu ce médicament. C'est pas longtemps après qu'elle a fait un AVC. Elle était hospitalisée pour une chirurgie… la circulation du sang était vraiment mauvaise. Elle parlait encore pourtant. Elle a eu trois orteils amputés la pauvre… si c'est malheureux de voir ça. Apparemment il y a eu une infection et elle n'a pas été amputée plus parce que c'était trop risqué pour elle. Il y avait tout un protocole pour le médecin. Mais moi on ne m'a pas expliqué tout ça... On l'a vue dépérir. Elle a eu une infection et puis tout s'est enchaîné. Comme elle a refusé l'amputation de la jambe, c'est allé plus haut l'infection. Je me souviens bien de ces 13 jours et tous les mots violents

qu'on nous a dit, je revois ma mère pleurer. Je pense au médicament que j'ai donné et qui l'a tuée. Je culpabilise énormément ».

Mme Zane aurait délivré une médication qui a été donnée par l'infirmière à un dosage inapproprié. Juste après avoir aidé sa mère à ingérer le produit, l'infirmière est entrée brutalement dans la chambre en disant de *« ne surtout pas le prendre »*. Cet élément de la scène de fin de vie est l'un des plus importants pour Mme Zane Elle se sent directement responsable. Son acte aurait provoqué la mort, c'est une conviction solidement ancrée, en dépit de ce qu'a pu en dire le médecin médiateur à la lecture du dossier. Le discours n'est pas très clair au sujet de l'amputation. Elle dit d'abord que sa mère a été récusée pour l'intervention en raison d'un état général trop précaire, puis qu'elle aurait elle-même refusé l'acte. Cette attribution de la responsabilité influe sur sa perception de la fin de vie. Elle préfère externaliser la cause en la recentrant sur le corps médical. Elle reproche également au médecin d'avoir dit explicitement que sa mère allait mourir, avec ou sans amputation supplémentaire.

La présence du défunt est quotidienne.

« « Oui…. Ça a tellement été un gros choc pour moi, je la vois partout même dans les magasins. […] Je l'ai entendue appeler aujourd'hui encore. On s'appelait tellement souvent. […] J'imagine son retour. Je ne peux pas vivre sans elle... Je voulais la rejoindre. C'est une telle souffrance. […] *Je revois ma mère comme si elle était vivante parfois. [...] Je lui disais "je te rejoindrai maman".* […] *J'arrive pas à dormir. Je voyais ma mère avec de grandes dents la nuit. Je pense beaucoup à elle la nuit et je pleure beaucoup. Elle m'appelle : "Isabelle, il faut que tu viennes vite, je vais mourir". J'entends sa voix Je l'appelle toujours comme avant... pour moi elle est toujours là. On se parle* […] *Je voudrais la sortir du caveau pour prendre la boite chez moi. Elle voudrait être avec moi. Ça me travaille. Normalement, près de sa sœur, c'était du provisoire. On devait la changer après. Qu'elle ait son endroit à elle. Il y a le caveau de mon père aussi, mais ma mère ne voulait pas être près de lui. J'y pense tout le temps. Surtout le soir quand je suis au lit. Je la revois à l'hôpital dans le lit. J'ai tout vu, je l'ai vue dépérir* […] *Je vais souvent au cimetière, j'y pense beaucoup. Je lui parle je lui dis :"tu es mieux où tu es, tu souffrais beaucoup". Je suis triste. Je nettoie le caveau, j'arrange, je le mets propre. Et je lui parle pendant ce temps. Je suis un peu maniaque ».*

Mme Zane présente les différentes perceptions de sa mère décédée. Elle mentionne également une problématique autour du caveau et du lieu de sépulture qui se révélera avoir son importance dans le déroulement du deuil. Les cendres sont déposées provisoirement dans un caveau. Ses sœurs s'opposent au déplacement de l'urne. A nouveau, Mme Zane témoigne d'un besoin de proximité avec les restes matériels de la défunte. Elle veut ramener l'urne près d'elle. Mme Zane interagit quotidiennement avec sa défunte mère, lui parle. Cette dernière l'appelle à l'aide. Mme Zane reconnaît être « *un peu maniaque* » dans l'entretien du caveau.

« J'ai parlé à mes sœurs pour changer maman et la mettre ici. Elles ne sont pas décidées. Ça me travaille de la savoir toute seule là-bas. Les sœurs me disent « mais elle est bien là où elle est ». Elles ne veulent pas signer le document pour transférer les cendres. Avec elles c'est du provisoire qui dure. Je verrai. Elle est morte le 13 mars 2013. Ça fait presque deux ans ».

Mme Zane poursuit sa réflexion et sa démarche de transfert des cendres. Sa fratrie s'y oppose. Elle développe ce que nous pourrions qualifier de « Syndrome d'Antigone » dans cette configuration. Nous reprendrons cette hypothèse dans les sections suivantes. Au bout de deux ans, les manifestations du deuil seront similaires. Aucun changement n'est observable si ce n'est dans le sens d'une aggravation, comme en attestent les extraits suivants.

« J'ai trop de mal avec l'absence. Je n'accepte rien. C'est difficile, trop dur de faire le deuil. Je n'accepte pas du tout sa mort. Je ne m'y attendais pas. Ça s'est même empiré. Je la vois toutes les nuits. Je ne dors pas. Je me repasse tout ce que disait le médecin. Je la revois à l'hôpital toutes les nuits. Je revois les 13 jours du début à la fin. Je revois les 13 jours de la fin, je me refais tout le film. Elle me parle… . Je l'entends encore. Elle m'appelait tous les jours à 9h45 et 13h45. J'attends encore son appel... chaque jour... mais rien... J'ai le réflexe de l'appeler. Je rêve de ses appels. J'ai des photos d'elle sur son lit à l'hôpital... je les regarde... J'ai un besoin de la voir à l'hôpital. Je ressens sa présence tout le temps. Elle réapparaît, elle me parle, m'appelle "ma princesse" ; "mon Isabelle" ; " y'a que toi" ; "la plus intelligente". *On a un lien très fort même si c'était difficile. Elle me faisait déplacer. De jour comme de nuit. Elle a besoin de ma présence je la rassurais, elle disait : "je vais mourir". C'est difficile. Ma mère est là... Je ressasse ».*

Mme Zane nous décrit la dimension de reviviscence du souvenir, à travers les paroles du médecin ou la totalité du séjour hospitalier. Elle se dépeint ici comme la fille favorite, ayant

un lien différent avec la défunte. Elle évoque des propos valorisants tenus par sa mère. Selon elle, sa présence est manifeste. Elle a conscience de ses propres ruminations mentales et répétitions discursives. L'intensité des propos nous instruit sur le caractère anaclitique de la relation.

« De l'enfance à maintenant. A 58 ans, je brasse, je la revois. J'ai une boule dans le ventre, une grosseur à la gorge. On était fusionnelles. Il me manque un morceau. Les sœurs sont pas traumatisées. Même faire à manger j'ai pas envie. J'ai pas de joie, ni rien. Je suis figée. La nuit je la vois morte aussi. Je me lève... je lui dis "bonjour mamie". J'ai l'impression qu'elle marche à côté de moi et je la vois partout. Je n'accepte pas sa mort. Je ne lui ai pas dit au revoir… c'est pas possible. Je la revois... je revois sa mort, l'hôpital. Quand j'entends une chanson, je pense à elle et je pleure. Ou quand les gens me parlent d'elle… ça me hante. Ma mère je la vois encore partout. Je la vois dans le cercueil et ça va vous paraître bizarre... mais je me mets à sa place : j'arrête de respirer pour sentir comme elle les choses... pour me sentir comme elle… je l'imagine brûler au crématorium... je ne supporterais pas de brûler comme ça en fait. Je pense à elle, même quand je vois un chien comme le sien dans la rue. Il était tellement important pour elle. Ou quand j'entends une chanson. Ma mère m'appelait tout le temps, même quand j'étais au lit. Il fallait sortir son chien la nuit, elle lui passait tout ».

Mme Zane aborde à nouveau la question des manifestations somatiques et psychiques, telles que la place des ruminations mentales, de l'anxiété et l'angoisse, la perte d'envie et d'appétit. Elle se situe sous le seuil de son indice de masse corporelle lors de notre rencontre mais continue à maigrir au cours du suivi. Certains éléments du discours jouxtent un registre pathologique d'allure prépsychotique. L'angoisse de morcellement suite au décès dépasse à certains moments un simple sentiment d'incomplétude pour devenir une amputation. Elle utilise par ailleurs cette métaphore de l'amputation qui a directement concerné le corps maternel. Son identité personnelle se trouve morcelée : « *il manque un morceau* ». Elle ajoute une donnée d'identification au défunt qui s'inscrit dans la même dynamique : « *Je la vois dans le cercueil et ça va vous paraître bizarre... mais je me mets à sa place : j'arrête de respirer pour sentir comme elle les choses... pour me sentir comme elle… je l'imagine brûler au crématorium... je ne supporterais pas de brûler comme ça en fait* ». Mme Zane peut procéder à une identification imaginaire à sa mère au cours de la crémation. Elle s'imagine brûler vive avec l'angoisse que cela peut véhiculer. En revanche, elle s'identifie de façon plus incarnée lorsqu'il est question de

« ressentir comme le mort ». Elle retient son souffle, allongée, pour expérimenter la mort en soi, liée à l'absence de « souffle vital ». Cette fois elle met son corps en jeu.

Mme Zane décrit une phase d'allure dépressive qui se prolonge. « *J'ai pas de joie, ni rien. Je suis figée* ». La fréquence des visions et images mentales de la défunte semble augmenter. Elle lui parle. Cependant, à plusieurs reprises, elle peut avoir un regard distancié sur ces perceptions. Lorsqu'elle la décrit marcher à côté d'elle, elle parle d'une « *impression* » et non d'une réalité. Elle se sent hantée par la présence de sa mère et la culpabilité de n'avoir pu la sauver. Les situations évocatrices du souvenir sont habituelles : chansons, dialogues avec des connaissances.

La relation et l'histoire de la défunte sont racontées à plusieurs reprises. Le père de Mme Zane était un homme alcoolodépendant et extrêmement violent. Nous rapportons ici des extraits de *Verbatim* qui narrent ce passé traumatique et le type de relation engagée précocement entre Mme Zane et sa mère.

« Mon père était alcoolique, alors ma mère a divorcé il y a longtemps… Je l'ai toujours vu ivre, il tapait ma mère. Comme ça avec sa tête sur le mur [elle mime le geste] *il était toujours en train de crier. J'avais moins de dix ans quand ils ont divorcé... mais les images sont gravées, il la tapait avec les clés, vous savez les grosses clés des maisons de campagne qu'on avait avant… il la tapait au visage avec ça… sur la tête… il prenait une chaîne ou bâton... tout... tout ce qu'il trouvait... pauvre maman quand même... quand je repense à tout ce qu'elle a subi elle. Elle faisait le ménage elle avait toujours ce rôle-là elle… ».*

Mme Zane relate les scènes de violence dont elle a été victime et témoin durant son enfance. Elle répétera ces temps traumatiques à plusieurs reprises, avec la même exactitude, des souvenirs « *gravés* ».

« *J'étais celle qui ressemblait le plus à mon père physiquement… c'était pas un cadeau* ».

Cette remarque explicite une part d'identification physique à l'agresseur. Elle porte les traits de son géniteur et persécuteur. Elle est donc également susceptible de le représenter auprès de sa mère. Elle s'affilie affectivement à sa mère et suit cette filiation physique à son père.

« Il m'amenait dans des bars. Avec ses copains d'alcool. Il m'asseyait sur le comptoir et il disait aux copains : « regardez si elle a de beaux lolos » en touchant ma poitrine comme ça... j'étais mal. J'étais encore toute gamine moi… juste avant l'adolescence ».

Mme Zane nous présente la façon dont les corps étaient traités dans la famille, selon le désir du père. Soit meurtris et souffrants par la violence physique, soit précocement sexualisés. Elle décrit le comportement incestuel de son père qui procède à ces attouchements publics en offrant son corps prépubère au désir potentiel des autres hommes. La restriction alimentaire et le comportement subanorexique de Mme Zane pourrait trouver une de ses origines dans ces situations. L'intimité corporelle est effractée, par les gestes de son père et le regard des « *copains d'alcool* ». Mme Zane peut tenter de limiter la sexualisation du corps par un effacement des caractéristiques féminines. Dans la même dynamique, Mme Zane essaye de ne pas prendre de place, de disparaître à l'intérieur de la maison familiale pour ne pas subir les violences paternelles.

« *J'aimais beaucoup ma mère.* […] *J'avais très peur quand j'étais petite qu'on me laisse, que je me retrouve seule et abandonnée.* [...] *Mes parents ont divorcé quand j'étais bébé. Ils sont revenus ensemble quand j'avais 7-8 ans.* […] *Je n'aimais pas mon père, il était trop violent. Il était alcoolique. Comme mon mari vous savez, il est gentil mais quand il boit… il est parfois... il peut avoir des gestes.* […] *Mon père a fait trop de misères à ma mère. Il est mort dans les années 1980. Malgré tout ça, c'est moi qui me suis occupée de son enterrement.* […] *Mon père était violent avec ma mère… avec moi... à la maison on y avait toujours droit quand il rentrait.* […] *Mon père m'amenait dans les bars pour voir ses copains.* […] *Il tapait ma mère, c'était un violent... avec une grosse clé dans son visage... un bâton ou une chaîne. C'était terrible.* […] *C'était l'alcool... il chutait tout seul, il arrivait le visage en sang.* […] *Il était jamais là mais quand il arrivait il tapait, tapait, comme un fou. Il faisait du mal à maman et il me frappait aussi. Mes sœurs disent qu'elles ne se souviennent pas de tout ça. Elles n'ont pas vu tout ça elles.* […] *Quand j'allais manger chez lui il me tirait sur les couettes et me tapait la tête contre le mur. Pendant qu'ils étaient séparés.* […] *Ils ont divorcé, il est revenu... ils se sont encore séparés et il est encore revenu. Quand j'avais 20 ans il revenait encore et je crois qu'il aimait encore ma mère. Je ne lui disais même plus bonjour ».*

Mme Zane reprend ici l'histoire des violences paternelles dirigées tant contre sa mère qu'elle-même. Elle livre un élément de sa relation conjugale qu'elle développera par la suite.

Son conjoint est également un consommateur régulier et abusif d'alcool. Elle déclare avoir subi et continuer à subir des violences physiques ponctuelles de sa part, selon le taux d'alcoolémie. Parallèlement à la recherche, nous l'avons mise en relation avec un service spécialisé dans cette problématique. Mme Zane décrit une forte angoisse abandonnique dès les premiers temps de son existence. Cette part de son histoire est essentielle pour comprendre le contexte insécure dans lequel elle a construit son rapport au monde. Le seul objet d'attachement protecteur est sa mère. Nous percevons également en quoi sa disparition a réactivé cette détresse abandonnique et ce sentiment de vulnérabilité. Le vécu d'insécurité était majeur. Enfant, il lui fallait anticiper les violences, décrypter le comportement de son père, identifier des prédicteurs de passages à l'acte agressifs. La relation avec son père s'est construite de façon intermittente, parti et revenu de nombreuses fois. Lorsqu'elle se retrouvait seule avec ses sœurs et sa mère, elle pouvait diminuer cette hypervigilance protectrice. Elle a cependant appris que ces phases d'apaisement étaient toujours éphémères, son père revenant systématiquement avec cette violence. Elle garde des images de son père ensanglanté. Les éléments qui ressortent sont donc l'insécurité et la discontinuité.

« J'ai eu beaucoup de problèmes dans l'enfance. Il est toujours revenu et je l'ai toujours vu. On était 4 enfants et je le revois... il était bourré, il nous envoyait au lit sans manger... ma mère nous protégeait, elle nous amenait des sandwichs au lit en douce. [...] *Maman me protégeait, elle en prenait elle aussi des claques. Elle ne m'a jamais tapée moi, mais elle en prenait beaucoup. Elle a pris pour nous aussi et... moi je ne lui ai rien refusé... elle nous a tellement protégées* [...] *j'avais peur qu'elle disparaisse... on se serait retrouvées seules avec le père... j'en avais très peur* […] j'ai *toujours eu peur de la mort.* [...] *Pour elle il n'y avait pas de jour ni d'heure elle m'appelait n'importe quand. Je me déplaçais n'importe quand le jour, la nuit... malgré la fatigue j'étais toujours là ».*

Sa mère est celle qui protège et reçoit les coups en s'interposant. Elle prend des risques pour nourrir ses enfants à l'insu de son mari. Nous identifions la dette impossible à payer pour Mme Zane. Sa mère présente son corps de façon sacrificielle pour la protéger. *« Elle a pris pour nous aussi et... moi je ne lui ai rien refusé... elle nous a tellement protégées* [...] *J'avais peur qu'elle disparaisse... on se serait retrouvées seules avec le père... j'en avais très peur ».* Mme Zane lie les deux événements. Elle a souffert pour eux et en retour Mme Zane ne lui a rien refusé. Elle a passé sa vie à payer cette dette par un dévouement sans faille. Elle s'est toujours montrée disponible, même à des demandes qu'elle considérait abusives, comme aller sortir le

chien de sa mère en pleine nuit. Cependant la figure maternelle est ambivalente. Protectrice et sacrificielle pendant l'enfance de Mme Zane, elle s'est montrée exigeante et autoritaire, avec une certaine emprise, tout au long de sa vie adulte. Sa mère alternait les positions. Elle pouvait se présenter sur un mode victimaire en accentuant le sentiment de culpabilité de sa fille ou dirigiste en exigeant son dû.

Ajoutons que si elle a tout mis en œuvre pour protéger physiquement ses enfants, elle a également permis à son conjoint violent de revenir au sein du foyer pendant des années, exposant à nouveau les enfants aux violences. De fait le rôle protecteur était inconstant. Nous pourrions qualifier le style d'attachement d'angoissé, ambivalent (Ainsworth, Bell, 1970). Notons que pour se distancier, Mme Zane dit « le » père et non « mon » père. Son angoisse infantile était de se trouver dans un rapport duel, sans tiers protecteur, avec un père qui imposait une relation de soumission physique par la violence et la sexualisation des rapports. Mme Zane avait peur que sa mère « *disparaisse* », la laissant seule avec son père et manifestait en conséquence le besoin de vérifier sa présence physique. Les appels quotidiens et les visites, « *jours et nuits* », bien que contraignants, pouvaient endosser la même fonction, vérifier la présence de la mère réelle, et ce, bien après la mort du père.

2.5.c. Rites et croyances : 132 occurrences (17%)

a- Rites

« Elle a été incinérée. Et on a mis son urne dans le caveau avec sa sœur. Je tenais son cercueil sur le tapis, je ne voulais pas qu'elle parte. Je m'accrochais comme ça [elle mime le geste]*... ça choque vraiment... si j'avais su. C'était trop dur de la voir partir. Trop choquant. Le tapis s'en va et il ne reste plus qu'une petite boîte. J'ai été choqué par le cercueil... de la voir dedans... je l'ai prise en photo dans son cercueil... je voulais vraiment m'accrocher à ces souvenirs ».*

Mme Zane s'est dite choquée par le processus crématoire. La néantisation du corps maternel, le Réel, entre en collusion avec le fantasme d'abandon. Nous l'avons vu, si la mère n'est pas là physiquement, la relation n'existe plus. Elle s'accroche au cercueil avant qu'il ne soit incinéré. Elle photographie sa mère dans le cercueil, à la fois pour se distancier sur le moment et pour attacher des souvenirs concrets. Par cette pulsion scopique, madame éprouve des

polarités émotionnelles inverses, attraction et fascination. Elle veut garder sa mère avec elle, par tous les moyens.

« Pendant la cérémonie, j'écoutais pas les autres… j'étais dans mon chagrin à coté de ma mère et les autres étaient assis. J'ai sa dernière photo à côté de moi, dans la salle à manger. J'ai mis sa photo, des bougies, des fleurs, des petits objets qu'elle aimait bien. Je vais souvent au cimetière, j'y pense beaucoup. Je lui parle je lui dis « tu es mieux où tu es, tu souffrais beaucoup ». Je suis triste. Je nettoie le caveau, j'arrange, je le mets propre. Et je lui parle pendant ce temps. Je suis un peu maniaque ».

Nous l'avons vu, cette quête matérielle du défunt amène Mme Zane à élaborer un autel domestique. Elle peut y rencontrer quotidiennement sa mère. Cela constitue également un moyen pour contourner le conflit autour de la sépulture. Mme Zane dit que sa mère n'est pas « *chez elle* » dans le caveau de sa sœur. Elle est limitée sur les hommages qu'elle peut lui rendre. La famille de sa tante, propriétaire du caveau, lui demande de restreindre le nombre de fleurs, de plaques commémoratives qu'elle dépose en abondance. Avec l'autel privé, elle peut totalement personnaliser ce travail de mémoire.

« J'ai parlé à mes sœurs pour changer maman et la mettre ici. Elles ne sont pas décidées. Ça me travaille de la savoir toute seule là-bas. Les sœurs me disent « mais elle est bien là où elle est ». Elles ne veulent pas signer le document pour transférer les cendres. Avec elles c'est du provisoire qui dure. Je verrai. Elle est morte le 13 mars 2013. Ça fait 2 ans ».

Il y a un conflit autour du lieu de dépôt des cendres. Mme Zane nous confirmera qu'elle était la « *fille préférée* ». Ce statut lui vaudra, selon ses propos, la « *jalousie* » de ses sœurs. Elle pense qu'il s'agit donc d'une mesure de rétorsion à son encontre, ainsi que de la manifestation d'une prise de pouvoir.

« Les funérailles... ça a été tellement brutal que... j'ai tout fait toute seule mais on n'avait pas de concession, alors ça s'est pas fait ici. En attendant j'en veux à mes sœurs. Elles m'ont laissé toute seule gérer tout ça. La crémation c'était mon choix mais la voir là comme ça, ça m'a choquée. Elle m'avait dit "tu feras pour moi comme pour toi". Mais voir partir le cercueil sur le tapis roulant là, je n'ai pas supporté. Je tenais le cercueil pour ne pas qu'il parte. Et après, il ne restait qu'une petite boite. En poussière… je regrette l'incinération. J'ai respecté

sa volonté. Mais ça fait vraiment drôle. Si elle avait été encore entière ça serait mieux. Là je trouve que ça, ça ne représente pas ce qu'elle était. Pauvre maman. C'est pas possible qu'elle tienne dans une boite. Elle a disparu... on peut mettre ce qu'on veut dans une boite… même sur sa tombe. Je vais au cimetière 2 fois par mois parce que c'est loin mais là-bas je ne la vois même pas. On n'est pas chez nous c'est le caveau de sa sœur. Et mes sœurs ne sont pas proches de là non plus.

Mme Zane confirme sa nécessité d'une relation à un corps représenté dans son entièreté. Les cendres sont une forme d'abstraction à laquelle elle n'accède pas. « *C'est pas possible qu'elle tienne dans une boite. Elle a disparu... on peut mettre ce qu'on veut dans une boite… »*. Cette affirmation semble impliquer qu'il existe un doute. Il porterait soit sur la réalité de la mort soit sur ce qu'est devenu effectivement le corps.

*« Je ne suis soutenue par personne. Ma fille évite d'en parler. Mon mari me comprend mais il ne parle pas. Avec mes sœurs on ne se voit pas. J'en parle pas. Les gens ne savent pas. Je voudrais qu'elle soit proche de moi, que son urne soit à côté... là je ne peux pas laisser de plaque, je ne peux pas faire ce que je veux... elle n'est pas chez elle. J'ai besoin de lui laisser un message plus personnel... mais les cousins nous disent de ne pas trop en mettre sur le caveau. Pas de plaques pas de grosses fleurs, pas de ci, pas de là. Avec maman on ne pouvait pas parler de la mort. Elle me disait tout le temps d'arrêter d'en parler. Elle voulait être incinérée comme moi... enfin elle voulait que je fasse comme pour moi... j'aurais voulu un caveau familial. Je lui mets des bougies, des fleurs. Je lui parle. Comme d'habitude, comme si elle était à côté de moi. Je lui ai fait son petit endroit avec un chien en peluche qu'elle aimait, la photo, les fleurs, les bougies. C'est son coin à elle. J'aurais dû garder la boite avec les cendre***s.*** *Le temps de faire la cérémonie. Pour aller au bout des choses. J'aurais voulu faire tout ce qu'il fallait pour elle. Pour vraiment bien finir les choses. Elle voulait être près de moi et je n'ai pas réussi à faire respecter ses souhaits. Je voudrais qu'elle soit chez elle et que je puisse faire ce que je veux. Ça n'amène que des problèmes. Je fais tout pour qu'on n'oublie pas ma mère. Mes cousins m'ont reproché de mettre trop de fleurs sur le caveau. Pour moi c'est vraiment important de dire qu'elle était là, que c'était quelqu'un de bien. En fait... ils me disent que j'ai le droit de mettre une plaque et une photo et c'est tout ».*

Mme Zane poursuit sur le manque de soutien social perçu et les difficultés inhérentes à l'absence de sépulture. Nous proposons de comprendre cette configuration pathologique comme

un syndrome d'Antigone. Il se caractérise lorsque les funérailles n'ont pu se tenir de façon conforme aux souhaits du défunt ou aux exigences communautaires ou lorsque la sépulture ne répond pas aux exigences symboliques nécessaires au devoir de mémoire. Ce phénomène lié à la cérémonie et à la sépulture existe en présence d'une personnalité particulièrement dépendante, ayant des difficultés de symbolisation et des troubles de l'attachement. Les personnalités dépendantes et limites sont les plus sujettes à développer ce trouble. La rigidité de défenses obsessionnelles vient majorer l'angoisse issue de l'absence de rituel de clôture. La situation de Mme Zane est illustrative. Comme Antigone, elle est en lutte contre sa famille pour obtenir une sépulture propre. Elle songe à aller dérober les cendres pour les ramener chez elle. Le processus funéraire n'est pas considéré comme terminé. Mme Zane éprouve le besoin d'aller « *au bout des choses* ».

« Je ne vois pas maman dans le caveau. Elle est dans une boîte... c'est comme si elle n'existait plus. Je n'aurais jamais dû la faire incinérer. Mais elle voulait faire comme moi. J'ai pris des photos que je regarde tout le temps. J'essaye de faire avancer l'histoire des cendres de maman. L'entreprise funéraire me dit que si je prends tout en charge il n'y a pas de problème pour déplacer, même sans l'avis de mes sœurs. Ma fille n'y croit pas. Elle va voir un juriste parce qu'elle pense que c'est plus compliqué. Je veux pas faire de bêtise et être sûre que j'ai le droit de le faire. Je vais être très soulagée après. Je la revois beaucoup dans le cercueil, avec sa veste rouge. Je la vois dans le caveau dans sa petite boite. J'ai envie d'y aller et de la prendre. Je suis méfiante ».

Quelques semaines plus tard, Mme Zane développe les évolutions de son projet et ses contradictions.

« Je dois me faire une raison. Ça ne sert à rien de se battre contre elles. Elles ne voudront pas. Elles sont bornées. Pourtant je ne peux pas laisser tomber. Elle voulait rester avec moi, même dans la tombe. Elle voulait être plus proche de moi. Quand je parle d'elle c'est toujours très dur. J'ai vécu tellement de choses avec elle. Très dur. Les derniers temps… je me suis occupée d'elle et elle est morte. Il y avait tout ce temps que je passais avec elle. Ça laisse un grand vide. Je me sentais très seule pour m'occuper d'elle. Je la vois partout, je la sens me tenir le bras. Je garde un médaillon avec la photo de ma mère. Dans le cercueil, je ne la reconnaissais pas. On aurait dit une poupée. Ce n'était pas elle. Elle était bien droite. Trop bien… une poupée. Je ne l'ai pas reconnue. Elle était trop bien. Je l'avais maquillée. C'est

comme ça que je la revois. J'ai beaucoup regretté l'incinération. Parce que... ça m'a trop choquée... c'était trop violent... elle a été réduite en poussière… elle n'existait plus ».

Mme Zane souligne un élément d'incrédulité supplémentaire. Le travail thanatopraxique a donné un aspect artificiel au visage de sa mère. Elle relève alors de « l'étrange familier ». Le cadavre n'est pas pourrissement et décomposition mais « *trop bien… comme une poupée* ». La Mort, maquillée, est méconnaissable. Elle semble fictive, artificielle. Elle n'est donc pas crédible. Or, c'est bien ce corps étranger qui a été crématisé. Nous percevons le fantasme sous-jacent : « si ce n'était pas elle... ».

2.5.d. Histoire personnelle : 113 occurrences (15%)

L'histoire personnelle contient essentiellement les éléments évoqués précédemment, les épisodes traumatiques et la mort de son père. Comme pour les autres participantes, son histoire apparaît de façon secondaire au niveau quantitatif.

2.5.e. Les autres : 77 occurrences (10%)

Les mentions relatives aux « Autres » concernent principalement trois pôles. D'abord, son mari qui accentue sa consommation d'alcool et pose de nombreux problèmes comportementaux, avec elle comme en famille. Il est plus agressif et désinhibé. Puis ses enfants, avec sa fille qui constitue un soutien majeur mais sans être totalement dévouée comme elle le fût avec sa mère. Son fils qui souffre d'un épuisement professionnel et d'attaques de panique. Et sa fratrie avec laquelle elle est en conflit.

« Il y a 7 enfants en tout et trois qui ne parlent jamais à maman. Pour elle il n'y avait que les plus jeunes et moi. Les autres donnaient toujours des ordres, moi comme j'étais plus petite, j'ai toujours été seule je crois. Je dois me débrouiller seule, je dois tout faire. J'aimais ma mère... ma fille aussi. Elle est touchée mais il faut qu'elle avance avec son bébé... Elle en parle peu... elle me soutient mais elle n'est pas toujours disponible. Mon fils travaillait de nuit, il n'a pas pu venir aux funérailles. Il n'est pas venu à l'hôpital non plus pour garder de bons souvenirs d'elle. J'ai des voisins compatissants. [...] *On était fusionnelles, très proches. Je suis*

seule par rapport aux autres frères et sœurs. Aujourd'hui mes deux sœurs viennent pour que je signe les papiers de succession. J'ai dit non, je ne veux pas les voir. Elles m'ont laissé tout faire toute seule. Je me sens rejetée. C'est pas dans ma nature de refuser de les voir mais...je leur en veux… c'est une petite revanche ».

2.5.f. Hypnose : 66 occurrences (8%)

L'hypnose est la thématique la moins productive en contenus.

a- Représentations

« Pour moi, je vois les spectacles. Quand on fait faire des choses sur la scène... on perd totalement le contrôle. L'hypnotiseur fait faire ce qu'il veut aux gens... j'ai vu ça sur scène. [...] *Non, moi j'ai peur qu'on m'endorme et qu'on me fasse faire ou dire des choses que je veux pas. Ça me fait un peu peur de le faire.* […] *Ce que j'espère c'est que ça peut me remettre droite. J'espère que ça peut me changer, m'apporter quelque chose... mais enfin… bon… je sais pas ce que ça peut apporter. Peut-être de moins y penser... je voudrais tellement m'endormir et me réveiller sans ce poids sur moi. Je voudrais que ça me remette droite d'un coup.* [...] *Je vous fais confiance.* […] *Je suis la seule comme ça ? ».*

Mme Zane évoque en premier lieu la dimension spectaculaire de l'hypnose. Elle relève principalement la perte de contrôle et l'emprise de l'hypnotiseur sur le sujet. Elle exprime une certaine peur quant à cette approche. Peur d'une effraction et d'une prise de contrôle sur ses actes ou ses paroles. Elle mentionne « le sommeil qui guérit », par ce fantasme de chirurgie psychique. L'aspect radical est contenu dans la proposition, comme une thérapie de choc qui pourrait la « *remettre droite d'un coup* ». Elle pense également que l'hypnose pourrait peut-être l'aider à « *moins y penser* ». Elle exprime ses doutes : « *mais enfin… bon… je sais pas ce que ça peut apporter* ». L'adhésion préalable au dispositif est partielle.

b- contenus

Après une collecte des ressources, la séance s'articule autour de l'histoire de vie commune de Mme Zane et de sa mère. Nous procédons à une étape de connexion entre Mme Zane adulte et l'enfant violenté pour proposer un transfert de ressources. Les scènes traumatiques sont nombreuses et disséminées dans le temps. Ceci rend le travail sur le traumatisme, par la double dissociation et la visualisation de l'écran plus complexe. Lorsque la scène est unique nous pouvons concentrer le travail sur cet élément spécifique. Les traumatismes complexes, itératifs, sont plus difficiles à organiser sous cette forme. Ultérieurement, après avoir constaté l'inefficacité du dispositif hypnotique sur les manifestations du deuil compliqué, nous ciblerons des situations traumatique emblématiques que nous traiterons par ce moyen. Nous souhaitions remonter le fil du trauma de façon associative. Mais cela se révélera également ineffectif au niveau thérapeutique.

Mme Zane peut reprendre les épreuves traversées et les liens intériorisés, ce qu'elle conserve de sa mère. Nous reprenons « le tri des affaires », l'héritage qu'elle souhaite préserver. Nous accentuons la capacité à prendre de la hauteur avec le quotidien. Elle constitue un album souvenir de sa mère, assemblant les souvenirs en mémoire puis le range dans un tiroir. Elle lui dit « *au revoir, je ne t'oublie pas* ». Nous insistons sur la possibilité de pouvoir accéder aux souvenirs librement plutôt que de subir leur présence intrusive.

c- Effets

Juste après la séance, Mme Zane nous fait part de ses premières observations.

« C'est bizarre. C'est pas du tout comme à la télé. Ça n'a rien à voir. J'avais peur de rien contrôler mais là je gérais. J'étais comme paralysée, je ne sentais plus mes jambes. Je ne connaissais pas... mais je pense que oui ça peut me changer. J'avais un peu peur juste avant mais là j'étais vraiment très détendue »

Mme Zane expérimente cette perception dissociée d'un corps détendu, comme anesthésié et d'un psychisme qui vit l'expérience et peut simultanément la regarder. Le fait d'avoir éprouvé des changements somesthésiques lui « prouve » que l'hypnose produit un effet,

qui pourrait dépasser ce que recouvre l'état de veille habituelle. Comme souvent, les phénomènes corporels, moteurs, constituent pour les sujets des éléments concrets d'un état hypnotique. Cependant, l'expérience semble plus physique que psychique, comme une relaxation approfondie. Cette absence d'évocation des contenus de la séance interroge sur ses effets possibles et le vécu réel.

« J'essaye d'avancer. Je n'arrive plus à pleurer. C'est pas pareil même quand j'aurais envie... quand je pense à elle… quand on m'en parle... J'ai les yeux humides et ça coule pas. Depuis la dernière séance, je ne pleure plus. C'est très bizarre… je n'ai plus de larmes… le robinet est fermé… Je me sens… Je sens toujours ce manque, cette colère. J'y pense peut-être moins toute seule, comme ça. Je me refais des films. En fait… je voudrais pleurer… j'ai l'impression que c'est pas… Alors, je regarde des photos d'elle dans son lit d'hôpital. Elle adorait qu'on la prenne en photo ».

Mme Zane dit ne plus pouvoir pleurer et que cela ne constitue pas une amélioration. Pour la seconde fois au cours de cette recherche, nous rencontrons cette inhibition de surface. L'expression émotionnelle est entravée mais pas le ressenti lui-même. L'évocation du souvenir n'induit plus les pleurs associés. A nouveau, nous observons cet effet de dissonance cognitive. Le sujet est mis en situation de décalage entre un éprouvé et son expression. Cela mobilise un conflit de loyauté. Mme Zane fait part du « *manque* » et de la « *colère* ». Son vécu de la situation serait davantage orienté vers une frustration de ne pouvoir décharger les tensions internes. Le dispositif hypnotique s'est révélé être un agent exogène, artificiel, ayant des effets très partiels. Notons que Mme Zane n'a relaté que des effets corporels de la séance. Elle décrit maintenant un effet physiologique, une inhibition des pleurs, tout en conservant l'émotion de tristesse. L'expérience hypnotique n'est pas psychisée. L'intrication d'un trouble de la personnalité avec les effets de la perte de la figure d'attachement principale rend toute approche thérapeutique ciblée trop partielle. Mme Zane relève d'un suivi centré sur l'organisation de la personnalité.

« Je suis obsédée par la fin… je revois sa souffrance... ça m'obsède. Et ce médicament que j'ai donné et qu'il fallait pas donner… je revois l'infirmière rentrer en panique dans la chambre en me disant « surtout ne lui donnez pas »... c'était pas le bon dosage apparemment. Mais c'est moi qui lui ai donné ce cachet… Je ne savais pas. La séance d'hypnose m'avait fait du bien. Je me sentais plus légère. Depuis la séance, j'y pense et je passe à autre chose. Avant je pensais à elle et je pleurais. Je revoyais son pied, son cercueil ».

Mme Zane continue à vivre « en boucle » la situation de fin de vie et sa responsabilité supposée dans la mort de sa mère. Elle décrit une plus faible rémanence des pensées intrusives. Cependant cet effet sera très éphémère. Nous pouvons questionner une recherche de désirabilité sociale en se conformant à un changement supposément attendu. Mme Zane relance et entretien l'émotion par la compulsion à voir les photographies. L'imagerie mentale obsédante demeure aussi présente.

« Ça fera deux ans qu'elle a été hospitalisée et qu'elle est morte. Je jardine, je sors beaucoup. Je suis fan de fleurs ».

Nous observons une mobilisation comportementale qui n'était pas relevée avant la séance.

« A noël j'ai senti son absence. Le manque. J'ai laissé sa place là où elle était tous les ans à table. J'ai envie de pleurer. J'arrive à la voir dans le lit d'hôpital... J'ai gardé des photos de l'hôpital. Je lui dis que je pense à elle, que je ne l'oublierai jamais. On n'a pas pu se dire au revoir, j'arrive pas à croire qu'elle est morte. Je pensais qu'elle était immortelle c'est bête. C'était tellement brutal. Je ne pensais pas à la mort avant. Demain ça fera deux ans... ça fait 8-10 jours que je pleure... j'ai beaucoup de chagrin. Toutes les photos que j'ai prises. Elle est dure la fin de cette année. Peut-être... que je devrais… enlever tout ce que j'ai mis dans le salon… la photo, les bougies... les fleurs... je vais ranger le cadre et la photo… c'est trop dur de la voir tous les jours ».

Mme Zane poursuit les rituels qui octroient une place concrète à sa mère, comme une chaise vide à noël. Lui avoir dit « au revoir » en séance n'a pas produit d'effet, elle rumine toujours ce manque de clôture de la relation. Elle reste incrédule et dit avoir pensé que sa mère était « immortelle », que le lien ne pourrait jamais se rompre. La mort est entrée dans son espace de pensée. L'humeur reste triste. La date anniversaire du décès remobilise les contenus émotionnels les plus dysphoriques. Un élément dynamique semble se présenter lorsqu'elle évoque le démontage de l'autel domestique. Cette structure est comme une crypte au sein même de la maison. Elle subit quotidiennement le visage de sa mère sans pouvoir décider du moment où elle ira quérir ce souvenir. Cette dimension suscite davantage de souffrance que de soulagement. Nous envisageons que ce mouvement soit un signe de flexibilisation des

processus psychiques, de restitution des justes places aux morts et aux vivants. Lors de la séance suivante, elle reprend cette situation.

« Ça y est… je l'ai enlevée. Mais je lui ai dit : "je ne t'oublie pas". Mais en fait, C'est toujours pareil... Pas le top. Ça fait plus d'un an et je ne m'y fais pas. Je la vois dans le cercueil. Je la vois se lever du cercueil. L'hypnose, ça a fait du bien. Mais ça n'enlève pas le chagrin, ni le manque… ».

Mme Zane a effectivement pu ôter l'autel. Cependant, elle ne témoigne d'aucun changement cognitif ou émotionnel notable. Elle nous dit à nouveau que la séance a « *fait du bien* » sans qu'il soit possible d'apprécier dans quelle mesure ou sur quels fonctionnements. Mme Zane semblait attendre une éradication complète du « *chagrin* » et du « *manque* », qui, naturellement, perdurent.

2.5.g. Résumé de la situation

Cette situation illustre les effets d'un niveau d'adhésion marginal au dispositif hypnotique. Ce dernier vient se placer en opposition avec le vécu du sujet et son besoin de témoigner de sa fidélité au défunt par son affliction. Mme Zane présentait trop peu de croyances investies sur l'hypnose pour lui conférer une dimension de rituel thérapeutique. Elle y percevait essentiellement une dimension de divertissement, sans lui attribuer de potentiel thérapeutique, en dépit d'un espoir incertain d'être soudainement « *remise droite* ». Elle a également vécu cette séance sur un registre principalement corporalisé avec peu de mentions sur des contenus mentaux. La mise en travail d'images internes n'a pu se faire ou trop partiellement pour être opérante. Les défenses obsessionnelles qu'elle a mobilisées jusqu'à présent pour contenir les traits limites de sa personnalité ont pu constituer une entrave à cette approche. Le besoin d'exercer un contrôle rigide sur son fonctionnement antagonisait la possibilité de déléguer à l'opérateur une action sur son monde interne. Les problématiques liées à la personnalité limite constituent un noyau de conduites durables, un fonctionnement chronicisé qui dépasse les problématiques du deuil compliqué. Le remaniement du lien demande un accès symbolisé et l'angoisse d'abandon a mobilisé un registre défensif intense.

Mme Zane semble investir la relation mais la met en jeu sur un mode d'échec permanent. Elle réaffirme régulièrement que rien ne pourra changer son état. Elle nous prend à témoin du deuil impossible et engage une relation qui serait sans fin, donc sans abandon. « L'incurabilité » permet d'entretenir ce lien continu avec nous. Elle acceptera par la suite de travailler d'autres aspects de son fonctionnement dont l'évolution ne mettrait pas en péril le lien. Il semblait important de nous faire partager, au sein même de la relation, le sentiment d'impuissance qu'elle expérimentait. Elle nous a amené dans l'espace qui était le sien, celui d'une impossibilité à agir et d'une fixité, d'une répétition.

VI- Mme Hubert

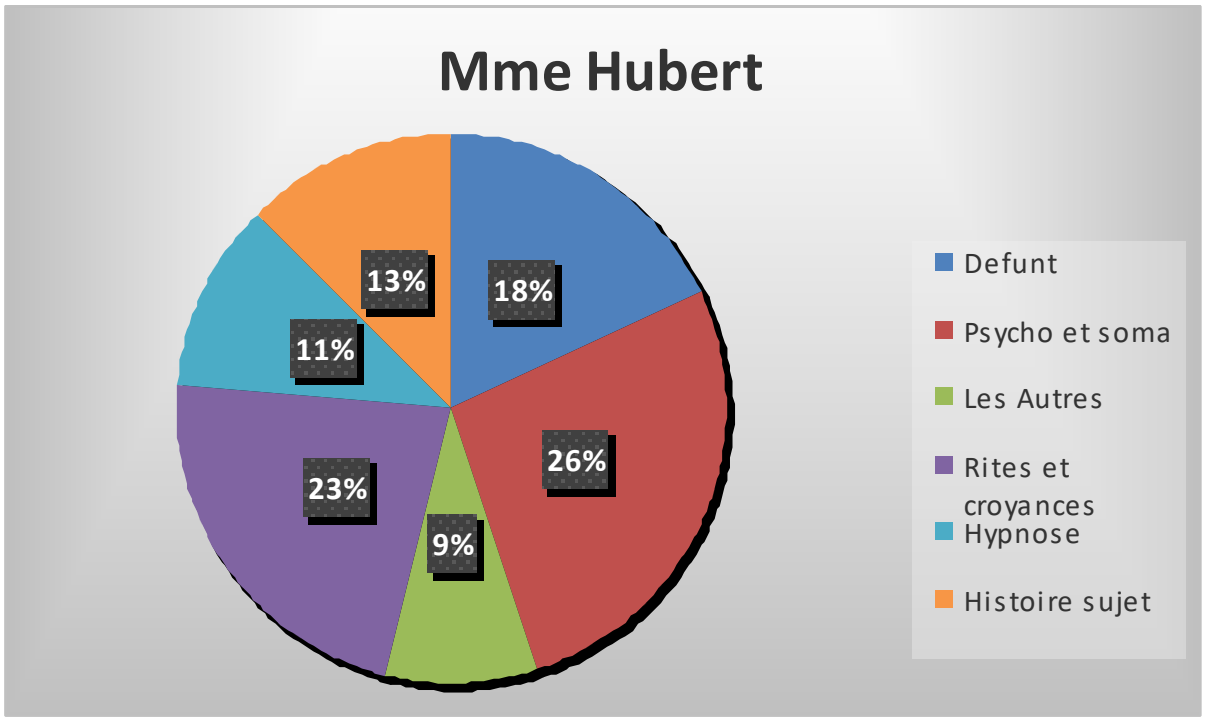
Madame Hubert obtient un score de 46/76 à l'ICG. Le score global se situe dans une marge haute qui identifie un deuil compliqué intense. L'incrédulité quant au décès est au premier plan. Les items relatifs à la colère, l'amertume et l'injustice sont cotés sur des intensités de 3 et 4 (« souvent » et « toujours »). La stupeur et l'engourdissement émotionnel demeurent les éléments saillants du tableau clinique 18 mois après le décès. Elle met en place des stratégies d'évitement de lieux associés au défunt. Un indice de sévérité se retrouve dans l'identification de Mme Hubert aux symptômes du défunt. Nous constaterons une focalisation hypocondriaque massive sur des manifestations proches de celles de la personne décédée.

Elle peut identifier des sentiments de solitude et d'isolement d'intensité modérée. Les perceptions sensorielles du défunt sont présentes, rarement sur un registre auditif, souvent par une modalité visuelle. Elle note le « *croiser régulièrement en voiture* ». Les relations sociales sont peu perturbées avec néanmoins une légère altération de la possibilité d'accorder sa confiance au gens. Nous relevons des troubles de la concentration et de l'initiation de tâche. Mme Hubert s'inscrit dans un registre de procrastination, d'inhibition de l'action. Elle mentionne des troubles du sommeil et des compulsions alimentaires nocturnes avec prise de poids.

Mme Hubert a été reçue sur quatorze entretiens en une année. Nous avons relevé 573 occurrences thématiques dans l'analyse du Verbatim. Elles se répartissent de la façon suivante :

1- Manifestations psychologiques et somatiques :	155 occurrences (27%).
2- Rites et croyances :	129 occurrences (22%.)
3- Défunt :	103 occurrences (18%).
4- Histoire personnelle :	72 occurrences (13%).
5- Hypnose :	63 occurrences (11%).
6- Les autres :	51 occurrences (9 %).

Graphique 6. Répartition des occurrences thématiques dans l'analyse de contenus du discours de Mme Hubert.



Mme Hubert, 29 ans, mariée, mère de deux enfants, se présente suite au décès de son père d'un accident vasculaire cérébral (AVC) massif. Dix-huit mois après cet épisode, elle ne perçoit pas d'amélioration dans son fonctionnement psychologique, voire une aggravation des angoisses de mort. Les problématiques somatiques occupent une place importante dans sa présentation.

Mme Hubert se trouve dans une situation de non aboutissement du rite funéraire. Elle pense que son père voulait une dispersion de ses cendres dans un lieu spécifique qui avait une valeur pour lui. Or, l'urne se trouve encore dans la voiture dans laquelle il a subi cet AVC massif. Ce véhicule est stationné dans son garage. Il semble y avoir un enjeu rituel sous-tendu par des croyances profanes.

Elle en mentionne plusieurs en construisant une représentation de l'âme de son père bloquée dans la scène itérative de l'accident tant que les cendres ne seront pas dispersées. L'acte serait libérateur. Ce modèle a été renforcé par la consultation d'un « médium ». Cette image du « fantôme » figé dans un espace nous évoque la notion de crypte d'Abraham et Torok. Ici, la crypte serait matérialisée un espace extrapsychique, toujours agissant sur le sujet, au sein duquel résiderait le fantôme du père. Les devoirs filiaux ne sont pas accomplis. Les restes mortels sont déposés dans le lieu même de l'accident, son véhicule.

2.6.a. Manifestations psychologiques et somatiques : 155 occurrences (27%)

« Je suis très angoissée. Mon père est mort l'année dernière d'un AVC brutal. C'est comme un mauvais rêve... que ce soit une attaque ou un AVC... c'est un mal dans le bien. C'est comme un jeu de loterie... mourir… c'est un monde parallèle. On meurt comme ça et pour ceux qui restent, ben tout bascule… […] *Je ne vois pas le sens de la vie… Je ne vois pas à quoi ça sert tout ça... Être gentil ou méchant c'est pareil. Ça tombe ».*

Mme Hubert décrit la souffrance existentielle générée par une rupture de sens. Elle avait organisé son univers autour de représentations et de croyances censées structurer le chaos du Réel. Il y avait des causes et des effets, une justice transcendante qui répartissait les récompenses et les punitions entre les « *gentils* » et les « *méchants* », dans un univers manichéen. Comme beaucoup, la mort de son père la confronte à la vacuité de la conception de « *Justice* » lorsqu'elle ne s'applique pas aux textes de loi. Pour elle, il est désormais possible de mourir, soudainement, indistinctement et sans le « *mériter* » particulièrement. Ainsi les valeurs morales qui dictent le comportement n'assurent en elles-mêmes aucune forme de rétribution concernant la maladie et la mort. Avec la mort, le chaos fait effraction dans la construction imaginaire. Là où il y avait une forme de logique, Mme Hubert introduit la notion de hasard en utilisant l'image de la « *loterie* ». Quand elle parle de « *mal dans le bien* » ou de « *monde parallèle* » pour désigner la mort, elle manifeste qu'elle circonscrivait bien ce type d'événement à l'extérieur de son existence jusqu'à ce qu'il percute son univers. Mme Hubert répétera à plusieurs reprises qu'elle vivait dans un monde enfantin, alimenté de dessins animés, qui entretenaient cette vision d'une réalité « juste » et dichotomique, entre bons et mauvais. L'expérience de la mort l'entraîne, malgré elle, dans le monde adulte, ses nuances et incertitudes. La dimension régressive est rassurante, elle y recourt fréquemment pour se soustraire aux vicissitudes de l'existence. Les enfants n'ont pas « *tout ça à gérer, eux* ». Pourtant, l'enfance de Mme Hubert ne fût pas exempte de lourdes difficultés. Elle cherche donc ce qui aurait dû ou aurait pu être une enfance « normale », qu'elle tente de garantir à ses enfants.

« Des fois je dis des choses, je m'entends, c'est comme s'il était encore là. Je dis : "eh c'est à mon père ça" *».*

Mme Hubert se sent habitée par son défunt père. Il se manifeste en elle par des propos, des comportements. Cela constitue à ses yeux une présence bénéfique, un héritage qu'elle a plaisir à recevoir. L'identification n'est ici pas morbide.

« Avant je ne m'écoutais pas... c'est arrivé à la naissance de mon premier enfant... et ça s'est aggravé à la mort de mon père. Je m'écoute plus. Quand j'ai mal à la tête je me dis que c'est un AVC ou ailleurs, que c'est un cancer… j'ai toujours un problème… Avec la mort de mon père... c'est mon regard sur la vie qui a changé… j'ai vraiment reçu en pleine tête que la vie était fragile... c'était la fin d'une histoire et puis d'une partie de mon histoire à moi... ».

En parlant de « *s'écouter* », Mme Hubert ne fait pas référence à ses besoins mais à ses « symptômes ». L'évolution hypocondriaque se caractérise dans le temps. Elle devient hypervigilante aux sensations corporelles qu'elle interprète dans un registre pathologique. La vie est fragile parce que le corps est vulnérable. Une idée de pathologie cachée chemine, particulièrement sous la forme du risque d'accident vasculaire cérébral, comme son père. Dans une dimension identitaire et de filiation, elle réalise que le décès de son père emporte avec lui une partie de sa propre histoire, ce qu'elle qualifie « *d'amputation* » dans l'extrait suivant.

« Avec mon père c'était vraiment une amputation. C'était mon noyau... J'étais dans ma bulle. Quoiqu'il arrive j'avais ma famille, papa maman, mon frère. J'ai perdu mon équilibre. J'ai très peur de la mort maintenant, très souvent. A la mort de ma grand-mère c'était le noyau qui éclate... mon noyau... mon père, mon frère, ma mère. C'était dans l'ordre des choses peut-être ? Ce que j'avais imaginé s'est cassé. Mon sentiment de... d'être en sécurité s'est envolé. Le noyau ce n'est plus mes parents aujourd'hui mais j'y arrive pas. C'est comme une barrière protectrice qui a disparu ».

Mme Hubert décrit une construction affective à l'intérieur d'un « *noyau* » familial. Cette « *bulle* » protectrice était constituée des membres de sa famille. Le deuil de sa grand-mère, particulièrement investie d'une fonction maternante, avait commencé à « *éclater* » ce sentiment de protection. Ces défenses extrapsychiques, incarnées, lui donnaient le sentiment d'appartenir à un ensemble. Elle avait sa place et son rôle. La déstabilisation de la dynamique familiale lui confère un ressenti de vulnérabilité, comme si elle ne possédait pas de défenses internes.

« J'*ai pris 10 kg en 6 mois.* [...] *J'ai quelques angoisses de séparation... quand mon fils a voulu aller chez sa mamie, je lui ai dit "tu m'abandonnes".* [...] *Je ne travaille pas et je n'y arrive pas. Ça me dévalorise. Je me sens submergée. Je veux faire trop de choses. Avec le petit c'est difficile.* [...] *Je ne réalise pas alors que ça fait plus d'un an et demi. C'est comme un rêve et je vais me réveiller. Même si je sais, j'y crois pas.* [...] *Ma mère ne s'est jamais remise de la mort de son père à elle… il y a 29 ans... j'avais un mois. Et moi non plus comme elle je ne m'en remets pas d'avoir perdu mon père* ».

Mme Hubert évoque les changements physiques depuis le décès. Ici, elle observe une augmentation de la charge pondérale. Nous verrons que cette prise de poids est corrélée à des compulsions alimentaires incontrôlables, sans vomissements. Elle se sent dissociée pendant l'ingestion et culpabilise après. Elle identifie elle-même des manifestations d'angoisse d'abandon, lorsque son fils évoque la possibilité d'aller chez ses grands-parents. Sur le plan socioprofessionnel, elle se sent en marge car sans activité déterminée. Elle participe avec son conjoint à des événements festifs. Elle reste incrédule quant à la réalité du décès. Elle est née un mois après la mort de son grand-père maternel, restant associée, pour sa mère, à la collusion de ces deux événements aux polarités émotionnelles souvent inverses. L'identification à sa mère à travers l'événement de la perte insurmontable d'un père est importante. Sa mère, employée de mairie, a développé une alcoolodépendance sévère ainsi que des troubles psycho-comportementaux. Le parent survivant est perçu instable et associé à des souvenirs douloureux.

Concernant ses relations à l'espace, Mme Hubert entretient un équivalent matériel d'une crypte psychique. Elle conserve dans son garage la voiture dans laquelle son père a eu cet accident cérébral. A l'intérieur de ce véhicule se trouve l'urne funéraire avec les cendres. Elle y conserve également ses affaires. Il existe un lieu dédié. Mme Hubert dit ne pas trop y penser sauf quand elle s'y rend. Nous verrons dans la section consacrée aux rituels ce que cela peut représenter.

Le temps est une source nouvelle d'anxiété. Il s'écoule trop vite et la rapproche de la maladie et de la mort. Elle voudrait le remonter pour échapper à la souffrance et la finitude.

« Avant je me disais "ah tu as le temps"... Maintenant non... le temps est compté en fait. Moi je sors de mon monde pour réaliser que le temps est compté. Comme pour parler à mon père... j'avais le temps je me disais... mais en fait non... Je voudrais repartir petite fille des fois.

J'ai de bons souvenirs. Je m'éclate à acheter des jouets aux enfants, je ne suis pas trop dans le monde adulte ».

Mme Hubert modifie sa relation au temps. Il était auparavant étendu, indéterminé, sans fin réelle. Elle « *avait* » le temps, pour faire ou dire. Elle éprouve de la culpabilité de n'avoir pas pu parler avec son père, recueillir des paroles avant sa mort, d'autant qu'il lui avait dit qu'il fallait qu'il lui parle. Ce qui n'a pas été dit et entendu laissera une trace en creux, un mystère qui laissera Mme Hubert en tension. Comme nous l'avons vu, elle évoque cette idée de remonter le temps pour revenir en enfance. Elle entretient cet univers avec sa descendance.

« Je me retrouve seule avec ma peur de vieillir, d'être malade. J'en suis déjà là... je m'imagine dans 15 ans… je pense à l'âge de mon père quand il est mort… j'en suis déjà là et c'est bientôt fini. Vieillir, c'est être seule et souffrante comme ma grand-mère ».

Mme Hubert exprime ses angoisses lors de projections dans un avenir nécessairement orienté autour de la déchéance physique, de la maladie et de la solitude. Elle s'identifie à son père et envisage sa propre finitude au même âge. Elle construit un scénario cognitif dramatique dans lequel elle devrait rejouer les destinées familiales funestes.

« Le 19 c'était l'anniversaire de la mort de papa... il y a deux ans maintenant. J'ai beaucoup pleuré... je n'ai pas ressenti ça l'année dernière. J'ai pas fait attention à cette date de la même façon et là j'ai ressenti fortement cette douleur ».

La date anniversaire mobilise des émotions et des sensations physiques, comme une douleur. Chez elle, l'émotion trouve un équivalent symptomatique somatique. Nous nous interrogeons sur la place qu'occupe la participation de Mme Hubert à notre recherche dans l'intensification de ses réactions à cette période. Le fait de mettre son vécu du deuil en travail avec une approche thérapeutique peut mobiliser davantage d'émotions et d'attention portée aux phénomènes liés au deuil. Il peut exister un écueil d'entretien et d'exacerbation de ces manifestations psychologiques par la verbalisation répétée avec un thérapeute. Nous avons déjà observé que l'espace accordé au défunt et au discours de l'endeuillé pouvait chez certains patients, figer la dynamique du deuil. Comme pour le psychotraumatisme, il peut être utile de laisser un temps au sujet pour mobiliser ses défenses et intégrer l'impact de l'événement dans

son existence. Ce temps étant très variable dans le deuil, il ne peut constituer le seul critère d'appréciation.

Le sous thème le plus représenté après les plaintes somatiques et psychologiques, est celui de « l'imprévisibilité ». Mme Hubert l'a très clairement relaté, la mort de son père a fait basculer sa représentation d'un monde cohérent vers un univers chaotique et non maîtrisable. A nouveau, tout peut se produire à n'importe quel moment et concerner n'importe qui. Mme Hubert entre en incertitude. Nous associons cette section avec celle des « pensées sur la mort. ». L'imprévisibilité concerne en effet l'irruption possible de la mort dans sa vie, chez ses proches.

« Depuis qu'il est mort… j'angoisse pour tout le monde... mes enfants, mon mari, moi... j'ai peur tout le temps… de la maladie... de la mort… ça me ronge vraiment le cerveau… j'ai tout le temps peur... parce que tout peut arriver… à n'importe qui. Ça a été tellement brutal… j'ai réalisé… que tout peut s'arrêter… […] *Je prédis des malheurs mais aucun ne se réalise. Je vois la mort partout. J'ai plus peur de vieillir que de mourir. Dans 15 ans j'ai l'âge... c'est proche… ça pourra être nous. L'issue sera là. Mourir, le drame. J'ai peur du néant. Qu'il n'y ait rien. J'ai peur de laisser les enfants. À leur âge si leur maman leur manque, quelle éducation ils vont avoir ? Il faudrait accepter de mourir brutalement et je suis obsédée par ça. J'ai conscience que ça arrive ».*

Nous relevons les anticipations anxieuses, les ruminations obsédantes et les préoccupations somatiques. Elle reconnaît que ses prédictions malheureuses ne se réalisent pas et relèvent de ses propres projections anxieuses. Le niveau de contrôle perçu est faible, voire nul. Le lieu de contrôle est externalisé, plus rien ne dépend d'elle. Elle se fixe l'âge de décès de son père comme une échéance qui va la concerner également. Lorsqu'elle développe ses angoisses sur la mort, elle extrait différentes composantes. D'abord, elle perçoit le vieillissement et la déchéance du corps. Ensuite, l'angoisse de néantisation, s'il n'y a « *rien* » après. C'est ce qui est irreprésentable et indicible, ce qui absorbe toute notion de survivance d'un sujet. Nous verrons que ses croyances tentent de pallier les effets de ce doute. Puis, elle évoque la peur d'abandonner ses enfants et de les livrer à eux-mêmes. Et enfin, sa peur porte sur la brutalité de la mort, ne rien anticiper et subir passivement, donc ne pas maîtriser le processus.

2.6.b. Rites et croyances : 129 occurrences (22%.)

Mme Hubert développe son discours sur ses croyances, religieuses et profanes.

« Ce que j'aurais voulu, c'est demander à mon père s'il est bien là où il est. Qu'il me dise juste qu'il est bien là. C'est ce que je ne sais pas [...] *Un médium m'a dit qu'il était bloqué dans la scène de l'accident. Et que ça se répète. Et moi peut-être que j'entretiens ça en gardant l'urne dans la voiture où il a fait son AVC. Il revit la scène... ».*

Mme Hubert voudrait pouvoir communiquer directement avec le défunt. Le rituel n'est pas clos. Elle pense d'ailleurs que *« sous hypnose »*, elle pourrait peut-être voir *« un signe »*. Elle consulte un médium qui, loin de la rassurer sur le repos de l'âme du défunt, lui indique que son père vit en boucle la scène de l'accident. Mme Hubert pense avoir une responsabilité dans le phénomène en conservant les cendres dans le véhicule où il a eu cet AVC. En termes de croyances, Mme Hubert adhère à l'idée d'une survivance de l'esprit après la mort et de ses manifestations. Elle envisage également que les actes des vivants aient un impact sur l'esprit des défunts. Elle croit en une communication possible entre les deux « mondes ». Les défunts adressent des signes que les vivants doivent interpréter.

« Je suis chrétienne. Des fois je parle à dieu... [...] *J'ai peur que la mort soit le néant... le trou noir... mais j'ai envie de croire à autre chose pourtant ».*

Mme Hubert mentionne des croyances religieuses et des adresses ponctuelles à Dieu. Elle explicite avoir une envie de croire et une peur du néant. La continuité de l'existence, sous une forme ou une autre, apparaît sécurisante.

« C*hez moi, j'ai senti son parfum un mois après sa mort. Un jour... c'était en mars, il y a un an ou un an et demi, je crois… J'ai interprété ça comme un signe de mon père.* [...] *Mon père était toujours en colère... mais il y avait une part de vérité. J'espère un signe de sa part… pas le néant. Un signe qu'il y ait une vie après la mort. Qu'il sorte quelque chose ».*

Mme Hubert témoigne d'une perception sensorielle, olfactive, qu'elle a interprétée comme un signe de la présence de son père. Au-delà de ce qui concerne ce dernier, un signe du défunt ouvrirait à Mme Hubert la possibilité de savoir qu'il existe « *une vie après la mort* »,

donc de rétablir un sentiment de continuité qui réorganiserait le chaos survenu avec le décès. Ses représentations sur l'ordre du monde ont été perturbées. L'adoption de nouvelles croyances permettrait une restauration du sens. Elle a cependant besoin d'un élément tangible pour légitimer son adhésion à ces idées.

« J'ai perçu plusieurs signes. Après son enterrement, je tombais toujours sur la même musique qu'il aimait dès que j'allumais la radio. [...] *J'ai fait un autre rêve. Il était là et je perdais mon compagnon dans un accident de voiture. Je le perdais très soudainement et mon père me disait « tu as ta famille, avance ». Quand je suis en voiture aussi, je croise une voiture, souvent je vois son visage sur le conducteur... des fois... j'ai peur, je me dis qu'il a fait son AVC dans sa voiture et qu'il le vit en boucle, qu'il n'est pas avec nous. Son âme retourne chez la personne chez qui il a fait l'accident. Il ne peut pas rester avec nous. Je ne peux pas aller le libérer toute seule. Il faut qu'on le fasse ensemble avec mon frère… je me dis que s'il est bloqué par son accident et la voiture, il faut que je le sorte de là. Je voulais le faire avec les proches mais on est dispersés ».*

Mme Hubert explique sa perception des signes. Elle évoque le fait d'entendre fréquemment une musique qui passait le jour des funérailles et que son père affectionnait particulièrement. Puis, elle fait état de sa présence onirique, qui l'encourage à poursuivre sa vie. Elle mentionne des illusions visuelles, comme le visage de son père sur celui d'un conducteur automobile. Les propos du médium semblent avoir pris une valeur de vérité et s'imposent comme l'hypothèse privilégiée. Mme Hubert se donne pour mission l'accomplissement du rituel libérateur : la dispersion des cendres que souhaitait son père. Ses croyances semblent aller en ce sens et nous y voyons une démarche symbolique potentiellement porteuse de changements. Mme Hubert qui se trouve à ce moment-là en position d'impuissance apprise, peut tenter de restaurer un contrôle perçu. Elle poserait des actes qui dépendraient d'elle et qui engageraient un travail de réparation avec le défunt. Cela pourrait avoir un impact sur la culpabilité.

Par la suite, Mme Hubert donne des éléments associés à un deuil précédent, de sa grand-mère.

« *Je ne voulais pas. J'ai refusé sa mort. Je suis allé à l'hôpital la voir et je voyais les draps bouger alors qu'elle était morte* [...] *J'ai vu le cercueil partir dans les flammes mais j'ai pas réalisé. Elle était là. En sortant des WC, je la voyais. Je l'attendais. Je faisais de l'écriture*

automatique pour qu'elle communique avec moi. Je n'ai jamais pu vraiment accepter sa mort... ».

Mme Hubert décrit une expérience de contact avec la mort articulée autour de la dénégation du Réel et d'un vécu d'illusions et hallucinations autour de la défunte. Elle communiquait déjà avec la personne décédée. Cette mort inacceptable s'inscrit dans la dynamique de Mme Hubert au sujet de la perte des proches.

Puis, Mme Hubert relate le déroulement des rites funéraires.

« Ce moment d'aller aux pompes funèbres et de choisir le cercueil, c'était irréel. Comme ma mère est divorcée, nous nous sommes occupés de tout avec mon frère. [...] *J'ai fait une espèce de petit autel à la mémoire de ma grand-mère et de mon grand-père. C'est une sorte de rituel de protection et de prière pour protéger les proches et les animaux ».*

Mme Hubert et son frère ont été actifs dans le déroulement du rite. Elle mentionne une pratique domestique avec l'élaboration d'un autel dédié à la protection et la prière des proches. Cela ressemble à un autel des ancêtres. Les figures grand-parentales tutélaires sont invoquées pour protéger les vivants. Elle engage le lien de filiation des ancêtres aux descendants. Son père doit pouvoir transformer son statut d'âme errante en figure protectrice par l'accomplissement du rituel.

« J'avais beaucoup d'affection pour mon père… Je crois bien qu'il voulait qu'on disperse ses cendres à ce confluent. C'était un lieu qu'il aimait vraiment beaucoup. Et en fait… pour le moment… j'ai jamais réussi… je suis bloquée. J'ai peur de le jeter comme ça et de ne plus rien avoir de lui. Après... où est ce que je pourrais penser à lui… ça sera vraiment fini. Le néant »

Mme Hubert exprime ici ses craintes quant à la dispersion. Elle utilise le mot « *jeter* », comme si elle se débarrassait ou évacuait un objet sans importance. Le geste a un aspect définitif, irréversible. Elle peut mettre à jour sa crainte de séparation et d'abandon. Sur un registre de croyances, elle pense qu'il est souhaitable de respecter les vœux du défunt. Sur le plan affectif, elle ne peut consentir à se séparer de lui physiquement. Cette dispersion rejoint justement l'angoisse de néantisation qu'elle évoquait précédemment. Sans stèle ni sépulture, son père

retournerait vraiment au néant. Il y a une dissonance, un conflit interne entre l'attachement physique et la conception spirituelle.

« Ben là en fait j'ai sa voiture dans mon garage avec l'urne et ses cendres dans la voiture. Il est mort dans cette voiture… enfin c'est là qu'il a fait son AVC… après il est mort à l'hôpital... Je n'arrive pas à rentrer dedans… J'y pense pas tout le temps mais dès que je la vois… il faudrait que je le libère un jour. Je lui dois ça... je vais en parler à mon frère pour que nous y allions ensemble. Je crois que je ne veux pas y aller avec sa compagne… je dois avancer un jour mais Je ne veux pas le trahir. [...] *Je me prépare psychologiquement à aller disperser les cendres. Je ne vais jamais voir ma grand-mère au cimetière. Alors mon père ça sera pareil. Je n'ai pas besoin d'aller sur le lieu… spontanément je ne vais pas voir l'urne dans le garage je sais juste qu'elle est là.* [...] *J'ai peur de disperser les cendres de mon père. Tant qu'il est dans son urne à la maison, je sais qu'il est là. J'ai peur de le perdre encore. Je ne veux pas séparer les cendres, je ne veux pas séparer le tout pour en garder une partie chez moi. Lui voulait faire une dernière descente de rivière, il adorait ça…* [...] *J'ai des freins... disons psychologiques pour disperser les cendres. J'ai envie de lui dire : " fais-moi un signe pour me dire ce que tu veux, ce que je dois faire" ».*

Mme Hubert partage au fil des séances ses oscillations au sujet du rituel qui implique une séparation définitive de corps. Si elle accomplit la dispersion, elle perd les derniers éléments concrets la liant à son père. En revanche, ne pas le faire l'expose à la culpabilité de ne pas respecter les volontés d'un mort. Elle se trouve impliquée dans un conflit de loyauté entre ces deux positions. Elles ont comme thématique commune l'abandon du père. Soit de ses restes mortels, soit de sa parole. Il en résulte une certaine confusion dans le processus décisionnel et de la culpabilité. Elle traduit ses doutes, ses tentatives de rationalisation, de réassurance. Elle recourt à la pensée magique en espérant que ce soit son père décédé qui prenne la décision par un signe clair.

« *Les cendres sont encore à la maison. Je vais les disperser. Peut-être le 15 juillet avec mon frère. Je sais pas si mon père voudrait que sa compagne soit là. Il est là dans le garage mais je ne vais pas le voir.* [...] *Je sais que disperser les cendres serait respecter ses souhaits.* [...] *C'est décidé. On s'est fixé avec mon frère, on s'occupe des cendres en septembre. Si on veut se recueillir, on ira à la confluence des deux rivières, comme il voulait. C'est symbolique les cendres. On ne va pas les partager en deux. On a marié ma mère la semaine dernière et avec*

mon frère on a parlé de cette dispersion des cendres. C'est lui qui a amené le sujet cette fois ci. Il a repris l'idée de le disperser au confluent des deux. On est d'accord sur l'endroit. C'est un très très gros truc. Bientôt trois ans et j'ai pas fait avancer les choses. C'est dur de le faire. Mais je crois qu'il faut ».

Mme Hubert souligne l'importance du rituel, semble se déterminer mais se montre ambivalente et repousse constamment la date.

« C'était une belle cérémonie, dans une belle église. J'ai pu lire mon texte. Ma belle-mère croyait que j'étais shootée. J'ai occulté tout le monde autour. Il y a eu une crémation. [...] T*out le monde a fait comme si... les gens plaisantaient... après la cérémonie. On n'a pas eu le temps de parler avec mon père ni de savoir quoi faire pour le don d'organes. Du coup on n'a pas donné. Maintenant on en parle entre nous mais lui n'avait pas donné vraiment de consignes. Il en avait parlé, pas précisément… mais il voulait que ses cendres soient dispersées au confluent de deux rivières qu'il aimait. La sœur de mon père était là. Ce qui est injuste, c'est que, mon beau-père, on avait fait une veillée funéraire à la maison pour lui. Alors que papa a été rapatrié dans un funérarium de sa ville. C'est comme si on l'avait abandonné ».*

La cérémonie officielle s'est apparemment déroulée de façon appropriée. Cependant, Mme Hubert va souligner plusieurs paramètres ayant pu altérer les fonctions du rite. Son état psychologique, dissocié. Elle ne percevait pas son environnement et elle semblait « *shootée* », dans un état de conscience modifiée. La mort n'était pas abordée avec son père et les proches se sont trouvés dans un temps d'incertitude au sujet des souhaits du défunt. Sa fille n'est pas certaine de respecter ce qui comptait pour lui. Elle souligne une différence de traitement entre son père et son beau-père, tous deux décédés à peu de temps d'intervalle. Le corps de son père a été amené dans l'environnement impersonnel du funérarium, un peu éloigné tandis que son beau-père a eu une veillée au domicile, avec tous ses proches. Elle culpabilise de cet abandon.

« Il est mort le 28 novembre… il est mort et on passe... personne n'en parlait. Et le père de ma belle-mère est mort ce jour-là. Alors mon père est passé à la trappe dans la belle-famille, tout le monde s'est concentré sur le père de ma belle-mère ».

Son décès a été occulté par un autre survenu en même temps dans sa belle-famille. Il lui manquait un espace et un temps dédié pour personnaliser la cérémonie et densifier son existence

aux yeux de la communauté. La pompe est le moyen de rendre un hommage qui doit être à la hauteur de ce que fut le défunt.

2.6.c. Défunt : 103 occurrences (18%).

Lors de notre première rencontre, Mme Hubert parle de la relation à son père en ces termes : « *on avait une relation compliquée… oui il y avait une distance les derniers temps mais on s'aimait… c'était surtout parce que son amie est bizarre* ».

Son père est décrit comme un homme colérique mais il y a dans le discours de Mme Hubert une forme d'idéalisation. En comparaison à sa mère alcoolodépendante et négligente, il apparaissait comme un élément de stabilité possible.

Après la séance d'hypnose, centrée sur la mémoire et l'accès à un père qui peut avoir une identité complète, le discours se complète.

« Ce sont des passages de ma vie que j'avais oubliés... j'avais peur de ça ? Ce sont des choses qui me reviennent en ce moment… peut être après la séance d'hypnose ? Ça me fait mal de parler de ça... je me suis battue avec mon père adolescente. Il m'a frappée… mais surtout ma mère. Comme j'étais ado, j'étais pas facile. Je sortais j'en faisais qu'à ma tête. Je fuyais l'atmosphère de la famille... trop lourde pour moi. Je voulais être interne pour m'échapper. Et puis, j'ai été accueillie dans une maison familiale et je les appelais tous les soirs. Je fuyais sans réussir... j'étais tout le temps inquiète... s'ils s'étaient entretués… ? Les dernières années ont effacé tout ça... dès la séparation d'avec ma mère il est devenu plus apaisé. J'ai demandé à ce qu'ils divorcent. Ils se détruisaient. La situation à la maison était vraiment infernale. Je leur en veux surtout pour mon petit frère... à 23 ans, il a des problèmes avec la justice… Et pas de travail stable... je crois qu'ils sont responsables de ses échecs et de ses dépendances. Il boit… il prend des trucs aussi... ».

Mme Hubert s'autorise à décrire un contexte familial complexe et des relations violentes au sein du couple parental. Elle semble donner accès à une dimension plus réelle des interactions familiales. Elle mentionne la violence de son père à leur égard. Elle explique ces

comportements par ses propres excès d'adolescente. La dynamique conjugale délétère l'a poussée à fuir le domicile. Elle exprimera par la suite de la culpabilité à y avoir laissé son frère cadet. L'image du défunt se complexifie. Il pouvait être un père héroïque comme un homme impulsif, colérique et violent. La séparation du couple a produit un apaisement certain et Mme Hubert a pu reléguer progressivement le souvenir de cette époque. Au décours de la séance d'hypnose, alors qu'il était question de pouvoir intérioriser la relation au défunt et non la centrer sur les cendres, Mme Hubert a suivi un chemin mnésique associatif. Elle postule que ce phénomène de réminiscence peut être attribuable à la séance d'hypnose. Nous restons vigilants à ne pas induire de faux souvenirs en étant trop directif sur les contenus suscités par les participantes. Cet aspect de son histoire a émergé spontanément et elle a pu en parler avec son frère qui atteste de l'existence de ces événements.

Mme Hubert parle de la présence du défunt dans son quotidien.

« Moi, je fais rentrer mon père dans les conversations. [...] *C'est important de connaître son histoire... on doit se souvenir.* [...] *J'ai rêvé de lui. J'étais dans le village. Je sortais d'une boutique. Je croise mon père, il était là. Il revient vers moi pour me parler. Mais je ne comprends pas ce qu'il dit. Il était là pour peu de temps parce qu'il était très malade. Mais c'était lui sur les derniers temps.* [...] *J'ai rêvé de mon père. Il mourait mais il n'était pas mort. Il était dans le corps de quelqu'un d'autre. C'était lui et pas lui. Il a pris la place de quelqu'un d'autre* [...] *Je pleure quand je vois des objets à lui ou que j'y pense. Entre les moments de rappel, ça va. Ça m'envahit moins. J'espère encore parler à mon père même si je sais que c'est impossible ».*

Madame force parfois la place que peut occuper le défunt parmi les vivants. Elle le ramène dans les échanges, lui alloue une place. Il occupe ainsi un espace propre. Mme Hubert dit qu'il est important de connaître son histoire pour raconter et transmettre. Elle mentionne des rêves. Le premier aborde le thème de l'impossible communication. La parole perdue de son père, comme le furent ses derniers mots avec la conversation qu'ils n'ont pas pu avoir. Le deuxième implique un processus d'annulation de la mort et de substitution des corps. Nous relevons le thème du familier et de l'étranger. Mme Hubert reste sensible aux objets évocateurs du souvenir. Elle demeure dans une attente de renouer un contact verbal, tout en étant capable de critiquer cette pensée.

2.6.d. Histoire personnelle : 72 occurrences (13%).

Mme Hubert est une de celles qui présentent le plus fort taux d'occurrences relatives à son histoire personnelle. Elle nous fait part des deuils qu'elle a pu traverser antérieurement.

« J'ai perdu mes deux grands-parents paternels en 2008... C'est tout le côté paternel qui a disparu en 3 – 4 ans ».

Mme Hubert souligne le déséquilibre dans lequel la plonge la disparition complète de sa famille paternelle. Il lui reste à présent sa mère, avec qui la relation est complexe, en raison de troubles comportementaux induits notamment par sa consommation excessive d'alcool.

« *J'ai reçu un appel de mon beau-père. Ma mère était à l'hôpital, alors ça allait. Je me suis moins pris la tête. Je ne la reconnais pas. Elle travaille dans une mairie... elle a perdu son père à ma naissance. Elle m'a présentée à lui tout bébé, je venais de naître et il a dit :* "moi je m'en vais, toi tu arrives". *Un mois après ma naissance, il est mort. C'est très lié dans la tête de ma mère. Elle a toujours cette image en tête. Et puis elle a voulu avorter de mon petit frère… A son réveil, elle a changé d'avis. Elle était déjà bourrée quand j'avais 7-8 ans* [...] *À la mort de la mère de ma mère j'avais 11 ans. J'ai eu une grosse angoisse de mort... ça voulait dire que je pouvais disparaître moi aussi ! ».*

Mme Hubert inscrit dans le discours ce lien transgénérationnel entre ceux qui se succèdent. L'image est celle d'un passage de relais. Les événements restent fortement associés pour sa mère. Son statut changeait, elle devenait mère à la mort de son père. Selon les propos de Mme Hubert, sa mère aurait vécu à cette époque une dépression majeure, entre une manifestation post-partum et la tristesse du deuil. Cela aurait directement altéré la qualité des liens entre sa mère et le nourrisson puis l'enfant qu'elle était. L'alcool viendra incapaciter sa mère au point de provoquer une inversion des rapports, une parentification de Mme Hubert.

2.6.e. Hypnose : 63 occurrences (11%).

a- Représentations :

« Oui j'en ai beaucoup entendu parler. Enfin comme tout le monde, on voit des trucs. On en parle beaucoup en ce moment, à la télé, à la radio. Moi, je trouve ça magique de pouvoir changer les gens comme ça, d'un coup. On le voit avec Mesmer, en quelques secondes les gens sont dedans, et là ils lâchent tout… ça doit faire bizarre de se revoir après… à rien contrôler... un peu comme quand on a trop bu et qu'on a oublié la soirée… il y a toujours quelqu'un pour vous montrer une vidéo. En tous cas si ça peut me faire arrêter de fumer et me faire maigrir, je veux bien essayer. Je suis… ouais… plutôt bien curieuse d'essayer. Ce que j'aimerais moi… ça serait que vous alliez chercher tout au fond ce qui ne va pas chez moi. Pour le faire sortir. […] *Et puis… c'est bête... mais j'espérais que sous hypnose, je verrais un signe… pour mon père ».*

L'évocation de la pratique hypnotique est enthousiaste et semble mobiliser de nombreuses attentes. Les sources médiatiques constituent un canal d'information privilégié. Elle y trouve un caractère « *magique* » et radical, puisque cela peut « *changer les gens comme ça, d'un coup* ». Mme Hubert cite un hypnotiseur de spectacle renommé et les effets de ses pratiques sur le public. Elle évoque la perte de contrôle et l'amnésie post-hypnotique. Elle compare cette expérience à un état d'ébriété avancé. Elle mentionne divers bénéfices possibles, tel qu'arrêter de fumer ou perdre du poids. Ces changements ne s'inscrivent pas dans ce qu'elle évoquait à propos de l'hypnose de spectacle, ni dans le contexte du travail de deuil. Elle parle également de l'aspect prospectif de l'hypnose qui irait chercher « un mal caché » qu'il conviendrait d'expulser. Enfin, elle formule l'espoir que l'hypnose, attachée au système profane, pourrait la mettre en lien avec son défunt père. Les attentes sont diversifiées et nombreuses. Le fond de croyances présent devrait constituer une base dynamique de changement. Cependant, elles peuvent être trop importantes et empêcher le sujet de vivre l'expérience, alors qu'il voudra l'observer. De même, la perte totale de contrôle sur son comportement et l'amnésie post-hypnotique ne font pas partie de notre fonctionnement, ce qui viendra heurter les représentations et potentiellement en altérer la portée thérapeutique. Si l'expérience ne correspond pas à la représentation, Mme Hubert pourra douter d'avoir éprouvé un état hypnotique, comme nous le

voyons lors de revendications de faire « *de la vraie hypnose* », c'est-à-dire correspondante aux représentations du sujet.

b- Contenus :

Nous mettons une emphase sur la période inductive de l'état hypnotique afin de favoriser une bonne adhésion de madame Hubert au dispositif. Nous lui proposons de mettre en travail des contenus qu'elle a identifiés précédemment.

Nous effectuons l'habituelle identification des ressources et des zones de sécurité, pour qu'elle puisse ensuite investiguer ce « noyau » qui constituait son équilibre. Elle peut le visualiser, le réifier, le reconstruire, le réaménager. Elle visualise également la « *barrière de protection* » qui doit lui permettre de filtrer ce qui est dangereux de ce qui ne l'est pas. Nous insistons sur sa capacité à écouter les parties saines et vivantes de son corps, ses besoins réels, sa capacité à se protéger par elle-même, à restaurer un contrôle sur certains comportements néfastes qui traduisent un déficit d'estime de soi. Elle évoque la sensation de vide et le remplissage. Nous utilisons son goût pour l'équitation. Elle a fait une chute de cheval qui l'a beaucoup marquée, 6 mois après le décès de son père. Nous reprenons cette métaphore, sur le fait de s'être sentie « désarçonnée » et de pouvoir « remonter en selle ». Les éléments de langage courant, devenus des expressions, facilitent cet usage. Elle peut travailler sur la peur de perdre le contrôle de l'animal et la façon dont cette émotion renforce le risque effectif. Elle retrouve ce ressenti, la crispation et la rigidité ne sont pas des attitudes facilitatrices. Nous lui proposons un accomplissement du rituel, une façon de dire « au revoir » au défunt en se remémorant son histoire et de garder ce qui est important en elle, notamment par le travail de « tri des objets » laissés par son père dans son espace psychique. Les « objets » en question sont ici les valeurs, les croyances, les traits identificatoires, les apprentissages et ressources, mais aussi les conduites dysfonctionnelles dont elle peut hériter ou non.

c- Effets :

« Je n'ai pas eu de signe… je me sentais flotter, légère, sauf les yeux... mais je restais bien consciente de tout ce qui se passait autour. Je pensais plus déconnecter... comme un sommeil profond... mais là j'entendais et je sentais les choses encore... oui je me suis sentie sur le cheval, garder l'équilibre... trouver la force et la volonté. J'ai vu la constitution d'un noyau dur avec les images de mon frère, ma mère et mon père… entourés d'une barrière protectrice végétale. J'ai donné une place à mon père dans ce noyau, comme un globe en réseau, tous reliés. Après je me suis vue dans quelques temps sans tabac. Libre. A m'occuper de moi. Ça m'a fait réaliser l'histoire de ce que je faisais et qui me faisait du mal ».

Les premières données sont sensitives. Mme Hubert est étonnée et dubitative à propos de la profondeur de la transe. Elle pensait à une déconnexion complète. L'hypnose retrouve ici sa représentation du sommeil profond. Elle peut cependant ressentir les différentes expériences, comme elle l'exprime : « *je me suis sentie sur le cheval* ». Elle visualise les éléments proposés. Suite à une proposition d'agir pour soi, dans un soin et une attention portée, elle s'approprie l'arrêt du tabac. Nous la revoyons trois semaines plus tard.

« C'est impeccable. J'ai totalement arrêté de fumer depuis le 22 ».

Effet recherché et annoncé par madame, l'arrêt du tabac a pu se concrétiser avec l'hypnose comme élément déclencheur d'une motivation. Il s'agit d'un gain collatéral inattendu qui fait généralement l'objet d'une approche spécifique. Mme Hubert fait part ensuite de ce que nous avons cité dans « la relation au défunt », un retour d'une mémoire associative, une image plus complète et complexe de son père.

« Ce sont des passages de ma vie que j'avais oubliés... j'avais peur de ça ? Ce sont des choses qui me reviennent en ce moment… peut être après la séance d'hypnose ? Ça me fait mal de parler de ça... je me suis battue avec mon père adolescente. Il m'a frappée… mais surtout ma mère. Comme j'étais ado, j'étais pas facile. Je sortais j'en faisais qu'à ma tête. Je fuyais l'atmosphère de la famille... trop lourde pour moi. Je voulais être interne pour m'échapper. Et puis, j'ai été accueillie dans une maison familiale et je les appelais tous les soirs. Je fuyais sans réussir... j'étais tout le temps inquiète... s'ils s'étaient entretués… ? Les dernières années ont effacé tout ça... dès la séparation d'avec ma mère il est devenu plus apaisé. J'ai demandé à ce

qu'ils divorcent. Ils se détruisaient. La situation à la maison était vraiment infernale. Je leur en veux surtout pour mon petit frère... à 23 ans, il a des problèmes avec la justice… Et pas de travail stable... je crois qu'ils sont responsables de ses échecs et de ses dépendances. Il boit… il prend des trucs aussi... ».

Puis Mme Hubert note un changement de rôle avec un regain d'assertivité. Elle se positionne de façon plus affirmée dans ses relations. Des composantes identitaires et d'identification des besoins semblent émerger.

« Je change de rôle. Je peux pas rester soumise. Ça les embête ils ont envie de me remettre dedans. Mais ça m'étouffe trop. Je ne suis pas soumise à mon conjoint. Pour lui, on serait parti loin. Il s'est fâché avec son père avant qu'il meure. Tout le monde est tout le temps ensemble dans cette famille... je me rebelle un peu. J'ai l'impression d'avoir dormi tout ce temps et de me réveiller enfin ! [...] *J'ai revu beaucoup de situations… pas uniquement avec lui mais en famille. Je revois surtout par des photos, mes souvenirs à moi, ils sont obscurs. J'ai ressenti un grand frisson dans tout le corps ! J'ai eu un grand mal à la tête et des pics aux cœurs. Là et là* [elle désigne]. *Avant de parler des cendres c'est comme si ça m'avait mis un coup très violent au cœur. Ça battait très rapidement. Je me suis vue aussi appeler son ex-compagne et lui demander ce qu'elle souhaite pour les cendres. Mais elle a trop profité de lui, un an et demi sans nouvelle... Il me faut du temps avant de le lâcher ».*

Diverses sensations physiques très intenses sont apparues au cours de la séance. Un « pic au cœur » et un « grand mal de tête ». L'expérience hypnotique a mobilisé des réactions somatiques fortes, comme le cœur comme symbole d'attachement et la tête comme la partie du corps qui a dysfonctionné en causant la mort de son père. Mme Hubert s'affirme et se démarque des volontés qui s'expriment, elle prend place. Deux mois plus tard, elle poursuit ses observations.

« Je suis remontée sur mon cheval. Avec un gilet de protection. Et j'ai eu peur. J'aurais dû remonter tout de suite après ma chute mais là je n'ai pas pu. C'est comme dans la vie... il faut sans doute remonter tout de suite. Je me suis sentie bien sur le cheval. J'étais angoissée puis c'est passé... c'est ma passion, il ne faut pas que je mette ça de côté, il faut que je fasse ce que j'aime. J'ai chuté 6 mois après la mort de mon père. J'avais perdu confiance en moi... en ce qui me tenait stable. Même en la vie. Il y a eu une rupture. C'était la cassure. J'ai une

obsession de pouvoir faire les choses comme à cheval. Si on se protège trop, on ne vit pas. Faut que j'ose refaire des choses... comme de la moto... avant j'en faisais et là j'ai peur mais en faisant on a moins peur, je sais ça. La moto c'est pareil ».

Mme Hubert se mobilise sur l'activité et se connecte avec ses goûts et ses envies, ce qui pouvait la caractériser. En dépit des peurs et appréhensions, elle se réengage sur ce qui la « passionnait ». Ces activités sont liées, selon elle, à la confiance en soi. Elle s'interroge sur sa capacité à reprendre des risques.

2.6.f. Les autres : 51 occurrences (9 %).

Les occurrences sont faibles pour cette thématique. Elles concernent son conjoint, sa belle-famille, ses enfants et son frère.

« Pour mon conjoint, c'est fini ils sont morts. Tout le monde passe à autre chose autour de moi. On n'en parle plus pour me protéger. Je suis sensible, je pleure devant les films. J'ai envie de le revoir... mais la famille ne comprend pas pourquoi je suis toujours là-dedans. J'ai envoyé un message à mon frère sans se parler on y pensait tous les deux. Personne n'en a parlé. Tout le monde a tout fait pour ne plus en parler de mon père. Il faudrait tout de même rendre un peu justice à sa mémoire. J'aime quand mon fils me dit : "fais comme papy" quand je prépare à manger par exemple... comme ça il est avec nous, il vit avec nous... Même en nous... on fait comme lui et on parle de lui ».

Son conjoint, qui a également perdu son père, n'envisage pas de continuité dans la parole ou la mémoire. Pour lui, il faut « tourner la page ». Il y a un décalage manifeste dans les besoins de l'un et de l'autre. Elle dit souffrir du silence imposé par l'entourage pour la « protéger ». Elle craint que l'entourage oublie son père, ce qui ne semble pas « rendre justice ». Il n'y aurait que son frère et ses enfants avec qui elle puisse aborder le sujet. Elle mentionne un bel héritage paternel lorsqu'elle fait la cuisine comme lui avec ses enfants. Ils mettent en actes et en paroles sa présence.

2.6.g. Résumé de la situation

Mme Hubert se situe dans un environnement de croyances religieuses et profanes. Elle exprime des attentes et une curiosité fortes sur l'hypnose. Nous relevons un aspect magique au dispositif, corrélé avec des éléments discursifs qui témoignent de l'importance de la pensée magique dans son fonctionnement. Pour elle, l'hypnose appartient aux parasciences, susceptible, comme un medium le ferait, de la mettre en contact avec le défunt. Ces prérequis se révèlent très favorables à octroyer au dispositif une fonction de rituel thérapeutique.

Les changements sont rapides et durables. La mobilisation comportementale est significative. Elle s'ancre dans une identité singulière, avec son histoire passée, qui semblait oubliée, et ses goûts propres. Nous l'avons revue un an après la fin de la recherche. Elle a remanié sa relation à son père qui n'occupe plus cette position envahissante. L'arrêt du tabac s'est maintenu. Nous pensions qu'elle accomplirait le rituel de clôture par dispersion des cendres, mais il n'a finalement pas été effectué. Des éléments de troubles anxieux et de compulsions alimentaires perdurent. Mme Hubert s’inscrit donc dans ce registre de « guérison immédiate » qui semble caractériser l’élaboration d’un rituel hypnotique de clôture.

Mme Hubert développe une modalité relationnelle régressive. Dans un premier temps, elle se laisse porter par la dynamique thérapeutique et l’expérience hypnotique. Nous avons constaté un processus d’individuation progressif, le sujet se réappropriant des modalités de fonctionnement « adulte » au sein de la relation. Elle voulait que l’hypnose la transforme et elle a réalisé qu’elle devait être actrice du changement dans les temps qui ont suivi.

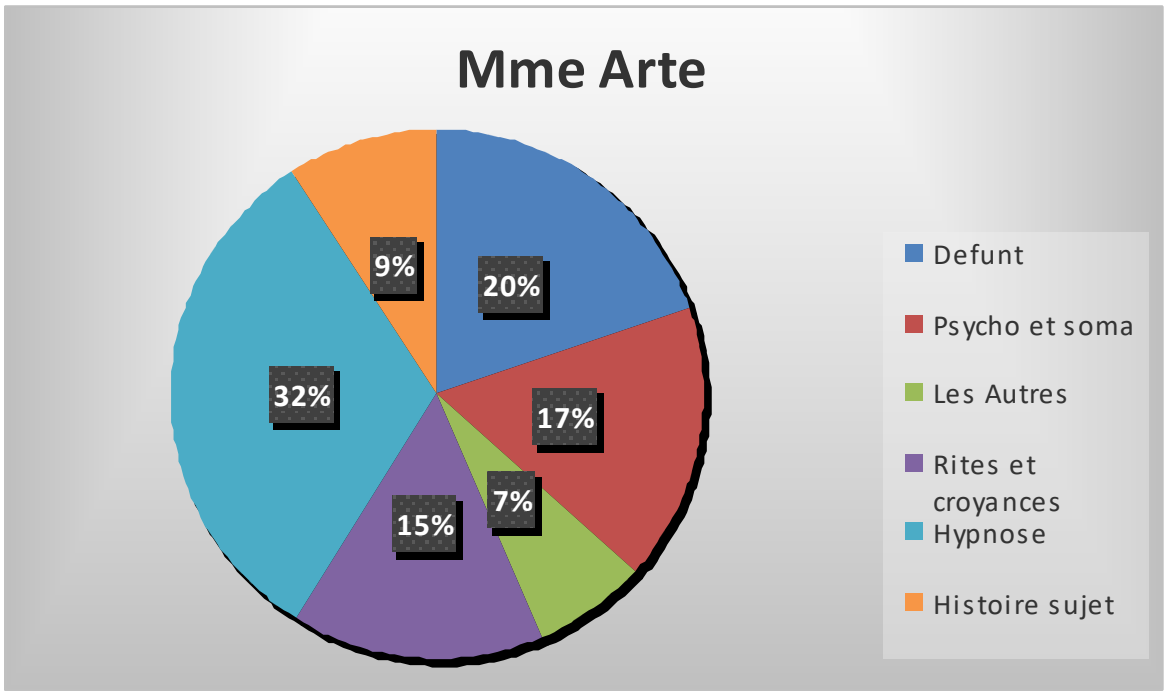
VII- Mme Arte

Madame Arte obtient un score total de 28/76 à l'ICG. Ce score indique un possible deuil compliqué qui demeure néanmoins d'intensité modérée. Elle relève particulièrement les items liés au sentiment de manque, d'injustice et à un vécu de stupeur. Elle se sent souvent envieuse des personnes qui ne sont pas en deuil. Il n'y a pas d'identification morbide aux symptômes du défunt. Des pensées et souvenirs intrusifs sont présents. Il n'y a aucun évitement des lieux pouvant évoquer le défunt mais plutôt une recherche de ces objets ou situations de rappel. Elle ne mentionne aucune perception auditive ou visuelle du défunt mais déclinera ultérieurement un ressenti plus sensitif. La sphère relationnelle est légèrement perturbée avec une difficulté à accorder sa confiance et à porter attention à autrui. Le sentiment de solitude est faible et la perception d'un vide modérée. Nous relevons des troubles du sommeil, de la concentration, des compulsions alimentaires avec une reprise de poids malgré une chirurgie bariatrique. Globalement nous notons un deuil compliqué d'intensité modérée et l'absence de comorbidités psychopathologiques saillantes.

Mme Arte a été reçue sur dix entretiens en une année. Nous avons relevé 341 occurrences thématiques dans l'analyse du *Verbatim*. Elles se répartissent de la façon suivante :

1- Hypnose	109 occurrences (32 %)
2- Défunt :	67 occurrences (20%)
3- Manifestations psychologiques et somatiques :	58 occurrences (17%)
4- Rites et croyances :	52 occurrences (15%)
5- Histoire personnelle :	31 occurrences (9%)
6- Les autres :	24 occurrences (7%)

Graphique 7. Répartition en pourcentage des occurrences thématiques dans le contenu discursif de Mme Arte.



Mme Arte, 32 ans, en couple, 2 enfants, vient en consultation en raison d'un état de détresse prolongé consécutif au décès de son père. Au niveau symptomatique, elle présente la configuration de deuil compliqué la moins intense. Son père est mort des suites d'un cancer métastatique, 9 mois auparavant. Elle traverse un temps « *de crise* », dans son identité et sa vie de couple. Elle observe une détérioration thymique depuis le décès. Elle exprime des craintes quant à l'oubli de son père. Elle se sent plus anxieuse et agressive avec son conjoint et sa mère. Mme Arte présente des troubles des conduites alimentaires notamment sous forme de compulsions avec prise de poids, sur des antécédents d'obésité morbide et de chirurgie bariatrique.

2.7.a. Hypnose 109 occurrences (32 %)

Mme Arte est celle qui présente le plus d'occurrences sur les représentations de l'hypnose et une des deux participantes les plus productives en termes d'effets. Elle fait part de prérequis très favorables à l'hypnose. Elle est la seule participante à avoir expérimenté cette pratique mais exclusivement dans un contexte de spectacle. Nous avions défini comme critère d'inclusion d'être naïf d'expérience hypnotique thérapeutique. Cette situation nous permet d'apprécier le rôle que peut jouer une expérience sur scène combinée à une approche clinique.

a- Représentations

« L'hypnose on entend plein de choses sur ça… j'y crois très fort. Je connais celle de Mesmer. J'étais très réceptive à l'hypnose, très vite, j'ai dormi comme une masse. J'ai été bien deux, trois jours après, bien reposée… ça sert à dormir, oui… c'est très utile pour dormir... J'ai vu Mesmer en spectacle… j'ai terminé sur la scène… je suis complètement partie... et une fois consciente, je me souviens bien de mon retour. Ça m'a aidée, j'étais bien après... depuis le début de la maladie de mon père j'avais comme un poids sur la poitrine... ça s'est enlevé avec la séance d'hypnose de Mesmer. Pour moi, c'est très fort. Ça change les gens. C'est pas comme un magicien qui fait ses tours, là c'est vraiment… euh… il rentre en vous pour … ben vous changer ».

Conformément aux attendus sur l'hypnose dite de spectacle, la notion de « sommeil » émerge en premier. Elle sera combinée avec une expérience d'amnésie post-hypnotique. Ces deux éléments sont constitutifs de la pratique de divertissement. Nous retrouvons les mêmes principes relationnels dans la pratique de la scène et le courant appelé « hypnose de rue » (Combe, 2011). Pour résumer, la relation s'articule autour de la sidération, de la rupture de pattern et de la prise de contrôle. Sur scène, l'hypnotiseur sélectionne des sujets volontaires, donc déjà engagés dans un processus de soumission à l'autorité, excepté pour ceux qui veulent prouver qu'ils ont « *trop de volonté pour être hypnotisés* ». L'hypnotiseur fait progressivement le choix d'individus par des tests de suggestibilité dont l'intensité s'accroît. L'élimination successive des éléments réfractaires permet de préserver une dynamique de groupe restreint

centrée sur la soumission aux suggestions. A la fin, il reste un ou deux « *hypersujets* » totalement répondants aux injonctions du maître d'œuvre.

L'état dissociatif est obtenu par l'attitude directive de l'opérateur et le regard de la salle qui amplifie la dimension histrionique. Les éléments de communication reposent sur la rupture de *pattern* et la sidération du sujet. Les principes d'involontarité et d'amnésie post-hypnotique garantissent au sujet de sortir de l'expérience « avec honneur », dans le sens où toutes les actions se sont déroulées « indépendamment de sa conscience ». Cela permet un effacement de ce qui pourrait être vécu comme humiliant. Les rires et les applaudissements des spectateurs constituent un renforcement positif du comportement de soumission. La dimension psychosociologique est impliquée, notamment à travers les théories de l'engagement et du « pied dans la porte ». Une réponse favorable à une suggestion en amène une autre. La désirabilité sociale conduit le sujet à se conformer à ce qu'il imagine que l'hypnotiseur et le public attendent de lui.

L'expérience de Mme Arte rejoint cette description. Elle dit avoir une croyance « *très forte* » sur le pouvoir de l'hypnose. Nous trouvons dans ses représentations l'idée du « sommeil qui guérit ». Même si son expérience n'avait aucune prétention thérapeutique, Mme Arte en a ressenti des effets, comme Mme Hubert a arrêté sa consommation de tabac à l'issue d'une séance d'hypnose qui ne ciblait pas ce comportement. Elle avait une attente très forte de changement et a pu utiliser cette occasion pour se défaire d'un « poids » sans trop de culpabilité. Nous trouvons une conjonction de ce qu'utilisait Frantz Anton Mesmer avec le magnétisme animal. Le décorum, l'apparat, la mise en scène conjuguée aux attentes fortes et à l'effectivité de la pensée magique ont catalysé un potentiel thérapeutique. Une différence importante est qu'ici, le spectacle n'a jamais proposé ou suggéré de changement thérapeutique. Tout vient donc du sujet et de sa représentation de ce qu'est l'état hypnotique. Nous trouvons une dimension d'autosuggestion indépendante du contexte. Plus que les propos de l'opérateur, ce sont l'état en lui-même et la relation d'emprise temporaire qui portent des changements. Nous retrouvons une thématique adorciste, dans laquelle l'hypnotiseur possède le sujet pour le modifier. Mme Arte semble suggérer que ce ne sont pas de simples « *tours* », mais de la « vraie magie ».

b- Contenus

Nous procédons à la phase inductive habituelle, tout en théâtralisant le décompte sur un ton plus directif. Nous souhaitons utiliser ici l'expérience antérieure de madame comme moyen de majoration de l'effet des suggestions thérapeutiques. A l'image d'un « *effet placebo structuré* » (Bioy, 2011 ; 2014), le conditionnement a une fonction de renforcement de l'effet produit.

Le champ sémantique de Mme Arte s'articule autour du « *poids* ». Au moment de la première consultation, elle est en surpoids. Elle présentait une obésité morbide qui avait nécessité une intervention chirurgicale, un « *by-pass* », une dizaine d'années auparavant. Elle avait alors perdu cinquante kilogrammes. Durant les trois années de l'évolution du cancer de son père, elle en a repris vingt-cinq. Son corps devenait plus volumineux alors que celui de son père évoluait vers un état cachectique, « *un squelette* ». Avec la reprise de poids, Mme Arte ressentait une perte de confiance en elle, une autodévalorisation et une désexualisation de son corps. Elle dit avoir « *un poids sur la poitrine* » et « *avoir repris du poids* ». Elle se sent « *lourde* ». Nous proposons une approche en légèreté en associant un signal idéomoteur par « lévitation du bras ». Ce ressenti d'une activité dissociée, indépendante du reste du corps d'un seul segment, valide le vécu de l'état hypnotique. Le sujet expérimente son bras qui se décolle de l'accoudoir, comme relié à des ballons, par un effet qui lui semble extérieur à sa volonté. Nous l'invitons à lâcher du lest pour prendre de la hauteur et changer de point de vue, comme lors d'un voyage en montgolfière.

Mme Arte prend ce temps de réappropriation corporelle, investiguer son corps pour le différencier des contenus mortifères liés à la pathologie et à la mort de son père. Son espace somatique a été porteur d'une souffrance en miroir de celle de son père. Elle l'a vu « *cadavérique* ». Elle est donc dans un corps négligé, abandonné, désexualisé. Depuis trois ans, la relation avec son conjoint n'a cessé de se détériorer et cela s'est accentué depuis le décès. Ils ne communiquent que de façon superficielle et n'ont plus de rapports sexuels. Mme Arte se sent contaminée par les visions morbides de son père. Elle perd un idéal masculin, au statut héroïque et son conjoint ne semble pas en mesure de rivaliser avec lui.

Mme Arte fait son chemin vers les souvenirs pour ancrer sa présence en elle. Elle renoue avec cette image rassurante de père bienveillant et protecteur. Elle retrouve également certains

conflits qu'ils ont pu avoir et les intègre pour constituer une image plus complète. Elle raconte l'histoire de son père et tisse le lien entre son passé, le présent et l'avenir. Elle lui dit au revoir.

c- Effets

« Ça fait du bien... je me sens plus légère… je pense à plein de choses rigolotes sur mon père. Même à ses allergies et ses éternuements, ses rires. Je me revois petite fille avec lui... et lui qui me veille comme un bon père. Ça libère, je me sens légère. Vraiment, je me sens bien dégagée de ça, la chape lourde, le béton sur les épaules. Je n'étais pas endormie, j'étais entre deux, je flottais sur vos mots, sur les images, je l'ai bien revu, senti, touché, c'était fort. J'ai pu lui dire. Lui dire où j'en étais aujourd'hui grâce à lui et ce que je gardais de lui... franchement... je me sens bien ».

Les effets de la séance hypnotique sont relatés à travers des sensations, une légèreté qui libère de la lourdeur, et des images mentales, des souvenirs. Elle note la différence avec sa précédente expérience de l'hypnose, puisque ici, elle garde une conscience et des souvenirs de ce qu'elle vit après la séance. Elle retrouve des attitudes touchantes de son père, hors du registre pathologique. Mme Arte explore son histoire avec lui, lorsqu'elle était enfant. Elle déclare un vécu sensitif de l'hypnose. Elle est dans un contact charnel avec son père pendant la séance. Elle peut lui témoigner de ce qu'elle lui doit. Il voulait la savoir engagée dans son projet professionnel avant de mourir, ce qu'elle a pu faire. Elle met en œuvre son propre rituel de clôture.

« C'est presque la fin j'ai l'impression… il ne manquerait pas grand-chose pour... lâcher davantage… je suis comme soulagée, comme un poids en moins... même si c'est toujours difficile… parfois... je m'interdis encore d'être heureuse sans qu'il soit là… avec nous... mais depuis notre séance d'hypnose, je garde des images… euh... rassurantes et comment… ben mon père est là, souriant ».

Mme Arte se sent engagée dans un processus de transformation de la relation à son père. Elle apprend à s'autoriser des temps de vie, même sans lui.

« J'ai retrouvé des photos des années 70 de lui en pattes d'eph' au bal avec ma mère... ça me ramène d'autres souvenirs, une autre image... je me sens déjà un peu mieux... avec ce poids en moins ».

La reconstitution d'une mémoire se fait progressivement. Mme Arte réinscrit son père dans une temporalité, de sa jeunesse à ses derniers temps.

« Là je me sens plutôt bien. Par rapport à mon père, il m'accompagne dans la vie de tous les jours, il est proche de moi… des fois ça déborde... j'ai des images... son corps tout maigre… mais quand je le sens proche de moi c'est comme s'il n'était pas au cimetière. Quelque chose se libère. »

Une présence paternelle peut s'intérioriser. Il existe encore des images intrusives du corps malade de son père qui font effraction ponctuellement. Elle se sent alors « *débordée* ». Elle différencie les restes mortels qui reposent dans la sépulture de sa présence introjectée.

« Depuis que je rediscute avec mon mari. Je me sens plus sûre de lui. Juste avant la fête des pères, nous sommes allés au cimetière... je ne sais pas... Peut-être que ça s'est débloqué ce jour aussi... il est parti... on garde le meilleur... je voulais juste que cette douleur s'arrête. J'ai toujours eu peur de le perdre, c'était lourd, pesant... Depuis l'histoire de la maladie il y a eu des moments heureux, des souvenirs plus agréables… et puis la maladie, la déchéance… et la mort… j'essaye de ne pas garder que ça... ça reste pourtant au fond... j'en ai pas envie de m'en rappeler… je cherche des moments plus heureux...J'essaye de retrouver la mémoire de toute la vie... je repense aux cadeaux offerts pour la fête des pères, pour lui c'était toujours les plus beaux. Je le revois en train de parler, sa façon de prolonger les lettres « aaaaaaa ». J'ai arrêté de lui parler en pensant qu'il répondrait... j'y pense autant mais je lui parle moins. Maintenant j'essaye de me concentrer sur ma famille et mon travail, je n'ai que 6 mois à mon compte, ça démarre doucement... ».

Mme Arte décentre la position du défunt, rival insurmontable qui la rendait indisponible aux vivants, pour restaurer une communication avec son conjoint. C'est lorsqu'elle parle moins avec son père qu'elle rétablit un dialogue avec son mari. Elle exprime toujours une souffrance liée à la perte, une peur ancienne d'être séparée de son père. Le travail de narration en hypnose

lui permet de retrouver son père à la fois dans ce corps malade, très choquant pour elle, mais aussi plus jeune, rieur.

L'hypnose produit les effets que Mme Arte en attendait. Un rituel de clôture qui l'autorise, personnellement et socialement, à retrouver une dynamique de vie orientée vers l'avenir. Elle construit un dispositif symbolique avec un tiers, par une pratique supposée le légitimer. Comme avec l'hypnose de spectacle, la mention de la pratique, son label, suffit à lui conférer l'effet attendu. Il est probable que le contenu de la séance importait moins que son cadre.

2.7.b. Défunt : 67 occurrences (20%)

La relation avec le défunt est décrite comme très proche, intime, avec quelques tensions qui n'entachent pas la qualité de leur lien. Son père était son soutien et son confident. Son regard confiant la soutenait dans ce qu'elle entreprenait. Elle se dit fière de lui, de son parcours et souhaite lui inspirer le même sentiment.

« *Il a fait des choses bien dans sa vie, je ressens une fierté, il a monté sa propre entreprise, je suis fière de l'homme qu'il était, de sa générosité. Aujourd'hui je suis fière d'être sa fille* ».

Mme Arte relate les conditions du décès et son ressenti de la situation. Elle se sentait en détresse également lorsqu'il prenait conscience de l'altération de son état. Elle a pris une part active aux soins, entrant dans l'intime d'un change. Il lui fallait agir. Ces images conservent un potentiel choquant, mais lui donnent le sentiment d'un devoir filial accompli. La transaction lui semble équitable.

« Il se sentait diminué. Comme un squelette. C'était un choc de le voir comme ça mais pour lui aussi. "C'est affreux, je suis un squelette, je ne suis pas beau". J'ai aidé à le changer, je voulais le respecter, pas le laisser dans ses excréments... c'était pire de ne rien faire que de faire… je ne pouvais pas le laisser dans son caca… c'était pas évident de le changer… je m'en souviens bien… Puis il y a eu une aggravation... on lui a proposé une hospitalisation en soins

palliatifs… il a demandé si on pouvait le laisser être avec ses enfants et petits-enfants à noël. On a tous trinqué ensemble, il a mangé un peu... il était content... le lendemain il y est allé... il était fatigué... et douloureux… le trajet n'était pas long... ça a duré trois jours … le 28 décembre il est mort... ça s'est bien passé… il était mal le premier soir, ils lui ont donné des produits … je suis esthéticienne.... alors j'ai pu rester avec lui et organiser mon temps… pour rester avec lui jusqu'au bout... avec mon papa .. Il y a eu des alertes le jour de son décès...il disait : « je veux dormir, je veux partir »... sur la mort... moi il m'a dit... il m'en parlait mais pas à ma mère... il ne pouvait pas lui en parler… lui dire… c'était dur... j'ai beaucoup pleuré… le 28 décembre... un jour spécial... ».

2.7.c. Manifestations psychologiques et somatiques : 58 occurrences (17%)

« J'ai eu un gros sentiment d'injustice : pourquoi mon papa ? »

Mme Arte exprime ici la rupture de sens ressentie lors de la perte. A nouveau, le Réel vient heurter le concept de « justice ».

« Ben... c'est le poids de la maladie… plus il maigrissait, plus je grossissais... C'est une charge que je porte... il faut que je me retrouve un peu. J'ai pris du poids pendant les 3 ans de maladie de mon papa. Je sais que c'était la « nourriture doudou »... ça me réconfortait quand j'étais mal... je voulais arrêter de grignoter mais impossible ».

Mme Arte évoque une phase régressive centrée autour d'un réconfort oral. Cette mise en tension entre sa prise de poids et les transformations corporelles de son père peut être perçue comme un système défensif.

« Ces 3 années de maladie ont eu un impact énorme… sur mon deuxième mariage... celui-là, il ne devait pas rater... j'étais pas bien dans ma tête... perdue... dans le deuil... sexuellement il ne se passait plus rien avec mon mari depuis la maladie de papa… 3 ans… On en a parlé avec mon mari... le désir revient peu à peu... mais j'ai pas d'entrain... je ne bouge pas, donc pas de sexe, pas de désir... c'est aussi la tristesse du deuil, de la maladie, les images en tête… J'ai besoin de lâcher des émotions, j'ai beaucoup pleuré, je me sentais un peu extérieure à la famille… mais je ressens moins ça là... je pense à lui… je me dis qu'il ne va plus

venir me voir… ni m'appeler… Maintenant la vie sexuelle est assez… plate... je ne vais pas voir ailleurs… mon attention était détournée de moi maintenant faut y revenir… il faut que je comble mon manque et celui de mon mari… attaquer une nouvelle phase... »

Mme Arte raconte l'absence de désir et de plaisir. Elle avait des images intrusives du corps malade de son père qui inhibaient toute manifestation libidinale. Elle se sentait seule et incomprise par son entourage.

« Je n'arrive pas à le faire... je grignote le soir devant la TV... j'ai des envies sucrées très fortes, le sucre appelle le sucre ».

Les compulsions alimentaires viennent pallier le manque de libido. Les satisfactions orales, prégénitales, répondent au besoin régressif de la période. Mme Arte se sent comme une enfant prête à être abandonnée par son père. Elle ne peut plus être une femme dans ce fonctionnement. La nourriture étant symboliquement associée à la vie, elle se remplit afin de lutter contre les visions mortifères d'un corps décharné.

« J'ai eu une période très très mal... au point de vouloir quitter mon mari... je croyais qu'il se désintéressait de moi… c'était faux... j'ai… enfin... j'ai vraiment failli le tromper... Je me sens débordée... Quoique dise mon mari, une critique ou un conseil, je ne faisais pas la différence, je ne voyais que le négatif partout. Il me dégoûtait… ».

Mme Arte se sentait seule et inintéressante. Nous pouvons postuler que les angoisses abandonniques, focalisées sur son père, sont projetées sur son mari. Elle est tentée par chercher une réassurance narcissique dans une relation extraconjugale. La perte d'un homme idéal la rend intolérante à l'homme réel qu'elle côtoie. Elle ne voit que ses insuffisances dans une vaine comparaison.

« Je dors peu... je suis réveillée à 2-3 heures du matin… c'est comme ça depuis 2 ou 3 mois... Après le décès de papa je ne faisais que dormir par contre... tout le temps. La tristesse change peu à peu... moi ça a duré un an, un an et demi ».

Mme Arte présentait alors des troubles du sommeil. Une hypersomnie dans les premiers mois qui ont suivi le décès avec une aboulie et une anhédonie. Les troubles ont évolué vers des difficultés d'endormissement et des réveils nocturnes.

« On est pas surhumain, faut accepter... on perd... les choses… je voyais tout en négatif... ça a dû être dur pour lui... la relation a été dégradée... ben… de ne pas pouvoir se parler… et se renfermer… je me suis sentie seule. Et incomprise...Parler à des gens extérieurs à la famille ça aide ».

Mme Arte ne percevait pas de soutien social et se renfermait sur ses souvenirs les plus douloureux.

En résumé, elle présentait un déficit d'estime de soi, un trouble de l'image du corps, des compulsions alimentaires, une altération de la vie libidinale, un isolement social, une dysthymie de fond. Elle éprouvait des difficultés à se remémorer des souvenirs autres que ceux de la fin de vie.

2.7.d. Rites et croyances : 52 occurrences (15%)

Au niveau rituel, Mme Arte souligne l'importance des rites collectifs et de l'expression des émotions. Elle a élaboré un petit autel domestique qui occupe une place secondaire. Pour elle, les rites doivent l'aider à prendre conscience que son père est réellement décédé.

Parmi les croyances, elle évoque la survie de l'esprit du mort. *« J'ai l'impression de le sentir... dans ma voiture... il me chatouille dans le cou comme il le faisait... un jour dans un centre thermal... j'ai senti qu'il me caressait la joue dans l'eau... un mois après sa mort... est-ce que je suis folle ? Il est souvent avec moi… je sens un souffle chaud… ».*

Elle investit l'hypnose comme un rituel thérapeutique, caractérisé par ses dimensions radicales et magiques.

2.7.e. Histoire personnelle : 31 occurrences (9%)

Mme Arte relate des événements de son enfance avec ses parents et du divorce de son premier conjoint. Elle a été une enfant très protégée par ses parents. Nous observons quelques traits infantiles dans le fonctionnement. Elle évoque des deuils de grands-parents, décrit comme perturbants sans que cela ne prenne de proportions pathologiques.

2.7.f. Les autres : 24 occurrences (7%)

Le rapport aux « Autres » concerne un nombre limité de personnes. Elle aborde la relation à sa mère qui, selon elle, occulte trop rapidement son père. Elle ne comprend pas son fonctionnement et son comportement qui semble léger et désinhibé. Elle traverse des émotions très ambivalentes à l'égard du parent survivant. Elle mentionne la place que son frère n'occupe pas dans ce travail de deuil familial. Par la suite, elle développe les aspects dysfonctionnels de la relation conjugale. Globalement, Mme Arte se sent seule, isolée, non soutenue.

« Il ne reste plus que ma mère. Je n'ai plus de grands parents, plus de papa, ma seule famille c'est ma mère. Je dois m'occuper d'elle... en fait il y avait beaucoup d'espace pour mon père, surtout les derniers temps et beaucoup moins pour ma mère… maintenant c'est le temps pour s'occuper d'elle, enfin pour que je m'occupe d'elle. Ça brasse tout ça... je voudrais qu'elle rencontre quelqu'un pour en parler, comme moi… pour le moment je l'amène en ville pour qu'elle en profite un peu… Voir autre chose mais… Mais en fait j'ai peur qu'elle le remplace, qu'elle en rencontre un autre qui prendrait sa place…Je crois… que je suis en colère contre elle... Attention je l'aime et je veux qu'elle aille bien mais je lui en veux de... reprendre soin d'elle… elle a perdu du poids… Je me dis que c'est sa façon de faire son deuil à elle… c'est important qu'elle ne se renferme pas mais je voudrais qu'elle aille doucement pour rencontrer quelqu'un d'autre… ».

Les mécanismes sont l'ambivalence vis-à-vis de sa mère, des reproches suivis de réparations. « *Je crois... que je suis en colère contre elle... Attention je l'aime et je veux qu'elle aille bien mais je lui en veux de... ».* Sa mère, après le décès, se trouve dans une dynamique inverse de la sienne. Elle perd du poids, sort et rencontre de nouvelles personnes. Nous

observons une forme d'identification négative et de projection agressive sur sa mère. Nous mettons en œuvre une démarche de restauration de la communication intrafamiliale. Mme Arte applique les propositions et nous en parle.

« J'accepte... mieux pour ma maman... qu'elle en profite... mon papa lui a dit 2 jours avant sa mort... fais toi belle... va danser... refais ta vie… car tu es jeune ». J'ai suivi vos conseils, j'ai parlé avec ma mère et mon frère. Mon frère pense à papa en fait… mais il ne sait pas en parler… car lui il est plus loin... mon frère dit : je sens que tu n'es pas loin... t'as qu'à m'appeler... discuter ensemble... des bons souvenirs... il a de bons souvenirs... je lui ai dit d'en profiter... j'essaye de pas me morfondre avec ma mère, on est sorties toutes les deux, karaoké, danse... il est temps qu'elle vive, je lui rends ça légitime. Elle a fait toutes les démarches à fond... maintenant ça devient pénible. Elle dit « il était comme ça », elle ne veut pas être plainte par les autres. Moi ça me rabâche là-dedans... elle est occupée la journée mais le soir en rentrant, elle est seule, elle cherche à masquer sa tristesse, elle riait mais d'un rire nerveux, elle ne s'autorise pas encore tout ça… moi je me contredis en permanence… d'ailleurs non, elle s'autorise les choses mais elle culpabilise après. J'ai peur que pour ça elle se jette dans les bras d'un autre homme. Ma mère a été heureuse mais bridée avec la famille de papa… elle a été mise au boulot… maintenant elle est dans la vie sociale avec les commerçants du village. Mais elle se demande si son comportement est correct, si elle n'en fait pas trop… ».

2.7.g. Résumé de la situation

Mme Arte présentait un ensemble de représentations et une expérience personnelle fortement engagés en faveur du potentiel thérapeutique de l'hypnose. Elle le vit comme un véritable rituel parlé et agi. Ce dernier associerait une dimension magique à un pouvoir mobilisateur de changements instantanés. La problématique de deuil compliqué était associée à une relation au défunt dotée de caractéristiques infantiles. Le tableau clinique inclut une image du corps altérée et des compulsions alimentaires. L'absence de trouble de la personnalité et de sévérité symptomatique constituait un facteur favorable. Le dispositif hypnotique a servi de catalyseur. Mme Arte se l'est approprié et a vécu l'expérience de façon imaginative et sensorielle. Elle illustre la façon dont l'hypnose produit ce que le sujet attend d'elle. Sa situation entre dans

la catégorie des guérisons instantanées, immédiates (Michaux, 2007) répondant à la dimension de rituel thérapeutique du dispositif hypnotique.

Concernant la dynamique relationnelle, nous avons constaté l'évolution du discours au sein de la relation. Les premiers contenus étaient de l'ordre de la plainte sur des thématiques abandonniques et d'impuissance. Mme Arte donnait l'image d'une enfant perdue sans son père pour la guider. Progressivement, elle s'est saisie d'un discours sexualisé de femme abordant son identité de genre, ses problèmes conjugaux, ses désirs. Le cadre thérapeutique a vu s'élaborer un processus d'individuation et de différenciation.

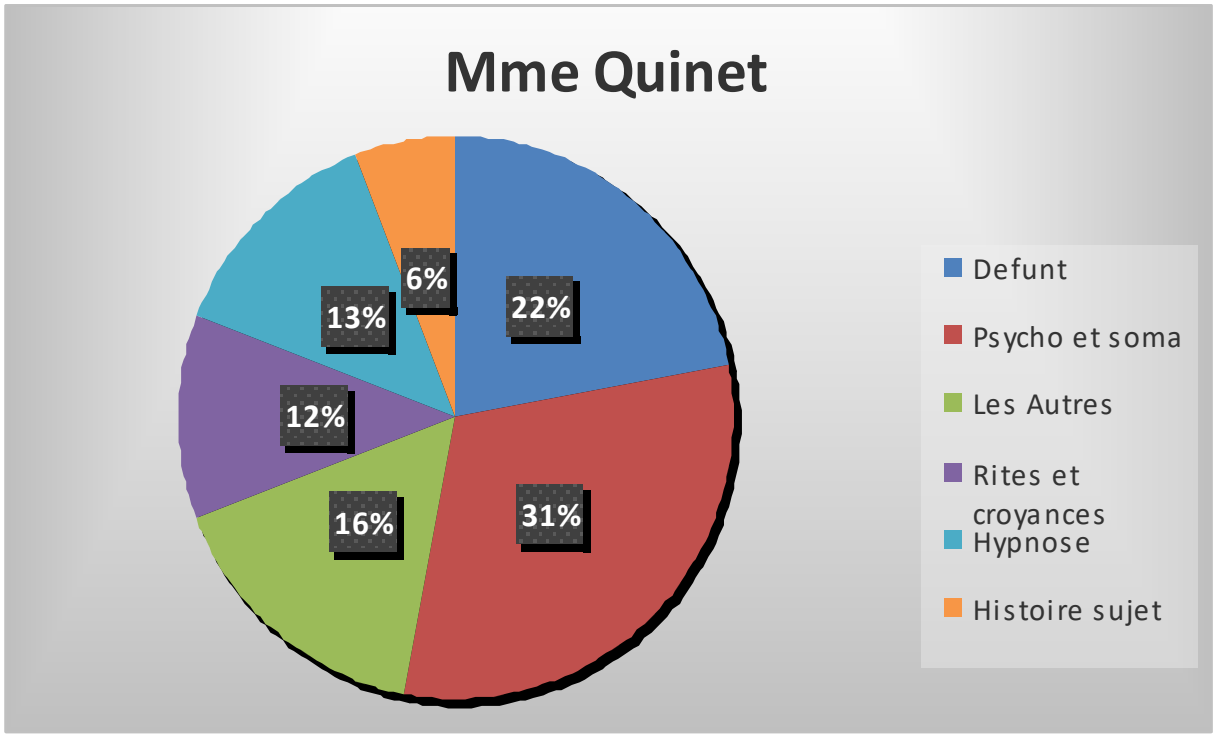
VIII- Mme Quinet

Madame Quinet obtient un score de 29/76 au questionnaire de l'ICG. Les aspects prédominants sont les sentiments de solitude, de vide, d'amertume, de jalousie à l'égard des personnes n'étant pas en deuil. Elle relate l'existence d'un sentiment de colère persistant. Des pensées et souvenirs intrusifs sur le défunt peuvent perturber son fonctionnement. Madame Quinet n'adopte pas de stratégie comportementale d'évitement des lieux associés au défunt. Les relations sociales sont essentiellement marquées par la difficulté à accorder sa confiance. Nous ne trouvons ni vécu hallucinatoire ni phénomène d'identification aux symptômes du défunt. Les troubles attentionnels sont marqués, avec de fortes perturbations de la qualité du sommeil et une perte d'appétit s'accompagnant d'une réduction significative de la masse pondérale. Nous notons une asthénie massive et motif de plaintes itératives concernant l'altération de la qualité de vie.

Mme Quinet a été reçue sur trente entretiens en une année. Nous avons relevé 461 occurrences thématiques dans l'analyse du Verbatim. Le taux d'occurrence moyen par entretien est le plus faible parmi les participantes. Elles se répartissent de la façon suivante :

1- Manifestations psychologiques et somatiques :	143 occurrences (31%)
2- Défunt :	101 occurrences (22%)
3- Les autres :	75 occurrences (16%)
4- Hypnose :	61 occurrences (13%)
5- Rites et croyances :	54 occurrences (12%)
6- Histoire personnelle :	27 occurrences (6%)

Graphique 8. Répartition des occurrences thématiques dans l'analyse du contenu de discours de Mme Quinet.



Mme Quinet, 32 ans, deux enfants, se présente 3 ans après le décès de son conjoint. Ce dernier, alors âgé d'une trentaine d'années et exempt de pathologie connue, est mort brutalement d'une pathologie thrombotique extrêmement rare et sévère. Mme Quinet avait alors un fils de 5 ans et était enceinte de leur second enfant. La soudaineté du décès et le jeune âge du défunt, dans un contexte de grossesse, constituent des facteurs de risque majeurs pour le développement d'un deuil compliqué voire pathologique.

2.8.a. Manifestations psychologiques et somatiques : 143 occurrences (31%)

« J'ai pris du Seroplex®, du 10 je crois, depuis février. J'ai des acouphènes set une perte d'appétit. J'ai des sautes d'humeur. Depuis 2 ans je prends de l'alprazolam… c'est du 25… 2 fois par jour. J'ai des courbatures, des insomnies, je suis très mal. Mon généraliste m'a dit d'aller discuter avec quelqu'un. Des fois je me lève juste et j'ai un gros poids, énorme sur la tête. Je pleure au réveil. C'est vide à la maison. J'ai pas d'aide adulte… souvent je n'ai pas

envie de rentrer à la maison. J'ai peur de tout… la maladie, le cancer... ma tante est morte il y a un an d'un cancer généralisé. J'ai peur… d'être seule depuis longtemps… je ne me fais pas de cadeaux depuis longtemps, comme si je ne comptais pas, n'existais pas. Je ne vois pas si les gens me trouvent attirante. Je ne remarque pas ça. Bastien aimait tout chez moi... alors que moi... je ne m'aime pas physiquement. Je ne me trouve pas jolie ».

Mme Quinet présente des symptômes somatiques divers, des douleurs, des courbatures. L'humeur est labile, elle présente des troubles du sommeil et une asthénie importante. Son médecin traitant lui a prescrit un traitement antidépresseur et anxiolytique. Il a assorti ces médications d'une recommandation de psychothérapie. Nous relevons des pleurs au réveil, une anticipation négative de la journée à venir, des angoisses sur la mort, la maladie. Elle ne prend plus soin d'elle-même parce qu'elle doute de sa propre valeur. Elle pense même ne plus réellement exister et mener une vie entre parenthèses. Sans le regard de son mari, elle n'arrive plus à apprécier ses qualités propres.

« Après sa mort… je dirais… un an après…J'ai eu une relation... une relation poussée... avec un homme. Mais il n'était pas vraiment disponible… alors on a décidé de stopper d'un commun accord. Pour mon équilibre à moi... il faut qu'il soit disponible... qu'il soit plus au clair… Et puis… c'est bête mais j'avais l'impression de tromper mon mari… pourtant il est mort… et même sa famille m'encourage à refaire ma vie… En fait… Je suis bien paumée. Je ne mange plus. J'ai vraiment perdu goût aux aliments. Je tiens pour mes enfants. Ils sont là.».

Mme Quinet a expérimenté une relation après le décès. Elle a éprouvé un sentiment d'infidélité à l'égard de son défunt mari. Cette relation non aboutie l'a isolée davantage en renforçant ses doutes sur sa capacité à être une femme, aimante et aimée. Nous relevons l'effacement des formes féminines et d'un corps sexualisé par la restriction alimentaire. Suite au deuil, qui s'est avéré compliqué par les facteurs précédemment évoqués, nous notons l'installation d'un épisode dépressif majeur qui évolue indépendamment de l'événement initial.

« J'ai des soucis administratifs. Pour la succession... je veux que le 2ème puisse porter le nom de son père. J'étais enceinte de lui quand Bastien est mort. Ça pose des soucis ».

Mme Quinet souligne l'importance de la nomination et de l'inscription dans une filiation pour son fils cadet. L'aîné a perdu son père et le plus jeune ne l'a jamais connu. Les deux enfants se trouvent dans des problématiques différentes : la perte et le manque.

« Ça va modérément. Je suis toujours fatiguée… Sur le plan du moral... ben... c'est le vide… le vide d'adulte à la maison... je me sens épuisée, je fais tout toute seule. Il y a toujours les enfants... je manque de relais pour souffler… et d'adultes avec qui partager. L'assurance de la maison couvre tout je n'ai pas le droit d'être malheureuse. J'ai un travail une maison, des enfants, pas de soucis d'argent ou de santé. Pourquoi je me fous dans des états comme ça ? Moi, ce que je voudrais c'est avancer... me détacher et pas avoir ce poids. Cette boule dans le ventre. Je ressens un vide. Je fais tout en mode automatique, je suis un robot qui travaille et s'occupe de la maison, des enfants… Ça me fatigue. Je suis comme un robot… vide. Et puis je vois autour de moi… Les autres sont en couple et pas moi. Des fois je trouve ça injuste. Je voudrais être à leur place. Je suis bloquée sur les questions de féminité… être une femme maintenant… Je me sens morte-vivante. Je fais de la répétition... il faut que je revienne dans la vie. Des fois j'ai envie de partir... loin... tout plaquer... ».

Mme Quinet poursuit la description de son état. Elle répétera à de nombreuses reprises des plaintes similaires. Nous relevons cette forme de persévération dépressive. Les ruminations cognitives vont occuper une place centrale dans son fonctionnement. Le décès de son conjoint n'a pas impliqué de problématiques financières. Cependant, elle s'est trouvée seule, en deuil, avec un nouveau-né et un enfant de 5 ans. Elle doit ajuster son rythme de vie entre les exigences professionnelles et domestiques. Les contingences concrètes occultent ses besoins et désirs. Son ressenti d'isolement s'accroît. Bien qu'entourée, elle ne perçoit pas de soutien social effectif, spontané. Elle décrit ce fonctionnement désincarné, « *automatique, comme un robot* ». L'état semble dissocié. Le corps agit indépendamment de l'affect. Les questions identitaires émergent. Elle a connu son mari très jeune et se trouve dans de nouvelles relations avec les hommes, tout en étant accaparée par son rôle de mère. Elle ressent de l'envie à l'égard des autres couples et d'une « vie normale ». Elle utilise le terme « *morte-vivante* » pour qualifier cet état désincarné. Elle fantasme parfois une sortie radicale de la situation, une fuite et un nouveau départ. Nous investiguons l'aspect potentiellement suicidaire de ces propos, mais si Mme Quinet présente effectivement des idées morbides, elle ne fait part d'aucun plan suicidaire concret.

« Je me pose des questions… Est-ce que c'était le bon choix de poursuivre la grossesse du petit ? Je l'aime ce n'est pas la question mais personne n'a choisi quoi que ce soit dans l'histoire. Je me la suis posée le jour de la mort de Bastien. Je pense que c'était le bon choix, ça va être dur encore 2 ans ».

De façon rétrospective, elle s'interroge sur sa capacité à assumer seule ses deux enfants. Elle évoque ce moment où elle a dû faire un choix. Ces idées ne se présentent que lorsqu'elle est particulièrement épuisée et ne se sent pas en mesure de tenir son rôle de mère et de veuve. Puis Mme Quinet fait état de son rapport au temps, qui s'est notablement modifié depuis le décès.

« J'ai pas de temps pour moi. Je suis une maman vide, transparente. Je souffre toujours… et c'est toujours dur de se concentrer et de cogiter. J'ai peur de l'avenir, voir partir les enfants et me retrouver seule. Assumer les enfants seule... L'adolescence du grand. J'essaye de regarder plus loin et ça fait peur. Je n'étais pas comme ça avant. Depuis la mort de Bastien, j'ai peur qu'il m'arrive quelque chose. Je me freine dans tout pour éviter le danger. Je crois que je suis encore… bloquée par la mort de Bastien. Je ne fais plus rien, je ne prends plus aucun risque. Si je meurs, les enfants sont orphelins ».

Mme Quinet ne parvient pas à être présente et disponible au quotidien. Elle mentionne des troubles cognitifs probablement induits par l'épisode dépressif. Les projections dans l'avenir sont anxiogènes, notamment par peur de la solitude. Mme Quinet décrit un comportement inhibé régi par une hypervigilance et une anticipation anxieuse du danger. Son statut de seul parent survivant lui confère un sens aliénant des responsabilités à l'égard de ses deux enfants.

« Je ne vois pas passer les semaines... Il faut que tout soit planifié. Mais j'espère un grain de sable dans la routine. Avec les anniversaires, c'est dur mais je passe le cap. Je ne replonge pas dedans avec toute la tristesse. J'ai peur de l'avenir… devoir partir les enfants et me retrouver seule. Assumer les enfants seule... l'adolescence du grand. J'essaye de regarder plus loin et ça fait peur. En fait je n'ai pas de temps de plaisir avec les enfants. Je n'arrive pas à me détendre avec eux. Ne serait-ce que jouer... ça me fatigue vite. Franchement j'ai pas de plaisir avec les enfants, j'ai pas le temps... même un quart d'heure. Je dois prendre un temps pour moi. C'est pas vraiment une question de temps c'est plus une histoire de priorités. Je

pourrais remplacer le temps de ménage par d'autres activités. Et un temps pour jouer avec les enfants ».

Le fonctionnement automatisé décrit par Mme Quinet influe sur sa perception du temps. Les jours se succèdent indistinctement depuis près de trois années. Mme Quinet a mis en place en ensemble de stratégies d'ajustement aux nouvelles contraintes inhérentes à son statut de mère et de veuve. Ces comportements adaptatifs se sont révélés efficaces pour assumer la gestion des contingences concrètes, organisationnelles. Néanmoins, après ce laps de temps, Mme Quinet se sent maintenant « *étouffée* » par son fonctionnement. Elle n'habite pas totalement ses relations, notamment à ses enfants, la dimension éducative et logistique inhibant partiellement son expression affective. La rigidité des mécanismes obsessionnels la maintient tout en provoquant un épuisement. Elle se plaint d'une perte de spontanéité, de prise de plaisir et de capacité à jouer, reconnaissant que le temps n'en est pas la cause unique.

« J'ai changé l'aménagement intérieur. J'en avais besoin. Sinon tout me rappelait Bastien ». Mme Quinet a changé la disposition spatiale de la maison, la personnalisant davantage.

Le facteur « imprévisibilité » est paradoxal. Mme Quinet se plaint d'un quotidien monotone et répétitif. L'avenir proche serait donc trop prévisible. « *J'espère un grain de sable dans la routine ».* Pourtant, elle témoigne d'un sentiment d'impuissance à contrôler les événements, à anticiper l'avenir. La logistique se gère au quotidien mais l'imprévisibilité concerne les événements de vie majeurs, comme le décès d'un proche. La mort brutale de son conjoint a constitué cette fracture dans la perception d'un *continuum* de l'existence. Elle serait comme morte, car « *plus rien ne peut se passer* ».

« Tout m'est tombé dessus comme ça... j'ai rien pu anticiper... Ça tombe sur moi... c'est l'incertitude pour tout vous savez... Je ne sais plus rien sur ce qui peut se passer... je crois même qu'il ne peut plus rien se passer parfois ».

Mme Quinet aborde la question des pensées sur la mort.

« Je me sens... ça me prend comme ça... tout ce côté noir... de penser à la mort, à ma solitude. Je devrais tout arrêter ? J'ai conscience de la fragilité de la vie. Qu'on peut mourir n'importe quand… même comme Bastien qui était jeune et solide ».

Une idéation morbide s'exprime à travers la pensée de « *tout arrêter* ». Elle se décrit envahie par cet aspect mortifère et imagine récupérer le contrôle en choisissant le moment de sa mort plutôt que de le subir.

2.8.b. Défunt : 101 occurrences (22%)

« Mon conjoint, le père des enfants est mort le 12 juin 2011. Très brutalement. En 3 jours... une maladie qui a touché le cœur, les reins et son sang… il est passé en réa et il a été transféré au CHU en urgence... il est mort seul là-bas dans la nuit. Je n'étais pas là. C'était trop. J'étais complètement saturée. Le travail qui allait à fond… et soudain l'urgence de Bastien à l'hôpital. Son transport en hélicoptère la nuit pour le CHU. Et l'appel pour annoncer sa mort à 6h du matin. Je culpabilise encore de ne pas l'avoir accompagné. Je pense qu'il a souffert. Il était tout seul de 22h à 2h du matin là-bas. Personne ne sait comment il était à ce moment-là. Il est passé aux urgences mais finalement on ne savait pas vraiment... il avait un problème aux reins, il était anémié et des artères se bouchaient... une infection aussi je crois… Il a été vu à l'hôpital en septembre mais on n'avait rien trouvé... j'aurais eu plein de questions que je n'ai pas posés. Pourquoi on a attendu avant de l'envoyer au CHU ? Le médecin là-bas n'a pas voulu me le dire. J'ai compris que la transfusion de plaquettes avait tout aggravé. On ne lui a pas fait de dialyse… je me demande pourquoi tout ça ? Est-ce qu'il serait encore vivant sinon ? On n'avait pas pris conscience de la gravité de ce qui se passait là. On me disait « tu as vu il est fort, il va s'en sortir ». J'avais pas le courage de poser toutes les questions. Je crois qu'ici ils ont fait ce qu'ils ont pu. J'en veux surtout au CHU de pas l'avoir pris assez tôt… ça allait mieux et puis ça s'est dégradé subitement. Mourir comme ça, à 31 ans. ».

Mme Quinet relate la séquence d'événements précédent la mort de son conjoint avec notamment ce ressenti d'une incompréhension de ce qui se déroulait. La rapidité de l'altération de l'état de son conjoint et le caractère hétérogène des symptômes qui brouillaient l'identification d'une pathologie ont participé de cette confusion. Elle mentionne une culpabilité

de ne pas avoir été avec lui pour ses dernières heures, qu'il soit décédé loin et seul, dans des conditions inconnues.

« Le petit me parle de son papa... on va au cimetière… il regarde les photos. Quand il en parle je lui explique qu'il est au ciel. Je dois aussi raconter qui était son père au petit. Je lui dis, je lui montre les photos. […] *Le grand a les mêmes orteils et les mêmes mains que son père. J'ai pensé à lui pendant les fêtes. Le petit a fait des bisous au papa. On est allé poser un caillou sur sa tombe avec lui. J'ai eu besoin d'y aller. Lui souhaiter une bonne année et à mon père aussi. J'ai déposé une bougie. Le grand n'aime pas regarder la photo de son père... il fait des comparaisons pour se rappeler. Il a bien changé. Il en parle beaucoup plus.* […] *J'ai entendu qu'un parent expliquait à sa fille que le papa du petit garçon de 3 ans est mort. Ça fait du mal.* […] *Luc, c'est le grand, sort des affaires de son père, une chaîne, une gourmette. Le petit, Eric, en parle bien... il lui donne vraiment sa place en parlant de lui. Luc a perdu son père. Il est très sensitif... il prend les objets de son père, les touche, les retouche. Alors qu'Eric, lui, ne l'a jamais connu. Il en parle, on lui raconte, il regarde les photos. Le petit croit qu'il a connu son père... il se met dans les souvenirs avec son frère. Il croit que son père va revenir. "Il est parti au ciel et il revient". Le papa manque aux deux enfants. Moi aujourd'hui, il me manque l'homme sur qui je peux m'appuyer ».*

La présence du défunt s'exprime à travers la relation des enfants à leur père. Mme Quinet garantit la continuité d'une présence paternelle auprès d'eux, par des paroles, des images et des actes. Elle ritualise pour des occasions spéciales, en allant poser des cailloux sur la tombe avec Eric. Elle incarne la transmission paternelle par des caractéristiques physiques du père. Le plus jeune cherche à construire une image d'un père qu'il n'a jamais connu. Il veut voir les photos pour s'y reconnaître, partager cette image commune avec sa mère et son frère et ainsi faire partie de la famille. Il ne porte pas encore le nom de son père bien que Mme Quinet fasse le nécessaire pour régulariser cette situation. Le cadet s'approprie des souvenirs auxquels il n'était pas associé. Il exprime une conception de la mort propre à son âge, réversible comme un sommeil. L'aîné retrouve son père par des objets qui évoquent des souvenirs. Il cherche moins une image que des situations vécues, des sensations. Le processus narratif qui consiste à raconter l'histoire et l'identité de leur père assure une cohésion familiale. Il permet à chacun de s'identifier, de s'affilier et de se différencier. Pour Mme Quinet, c'est la présence masculine qui lui permettrait de se sentir « femme » et le relais quotidien qui lui manquent.

« *Les gens ont connu la maison avec mon mari. C'est dur de venir nous voir et de pas savoir quoi dire... c'est comme si… le fait qu'il soit mort… ça chassait les gens.* […] *C'est vraiment pas évident de me détacher de lui. Je suis dans un contexte où mon mari est encore très présent. Pour tout le monde. Il pouvait même effacer les autres par sa présence. Il prenait beaucoup de place. Et moi j'étais en arrière-plan sans m'en rendre compte. J'en ai pris conscience seulement depuis qu'il n'est plus là* ».

Mme Quinet livre ici un ressenti commun à de nombreux endeuillés. La confrontation de l'entourage à un indicible et le malaise qui en résulte. Ce dernier se manifeste par un évitement de la situation. La présence de son mari perdure. Leur domicile y est fortement associé. Lorsque les proches viennent, ils perçoivent « *celui qui manque* ». Traditionnellement, la Mort, contagieuse, envahissante, était mise à distance par un tabou qui entourait les endeuillés. L'interdit protège la communauté des vivants mais aussi l'endeuillé qui obtient un statut défini et transitoire. Sans rituel ni désignation officielle, le tabou perdure dans le fonctionnement collectif : « *le fait qu'il soit mort… ça chassait les gens* ». Mme Quinet accède également à une dimension réaliste de son conjoint en évoquant l'espace qu'il occupait et le peu qu'il lui laissait.

« *Il me manque un père pour mes enfants... ce manque… j'ai besoin de respirer. Ça me manque de pouvoir... parler de ce qui n'allait pas avec lui... de percer l'abcès quand il y en a... Il me manque. On pouvait parler de tout. Il sera toujours présent. Je ne peux pas ne pas en parler avec les gens. J'ai grandi grâce à Bastien. Il m'a appris à prendre confiance en moi. Il a eu un regard plein d'amour pour moi. Il m'a vraiment aidée à prendre confiance en moi. Moi je l'ai aidé à murir* ».

« *Ma belle-sœur est opérée de la vésicule... elle est hospitalisée et... forcément on repense à tout... à Bastien… à l'hôpital... on pense à Bastien... j'ai des flashs... des moments... je revois la réa...* ».

« *Ma mère est très présente. Elle se partage entre ma sœur et moi. L'ouverture sur le monde fait du bien. J'ai une copine depuis l'enfance, c'est comme avant. Je ne suis pas prête à ne plus le ramener dans presque toutes les conversations.je ne voudrais pas tout effacer. Je voudrais qu'il soit là. J'ai reperdu l'appétit. Là il y a eu l'anniversaire de la mort de leur père et puis l'anniversaire des enfants… moi ça me... met... mal… de tout gérer comme ça* ».

« Je ne vais plus au cimetière... je n'en ressens pas le besoin. J'ai peur de me faire plus de mal que de bien en y allant. Et j'ai peur de culpabiliser d'avoir une relation avec un autre. J'ai dit à Bastien que j'avais une nouvelle relation. Je lui ai demandé de l'aide. Parfois je suis mal à l'aise, comme gênée vis-à-vis de Bastien. Il faut que je lâche un peu Bastien pour penser à quelqu'un d'autre. Parfois je lâche avec de la peur, de la culpabilité J'ai culpabilisé... j'ai eu l'impression de le tromper. Quand je pense à cet homme, J'ai quand même l'impression de le tromper ! Après j'ai discuté avec mon beau-frère qui m'a dit ne pas rester bloquée. Toute la belle-famille va dans ce sens... de refaire ma vie… de ne pas me culpabiliser... ça devrait être plus facile. J'en parle pas à mon… à l'autre homme. On n'en a jamais discuté. Il y a une continuité. Il ne s'agit pas de le remplacer mais de... ouvrir un nouvel épisode de ma vie ».

2.8.c. Les autres : 75 occurrences (16%)

« J'ai ma belle-famille autour de moi. Ma belle-sœur et les beaux-parents. J'ai un beau-frère aussi. Et surtout ma mère. Ma belle-mère dit que je me laisse aller... Elle leur achète des jouets et des chaussures. Elle ne comprend pas la situation. Ce qui se passe dans ma maison. Elle me juge… enfin j'ai l'impression que c'est un jugement : "tu n'es pas une bonne mère si tu ne sais pas ranger chez toi". En gros c'est ça ».

Mme Quinet décrit en première intention un entourage soutenant puis des difficultés pour être comprise par sa belle-famille.

« Là ils sont un peu durs les deux. Le petit fait caprices sur caprices. Je ne sais pas comment réagir... être ferme, punir ou laisser faire ? Parfois… j'en peux tellement plus que je laisse faire. Ils font leur place à leur façon mais ça me bouffe aussi. Le grand m'a dit que je ne l'aimais pas ».

Des tensions sont manifestes entre Mme Quinet et ses enfants. Ces derniers cherchent à être rassurés par la présence maternelle et la sollicitent continuellement. Ils sont anxieux lorsqu'elle quitte le domicile. Son statut de dernier parent vivant est difficile à assumer.

« Avant il y avait beaucoup de passage à la maison. Et puis plus rien. Pourquoi les gens ne viennent plus, je ne sais pas si c'est par pudeur... ou par peur... ou la peine de voir la maison sans Bastien. Avant de recevoir des gens chez moi il faut que je me sente bien ».

Le domicile familial est évité par certains proches. Son fils aîné lui reprochera à plusieurs reprises que la maison ne vive plus « *comme avant* ». A nouveau, la mort contamine l'espace, les endeuillés et chasse les vivants.

« J'avais commencé pour moi l'aquagym, une heure par semaine. Ma mère m'aide mais elle travaille encore et mes beaux-parents vont chercher le grand à l'école... je me sens redevable. J'ai arrêté l'aquagym. Les personnes avec qui je sortais, comme ma belle-sœur et ma cousine... ben on ne sort plus ensemble. Il faudrait que j'arrive à demander. Je ne me sens pas légitime pour ça. Pour prendre du temps. Il faudrait que je trouve quelqu'un... je demande toujours aux mêmes personnes et je culpabilise... j'ai peur de les saturer. C'est pesant d'être seule le soir à la maison. Je n'ai plus les mêmes relations avec les autres. C'est comme s'il y avait l'entité couple et moi... deux différents... il y a l'amitié... il faudrait que je puisse aller voir les autres et demander une soirée entre filles. Il y a un an je l'ai fait, j'en avais marre de faire les choses seule. De tout ça. J'ai pas de soutien. Dans l'entourage, je n'ose pas demander... j'ai peur de déranger et d'être redevable ».

Mme Quinet ne s'octroie plus de temps personnel et se sent dépendante de son environnement. Le sentiment de redevabilité lui paraît insupportable. Ses relations se distendent, notamment celles qui étaient liées au couple lui-même.

« On me dit « profite de la vie ». Mais profiter de quoi... je ne profite de rien. La routine… ça m'écrase. C'était le deuil d'une vie... je suis enfermée... c'est dur de rencontrer des gens ».

Elle pense recevoir des injonctions paradoxales, l'incitant à profiter de la vie sans en avoir les moyens, ni être aidée pour cela.

« Les gens autour de moi sont en couple, ça me fait du mal. Leur vie à deux et moi seule. Et là malade, j'ai eu que ma mère qui s'est mise en arrêt maladie pour me soutenir. J'ai pas eu de contact pendant 4 jours. Depuis qu'Eric est né je devrais avoir un soutien plus fort. Ils

devraient me proposer de les prendre et de les garder. Ce sont les enfants de leur fils aussi. Ils devraient libérer du temps pour moi. J'ai un gros froid avec les beaux-parents. Ils ferment les yeux pour ne pas voir ma détresse. J'ouvre enfin les yeux. Ma mère voit bien les choses elle. J'ai un réel soutien. Et je me sens redevable... c'est pas normal... pour eux. Ils sont dans leur bulle. J'en ai gros sur le cœur. Pour le petit il faut faire avec, il le faut c'est une obligation pour eux. C'est dur pour eux de suivre les garder tous les jours ».

2.8.d. Hypnose 61 occurrences (13%)

a. Représentations

« L'hypnose... j'ai vu des spectacles à la télé... c'est assez impressionnant... de perdre le contrôle... disons que je ne veux pas faire n'importe quoi… […] *je ne sais pas si vous pouvez me sortir ça de la tête… que je m'endorme et que je sois bien au réveil. C'est ça que je voudrais.* […] *J'ai entendu que c'était utilisé à l'hôpital. Ça peut m'être utile à moi ?* […] *Franchement… Je veux bien essayer.* […] *J'ai une copine qui a fait trois séances après une séparation, elle était beaucoup mieux après ».*

Les représentations sont fondées sur les sources habituelles : la télévision, l'hypnose de spectacle, une mention sur un usage hospitalier. Elle en a également entendu parler par le biais d'une amie qui l'a expérimentée avec succès. Nous retrouvons les représentations fréquentes autour de la perte de contrôle, de l'exérèse du mal et d'une transformation profonde au cours d'un sommeil thérapeutique.

b- Contenus

L'induction demeure identique, avec un décompte. Nous cherchons les ressources et les éléments identitaires propres. Mme Quinet effectue un cheminement sur son histoire personnelle, puis celle du couple et de la famille. Elle peut vivre leur rencontre, sa construction personnelle, avant et après son mari. Elle trouve des assises narcissiques. Mme Quinet effectue

un tri des affaires, prend de la hauteur pour tisser une mémoire globale, un récit. Elle dit « au revoir » à son mari et se projette dans l'avenir en ressentant les changements qui se sont produits : un apaisement, un désir de relation avec les autres, une vie de femme, une écoute de ses besoins. Nous installons ces différents éléments dynamiques avant le retour à un état de conscience habituel.

c- Effets

Mme Quinet explique ses ressentis lors de notre rencontre suivante, un mois plus tard.

« Pendant la séance, j'ai eu l'impression de m'enfoncer à l'intérieur du fauteuil. C'était le noir complet dans mes yeux. Très brefs. Mes muscles se sont détendus. J'ai eu mal au dos et une respiration pas fluide. J'ai eu une chaleur qui circulait dans le dos et les muscles. Une sensation agréable... la tête partait et s'est bloquée. Le corps résistait à se relâcher ».

Le ressenti hypnotique est d'abord physique. Elle décrit une sensation de pesanteur et de détente, une chaleur. Puis des douleurs et des difficultés respiratoires sont apparues. Lorsqu'elle sentait que « *la tête partait* », c'est-à-dire ses processus psychiques, elle se « *bloque* ». Puis le corps « *résiste à se relâcher* ». Un ensemble de résistances se mettent en œuvre et inhibent un vécu d'expérience hypnotique complet. Son ressenti reste partiel, elle voit plus qu'elle ne ressent.

« Mais ça va mieux aujourd'hui. On est partis en vacances avec mon fils. Il a été trop gâté mais moi je me sens mieux pour gérer. Je laisse passer quelques réflexions

; J'essaye de ne pas tout accepter. De tenir mes positions. Ça va mieux avec les enfants. Je donne des récompenses et des punitions, on organise les choses sur la semaine. Je ne cède plus aux caprices. Je me sens moins accablée, je me sens bien ».

Nous relevons une perception améliorée de sa capacité de contrôle des événements. Elle se montre moins impulsive et peut organiser, planifier l'avenir. Ses vacances avec son fils ont été contributives. Elle a pu bénéficier d'un temps de repos et de décontextualisation, tout en se rapprochant de son aîné. Au cours de la séance suivante, elle poursuit ses observations.

« J'ai pris une femme de ménage. Là j'ai fait un grand pas en déléguant. En ce moment, je ne pense pas à la mort de Bastien et au deuil. Il est là pourtant. On a changé des photos de lui avec les enfants. On a mis une photo de lui petit aussi. Je vais au cimetière. J'ai toujours besoin de lui parler mais moins. Je prends les décisions seule, je me débrouille... j'attends... Je prends des initiatives de mon côté... de moi-même... je dois refaire du tri. Je vais modifier l'intérieur, j'ai des travaux à faire. Je ne veux plus être esclave de l'entretien de la maison... C'était mauvais, je n'avais envie de ne rien faire et je culpabilisais. Là je récupère de quoi mettre autre chose. La maison m'étouffait ».

Mme Quinet décrit d'importants changements dans son fonctionnement et son organisation. Elle prend des décisions pour se libérer des contraintes logistiques, délègue certaines tâches. Elle décrit des activités rituelles avec ses enfants, des actes collectifs orientés autour de la mémoire du défunt. Elle tente de transformer cet espace de vie. Ce qu'elle percevait comme une prison régie par la contrainte doit devenir un lieu d'existence familial. Elle identifie à présent un « *lieu de contrôle* » interne. Elle peut décider, organiser, planifier à nouveau. Ce mouvement modifie le sentiment « d'impuissance apprise » qui s'était développé les dernières années. Nous restons dans l'expectative quant à l'ampleur et la radicalité des changements observés. Ils peuvent sembler trop importants et trop rapides pour s'intégrer écologiquement avec son fonctionnement. Nous avons déjà constaté chez deux participantes des résultats notables mais éphémères et artificiels.

« Je dois faire le tri pour vivre là-dedans. J'ai descendu à la cave les vêtements de Bastien. Je portais ses vêtements. Les caleçons, les chaussettes. J'ai tout descendu. Il est toujours en moi, je sais que je peux mettre ses affaires hors de ma vue. J'ai quand même gardé son dernier t-shirt et son haut de pyjama. Ils sont toujours là. Il est en moi pour toujours, il y sera toujours. Je sais quelle place il occupe dans mon cœur. C'est là. Ses vêtements... je suis pas prête à tout sortir quand même... On m'a incitée à mettre dans des cartons pour faire les travaux. Faut que ça se prépare doucement. Je me sens quand même plus sereine… plus calme... je suis moins speed. Je me mets tellement la pression. Là j'arrive plus à respirer, à me poser un peu ».

Mme Quinet procède rapidement à une réorganisation des affaires. Elle range des vêtements qui matérialisaient la présence de son mari. Depuis le décès elle conserve néanmoins certains de ses habits qu'elle porte régulièrement. Elle y trouve une façon de sentir sa présence

quotidienne. Elle semble souligner une intériorisation plus complète : « Il *est en moi pour toujours, il y sera toujours. Je sais quelle place il occupe dans mon cœur* ». Elle précise que son entourage a été participatif dans cette démarche et l'a incitée à mettre en œuvre le changement. Elle observe une amélioration thymique.

« J'essaye d'accepter le "non" quand il arrive. Mais j'hésite moi à demander aux autres de l'aide. On me dit que je suis super forte... je maintiens surtout bien les apparences. Une apparence de force. Je ne voulais pas faire voir ma souffrance pour ne pas faire de la peine mais je n'ai pas réussi à cacher. Je perdais tellement de poids que je disparaissais. Il faut que je reprenne du poids. Je vais prendre un week-end pour moi. Je me planifie des petits objectifs que je suis contente d'accomplir. Sans m'énerver, sans speed. C'est un tout. Je me sens même plus concentrée. A un moment je n'y arrivais pas… je pensais à tout ce que j'avais à faire et ça m'empêchait de faire. Je me mettais une pression tellement forte que je me sentais incapable. Je dors beaucoup mieux. Je me lève le matin pas fatiguée. J'espère que les enfants vont changer quand moi je vais changer... je veux être plus sereine, plus calme, mieux me maîtriser pour les engueulades avec eux. Je reprends goût à cuisiner... à manger... je reprends du goût en fait. Je veux aller vers l'extérieur, faire de nouvelles rencontres. Je voudrais aller dans un endroit que je connais ».

Mme Quinet évoque les changements récents. Elle peut citer l'inhibition émotionnelle, la perte de poids, le stress perçu et la procrastination. Elle relève les améliorations de l'humeur, le sentiment de maîtrise et sa capacité à faire des projets.

« J'ai beaucoup eu besoin de mettre des mots pour faire exister Bastien, de prendre les gens à témoin. Quand on me poussait à avancer, je le prenais mal... là j'accepte quand c'est bienveillant. Un rappel à l'ordre pour mon bien ».

Mme Quinet se sent moins agressée par les encouragements de son entourage à envisager une vie après son mari.

« J'ai l'impression d'avoir beaucoup avancé. Dans mon caractère... avec ses points positifs et négatifs. Après sa mort j'ai tenu 9 mois sans flancher... il fallait tenir la grossesse jusqu'au bout. Après je n'en pouvais plus... j'ai tenu un an... et puis i l y a eu la mort de mon

père le 14 janvier 2013. Ça a été un 2ème choc et il fallait gérer le grand. Mon père s'est suicidé... c'était son choix. Ça a été violent, subite. J'ai craqué pour tout ».

Des souvenirs affleurent. Elle relate un temps de forte inhibition de l'expression émotionnelle pour s'adapter à l'accouchement et aux enfants. Il est question d'une forme de deuil dont l'expression aurait été différée. Un second décès violent s'est produit un an après celui de son conjoint. Son père se suicide. Cette mort brutale provoque une violente abréaction émotionnelle. Les deux pertes se confondent. Un mois plus tard, l'état psychologique de Mme Quinet se dégrade à nouveau.

« J'ai quelques envies de pleurer et des petites angoisses qui reviennent. J'ai peur de replonger. J'essaye de ne pas trop penser. Je ne m'autorisais pas à vivre alors que Bastien est mort. Comme si je n'en avais pas le droit. J'avais l'idée que tout reposait sur moi toute seule, c'était ma responsabilité. Et ça entraînait beaucoup de culpabilité... j'étais jamais à la hauteur… Alors que là j'ose demander de l'aide. Je travaille mieux depuis que je suis mieux dans ma tête. Avec moins de pression ça va mieux ».

Des éléments dysphoriques réapparaissent après une réaction défensive hypomaniaque. Elle accepte de se donner des autorisations à vivre, à prendre du plaisir. Elle tente de réduire le stress perçu par une sollicitation d'aides et de relais. La séance suivante entérine l'altération du fonctionnement psychologique de Mme Quinet. L'état d'exaltation, presque euphorique, se dissipe progressivement.

« J'ai une lassitude… avec pas l'envie de sourire. J'appréhende les vacances. J'ai du mal à me concentrer, j'ai pas envie même. La cérémonie a été très difficile, très perturbante. Je revois les choses et je ressens le vide à la maison. Je tourne en rond, j'ai envie de fuir... en fait ça fait remonter trop de choses, trop de souffrance.».

Mme Quinet décrit des symptômes similaires à ceux présentés avant la séance d'hypnose. Une humeur triste, une asthénie, de l'anticipation anxieuse, des difficultés cognitives. Une situation déclenchante est identifiée. Mme Quinet et ses enfants ont participé à une cérémonie annuelle organisée par la famille de son mari en sa mémoire. Cette célébration est vécue comme une épreuve, qui ravive chaque année des souvenirs douloureux. Elle reproche à sa belle-famille de perpétuer ce rituel à leur seul bénéfice, en négligeant son impact émotionnel perturbant sur

sa cellule familiale. La symptomatologie dépressive va continuer à s'accentuer dans les 3 mois suivants. L'hypnose ne produira pas d'autres effets. Nous finalisons sa participation à la recherche afin d'engager une thérapie d'orientation psychodynamique. Après une année, des éléments dynamiques et identitaires s'expriment, indépendamment du dispositif hypnotique.

« Je dois sortir pour m'amuser. Prendre du bon temps. Voir la gent masculine. Je vais prendre ce que je peux prendre, sans me fixer d'objectifs. Je sors pour m'amuser et danser. J'ai la bénédiction de tout mon entourage pour refaire ma vie. Je ne dois pas me mettre de blocage. Je dois savoir qui je suis aujourd'hui pour me reconstruire. Je vais arrêter de subir et faire subir aux autres. Je prends sur moi maintenant, pour ne pas paniquer. Il faut que j'y aille, je n'ai pas le choix. Je me sens mieux vraiment, malgré quelques jours moins bien. J'arrive à surmonter les envies de pleurer. Bastien est toujours au fond de moi. J'en parle beaucoup moins ».

2.8.e. Rites et croyances : 54 occurrences (12%)

Mme Quinet ne cite pas de croyances particulières. Elle demande de l'aide à son conjoint décédé dans des situations complexes.

Elle entretient des rituels propres, avec ses enfants, autour des photos du défunt, des histoires à raconter, des pierres et bougies à déposer sur la tombe. Des rituels plus obsessionnels se sont constitués, notamment sur l'ordre et la propreté.

Elle raconte le rite funéraire, qui avait rassemblé une grande communauté, « *presque trop* », dira-t-elle.

« La cérémonie religieuse a été dure... l'église était bondée... A 31 ans. Avec tous ses amis... mais je ne voyais personne j'étais vraiment ailleurs. On a défilé derrière le corbillard. Je me suis laissée porter par les proches. Il y avait Luc avec nous. Je n'étais pas là. C'était trop. J'étais complètement saturée ».

L'état psychique au cours des funérailles est dissocié.

« Il y a l'anniversaire de la mort de Bastien qui approche aussi. Mon beau-père organise une messe ce jour-là. Ça me coûte d'y aller mais c'est un temps familial et amical. Ça entretient le souvenir. On va au cimetière de temps en temps pour voir si tout est en place. Pour mon père j'y vais pas... je ne sens pas l'envie... ni le besoin. Il a fait ses choix. Je ne retourne au cimetière pour personne, sauf pour Bastien. Je garde des cendres de Bastien chez nous. J'ai une petite urne cachée à la maison. Comme ça je sais qu'il est là. J'ai peur de la perdre. Je n'ai pas envie de le dire aux enfants. Ça a été apaisant… j'ai toujours ses affaires, rangées à la maison ».

Mme Quinet préserve un lien intime, confidentiel, avec son mari par les cendres qu'elle a partiellement conservé chez elle. La date anniversaire est systématiquement perturbante car la célébration réactive et majore des vécus anciens.

« Je crois aussi que la messe pour Bastien approche... ces 3 ans sans lui... Ils font une messe tous les ans... j'y vais pour eux. Moi je ne suis pas croyante et Bastien ne l'était pas non plus. Ça ravive des choses. On le fait tous pour lui. Ça rappelle à l'ordre. J'ai pas envie d'y aller. C'est un rituel que je n'aime pas. C'est pour eux en un sens. Moi ça m'oppresse... on ne force pas les enfants. S'ils en ont besoin, pas de soucis. C'est surtout pour le fiston. Il y a tout le monde qui se réunit pour son père. Dans cette église où il a fait son baptême. Ça a un côté communautaire. On est tous là. Pour Eric, je sais pas. Il n'a pas encore récupéré le nom de son père administrativement. L'avocat n'a pas fait son travail jusqu'au bout. Je veux qu'il soit reconnu enfant légitime. Qu'on ne lui dise plus « t'as pas de papa ». Bastien voulait quelque chose, le plus sobre possible. Il était comme ça ».

Mme Quinet privilégie les rituels personnels aux rites officiels. Elle investit davantage de contenus symboliques dans l'acte de nomination et de transmission que dans les rites religieux.

2.8.f. Histoire personnelle : 27 occurrences (6%)

Mme Quinet donne quelques éléments sur son enfance et le caractère affirmé qu'elle avait à l'époque. Elle fait mention de deuils antérieurs, notamment de son père, qui s'est suicidé.

2.8.g. Résumé de la situation

Pour Mme Quinet la séance d'hypnose a porté un effet à court terme. Les croyances préalables étaient favorables au dispositif bien qu'elle ait tenu une position plutôt réservée sur les résultats attendus. Les changements observés par Mme Quinet après la séance paraissaient rapides et massifs. Ils nous semblaient associés à une forme d'exaltation qui relevait davantage de défenses hypomaniaques transitoires que d'une dynamique thérapeutique propre. La puissance symbolique de l'hypnose apparaît trop réduite. Elle « *veut bien essayer* » tout en doutant que cela puisse lui « *enlever ça de la tête* ». Le dispositif ne peut s'ancrer dans des attentes fortes qui mobiliseraient une fonction de rituel thérapeutique à la séance.

Mme Quinet fait part après la séance de sensations contradictoires : chaleur, douleur et détente. Elle précise que sa tête s'est bloquée, qu'elle ne pouvait pas « *lâcher* » ni « *partir* ». Le vécu de l'expérience hypnotique est partiel. La conjonction de la séance avec un départ en vacances et des incitations de son entourage à réorganiser son domicile concourt à cette impression d'un mouvement engagé. La problématique du conjoint et père absent pèse sur Mme Quinet par ses dimensions affectives mais aussi par un niveau de contrainte élevé qui l'épuise et renforce un état dépressif de fond. L'effet suggestif de la séance a produit, comme chez Mme Tyne et Mme Zane, un effet de courte durée, sans impact sur l'économie psychique du sujet. Le dispositif n'a pas endossé de fonction rituelle. Une approche psychodynamique sur les relations et l'attachement, cognitive sur ses croyances et comportementale sur une remobilisation progressive a finalement permis une issue thérapeutique favorable sur deux années de suivi.

Sur le plan de la relation thérapeutique, Mme Quinet rejetait l'idée d'une relation régressive, de se laisser porter par l'expérience, de s'autoriser à se délester transitoirement d'une forme de contrôle obsessionnel du quotidien. Selon elle, se laisser aller à une expérience aurait conduit à abaisser ses défenses psychiques et s'exposer à un effondrement dépressif. Elle

cherchait dans la relation un tiers, masculin, adulte, qui lui rappelle dans cette modalité de relation à l'adulte et la femme qu'elle est. Elle exprime à plusieurs reprises le sentiment d'être enfermée dans une identité maternelle aliénante, exclusivement fonctionnelle. Au sein du cadre thérapeutique, elle s'est réapproprié la possibilité d'être une femme susceptible d'éprouver et d'exprimer des désirs. Le réinvestissement libidinal s'est manifesté dans le discours au cours des mois suivants, avec l'attrait qu'elle ressentait pour un homme de son entourage.

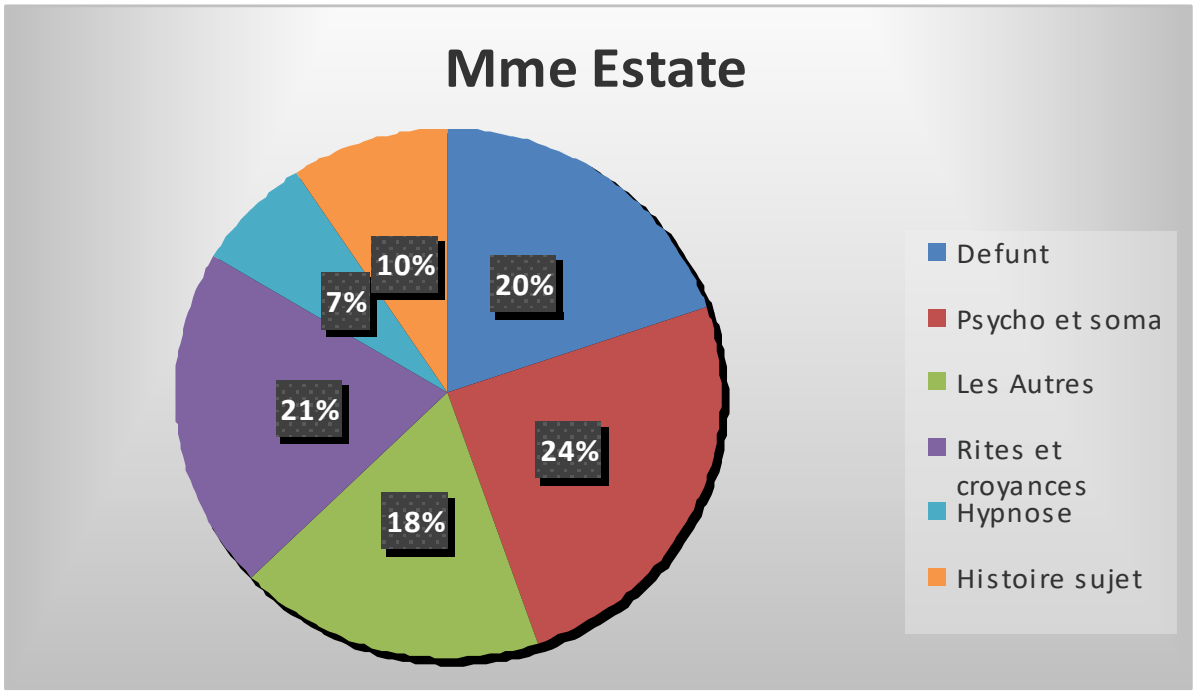
IX- Mme Estate

Madame Estate obtient un total de 45/76 au questionnaire ICG, ce qui représente un score important. Les scores de solitude et de vacuité sont cotés à leur intensité maximale ainsi que le désir intense de retrouver le défunt. La capacité d'accorder de la confiance aux gens depuis le décès est profondément altérée. Mme Estate relève des perceptions auditives et visuelles du défunt. Les pensées et souvenirs intrusifs sont désorganisateurs. Mme Estate n'évite aucun des lieux susceptibles de rappeler le défunt. La réalité du décès reste difficile à admettre. Mme Estate exprime sa colère, son amertume et un sentiment d'injustice. Elle dit ne pas se sentir envieuse des personnes qui n'ont pas perdu quelqu'un de proche. Sur le plan somatique, Madame Estate peut éprouver quelques fois les mêmes douleurs et les mêmes symptômes que la personne décédée. Nous notons de légers troubles attentionnels et perturbations du sommeil.

Mme Estate a été reçue sur 16 entretiens en une année. Nous avons relevé 724 occurrences thématiques dans l'analyse du Verbatim. Elles se répartissent de la façon suivante :

1- Manifestations psychologiques et somatiques :	181 occurrences (25%)
2- Rites et croyances :	152 occurrences (21%)
3- Défunt :	142 occurrences (20%)
4- Les autres :	131 occurrences (18%)
5- Hypnose :	49 occurrences (7%)
6- Histoire personnelle :	69 occurrences (9%)

Graphique 9. Répartition des occurrences thématiques dans l'analyse de contenus du discours de Mme Estate.



Mme Estate, 51 ans, mère de deux enfants, a accompagné son mari au cours d'une pathologie cancéreuse métastatique pendant plusieurs mois. Elle développe après le décès un deuil compliqué sévère. Les failles narcissiques antérieures qui étaient contenues par la relation conjugale semblent s'accentuer et constituer un handicap social important. Elle est kinésithérapeute dans un centre de réadaptation et se reproche de n'avoir pu « *sauver* » son conjoint.

2.9.a. Manifestations psychologiques et somatiques : 181 occurrences (25%)

Mme Estate présente nombre de plaintes d'ordres somatique, psychologique, relationnel. Les éléments saillants concernent un déficit majeur d'estime de soi. Sa perception d'elle-même est labile et inconsistante. Nous relevons un manque d'assertivité qui se traduit par des difficultés à exprimer un refus, un évitement du conflit et des justifications permanentes de ses comportements. Elle se perçoit seule, incomprise et fortement décalée par rapport au fonctionnement de son entourage. Nous notons la présence de persévérations anxieuses dans le discours assorties de compulsions conjuratoires.

« Mes enfants ont du mal à comprendre ma tristesse et ce que cela déclenche chez moi. Je suis moins confiante et moins gaie qu'avant. Mais je n'ai jamais eu confiance en moi. Mon mari me portait. Il me valorisait. C'est celui qui m'a le plus aimée et comprise dans ma vie. Je craque régulièrement depuis presque trois ans. Ce n'est pas normal que je continue à pleurer ».

Les premières observations de madame portent sur le fait de ne pas être comprise par ses enfants, la dysthymie et les pleurs.

« Au travail, c'est difficile. Et en semaine de récupération non plus. Après la mort de mon mari… J'ai ma colère qui s'estompe. J'ai discuté avec le médecin puis avec la psychologue. Pendant 4 mois j'étais très mal, très en colère... puis j'ai cru que ça allait aller. J'ai eu l'impression de revenir au tout début... je n'ai pas grand monde avec qui parler. Mais je suis parasitée par des images... mon mari... ce manque, ce vide... et derrière, mon père, ma mère ma sœur. Je n'arrête pas de me culpabiliser, me flageller et c'est de pire en pire depuis le décès de mon mari. Même si ce n'est pas de ma faute... je passe mon temps à culpabiliser et me justifier, tout le temps, au travail, partout. Mon mari continuait à m'encourager : « fais du sport, tu vas y arriver ». Il croyait en moi. Le problème vient de là, je ne me pardonne pas d'être vivante et de n'avoir pu le sauver. Ça fait de moi une mauvaise personne ».

Mme Estate mentionne les différentes émotions qu'elle traverse, telle que la colère. Elle fait part de son ressenti d'être seule, isolée. Elle évoque les images et pensées intrusives ainsi que le déficit de confiance en soi. La culpabilité et l'auto-dévalorisation resteront au premier plan au cours du suivi. Mme Estate poursuit ce mécanisme de mortification expiatoire. Le regard soutenant de son conjoint lui fournissait des assises pour aller vers le monde. Elle exprime un sentiment d'indignité, se sentant « *mauvaise* ». Elle pense que son statut de soignante aurait dû lui donner les moyens de le « *sauver* ». Nous identifions l'échec d'un idéal soignant qui accentue la faille narcissique.

« La colère... Avant je pouvais l'exprimer avec mon mari. Même contre mon mari. Je la refoule beaucoup, j'ai pas le droit d'être en colère. Je me sens diminuée sans lui... amputée ... comme pas moi-même... ça agace mes enfants... pour eux j'étais une personne avec lui et je le suis toujours sans lui. Je ressens de l'agressivité mais je ne l'autorise pas à s'exprimer... c'est trop destructeur. Mais je le garde à l'intérieur et je rumine tout le temps : « c'est injuste » et tout ça. Je retourne cette agressivité sur moi, oui. Je me punis... parce que je me sens coupable.

Je dois réussir à prendre confiance en moi. Ben… je dois prendre du recul, me détacher du regard des autres qui me fait souffrir et qui me pourrit la vie. Il faudrait que je passe moins de temps à me justifier et moins culpabiliser. Je garde des idées négatives et de la culpabilité. En tant que kiné, je pensais pouvoir faire quelque chose... quoi ? Ben le sauver. C'est un échec ».

Mme Estate décrit une perte vécue comme une « *amputation* » en lien avec le caractère « *fusionnel* » de la relation. L'inhibition de l'expression de la colère sera également une thématique redondante dans son fonctionnement. Cette émotion retournée contre elle-même devient une forme de mortification par une culpabilité constante. Elle se fixe des objectifs de changement, tels qu'acquérir de la confiance en soi ou réduire la culpabilité.

« Je me vois comme un boulet... je ne sais pas pourquoi mon mari m'aimait. Il me trouvait douce, empathique, attentionnée, je voulais aider. Je ne sais plus pourquoi il pouvait m'aimer. Pour ma famille j'ai un sale caractère. Pas pour Marc... je suis douce et courageuse. Il me renvoyait une belle image de moi. Un an après, je revivais ce que j'avais vécu au décès de mon mari. Mes jambes ne tenaient plus. J'avais des nausées, tremblements, des démangeaisons. Une grosse fatigue. Je ne pouvais plus avancer. Aujourd'hui encore je reste sur le canapé. Je n'arrive pas à avancer. Alors qu'au boulot je suis hyperactive... je compense peut être ? Mais je fais des erreurs… une mauvaise manipulation récemment… je dois contrôler mes peurs ».

Mme Estate décrit sa perception dévalorisée d'elle-même et l'image que lui renvoyait son conjoint. Elle reprend son ressenti le jour anniversaire du décès, essentiellement sous forme de sensations physiques. Nous relevons un ralentissement, une asthénie, des troubles de l'attention.

« C'était comme si mon mari pensait et agissait à ma place. Je n'arrive pas à me séparer de ses affaires. Je n'arrive pas à lire. Je n'arrive pas à écrire. Je n'arrive pas à me concentrer. Je n'ai plus d'élan je dois me pousser, je n'ai plus de plaisir à vivre. Avant j'aimais faire du roller et de l'équitation. Des fois j'ai envie de me suicider. Je n'ai pas goût à la vie. Non mais je ne suis pas suicidaire au fond... Je ne veux pas prendre le risque de tuer quelqu'un d'autre ».

Mme Estate fait part des pertes et des impossibilités. Elle se sent parfois possédée par son défunt mari, qui parle et agit à sa place. Elle a perdu l'envie, la motivation et le plaisir à

effectuer les activités autrefois appréciées. Elle évoque des idées suicidaires, qu'elle récuse juste après. Elle utilise des termes forts, en évoquant la peur de « *tuer quelqu'un d'autre* ». Elle partage donc ce fantasme culpabilisant qui l'habite : être responsable de la mort de son conjoint.

« Je me demande qui je suis ? Oui, il y a l'état civil. Mais qui je suis vraiment depuis la mort de Marc ? Je ne suis pas si bien, pas une si « belle personne » comme on me dit… si je suis bienveillante ou pas… Même pas une bonne kiné... je suis une imposture. Il n'y a que mon mari qui me rassurait. Avec cette colère rentrée et cette animosité... je dois me justifier tout le temps, demander pardon… et m'excuser… tout ça pour bouillir intérieurement ? Comment être une bonne personne et en colère en même temps ? La colère est très présente dans ma famille. Mais je l'ai toujours refoulée, c'est très destructeur, je crois, j'en ai peur… elle n'a pas sa place. Si je me mettais en colère, je ne serais plus la gentille Danielle. Je n'ai pas le droit à la colère ».

Mme Estate poursuit sur son questionnement identitaire, sur ses qualités, son rôle professionnel. Elle souligne le décalage entre son ressenti interne, un « *bouillonnement* » et un comportement social inhibé. Elle pense que l'affirmation de soi est identique à l'expression de la colère. Cette dernière serait une émotion incontrôlable et dangereuse. Elle se sacrifie pour protéger les autres. Le sacrifice prend une résonance particulière pour cette catholique pratiquante très investie dans la vie paroissiale. Par la suite, elle exprime de la jalousie et de l'envie lorsqu'elle dresse le constat d'une injustice. Son frère est alcoolique et polypathologique mais toujours vivant lui. Alors que Marc était altruiste et ne méritait pas de mourir.

« C'est après sa mort que j'ai réalisé que nous étions fusionnels. Quand il est mort, je me suis sentie amputée... je le suis toujours. Lui il me prenait dans les bras... Il n'a pas tenu sa parole d'arrêter de fumer. Je lui en veux un peu pour ça. Quand on s'est marié, il avait promis qu'il allait arrêter ».

Mme Estate continue à caractériser la relation de « *fusionnelle* ». Elle exprime une colère à l'égard de son mari, qui a participé à l'abandon en poursuivant sa consommation de tabac. A ses yeux, il a sa part de responsabilité dans son propre décès.

« Mon mari avait un cancer du poumon métastasé... et il a aussi fait un A.I.T. en 2011. Tout était "normal" mais j'ai poussé les examens complémentaires. Il avait des douleurs dorsales non déterminées. Il a eu un scanner… qui a été mal lu, mal interprété, disant qu'il n'avait pas de métastases osseuses. Il a fait tous les services... il est allé en pneumo puis en chirurgie, il a eu une prothèse de hanche... puis il a été envoyé au CHU et après il a été

hospitalisé à domicile. Et finalement il est allé dans l'hôpital local où il est mort... près de chez nous. Il refusait l'Hospitalisation A Domicile mais il a eu une fracture pathologique… là y'avait plus le choix. Et avant d'aller à Paris… pour un avis... on me disait « pour combien de temps ? » Mais moi je voulais croire que ça allait marcher. Le médecin avait parlé de stabilisation, pas de guérison. Au CHU il voulait montrer que ça allait. Il mettait trop de positivité. C'est ça qui me travaille le plus... on n'a pas parlé de la mort… et du reste. Je ressens de la culpabilité... »

Mme Estate narre la fin de vie de son conjoint, les errances médicales avec les espoirs et désillusions qui les ont accompagnés. Elle explique la façon dont ils ont essayé de se protéger mutuellement en dissimulant leurs craintes et en affichant un optimisme fictif. Ces tentatives pour préserver l'autre les a conduits à ne plus pouvoir aborder la réalité de la situation. Mme Estate s'en sent coupable.

« J'avais vu deux psychiatres en ville... ils m'ont prescrit de l'alprazolam au besoin. A l'hôpital on a vu la réanimatrice pour expliquer le processus… et puis la psychologue des soins de support. Le lendemain il s'est écroulé à mes pieds. Il a réagi très fortement à l'annonce de l'évolution de la maladie, des métastases, il a ressenti physiquement ce qui se passait, il a eu des tremblements, des frissons, des nausées, des vomissements. Il a eu peur de ne pas être à la hauteur pour les enfants. Mon mari était mon confident... j'ai perdu beaucoup plus que lui… J'étais la seule à voir des signes. Deux ans avant sa mort, il a fait un AIT il est allé au CHU et... rien… Il a eu une grosseur, des douleurs… personne ne semblait voir ! Il y a eu une mauvaise interprétation de l'IRM. Il y avait pourtant un cancer et derrière cet AIT aucune exploration ! J'aurais dû insister mais j'ai pas pu. Il a fait une œsophagite, je crois que c'est un truc de bébé mais c'était un envahissement médiastinal. Il avait une grosse pêche pas décelée. Enfin... au fond... je sais que je... que ça n'aurait rien changé... je dois travailler sur l'acceptation. Les choses devaient se passer comme ça. Parfois… la foi se remet en question ».

Mme Estate poursuit son récit des temps de la maladie et de la fin de vie. Elle exprime sa révolte à l'encontre du système médical qui aurait négligé certains signes cliniques. Elle culpabilise de n'avoir pas pu défendre cette parole auprès des médecins. Elle décrit avoir perdu son seul confident et de fait, se trouver seule. Elle essaye de prendre du recul et de relativiser en évoquant le destin ou la fatalité : « Les *choses devaient se passer comme ça »*. Elle exprime

des doutes sur sa foi. Mme Estate évoque les modifications de son rapport au temps et à l'espace. Elle envisage de modifier son lieu de vie pour relâcher cette présence qui l'habite.

« J'imagine mon mari en tant qu'entité... présente. Alors comment rencontrer quelqu'un d'autre ? Comment autoriser cette présence à partir ? J'ai donné ses Jeans et pantalons. Je dois changer d'espace, je suis seule, ce n'est plus fait pour une seule personne, c'était pour deux ».

Depuis le décès, Mme Estate vit avec des idées de mort régulières. Toujours dans la dynamique d'auto-dévalorisation, elle estime que sa vie est moins précieuse que celle de son conjoint. Elle dit surmonter les idées suicidaires pour ses enfants. Elle insiste sur le décalage entre ce qu'elle vit et ce qu'elle manifeste.

« Ma fille était très liée à mon mari. Elle lui ressemble. Il aurait mieux valu que ce soit moi qui parte et pas mon mari. Je suis ambivalente, je pourrais mourir tout de suite mais je veux rester dans la vie pour les enfants. J'avais le sourire facile... je peux faire de la façade... mais j'ai beaucoup pleuré ».

2.9.b. Rites et croyances : 152 occurrences (21%)

En raison de la place centrale qu'occupent la religion et ses rites pour Mme Estate, cette thématique est fortement représentée dans son discours.

« J'ai préparé les funérailles de Marc avant sa mort, j'ai demandé à notre fils de préparer un texte à lire. Pour la messe de son père. Préparer la messe de son père ça voulait dire réaliser que son père mourrait ».

Mme Estate propose à son fils de s'investir dans le rite funéraire afin de l'aider à cheminer sur l'intégration du décès de son père.

« La Toussaint est difficile. De octobre à décembre ça a toujours été difficile pour moi. J'avais pas trop envie de parler avec du monde. J'ai un peu parlé avec ma belle-sœur. Elle est très traditionaliste. Elle veut des tombes visibles avec des plaques alors que moi j'ai choisi une stèle pour l'urne funéraire. Pour moi elle n'en fait qu'à sa tête. Elle a vraiment voulu charger

la tombe. Alors ça a blessé quand j'ai dit : « pas trop de plaques, il nous faut de la place avec les enfants ». Pour nous exprimer sur la mémoire de Marc. Un collègue m'avait encouragée à penser aux funérailles alors que Marc n'était pas mort… je ne voulais pas au début… Même pas y penser. Sa tombe c'est aussi mon espace à moi. Je me sentais dépossédée par la belle-famille. Ils envahissaient eux aussi ».

Les rites de la Toussaint mobilisent des émotions complexes pour Mme Estate. Elle mentionne les divergences d'appréciation avec sa belle-famille quant aux moyens d'honorer la mémoire du défunt. Elle s'approprie l'espace funéraire qui relève de l'intime et se sent envahie par les souhaits de la belle-famille. L'idée d'anticiper le deuil a été amenée par un ami de Mme Estate avant la mort de son mari. Elle ne pouvait accepter cette projection dans l'avenir.

« Nous sommes catholiques et mon fils et moi nous raccrochons à notre foi. Ma fille, elle rejette notre religion. Elle a vu un psy et a été sous antidépresseurs. Moi je voulais vraiment réussir seule, avec l'aide de ma foi. Ma fille et moi étions fusionnelles avec mon mari. Par mes croyances je suis censée pardonner et être empathique... comprendre... parce que, qui suis-je pour juger les autres ? Je me demande souvent « as-tu vraiment pardonné » ? Pardonne-toi, toi-même. Je dois demander pardon à mon mari, me pardonner moi-même...La foi se remet en question… La foi doit me permettre de... comprendre ce qui est inéluctable et de l'accepter ? Est-ce que j'ai fait tout ça pour rien ? Tout est écrit ? J'ai perdu mon temps à me débattre pour rien ? ».

Le discours de Mme Estate se réfère ici à sa foi. Il est de fait empreint d'éléments de langage issus de la religion catholique. Mme Estate expérimente une forme de dissonance cognitive. Ses croyances lui dictent des préceptes difficiles à suivre. En effets, ses émotions, sa tristesse et sa colère semblent signer l'échec de sa foi pour sublimer les difficultés du deuil. Le doute s'est instillé depuis le décès. Elle se sent donc « mauvaise croyante », pensée qui vient renforcer les mécanismes d'auto-dévalorisation et le sentiment d'indignité. La question de la filiation et de la transmission est soulevée par le comportement de sa fille qui entre en rupture avec les valeurs familiales depuis le décès de son père. Elle rejette la culture religieuse de sa mère, se désaffiliant partiellement du parent survivant, avec lequel elle entretient une relation conflictuelle. Elle souligne un conflit de loyauté, la foi aurait dû répondre à sa souffrance mais elle a fini par recourir aux anxiolytiques et à un psychologue. Elle rapportera ce conflit de fidélité entre religion et hypnose.

« Je prends de l'alprazolam à la demande... mon amour propre en prend un coup... Je refusais toute forme d'aide. Je pensais que ma foi et mon savoir de kiné me permettraient de faire face... J'ai toujours parlé à Dieu pour lutter contre les choses négatives et le manque de confiance. J'ai passé 3-4 jours en pèlerinage avec une association chrétienne. J'ai rencontré une personne bien malgré les marchands, j'ai eu des émotions positives. J'étais stressée au début ».

Mme Estate revient sur cette perception d'une foi qui aurait dû se révéler résolutive des difficultés. Le soutien social apporté par la communauté chrétienne ne lui apparaît pas suffisant.

« Mais la douleur ne passe pas. J'ai mal au cœur et à l'estomac… Combien de temps dure le veuvage ? A quoi on voit que c'est la fin ? Je crois que le deuil ne se termine jamais, il y a un adoucissement, une acceptation. Tout cela n'était pas calculé... je reste fidèle à ma religion même si je me sens plus chrétienne que catholique… la Vierge Marie, c'est davantage chez les catholiques... c'est ma foi ».

Elle perçoit la permanence de la souffrance malgré les pratiques religieuses. Elle rappelle sa fidélité à sa foi en dépit de ses doutes.

2.9.c. Défunt : 142 occurrences (20%)

Le défunt reste très présent dans le discours de Mme Estate. Elle entretient cette mémoire par diverses pratiques, telles que donner des messes, élaborer un écrit sous forme de témoignage de l'histoire du défunt, parler constamment de lui.

« Je voudrais écrire un témoignage spirituel. Qui raconte notre histoire, à mon mari et à moi. J'ai commencé mais c'est très dur à faire. Je lui parle beaucoup mais j'écris peu. J'ai commencé pourtant mais c'est dur à tenir. Mon mari était mon confident... j'ai perdu beaucoup plus que lui… Son amour et sa présence me manquent. Ses conseils. Il est la personne qui m'a aimée et acceptée comme je suis… pas comme mes parents... quand j'étais petite... j'étais tellement perdue avec eux… je me sentais toujours nulle et pas en sécurité… il n'y a que lui qui me comprenait. Je me sens terriblement seule ».

Mme Estate attribue une fonction symbolique majeure à ce témoignage écrit. Pour elle, ce serait un rituel de clôture essentiel. La finalisation de l'écrit devait signifier la fin de la période officielle de deuil. De fait, Mme Estate repoussera constamment l'échéance en ne concluant jamais son récit. Cette figure d'attachement principale disparue, Mme Estate se retrouve comme l'enfant démunie et abandonnée qu'elle était dans ses jeunes années. L'étayage narcissique que constituait son conjoint restait une structure externe, sans intériorisation réelle. Lorsqu'il disparaît, les failles narcissiques anciennes se retrouvent dévoilées.

« Je ne peux pas penser à refaire ma vie. Ce serait une trahison pour mon mari. Et je sens toujours la présence de mon mari. Donc difficile de faire des « choses » en sa présence. J'ai rencontré quelqu'un un an après la mort de Marc. Je croyais au début que c'était mon mari qui m'envoyait cet homme pour que je refasse ma vie. Je n'aurais jamais imaginé une séparation de corps avec mon mari. Nous étions très proches. On était très tactiles, on discutait, on se faisait des bisous, des câlins...tout ça me manque terriblement. Je vis entre deux mondes, en décalage. Je reporte mon affection sur un nounours qu'il m'avait offert avant de mourir. Moi je ne trouverais pas une réplique de mon mari... je comparerais... personne ne sera aussi bien. C'est mon mari qui est venu à moi ».

L'entourage de Mme Estate la pousse à *« refaire sa vie ».* A nouveau, elle se sent en décalage avec les injonctions de ses proches. Elle perçoit la présence de son mari avec une acuité telle qu'il lui semble impossible d'engager une relation affective sans avoir l'impression de le tromper. Elle a eu une première expérience avec un homme qui n'a pas abouti et l'a au contraire renforcée dans son rejet de la vie libidinale. Mme Estate décrit la relation corporalisée avec son conjoint, ce qui lui faisait percevoir sa féminité. Elle utilise un objet transitionnel. Son mari représente un idéal masculin irremplaçable. D'après elle, aucun prétendant ne serait en mesure de prendre cette place.

« *Je pense souvent que j'ai provoqué son cancer. Parce que je suis trop négative. Comme ma sœur. Je l'ai épuisé. Sa solution à lui... faire un cancer mourir, disparaître. Il a choisi de partir pour ne plus vivre ça. Moi j'ai une crainte... sur son lit... il m'a dit... « c'est nul »… moi j'ai dit : « mais non c'est pas nul »... et je suis allée me chercher un sandwich. Je n'ai pas pu parler de sa mort avec lui, je ne me suis pas permis de parler de sa maladie. J'attendais un miracle. J'ai voulu rester positive et joyeuse pour lui donner la force de*

combattre. On ne s'est rien dit à cause de ça alors que je pense qu'il en avait envie. Quand il était hospitalisé, il savait ».

Mme Estate se sent directement responsable de la mort de son conjoint. Elle postule que son fonctionnement psychologique, anxieux et catastrophiste, a eu un impact délétère sur son mari, jusqu'à provoquer son cancer. Mme Estate mettait en œuvre des stratégies d'évitement lorsqu'il était question d'aborder la mort. Pour protéger son conjoint, elle adoptait une attitude apparemment « *positive* » mais qui fermait la possibilité de dialogue sur ce sujet.

« Je vis dans le monde matériel mais je ne m'y intéresse pas : maison, travail, activités. Vous savez j'ai peur de l'oublier. Comment était-il ? Je revois bien ses yeux bleus et son sourire. Ses bras qui m'enveloppent et me rassurent. Ce côté rassurant. Dans ma relation aux morts... je parlais avec eux souvent… le corps meurt mais pas eux… Je sentais bien sa présence les premières années… Là je sens que ça s'éloigne… J'aurais voulu qu'il me conseille. Il ne m'a jamais dit qu'il allait mourir. Et que j'allais rester seule. Il a dit que j'y arriverai mais arriver à quoi ? Arriver où ? Est-ce qu'il a sous-estimé mon amour ? Pour croire que je n'avais pas besoin de lui. Ça va... je rêve de mon mari. Je n'étais pas assez là pour mon mari. J'étais toujours à droite à gauche. Je devais être plus avec mon mari. Quand il était malade, mon mari me disait de me poser. Je ne savais pas quoi faire quand il était hospitalisé. Rester avec lui ? ».

Le défunt est présent dans les sensations de Mme Estate qui se remémore les contacts affectifs. Elle retrouve des images de son mari, avec une peur de l'oublier. Sa perception de son mari se modifie, elle le ressent moins et cela la culpabilise. Elle se souvient qu'ils n'ont pu parler de la mort pour s'y préparer. Elle évoque leurs derniers échanges, lorsqu'il lui avait dit qu'elle « y arriverait ». Elle ne comprend pas cet encouragement qu'elle interprète comme un doute sur son amour. Elle décrit son errance au cours de la maladie et sa difficulté à supporter l'impuissance à agir.

« Pourquoi je suis toujours dans cet état de tristesse, je n'avance pas. J'imagine mon mari en tant qu'entité... présente. Alors comment rencontrer quelqu'un d'autre ? Comment autoriser cette présence à partir ? Des fois, je sens sa présence. Lundi dernier, ça fait 3 ans qu'il est mort… J'ai peur, peur d'oublier... j'ai peur de ne pas retrouver les belles choses à mettre dans cet écrit. Je dois raconter notre histoire. J'ai peur de le trahir... est-ce que la femme d'aujourd'hui va pouvoir retranscrire... ça ne va pas être représentatif de notre amour... il

faudrait bien écrire. Le sacrement du mariage est rompu à la mort. On peut se remarier et rester veuf du premier conjoint ? Est-ce que je peux être disponible à ça ? Chacun accepte de parler de l'autre. Il y a un tableau pêle-mêle dans ma tête, de l'avant et de maintenant. Je n'avance pas à cause de la culpabilité ».

Mme Estate explique son ressenti de stagnation. Elle se sent triste et ne perçoit pas d'évolution. La présence de son défunt mari la rassure et l'inhibe pour faire de nouvelles rencontres. Elle exprime une peur d'être infidèle et d'oublier son mari, ou de ne pas lui rendre un hommage digne de lui dans son écrit. Une fois de plus, elle ne se sent pas à la hauteur et doute de ses capacités à restituer la réalité de leur relation. Elle se questionne sur le caractère permanent ou temporaire du veuvage. Elle émet des hypothèses sur son fonctionnement et la place qu'occupe la culpabilité. Son activité dans une association d'endeuillés mobilise des réflexions et un champ lexical spécifique qui se retrouve dans son discours.

« L'homme avec qui j'ai eu une sorte… de euh… flirt... m'a relancé en janvier dernier. C'est la faute. Je l'ai trompé. J'ai peur de retomber amoureuse et de reperdre ».

Outre le sentiment d'infidélité, Mme Estate restreint les possibilités d'engagement affectif afin de limiter les risques de perte.

« Je voudrais finir l'écrit. Quelle est la place de cet écrit ? Je ne veux pas être influencée. Cet écrit devrait ressembler à nous avant, pendant, après. Une chronologie, nos ressenti, un héritage spirituel. Raconter ce qu'on était ensemble dans le temps. Quand je me suis mis avec Marc, au bout de 15 jours, j'ai rompu avec lui... j'avais ma sœur qui me disait que personne ne pourrait m'aimer avec mon sale caractère. C'était le gendre idéal, il me connaissait de A à Z. J'ai pas pu l'empêcher de mourir. La famille a tué Marc. Le désespoir. Il s'est battu pour moi. Cette mort est un choc émotionnel. Je me sens comme une proie. En fait se dire veuve devant les autres ça veut dire que je suis une proie : je suis disponible. Pourtant je porte encore mon alliance ».

Mme Estate précise ses attentes quant à son écrit sur la personnalité de son mari et leur histoire commune. Elle cherche des responsables et des causes expliquant sa mort, comme sa famille et les tensions entre eux. Veuve et célibataire, elle se sent vulnérable face au regard potentiellement concupiscent des hommes. La position de femme sexuée et une identité

singulière d'individu lui semblent complexes à assumer, elle semble se retrancher derrière le statut de veuve comme dans une forme de protection. Elle rappelle le jugement péjoratif de sa famille à son égard et l'encodage précoce d'une basse estime personnelle.

« Les larmes sont toujours proches. J'en veux à mon mari de ne pas avoir arrêté de fumer. Il ne serait peut-être pas mort. Je me sens abandonnée… Je crois que je cherche des relations fusionnelles. Je sais que je suis différente de Marc... on existait comme des êtres à part entière avec des façons de penser… mais je suis très fidèle... je veux dire encore aujourd'hui alors... je dois terminer cette histoire ? Tourner une page ? Ben j'en n'ai pas envie ! ».

Mme Estate expose ses ruminations mentales. Elle passe en revue des scenarii alternatifs, dans lesquels son conjoint aurait arrêté de fumer et ne serait pas mort. Elle décrit sa recherche de relations « *fusionnelles* » et son angoisse d'abandon. Elle rappelle l'importance de la fidélité et son impossibilité à envisager une clôture de l'histoire. Nous discernons également des traits de personnalité dépendante propres à son fonctionnement relationnel.

Elle se révolte contre les injonctions sociales à « *tourner la page* ». Elle fait état de sa relation avec Marc : « *J'étais en osmose avec mon mari. Mais je remets tout en question aujourd'hui : est-ce qu'il a vraiment été heureux avec moi ? Je doute... Il était plus simple, il savait mieux y faire avec l'humain* ».

.

2.9.d. Les autres : 131 occurrences (18%)

Les mentions sur « les Autres » sont qualitativement importantes et se retrouvent à une fréquence notable dans le discours de Mme Estate. Elle accorde une attention soutenue à la perception que son entourage peut avoir d'elle. Elle se sent constamment en position d'infériorité, jugée, dévalorisée, incomprise.

Les situations qui mobilisent de fortes émotions concernent essentiellement ses relations à ses enfants et ses collègues de travail.

« Aujourd'hui ma fille est éducatrice spécialisée… mais au chômage pour le moment. J'ai toujours voulu tout assumer depuis le décès de mon mari. Ma fille a 23 ans et mon fils 19. Ils sont à ma charge. Mon fils est en fac de socio. Ils font tous les deux leur travail de deuil à leur façon. Nous sommes catholiques et mon fils et moi nous raccrochons à notre foi. Ma fille, elle rejette notre religion. [...] *Le chef de service parlait d'un sujet quelconque l'autre jour… mais j'ai cru qu'il me faisait des reproches indirectement à moi.* [...] *Il y a toujours un décalage entre ce que je donne et ce que je reçois. Je n'ai pas grand monde avec qui parler. Je suis dans une association chrétienne qui accompagne le deuil. Il y a beaucoup de personnes, j'en ai vu de plus jeunes aussi, leur peine est très légitime…* [...] *J'ai reçu beaucoup de soutien de la part des collègues et du cadre pendant la maladie et le décès... Certains sont venus aux funérailles. Des collègues veulent aider mais s'y prennent mal.* [...] *J'ai un frère et une sœur mais aucun soutien de leur part... J'ai de vrais amis mais avec la mort de mon mari... ça a changé… »*

Elle se révèle interprétative avec une thématique persécutive. Ce mécanisme interprétatif se systématise. Elle réagit par de longues justifications à ce qu'elle perçoit comme des critiques qui la remettent en cause. Elle éprouve un sentiment d'injustice, avec une asymétrie dans ses relations. Sa générosité envers son entourage ne connaîtrait jamais de retour. Elle cherche du soutien en dehors de ses relations quotidiennes, qui ne la comprennent pas ou peu, notamment auprès d'une association chrétienne de soutien aux endeuillés, ce qui connote son discours et le vocabulaire employé. Ses relations amicales se sont distendues depuis la mort de son mari.

« Mon grand-père paternel est le seul à m'avoir fait sentir de l'amour. Mes parents ne m'ont jamais dit : "je t'aime, je suis fier de toi". Je sentais de la fierté de la part de mon grand-père... j'avais 15 ans quand il est mort. En fait, j'ai senti de l'amour seulement de la part de mon ex belle-sœur et de mon grand-père, à part mon mari bien sûr ».

Mme Estate décrit les carences affectives de son enfance, avec des parents distants. Elle identifie son grand-père comme une figure masculine d'attachement notable. Son regard, comme celui de son mari ultérieurement, soutenait son narcissisme défaillant. Sa mort, comme celle de son mari, la confronte à un deuil persistant.

« Moi j'ai tenu tête à mon fils, c'était dur... face à son impulsivité... j'ai essayé de contrôler un peu les choses... mon fils est impulsif comme mon frère... bon lui il a eu un

problème d'alcool à un moment de sa vie. J'avais envie de parler de mon mari mais personne ne voulait en parler. Une dame me disait que perdre un enfant était plus douloureux que perdre un mari… C'est bizarre de dire ça, ça veut dire quoi finalement ? Les gens expriment des idées maladroites ou indécentes. Comme cette histoire de refaire sa vie, tout le temps. Pas maintenant pour moi. Je n'ai pas un cercle amical pour parler du deuil... ».

Mme Estate souligne ce que de nombreux endeuillés peuvent vivre. Elle fait état d'une absence d'interlocuteurs pour parler du défunt ainsi que de commentaires vécus comme blessants ou des incitations à « refaire sa vie » qui lui semblent prématurées.

« On me disait « t'es jeune, tu vas refaire ta vie ». [...] *J'étais en état de choc pendant un an et demi.* [...] *Je revois à la baisse mes exigences amicales. Des gens me renvoient des choses positives mais je n'y crois pas, je ne fais plus confiance.* [...] *Mes enfants ont l'impression que je n'avance pas. Ils me disent : « tu réagis comme si tu n'existais qu'à travers papa ». C'est tellement dur de prendre des décisions sans leur père. Je suis toute seule sur la ville, mes amis sont excentrés par rapport à ici. Quand je suis de repos je suis invitée nulle part... je n'existe pas ici. Je m'occupe de mon chien et de ma maison. C'est vrai avec la mort de Marc, je suis morte socialement aussi… les gens qu'on connaissait tous les deux ne me contactent pas... seule je n'existe pas la vie sociale a beaucoup changé avec sa mort, je garde des liens un peu plus éloignés avec les activités dans la commune ».*

Mme Estate poursuit la description d'une vie sociale restreinte, ce qu'elle qualifie de mort sociale.

« Aujourd'hui il n'y a qu'à vous que je parle de Marc, rien avec les enfants, en fait personne n'en parle. Il y a eu des maladresses de dites après la mort de Marc mais je ne leur en veux pas. Dans mon langage… je … j'ai besoin de savoir si je m'en sors ou pas... je parlais tout le temps de Thierry parce que personne n'en parlait. Et j'en avais besoin. Je ne peux pas en parler à mes enfants et surtout pas à ma fille. Elle est complètement verrouillée à propos de son père… J'ai eu besoin de vraiment témoigner de son existence et de sa souffrance. Si on en parlait un peu avec les enfants après ça pourrait s'atténuer un peu tout seul. Les gens me blessent souvent. Dans leurs paroles et leurs interprétations. « Tu es jeune, refais ta vie ». Je suis quoi moi... veuve, catholique, musicienne, sportive… Je voudrais qu'on ne me juge pas. C'est humiliant. Mon mari ne me jugeait jamais. Ma famille m'avait répété que je n'étais ni jolie

ni intelligente. Vouée à l'échec alors que j'ai eu une formation et un métier. J'ai pu accomplir des choses grâce à la confiance de Marc ».

Mme Estate définit son identité à travers le regard des autres. Lorsque des personnalités bienveillantes comme son mari ou son grand-père faisaient fonction d'étayage, elle pouvait s'orienter vers des activités sociales. Lorsque ses objets d'attachement sécure disparaissent, Mme Estate constate ce déficit d'intériorisation. Les éléments de soutien n'ont pas de permanence en dehors de leur présence physique.

2.9.e. Histoire personnelle : 69 occurrences (9%)

L'histoire personnelle de Mme Estate se caractérise par les carences affectives précoces et de nombreux deuils. Elle a notamment perdu son frère d'un cancer dix ans auparavant, puis sa sœur d'une pathologie similaire, son mari et sa mère.

2.9.f. Hypnose : 49 occurrences (7%)

Les occurrences sur l'hypnose sont les moins nombreuses.

a- Représentations

« Je ne sais pas… évidemment, on a tous des images en tête… les spectacles, la magie... et en même temps on nous en a parlé dans le centre, je vois à quoi ça sert mais pas trop comment ça fonctionne. Si ça peut aider pourquoi pas ? Mais parfois je pense que je serai toujours comme ça et que rien ne pourra changer ma tristesse… Est-ce que je vais me souvenir de ce qu'on va faire ? Je ne voudrais pas… enfin pas contrôler ce qui se passe ».

Elle mentionne dans un premier temps les représentations communes sur les spectacles et la magie puis des données sur son usage thérapeutique. Mme Estate précise ses doutes sur la possibilité de changer et la portée de l'intervention hypnotique. Elle accepte l'expérience sans conviction particulière : « *pourquoi pas ?*». Ce déficit d'adhésion au dispositif constitue un

préalable péjoratif au bénéfice thérapeutique attendu. Par la suite, elle interroge les perceptions habituelles sur l'amnésie post-hypnotique et la perte de contrôle.

b- Contenus

Nous procédons par une induction sur le souffle, avec une accentuation sur le fait de se délester, expérimenter de la légèreté et prendre de la hauteur. Nous effectuons le décompte habituel et Mme Estate peut accéder à ses souvenirs et situations ressources. Elle se connecte à sa perception de l'enfant qu'elle était, seule et insécure. Nous lui proposons un transfert de ressources de l'adulte à l'enfant et la mise en lien entre passé, présent et futur. Elle appuie ces ressources par la convocation d'Imagos telles que son mari et son grand-père, des défunts qui l'accompagnent et pourraient être intériorisés pour modifier sa perception d'elle-même et de son mode de relation. Nous lui proposons de se voir avec la bienveillance de ses proches. Elle peut se voir grandir et évoluer, traverser différentes étapes de son existence, ses études, sa vie professionnelle, son mariage, ses accouchements. Nous utilisons son expérience de l'équitation pour filer une métaphore sur la recherche d'équilibre, la balance entre la force nécessaire et l'écoute sensible de la situation. Elle travaille son assise et sa posture et peut réajuster sa position sur le fauteuil. Nous lui proposons le travail du « tri des objets ». Elle peut se voir finaliser son écrit, constituer une mémoire globale et clore ce mode de relation à son conjoint pour en engager un nouveau.

c- Effets

« J'étais plus détendue à la fin… j'avais moins d'électricité à la fin. Je revoyais des images où il gémissait... mais aussi ses yeux bleus… aussi des phrases qu'il m'a dites. J'ai pas été à la hauteur face à lui... dans la mort. Mon entourage trouve que je vais mieux… moi... ben... Il paraît que j'ai un langage différent. Je suis plus spontanée pour dire les choses. Intérieurement ça change dans mon langage. Ma façon de parler du deuil. C'est un travail de mise en forme de tout ça. Selon un ami j'ai un discours plus positif ».

Mme Estate évoque des sensations physiques. Elle a des réminiscences de son mari, dans sa souffrance en phase terminale mais aussi son regard et ses paroles. Le contenu

émotionnel reste le même, Mme Estate continue à se dévaloriser. Son entourage relève des changements dans sa façon de parler. Elle s'affirmerait davantage et ses propos seraient plus « *positifs* ». Elle pourrait transmettre différemment son expérience du deuil. Cependant, elle se sent en décalage avec ce regard porté sur elle et ne pas totalement souscrire avec ce changement supposé : « *Mon entourage trouve que je vais mieux… moi... ben...* ».

« Il y a une charge avec tous ces meubles... je suis encombrée... j'ai besoin d'air chez moi. Il y a trop de meubles lourds de souvenirs. Il faut que je me déleste. C'est ce que j'ai ressenti avec la séance d'hypnose… quand je prenais de la hauteur en me déchargeant de ce qui était encombrant... j'ai réalisé que ça passait aussi par ça pour retrouver plus de légèreté. Je dois donner des choses ? Reprendre une maison seule ? Refaire l'intérieur ? Et puis je continue les projets que nous avions ensemble aussi. Et ça me pèse… je finis des choses de la maison que nous avions commencées ensemble. Et ça c'est lourd ».

Elle tente de remettre de la fluidité, du mouvement dans son espace de vie. Il semblait fossilisé, encombré de meubles appartenant à son conjoint, à ses grands-parents, à sa fille et son fils. Il ne lui restait que peu d'espace propre. Elle a perçu cette dimension pendant la séance et envisage de lui donner un prolongement dans sa réalité quotidienne. Elle précise également que son conjoint survit à travers des projets communs qu'elle poursuit après son décès. Elle semble subir cette mission de finalisation de ce qui a été engagé.

« Je me sentais relaxée, détendue... j'ai eu des souvenirs... en première je pleurais tout le temps. J'avais une famille bruyante, il y avais beaucoup de tensions que je portais et que j'évacuais en pleurant. Je pleurais très souvent... ma mère m'a amené chez un psychiatre. A 16 17 ans... des larmes tout le temps. J'avais un profond manque de confiance en moi… (Pleurs). Le psychiatre a dit à ma mère de venir le voir, toute la famille. Ils ont tous refusé. J'étais détendue… j'ai vu mon grand-père et mon mari. Ils m'encourageaient... Les larmes viennent encore facilement aujourd'hui si quelqu'un est brusque avec moi. J'ai du mal avec les gens butés et agressifs, je ne refais pas ma victime ni avec les enfants ni avec les collègues. J'ai envie d'essayer de faire ce que je veux. Le changement est peut-être une possibilité. Depuis la dernière fois je suis un peu plus paisible. Depuis la séance. Je ne pensais pas évoluer comme ça... toujours triste, toujours à pleurer. Je ressasse ça, pas confiance en moi, culpabilité, pas à la hauteur... avec mon mari je me sentais compter un peu, avec les autres... je ne fais que

passer... pas de place. Pourtant j'ai un boulot, pas de soucis financiers. Il y a pire, j'arrive pas à relativiser. Je suis toujours sur la défensive et je me sens toujours agressée par les autres ».

Mme Estate a pu suivre un fil du souvenir qui ne s'est pas limité aux ressources. Elle a retrouvé des failles anciennes et évoque un contexte familial peu soutenant. Nous constatons que certains troubles psychologiques sont plus anciens que ceux concernant le deuil. Mme Estate a des traits dépendants de la personnalité avec un déficit d'estime de soi, ce qui la rend vulnérable à l'expérience du deuil. Sa famille ne l'accompagne pas dans la démarche thérapeutique avec le psychiatre. Mme Estate est porteuse du symptôme dans le système familial. Ses troubles font partie de l'équilibre systémique. Elle évoque un apaisement depuis la séance mais les ruminations mentales perdurent ainsi que le ressenti persécutif. Juste après avoir mentionné une amélioration, elle dresse un autoportrait marqué par la tristesse, les ruminations, la culpabilité, la persécution. Ces troubles anciens dépassent le contexte du deuil compliqué et relèvent davantage de la personnalité. Le fait de les mentionner constitue une forme d'annulation des effets supposément bénéfiques évoqués précédemment. La personnalité de Mme Estate peut l'inciter à donner des avis guidés par la désirabilité sociale, dans une recherche de se conformer aux attentes de l'expérimentateur.

« J'ai jamais accepté mes défauts, je voulais être... pas parfaite mais bien. Ma sœur dit que j'ai un sale caractère. Elle décrit comme ça : je boude, je râle, je suis colérique. Tout ce que je veux pas être. Après la séance je me suis senti bien. J'étais comme apaisée. J'avais même des pensées positives. Mais le travail et les relations m'ont remis dans un état d'esprit... difficile. J'appréhendais cette séance d'hypnose… ben j'avais des idées là-dessus… j'avais peur de perdre le contrôle. Les pensées positives n'ont pas duré. Je mets en doute les choses positives qu'on peut me dire. Mes rapports sont faussés à cause de mon deuil. On me ment pour me protéger. La solitude me pèse mais je suis bien chez moi seule... je suis moins bien quand j'arrive au travail. Ben… en fait, les sollicitations des gens m'usent. Je suis gentille mais ça énerve les gens. Je fais tout pour qu'on m'aime, j'ai peur de décevoir. Il faut que je sois quoi moi à la fin ? Une bonne mère, une bonne kiné... comme une bonne bourgeoise ? En fait ça semble aller à l'extérieur mais à l'intérieur, ça ne va pas ».

Mme Estate décrit ici la faible rémanence des effets suggestifs de la séance d'hypnose. Les contenus cognitifs semblent avoir brièvement changé pour retrouver leurs caractéristiques initiales. Elle décrit bien une faillite d'un idéal du Moi avec un profond désir de conformité aux

désirs des autres. Sa propre identité se trouve en crise tant elle souhaite moduler ses caractéristiques propres pour correspondre aux attentes supposées des autres. Elle semble s'égarer dans cette quête affective. Elle souligne le décalage entre son apparence et son ressenti.

2.9.g. Résumé de la situation

Mme Estate présente un trouble de la personnalité de type dépendant. Elle a une tendance au conformisme social par désir d'être reconnue, aimée, acceptée. Les expériences relationnelles précoces dans son milieu familial ont contribué à cette structuration. Elle s'est sentie négligée, déconsidérée, « *mal-aimée* ». Elle s'inscrit dans une quête affective permanente. Elle ne peut intérioriser d'objet d'attachement stable qui lui autoriserait un fonctionnement plus autonome. Elle développe une hypervigilance aux réactions de son entourage assortie d'un mécanisme interprétatif systématiquement persécutif. Le dispositif hypnotique est peu investi en termes d'attentes et de représentations. Ces éléments préalables se positionnent en défaveur d'une possible attribution de fonction rituelle à la séance. Nous avons relevé également un rapport « compétitif » entre la foi catholique et le dispositif thérapeutique. Comme nous l'avons vu, Mme Estate est une fervente pratiquante, habitée par certains doutes depuis le décès de son conjoint. Elle est très investie dans la vie paroissiale. Sa foi devait transcender les difficultés et lui permettre « *d'accepter l'épreuve* » qu'elle traverse. L'hypnose, comme pratique profane, ne pouvait produite plus d'effets que la foi. Les résultats de l'hypnose seront très partiels et transitoires. Dans ce conflit de loyauté, elle choisit son appartenance religieuse. Pour la seconde fois, nous constatons ce conflit de croyances et de fidélité entre le dispositif hypnotique et l'appartenance religieuse. Nous trouvons donc des éléments de personnalité qui limitent l'impact thérapeutique du dispositif, une absence d'expectatives et croyances préalables fortes, un refus d'une approche qui risquerait de lui « faire oublier » son mari et une mise en rivalité entre deux croyances. L'évolution thérapeutique après la clôture de la recherche restera minime et se déroulant très lentement. Deux ans plus tard, elle nous dira : « *En fait… cet écrit je l'ai déjà fini… je n'ai rien à y ajouter… c'est que je ne voulais pas tourner la page* ». Pourtant, cela ne clôt pas le processus.

La relation thérapeutique la conduit à l'autodétermination. Elle chemine progressivement vers une plus grande affirmation de ses désirs et besoins. La progression est lente et laborieuse et sa capacité à dépasser la relation transférentielle et à se séparer de nous

signera une avancée notable dans son parcours thérapeutique. Elle peut mettre en acte au sein de la relation thérapeutique une séparation programmée, pensée, parlée et non destructive.

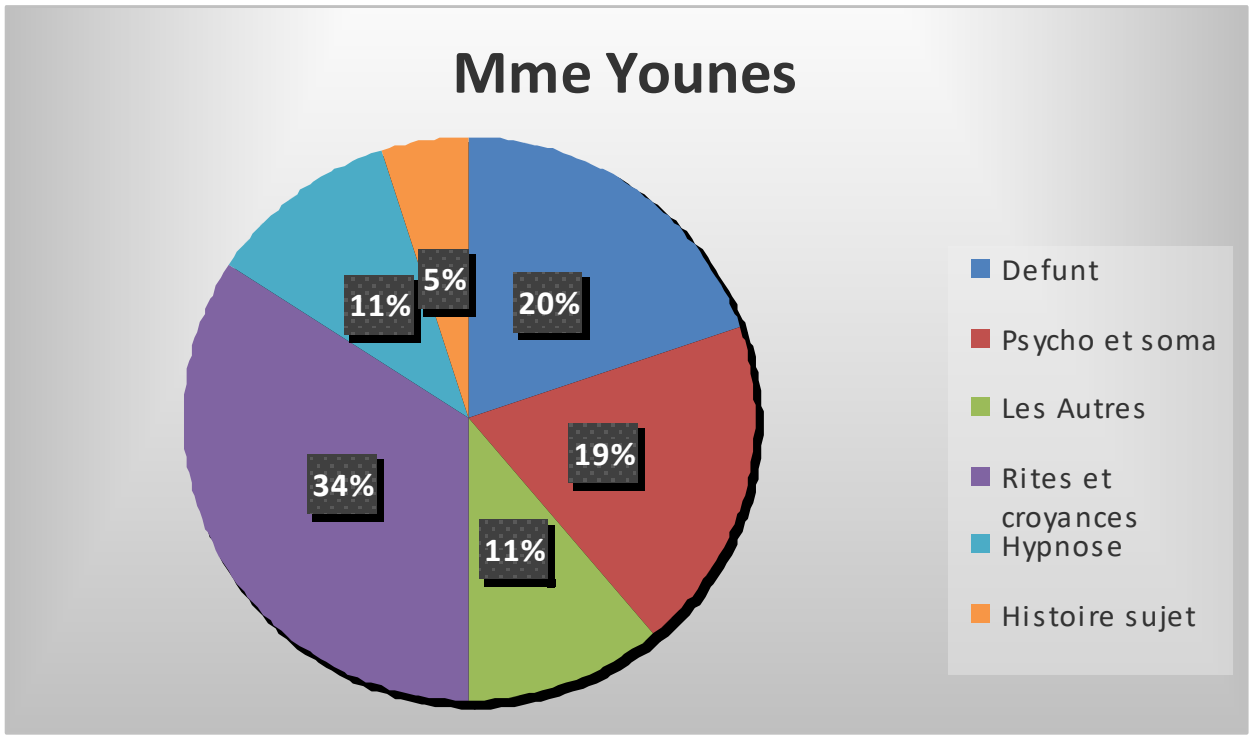
X- Mme Younes

Mme Younes obtient un score de 46/76 au questionnaire ICG. Il y a une indication de deuil compliqué d'intensité sévère. Nous distinguons notamment dans le questionnaire à une cotation maximale, une incrédulité sur la réalité du décès, un sentiment de vide et de solitude. Les souvenirs et pensées obsédantes sur le défunt parasitent son activité quotidienne. Le manque et le désir de revoir le défunt son identifiés à leur plus haute intensité. Mme Younes est très attirée par les lieux évoquant le défunt et ne met en place aucune stratégie d'évitement. Elle déclare continuer à percevoir le défunt très régulièrement, tant auditivement que visuellement. Elle ne relève ni colère ni identification aux symptômes du défunt. Les relations sociales sont perturbées, notamment par un profond sentiment de solitude, une difficulté à accorder de l'intérêt et de la confiance aux gens. Elle ne relève que de légers troubles attentionnels.

Mme Younes a été reçue sur dix-huit entretiens en une année. Nous avons relevé 632 occurrences thématiques dans l'analyse du Verbatim. Elles se répartissent de la façon suivante :

1- Rites et croyances :	251 occurrences (34%)
2- Défunt :	144 occurrences (20%)
3- Manifestations psychologiques et somatiques :	139 occurrences (19%)
4- Les autres :	81 occurrences (11%)
5- Hypnose :	78 occurrences (11%)
6- Histoire personnelle :	37 occurrences (5%)

Graphique 10. Répartition des occurrences thématiques dans l'analyse de contenus du discours de Mme Younes.



Mme Younes, 63 ans, mariée sans enfants, est en deuil de son frère, décédé d'un cancer métastatique un an et demi auparavant. Elle accorde une place centrale dans son existence aux croyances spirituelles et mystiques. Elle se dit magnétiseuse et entretient des relations avec les esprits des morts, notamment son frère. Elle présente un faisceau de croyances profanes qui ne s'inscrit cependant pas dans un trouble psychopathologique délirant. En dépit d'une thématique mystique omniprésente, nous n'identifions pas de paraphrénie. Nous excluons en effet la présence d'automatisme mental ou d'exaltation mégalomaniaque. Le rapport à l'espace et au temps reste structuré et nous ne relevons pas de thème persécutif ou d'influence. Le défunt est présent dans sa vie quotidienne car elle entretient ce contact, ce dialogue avec lui. Elle souhaite préserver cette relation tout en soulageant sa tristesse et son sentiment de détresse morale.

2.10.a. Rites et croyances : 251 occurrences (34%)

« J'ai eu une expérience de mort imminente. Je me souviens d'une grande chaleur. Je me suis coupée très profondément sur une machine au travail... j'ai perdu beaucoup de sang très vite... Et je me souviens comme une masse noire des pieds à la tête. J'étais dans le coma. J'ai vu une lumière blanche avec une chaleur intense. J'ai vu, j'ai su que la mort n'était rien. Il n'y a pas à avoir peur. Pour mon mari la mort c'est le néant. Moi je n'ai plus peur. J'y repense souvent ».

Mme Younes évoque les expériences qui ont fondé ses croyances sur « l'après ». Elle dit avoir personnellement expérimenté une mort imminente et avoir ressenti ce qui pouvait se dérouler lors du décès.

« Mon frère a dit avant de mourir qu'il veillerait sur nous. Il est hors de la souffrance maintenant. Je sais qu'on peut me prendre pour une folle mais il m'appelle la nuit. J'entends sa voix. Ça me réveille et je le vois me sourire. C'est un bon moment, je le retrouve... je n'ai pas peur non. Je suis heureuse de le revoir. Il a l'air bien. C'était à l'anniversaire des un an de sa mort. J'ai des perceptions extrasensorielles vous savez. Et je fais pas mal de magnétisme aussi. Je soigne les gens, un peu comme vous. Beaucoup de gens pensent que je suis une bohémienne jeteuse de sorts. Il n'est pas là mais j'entends sa voix. Je suis toujours en relation avec lui mais je ne le verrai plus comme avant. Je m'adresse à lui régulièrement, oui je lui parle comme à vous. Je lui dis « merci Domi ». J'entends sa voix vous savez. Mais ça je veux le garder, c'est vraiment sa présence de tous les jours, et ça je veux que ça continue à vivre. Ce n'est pas quelque chose d'angoissant. C'est vrai, je suis peut être très … particulière dans mon engagement avec les morts... très différente de ma sœur c'est sûr, elle ne comprend pas tout ça. Je voudrais garder sa présence, je ne veux pas le trahir, ni l'oublier mais je voudrais être moins triste… pour… euh… pouvoir vivre finalement ».

Mme Younes se réfère à la relation qu'elle entretient avec son défunt frère. Elle dit ne pas subir cette présence, mais au contraire la solliciter, la rechercher. Elle donne sens à ces manifestations par ses croyances. Les perceptions sensorielles sont multiples. Elle le voit, l'entend, lui parle. Elle normalise ces perceptions en les intégrant à des capacités paranormales

et une réputation de « *bohémienne jeteuse de sort* ». Cette expérience de contact avec le mort est vécue de façon positive.

« Il s'impose souvent dans mon souvenir, dans ma tête… mais ce sont ces souvenirs de la fin… quand il était tellement malade... Je l'aimais beaucoup et je ne l'ai plus. Ça me faisait trop mal de le voir partit trop tôt, je ne voulais pas qu'on l'endorme… enfin pour qu'il reste avec moi ».

Un des motifs de la consultation est la réminiscence des images de la fin de vie. Elle souffre de ces pensées intrusives. Elle dit avoir refusé la sédation au cours de la phase agonique pour essayer de le garder plus longtemps à ses côtés.

« Je fais du magnétisme vous savez. Ça m'épuise mais c'est dur de dire non. Ça me fait mal de dire non. J'essaye de ne pas bouffer toute mon énergie. Il faut savoir dire non pour se protéger non ? J'ai besoin d'en parler en fait. De parler de lui. Avec des personnes qui le connaissaient bien. Mais personne ne veut trop en parler à part ma belle-sœur et mes parents ça leur fait trop de peine. Ça m'arrive de passer la journée au cimetière, j'y vais tous les 2-3 jours. C'est vraiment un temps où je suis avec lui. Depuis sa mort, j'ai arrêté le magnétisme. Il faut que j'y aille et je que je communique avec lui. J'entends sa voix : "merci je suis content que tu viennes pour moi". *Ma sœur se ferme à tout ça. Elle l'a vu le soir de sa mort, dans la nuit après, une fois… après elle a tout fermé.* "C'est des conneries tout ça". *Ma nièce perçoit aussi des choses. Elle a cette particularité. Elle ne supporte pas le cimetière mais elle peut communiquer avec les morts elle aussi ».*

Mme Younes cite ici ses croyances personnelles sur le magnétisme. Elle se heurte au silence de ses proches et ne peut parler de son frère à personne. Elle s'adresse donc directement à lui au cimetière. Elle caractérise son caveau en ces termes : *« chez lui »* ou *« chez Domi »*. Elle peut rester une journée entière au cimetière pour rester proche de son frère. Son entourage pourrait partager ses croyances mais semble la mettre à distance lorsqu'elle les exprime.

« Quand j'ai un problème je ne m'adresse pas à ma sœur mais à mon frère. Il se passe des choses avec lui. C'est très vivant. Mais il me manque quand même. Moi j'ai vraiment une relation différente avec mon frère, je suis beaucoup plus attachée à lui que ma sœur. C'est pour ça que je souffre beaucoup plus. Je suis restée jusqu'au bout avec lui. J'ai de gros problèmes

avec ma sœur… on s'est violemment disputées… et je suis très mal… on avait promis à mon frère de bien s'entendre et de s'occuper les unes des autres… On n'a pas tenu parole… Mais mon frère continue de me parler et ça me réconforte. J'ai un contact toujours positif avec lui. Et permanent. Il me parle aussi : "je te remercie de venir" ; "je m'ennuie je suis content que tu viennes". *Je le vois mais je l'entends moins maintenant. Ce que je voudrais c'est rester en contact avec lui mais que je sois moins touchée, moins triste. Ça fait deux ans qu'il est mort et… c'est comme si c'était hier. Je suis allée chercher des fleurs. Un beau bouquet. J'ai toujours ce contact avec lui et je veux le garder. Vous savez, ça se travaille ce lien avec lui. Il faut toujours se mettre en relation. Ce n'est pas facile à expliquer, vous pensez peut être que je suis un peu folle, mais c'est réel. Ma sœur avait entendu une voix, le soir de l'enterrement, qui l'appelait. Après elle a pris peur, elle n'a plus voulu en entendre parler ».*

Mme Younes poursuit ses explications sur ses ressentis. Sa dispute avec sa sœur constitue une forme de profanation de la parole donnée au défunt. Elle est affectée par ce sentiment de trahison. Le défunt continue à être présent, les manifestations changent de forme avec le temps. Elle précise que les mois qui passent ne changent pas son ressenti.

En ce qui concerne les activités rituelles, Mme Younes centralise ses activités autour du cimetière.

« Je vais au cimetière tous les jours. Fidèlement Il a eu un bel enterrement. Il y avait du monde et de beaux discours. J'ai peur qu'il ne soit pas bien dans le cercueil. Je connais le caveau, je m'en occupe. C'est important qu'il soit bien installé dans le caveau. J'avais posé un cadre avec sa photo mais c'est pire c'est encore plus difficile. Je passe beaucoup de temps avec les parents et je vais au cimetière tous les jours. Je repense à tout ce qu'il a dit en soins palliatifs et puis... son enterrement. J'aiderai ma belle-sœur, comme je lui ai promis. J'avance un peu, j'ai toujours peur de mal faire et de culpabiliser. Il faut que je m'autorise à revivre. Je donne une messe pour mon frère vendredi. Il avait demandé deux choses : que nous veillions sur les uns sur les autres dans la famille, les parents, ma sœur, ma belle-sœur. Et il ne voulait pas de fleurs ni de plaques... une cérémonie simple avec peu de monde. Je ne l'écoute pas trop pour la tombe et les fleurs. J'y vais tous les jours en déposer et nettoyer. C'est très important pour moi que la tombe soit propre et fleurie. Quand je vois tous ces pauvres gens abandonnés dans le cimetière avec des tombes vieilles et sales… c'est un manque de respect non ? Il est dans le bon côté de l'allée dans le cimetière... il y a plus de soleil ».

Mme Younes parle de son frère au présent et le visualise comme vivant dans son cercueil, se demandant s'il est confortable à l'intérieur. Elle apprécie la localisation de la sépulture dans le cimetière, qui est plus ensoleillée. Pour ne pas abandonner son frère, il faut entretenir la tombe et la nettoyer souvent. Elle donne des messes en sa mémoire, le maintenant vif dans le souvenir des proches. Elle reprend les deux engagements pris auprès de son frère. Aucun des deux ne sera réellement respecté.

2.10.b. Défunt : 144 occurrences (20%)

Les conditions du décès se matérialisent sous forme d'images mentales intenses et répétitives dans l'espace cognitif de Mme Younes.

« Je voyais l'évolution de sa maladie... oui il avait un cancer généralisé. Du poumon c'est parti. Il disait tous les jours que ça allait aller vite. Mais ça je ne voulais pas le voir. Je ne voulais pas voir qu'il allait mourir, pour moi ce n'était pas possible. On s'est promenés dans le village le jeudi. Il n'était pas trop mal, épuisé mais il a voulu le faire. Il a dit au revoir à tous les gens qu'il aimait bien. Et il est mort trois jours après. Vous vous rendez compte ? Lui il savait très bien où il en était. Je suis restée proche de lui jusqu'à la fin. Je le soutenais, je souhaitais rester avec lui jusqu'au bout… Je ressens fortement les choses vous savez. J'ai cette image en soins palliatifs. Je suis restée avec lui jusqu'aux pompes funèbres. Il était transformé. Comme une momie. Je le reconnaissais à peine. Mon frère ne voulait pas donner de détails alors je n'ai pas dit aux parents ce qui se passait vraiment. J'ai été très bien accueillie en soins palliatifs. Il faut me redire plusieurs fois les choses, j'ai du mal à fixer les choses... Ils m'ont expliqué qu'ils l'endormaient et que vu son état on ne pourra plus le réveiller. A la toute fin, il a respiré 5 fois, fort, il s'est endormi. Il voulait partir sans s'en rendre compte. Sa femme n'a pas voulu l'entendre. Il n'a pas eu le temps de lui faire accepter, elle se retrouve seule sans lui maintenant ».

Mme Younes décrit les images de la transformation physique de son frère, celles qui feront effraction dans son espace mental. Elle se remémore que son frère avait conscience de l'évolution péjorative de la pathologie mais qu'elle se refusait à l'entendre. Il a effectué lui-même une cérémonie d'adieux à ses proches. Elle raconte les derniers temps de vie,

l'hospitalisation et les échanges qu'ils ont eus. Selon elle, personne ne semblait en mesure d'entendre ce que son frère voulait exprimer sur sa mort prochaine.

Mme Younes parle de la présence du défunt dans son quotidien. Il se manifeste de multiples façons. Comme nous l'avons vu, Mme Younes convoque la présence du défunt, notamment au cimetière et le perçoit, lui parle.

« Avant de mourir il m'a dit « quand je serai au cimetière, tu m'oublies »… vous vous rendez compte ? ».

Nous relevons cette injonction impossible à suivre. Le défunt demandait que sa sœur l'oublie et n'assure aucun faste lors des pompes funèbres. Pour Mme Younes, cela signifierait une annulation de leur relation et une trahison de ses devoirs à l'égard de sa mémoire. Il s'agit finalement d'une injonction paradoxale qui met Mme Younes en échec, quels que soient ses choix. Si elle respecte ses souhaits, elle a le sentiment de le trahir et culpabilise. Si elle outrepasse sa volonté, elle se sent également en faute, négligeant les dernières volontés du défunt.

« J'ai l'impression Domi est encore là. C'est comme s'il était encore là, avec moi. Je vois qu'il n'est plus là mais... comment je pourrais vous dire... je ressens le contraire. Les fêtes vont être difficiles. Je suis toujours avec lui. Le week-end, je suis plus libre, je passe la journée avec lui. Au cimetière. J'ai l'impression que c'est laisser partir ou m'agripper… Je vais tous les jours au cimetière, j'y suis mieux… je n'ai pas envie de lâcher. Mais je me dis que lâcher c'est pas oublier… j'essaye de ne pas culpabiliser… j'ai besoin de me souvenir de tout ça… d'autre chose aussi pour vivre heureuse. [...] *J'étais présente jusqu'au bout. J'ai vu sa maigreur.* [...] *Je parle beaucoup à mon frère sur sa tombe. Mon frère m'appelait tous les matins à la même heure. Il me rassurait et ça me manque… J'ai tout perdu avec lui on s'entendait si bien tous les deux. Depuis je suis plus stressée. Je n'accepte pas du tout que mon frère soit parti. J'ai essayé de m'adapter… Mais… J'ai peur de l'oublier. C'est très douloureux. Je me dis que ce n'est pas possible qu'il ne soit pas là. Les parents ne sont pas mieux que moi. La vie est figée depuis sa mort. Mon frère c'était la gentillesse et la générosité. C'était un repère pour moi. Quand j'étais en difficulté. Il m'a offert une chevalière et une photo de lui avant de mourir. Pour garder ça de lui. Avant je pouvais l'appeler, prendre son avis. Ça me manque. C'est devenu dur de prendre des décisions seule ».*

Mme Younes exprime ici son refus de la réalité du décès. Elle se sent ambivalente quant à l'attitude à adopter. Elle souhaite le retenir et sait pourtant qu'il conviendrait de le *« laisser partir »*. Le fait de sentir sa présence quotidienne renforce cette part de dénégation du décès.

Elle décrit son frère comme un homme doux et attentionné qui rendait service à tous ceux qui le sollicitaient. Elle parle d'une entente parfaite, comme avec « *un jumeau* ». Il lui offrait ses conseils, son aide quotidienne et la rassurait. Avec sa mort, elle s'est sentie seule et désorganisée. Elle a structuré son activité autour du cimetière.

2.10.c. Manifestations psychologiques et somatiques : 139 occurrences (19%)

Lors de notre rencontre, les plaintes de Mme Younes sont multiples. Elles concernent des troubles de la concentration, un sentiment d'être figée dans le souvenir de la fin de vie.

« Je vais de moins en moins bien. Je n'arrive plus à me concentrer. Je suis bloquée dans le souvenir, dans l'enterrement. J'y repense tout le temps… il est tout le temps là. Il me manque de plus en plus… plus le temps passe, plus je vais mal. Je suis angoissée, je ne suis pas concentrée, j'ai toujours une douleur dans la poitrine et le dos. Je ne pensais pas souffrir comme ça. Moi aussi je suis choquée. Depuis je suis plus stressée. Ça fait plus d'un an que je porte du noir... je remets un peu de couleurs. Tout est trop noir autour de moi. La vie est figée depuis sa mort. Ma vie est figée... Je ne prends pas de plaisir. Dans rien. J'ai peur de le trahir. Je ne veux pas m'accorder ce qu'il ne peut plus avoir. Parfois je sens qu'il n'y a pas d'évolution, je n'arrive pas à sortir de tout ça. De cette souffrance. Les fête me paraissent vides... Noël, le premier de l'an… Tout est en panne depuis sa mort. Si seulement il pouvait revenir. Soixante ans de bonheur. Il me manque dans tout ».

Mme Younes présente un ensemble de symptômes affectant son fonctionnement cognitif, son humeur et ses souvenirs. Elle constate une dégradation de son état psychologique à distance du décès. Le processus de deuil se complique. Elle décrit des angoisses et des douleurs physiques. Nous relevons une anhédonie et une perception d'un temps suspendu. N'ayant pas pu anticiper le décès de son frère malgré des signes annonciateurs, elle se sent dépourvue pour prévoir et organiser les événements à venir. Les pensées sur la mort son

fréquentes et envahissantes : « *Je me sens vieillir. J'ai pris un sacré coup de vieux depuis ces deux dernières années… »*.

2.10.d. Hypnose : 78 occurrences (11%)

a- Représentations

« Ben, l'hypnose ? Je pense que c'est un don aussi non ? Comme moi pour le magnétisme ? Je sais que ça permet d'ouvrir son esprit et de voir plus loin. J'ai vu des spectacles mais je pense que c'est plus sérieux que ça. Je suis sûre que ça peut aider. […] *Je vous fais confiance de toutes façons, ça ne me fait pas peur du tout.* […] *Comment ça se passe ? Je vais dormir vraiment ? Est-ce qu'on oublie ce qui s'est passé ou pas ? Je pense que ça peut aider à utiliser toutes les forces de son esprit.* […] *Vous croyez que je pourrais retrouver Domi ?* […] *Je pense que ça peut guérir beaucoup de choses »*.

Les représentations sont riches. Mme Younes attribue à l'hypnothérapeute un pouvoir particulier qui serait lié à un don. Elle affilie donc cette pratique au registre de ses propres croyances. L'hypnose relèverait des approches profanes, parascientifiques. Cette catégorisation lui confère, aux yeux de Mme Younes, un potentiel thérapeutique important. Elle le rattache à sa propre pratique du magnétisme et s'identifie en tant que dépositaire d'un « *don* » similaire. Elle évoque l'hypnose de spectacle comme un épiphénomène qui manque de « *sérieux* » et fait la différence avec les pratiques thérapeutiques. Elle est « *sûre* » de la capacité du dispositif à « *aider* ». Elle nous assure de sa confiance pour expérimenter l'hypnose et n'exprime pas de peur. Elle interroge sur le déroulement de la séance, sur les notions de sommeil et d'amnésie post-hypnotique. Elle imagine que cette approche peut « *aider à utiliser toutes les forces de son esprit* ». Elle doit donc permettre de développer des capacités mentales particulières. Elle interroge sur la capacité médiatrice de l'hypnose, comme moyen de prendre contact avec le défunt. Elle affirme à nouveau son adhésion au potentiel thérapeutique de l'hypnose. Les prérequis sont réunis pour conférer à l'hypnose une dimension de rituel thérapeutique. En effet, elle postule des dimensions « magiques » et thérapeutiques propices à ce type d'investissement. Son identification à la pratique peut constituer un facteur prédictif d'un effet thérapeutique.

b- Contenus

Mme Younes entre aisément dans le processus hypnotique avec les techniques inductives habituelles. Mme Younes identifie un espace ressource. Puis, elle engage un cheminement autour de la mémoire et des souvenirs. Elle prend contact avec l'image de son frère, reçoit ce qu'il peut lui offrir et qu'elle souhaite préserver. Elle perçoit les valeurs et qualités de son frère qu'elle partage et qui s'animent en elle. Elle engage une narration de l'histoire de son frère et de leur relation. Puis, elle effectue un tri des objets. Nous proposons de tendre un fil du souvenir entre passé, présent et futur. Elle s'engage dans l'expérience et la vie pleinement. Elle dit « vivre » plus que « voir » les situations en séance.

c- Effets

Comme ses représentations semblaient l'y prédisposer, Mme Younes rapporte des effets thérapeutiques consécutifs à la séance.

« Après la séance d'hypnose. Ça a été réellement mieux. Je me suis sentie plus normale. Je n'avais plus cette fatigue-là qui m'écrasait. Il y avait ce songe qui ne passait plus dans ma tête comme avant. Ça m'a enlevé comme un gros poids sur la poitrine. J'étais vraiment épuisée mais j'ai retrouvé une part d'énergie. […] *Ça m'a vraiment libérée d'une certaine douleur. La douleur de sa mort est toujours présente bien sûr. Mais je me sens mieux, je suis traversée par cette énergie. Je ne sais pas trop dans quoi je suis mais je sens bien que j'ai repris de l'énergie. La douleur de sa mort est pareille et restera pareille.* […] *Ah ! Il y a un changement important je ne suis pas allée au cimetière depuis dimanche. Il y a beaucoup de noir en moi. Pendant la séance, j'ai vu cette masse noire se dissiper et de la lumière. C'était chaud. Cette légèreté. Je suis tellement envahie de noir… tout en moi. Depuis sa mort c'est ça... du noir… je préfère la lumière ».*

Les premiers effets concernent un sentiment de « normalité » retrouvée, une diminution de la fatigue perçue et une réduction de la fréquence des pensées et rêves vécus comme intrusifs. Selon elle, une sensation d'oppression thoracique s'est dissipée. Elle utilise son propre vocabulaire pour rendre compte de son ressenti, en se référant à la notion « d'énergie », qui rejoint ses croyances sur le magnétisme. Elle exprime un soulagement tout en percevant que la douleur de la séparation perdure. Elle dit que la douleur restera la même comme une dette

légitime à l'égard du défunt. Elle mentionne une forme d'assouplissement du rituel de passage au cimetière, qui revêtait un caractère compulsif. Mme Younes raconte sa visualisation d'un envahissement par le noir et d'une lumière qui l'a remplacé.

Lors de la séance suivante, Mme Younes fait part d'une altération de son état psychologique.

« Ça me manque quand même de le voir. Ça me fait mal. Ça a été mieux et par moment la douleur me traverse, il y a des moments terribles. Je vais mal. Déjà avec la douleur de la perte de mon frère et vient s'ajouter le conflit avec ma sœur. Je prends des vitamines pour l'énergie mais je vais mal. Il y a trop de choses ma sœur, les parents, la dispute. Oui, j'allais vraiment mieux après notre séance... Et là tout ça ramène la souffrance. Cette nouvelle séparation, c'est comme si la famille éclatait. Et on trahit la parole que nous avions donné à Domi. Il avait demandé ça : « surtout gardez une bonne entente, veillez bien les unes sur les autres ». Après la séance j'ai passé plusieurs jours bien. J'étais beaucoup plus calme et légère ».

Des événements intercurrents se sont produits depuis la dernière séance. Mme Younes mentionne notamment une très violente dispute avec sa sœur qui s'est conclue par une rupture de contact. Cet événement provoque un éclatement familial qui contrevient une nouvelle fois à la parole donnée à son frère avant sa mort. Elle identifie des bénéfices qui ne se maintiennent pas lorsqu'elle est confrontée à de nouveaux événements.

« Je me sens vieillir. J'ai pris un sacré coup de vieux depuis ces deux dernières années… J'ai moins de dynamisme et… surtout... une tristesse infinie. Je n'ai plus envie de faire les choses. J'ai quand même balancé les papiers de Domi et je me suis sentie mieux. Avec lui j'étais heureuse et en sécurité. Il savait tout faire. Tout est devenu difficile sans lui. C'est dur d'appeler les gens… dur de passer devant chez lui. Je me suis acheté une télévision et je ne sors plus de chez moi. Après la dernière séance j'ai été bien pendant quelques temps encore, c'est très efficace mais je suis toujours rattrapée par de nouveaux soucis ».

Mme Younes se sent fatiguée par les épreuves depuis le décès, elle dit vieillir prématurément, comme envahie par les contenus mortifères attachés à la mort de son frère. L'humeur reste triste et elle note une perte d'élan. Elle parvient néanmoins à se détacher des

documents appartenant à son frère, ce qui provoque un soulagement. Nous notons cette attitude de repli au domicile. Elle dit pouvoir évoluer mais que son environnement la maintient dans un état psychologique défavorable. Au cours de la séance suivante, elle identifie des éléments de satisfaction.

« Je suis très satisfaite. Je tiens le coup physiquement malgré deux deuils et une surcharge de travail. Mais je suis marquée... quand le téléphone sonne, je me souviens la nuit de la mort de papa. Et malgré ma fuite mitrale et mon cœur qui s'emballe facilement ! Je ne me sens pas au bout du rouleau. La séance d'hypnose m'a fait beaucoup de bien. Elle a calmé les douleurs dans la colonne. J'ai beaucoup moins de douleurs. Je me recharge en énergie, je peux la capter pour me remonter ».

Au cours de cette rencontre, Mme Younes peut souligner qu'elle traverse toujours autant de difficultés mais qu'elle se surprend à les gérer de façon appropriée. Elle insiste davantage sur des facteurs internes, de résilience, que sur des éléments externes plus situationnels. La perception du lieu de contrôle se modifie en faveur d'une capacité d'action. L'hypnose apporte du soulagement sans pour autant constituer une césure rituelle. Elle la perçoit comme le magnétisme, à effectuer régulièrement pour apporter un mieux-être. Il n'y a donc pas de phénomène de « guérison immédiate » qui aurait été porté par une dimension rituelle de la séance.

2.10.e. Les autres : 81 occurrences (11%)

Les données relatives aux « Autres » concernent son conjoint, alcoolodépendant, dépressif et sujet à des colères incontrôlables. Elle ne peut aborder le sujet de la mort avec lui. Elle parle de ses parents, notamment de son père atteint d'un cancer. Ce dernier décédera des suites de cette pathologie au cours de sa participation à la recherche. Elle aborde régulièrement les relations conflictuelles avec sa sœur.

« J'ai peur que tout le monde l'oublie. Il est mort et on n'en parle plus. Quand je veux en parler mon mari a des crises de folie. Il bat, il hurle. Il est agressif. Il ne veut pas en entendre parler du tout ».

Mme Younes se sent seule et isolée. Elle ne perçoit pas de soutien social. « *Depuis la mort de Domi, tout le monde est parti* ».

Le décès de son père la remettra en situation de deuil. Elle en garde des images violentes avec une hémorragie cataclysmique. Sa sœur ne viendra pas aux funérailles.

2.10.f. Histoire personnelle : 37 occurrences (5%)

Mme Younes revient sur l'histoire familiale et ses origines. Ses parents venaient du milieu du spectacle. Elle est fière de cette filiation contrairement à sa sœur qui la renie. Elle narre sa rencontre avec son conjoint et leur mariage, leur évolution sociale par un travail soutenu.

2.10.g. Résumé de la situation

Mme Younes présentait un ensemble de représentations propices à constituer la séance d'hypnose en rituel thérapeutique. Elle attribue à cette pratique des fondements « paranormaux » ou « magiques » et des vertus thérapeutiques. Pour elle, l'effet hypnotique dépend du « don » de l'opérateur, comme le magnétisme qu'elle pratique. Elle est convaincue de la capacité curative du processus. La séance porte des effets, Mme Younes fait état de moins de pensées et images intrusives. Elle observe une réduction de la fatigue et de l'anxiété, de fait les compulsions rituelles, comme les passages au cimetière, tendent également à diminuer. Nous observons que Mme Younes cite des symptômes qui s'améliorent mais n'aborde pas la question d'un remaniement de sa relation à son frère. Elle ne donne pas d'informations sur sa présence et ce que cela implique pour elle. L'appréciation des effets de la séance semble en outre compliquée par les événements adverses que rencontre Mme Younes. Les bénéfices issus de la séance se révèlent alors temporaires. Elle semble intégrer néanmoins des capacités de contrôle interne. Ces dernières lui permettent de développer des stratégies d'ajustement en situation de crise. Mme Younes identifie le processus hypnotique au fonctionnement magnétique. Elle ne constitue pas un rituel qui marque une scansion entre deux états mais plutôt une pratique ponctuelle qui amène des améliorations symptomatiques. Le dispositif hypnotique

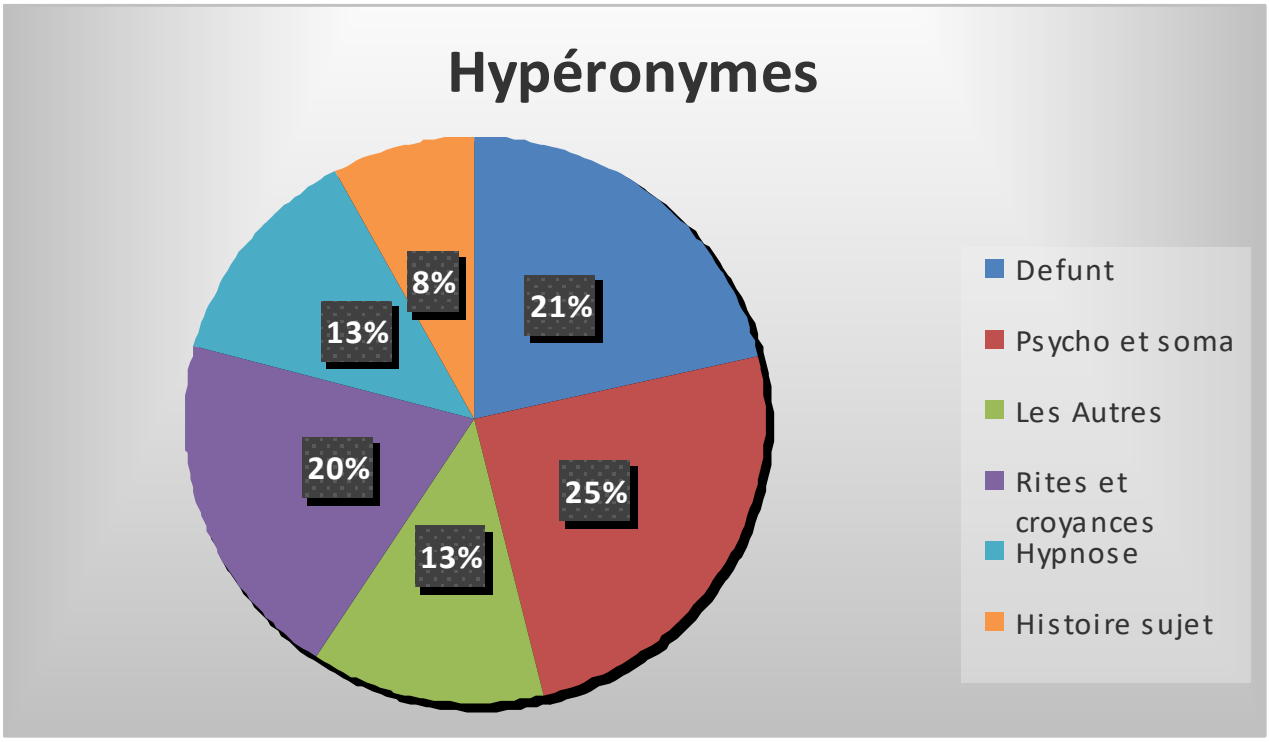
n'a pas engagé de dynamique spécifique sur la relation au défunt. Nous soulignons la spécificité de cette situation dans laquelle Mme Younes cherche à conserver sa relation sensorielle au défunt.

Sur le plan relationnel, Mme Younes nous identifie comme un des seuls interlocuteurs de son entourage. Nous la recevons avec son univers interne et ses croyances singulières, dans une forme d'acceptation inconditionnelle de sa qualité d'humain. En ce sens, elle se réinscrit du côté des vivants. Elle s'identifie dans un premier temps à nous par le biais des pratiques qu'elle estime relever du même fonctionnement. Nous demeurons cependant à une modalité de relation qui ne connaîtra pas d'évolutions ultérieures.

3- Résultats globaux

L'analyse phénoménologique porte sur une population de 10 sujets et 159 entretiens, avec une moyenne de 16 entretiens par sujet sur une année. Nous avons dégagé 15 thèmes majeurs. Le nombre total d'éléments de verbatim se rattachant aux thèmes est de 5448. Nous avons regroupé ces thèmes majeurs en 6 hypéronymes qui constituent les grandes catégories expérientielles des sujets. Les manifestations somatiques et psychiques (25%), le défunt (21%), les rites et croyances (20%), l'hypnose (13%), les autres (13%), le récit autobiographique (8%). Comme le requiert la démarche phénoménologique de l'I.PA., nous appuyons l'analyse thématique d'extraits conséquents de *verbatim* transcrivant le vécu expérientiel des sujets.

Graphique 11. Répartition des occurrences thématiques dans l'analyse de contenus des discours des 10 sujets.



3.1.a. Manifestations psychologiques, somatiques et comportementales (1346 occurrences soit 25%)

Nous trouvons dans cet hypéronyme les 4 thèmes majeurs suivants :

3.1.a. **Symptômes psychologiques et somatiques** (844 soit 62.7% de cet hyperonyme)
3.1.b. **Modification du rapport à l'espace et au temps** (280 soit 20.8% de cet hyperonyme)
3.1.c. **Imprévisibilité** (121 soit 8.98 - 9% de cet hyperonyme)
3.1.d. **Pensées sur la mort** (101 soit 7.5 % de cet hyperonyme)

3.1.a- Manifestations **psychologiques et somatiques** (844 soit 62.7% de cet hyperonyme)

Nous retrouvons une prévalence importante des manifestations psychologiques et somatiques identifiées depuis le décès du proche. Dans le contexte du deuil compliqué, les aspects symptomatiques occupent une place de premier plan dans le discours, concomitamment aux éléments relatifs au défunt. Nous ne préjugeons pas des liens qui peuvent exister entre des manifestations somatiques et le processus de deuil compliqué mais nous prenons en compte les théories personnelles de chaque sujet sur une explication causale directe. Cette catégorie s'est révélée très productive en contenus, notamment en raison d'une forme de persévération anxieuse dans l'expression de la plainte qui génère un nombre de répétitions conséquent. Ce thème inclut les plaintes somatiques (douleurs, troubles fonctionnels, dermatologiques), les données émotionnelles (tristesse, anxiété, angoisse, peur, colère, épuisement), les processus cognitifs et défensifs (identification morbide au défunt, clivage, idéalisation, défenses hypomaniaques, idéation morbide), comportementaux (hyperactivité, pleurs incoercibles, repli, prostration, évitement, inhibition, troubles de l'appétit et du sommeil, consommation de psychotropes).

L'approche qualitative du discours nous indique que la plainte vient occuper une fonction spécifique pour l'endeuillé. D'abord elle constitue un mode de relation à son entourage, la plainte atteste de la souffrance et mobilise du soutien social. Ensuite, elle devient un témoin manifeste de sa loyauté envers le défunt. Par ce que vit son corps, par la détresse émotionnelle

exprimée, les sujets élaborent une place pour le défunt parmi les vivants. Chacun devient témoin ou porte-parole de son proche décédé auprès de la communauté des vivants. Nous pourrions mettre en lien cette fonction de la plainte et de la souffrance avec cette perception d'une disparition et d'un oubli trop rapide du défunt de la sphère sociale. Pour paraphraser Hertz (1906) sur la notion de doubles funérailles, les endeuillés expriment qu'il y a d'abord une disparition physique puis une mort sociale avec l'extinction progressive de la présence du défunt dans le discours des vivants. Certains éléments de *verbatim* attestent de cette volonté de maintenir le défunt dans son environnement social.

- « *Je ne suis pas prête à arrêter de le ramener dans toutes les conversations* ».

- *« Plus personne n'en parle… il n'y a que moi qui veux encore parler d'elle* ».

- *« Plus personne ne parle de maman. Moi ce que je veux c'est qu'on mette carte sur table et qu'on parle de maman… On partage notre vécu… La vie continue normalement pour eux et ça me rend triste… Comment je dois continuer sans elle* moi *? Tout me manque. L'affection... les confidences … mon père n'en parle plus du tout... Elle est morte mais tout ce silence c'est comme s'ils la tuaient une deuxième fois* » […] *Pour ressentir ce manque… faut que j'en parle... quand j'en parle je ressens les choses et j'ai l'impression que c'est* plus juste […] *je crois que … si je vais mieux… je euh… ris et vois des gens, si je sors… ben... c'est comme la trahir, vous voyez ? Elle, elle est sous terre et moi je rigole ? Quand je vais un peu mieux, c'est pas normal… je culpabilise* » […] *A force de faire comme si rien n'était, les gens n'en parlent plus et oublient vraiment. Comment elle peut vivre encore si on n'en parle plus ? C'est comme si plus les autres oubliaient, plus je devais me souvenir. J'ai l'obligation de me souvenir pour tout le monde. C'est vrai, c'est quoi le temps normal pour oublier quelqu'un ? moi, j'ai l'impression que je dois pleurer pour elle* ».

- *« C'est vrai, avec la mort de mon mari, je suis un peu morte aussi… mais morte avec les autres... ou pour les autres je sais pas ? Les gens qu'on connaissait tous les deux ne me contactent pas... seule je n'existe pas. la vie sociale a beaucoup changé avec sa mort, je garde des liens un peu plus éloignés avec la paroisse, l'association, comme à distance. Aujourd'hui il n'y a qu'à vous que je parle de mon mari, rien avec les enfants, en fait personne n'en parle* ».

L'affliction semble s'inscrire ici dans le cadre de rituels dits « négatifs » (ascèse, privation, mortification). Ces rituels visent la purification nécessaire avant d'ouvrir à des pratiques dites « positives » de type prière ou offrandes. Dans les entretiens, les éléments relatifs à la culpabilité sont les plus mobilisateurs d'une démarche de purification par mortification. Cela se traduit notamment par les interdictions que se fixent les sujets, telles que ne plus pouvoir s'éloigner de la maison et du cimetière par culpabilité de l'abandonner ou ne plus pouvoir rire et sortir. Nous retrouvons l'aspect comportemental mais également psychologique et somatique.

- « *Depuis qu'il est mort, je me sens un peu morte aussi* […] *Je ne peux pas partir en vacances. Je me sens coincée sur place c'est dur de partir... Je me sens pas prête… J'ai l'impression de l'abandonner. Que j'ai pas le droit...* ».

Les endeuillés utilisent leur propre corps et leur état psychique comme autel dédié à la mémoire du défunt. L'émergence d'une ritualité personnelle est associée à la perception d'une faiblesse symbolique des rites funéraires collectifs et d'un effacement progressif de la mémoire du défunt du discours social.

Nous pouvons corréler la persistance de la plainte chez le sujet avec l'hyperonyme « les Autres » incluant le « *discours banalisant* », le « *refus de parler du défunt* », « *la perception d'un oubli trop rapide* » ou « *le manque de respect du temps du deuil* ».

Le rapport à la parole est valorisé, notamment par la nécessité de répéter qui était le défunt ainsi que les conditions du décès. « *J'ai besoin de rabâcher » ; « je sais, je me répète » ; « je dois user tout le monde à tout le temps raconter les mêmes choses »*. Les participantes ont conscience des effets de ce discours itératif sur leurs relations sociales, tels que l'épuisement de l'entourage, une moindre disponibilité, un rejet. Nous verrons que l'hypnose permet, dans le deuil persistant comme dans le psychotraumatisme, de ne pas se limiter à l'expression verbale qui peut figer le processus, mais d'ancrer le vécu psychique du sujet dans l'expérientiel. L'association du langage et du domaine des sensations et perceptions favorise cet *insight* décrit dans les approches psychodynamiques. La parole circule dans le corps du sujet pour se transformer en changement, comme le ferait une suggestion thérapeutique. Ce corps « pierre tombale », « de marbre », semble pouvoir s'organiciser autrement que par l'expression de la souffrance.

3.1.b- **Modification du rapport à l'espace et au temps** (280 soit 20.8% de cet hyperonyme)

Un ensemble de données a émergé de façon plus consistante qu'attendue de l'analyse des entretiens. Une modification de la perception de l'espace et du temps. Le discours se structure en termes de « *vide* » et de « *plein* ». Nous trouvons une notion de subir un vide qui concerne tant la présence de l'autre qu'une activité qui s'était centrée sur le défunt. Cette notion de vacuité dans le cours de l'existence post-décès apparaît en seconde position dans ce thème, derrière la place qu'occupent les dates anniversaires dans les réactions émotionnelles des sujets.

Ainsi, le temps devient « *figé* », « *suspendu* », « *ralenti* » ou au contraire « *accéléré* ». Se « *projeter dans l'avenir* » semble difficile voire impossible, si ce n'est pour envisager son propre vieillissement et sa mort prochaine. Certains expriment une tentation régressive par un désir de « *remonter le temps* », « *revenir en arrière, avant… tout ça* ».

- « *Avant je me disais "* ah tu as le temps*" ... maintenant non… Le temps est compté en fait. Moi je sors de mon monde pour réaliser que le temps est compté. Comme pour parler à mon père... J'avais le temps je me disais… mais en fait non… Je voudrais repartir petite fille des fois. J'ai de bons souvenirs. Je m'éclate à acheter des jouets aux enfants, je ne suis pas trop dans le monde adulte* ».

Dans tous les cas, les endeuillées rencontrées soulignent ce sentiment de décalage massif entre leur propre temporalité, celle d'un deuil qui se prolongerait en regard d'une norme et le temps social qui semble vouloir s'imposer par des injonctions « *d'oubli* » ; « *de tourner la page* » ; « *d'aller de l'avant* » ; *de refaire sa vie* ». Le temps est alors transformé en entité hostile qui génère un sentiment de violence. Lorsqu'il « *passe* », il emporte avec lui, il tue et condamne ce qui est présent à l'éphémère. Lorsqu'il « *ne s'écoule plus* », il devient une prison. « *Imposé* » par l'entourage, il tend à annuler l'existence du défunt, à le « *tuer une deuxième fois* ». « *Libre* », ce temps ouvert depuis le décès devient vertigineux. Toute l'activité comportementale et cognitive du sujet, s'occuper du défunt et planifier une logistique organisationnelle au cours de la maladie par exemple, se trouve subitement détachée de son objet principal. Nous retrouvons bien une activité substitutive impliquant l'endeuillé dans de nombreuses ruminations mentales et images obsédantes sur le plan cognitif ainsi que dans des pratiques rituelles compulsives sur un registre comportemental. Cependant, cette dimension d'une activité pathologique ne suffit pas à « *combler le manque* », vécu comme une béance,

une amputation. Ce temps « *libre* », perçu comme un temps « *vide* », devient donc un temps à « *tuer* » tout autant qu'un temps *« qui tue* ». Nous mettons en lien cette thématique d'un espace / temps à occuper avec ce qui est décrit par les participantes comme un fonctionnement en « *mode automatique* », tel « *un robot* ». Les activités quotidiennes se font sans implication attentionnelle ou émotionnelle. L'état reste dissocié. L'hyperactivité quasiment hypomaniaque retrouvée traduit cette tentative d'occuper un maximum d'espace de vie pour lutter contre l'angoisse de mort, de néantisation.

Dans cette dynamique du deuil compliqué, et contrairement à l'adage populaire maintes fois répété aux endeuillés, le temps ne guérit pas les plaies, au contraire. *« Pour moi c'est comme hier... ça fait 10 mois... mais c'est plus difficile qu'au début même »*. A l'instar du processus impliqué dans le psychotraumatisme, les sujets expérimentent un fragment de temps qui se répète en boucle et fait effraction dans leur fonctionnement psychique au quotidien. « *Ça s'impose à moi comme ça, sans rien faire… ça revient tout le temps… je revois la fin et que la fin… Je suis condamnée à revivre ces moments horribles* ». La perte ne peut pas être élaborée et l'intériorisation d'une image stable du défunt, comme un bon objet dont la permanence offrirait une sécurité suffisante pour s'aventurer dans le monde, ne se produit pas. Au contraire, c'est dans un recours à la matérialité que les endeuillés s'inscrivent. La dimension psychique de la relation n'est pas encore accessible. Le recours aux objets, aux fétiches, aux lieux attachés à la mémoire du défunt sont privilégiés.

- « *Le temps passe et je ne le vois plus* […] *La vie est figée depuis sa mort. Ma vie est figée...* […] *2 ans qu'il est mort et… c'est comme si c'était hier* […] *Je me sens pas très bien. C'est une journée terrible de douleur... pour moi comme pour mes parents. C'est le jour de son anniversaire. Je me sens vieillir. J'ai pris un sacré coup de vieux depuis ces deux dernières années… ».*

- *« J'ai l'impression qu'il n'y a pas un jour différent d'un autre J'ai peur d'avancer le futur m'angoisse moi je me sens un peu paumée… je suis perdue, je ne vois pas l'avenir... non, je ne vois pas vraiment un avenir sans ma mère. C'est flou ».*

- *« Pour moi c'est comme hier... ça fait 10 mois... mais c'est plus difficile qu'au début même ».*

- *« Le jour de l'anniversaire de sa mort, le 14 février, c'était sensible, c'était dur. J'ai tout revécu heure après heure. Mes pensées allaient vers lui. Vous savez que l'hypertension arrive à la suite d'un gros choc émotionnel ? comme pour moi. J'ai revécu tout ce qui se passait ce jour-là. C'était pas gai.* […] *On a passé son anniversaire en juin. J'ai eu des images de sa crémation après son anniversaire. Sans y penser... c'est venu comme ça. J'ai eu quelques émotions, l'absence qui es là».*

- *« Je ne vois pas passer les semaines... Il faut que tout soit planifié. Mais j'espère un grain de sable dans la routine ».*

- *« C'est Renaud qui chantait ça : « le temps est assassin qui emporte avec lui le rire des enfants » ben voilà... c'est ça…* »

Nous abordons alors la question de l'espace. Il est décrit comme soudainement trop vaste et anxiogène. Ou à l'opposé trop restreint et étouffant. Il est un ancrage qui limite la mobilité de l'endeuillé, qui ne peut s'éloigner du cimetière sans être brutalement figé par la culpabilité. L'espace de vie peut également devenir un lieu figé, un musée ou un mausolée consacré à la mémoire du mort. La chambre reste intacte, condamnée depuis le décès en l'état. Les habits posés sur le lit « *comme s'il allait les enfiler et partir au travail* ». Plusieurs participantes évoquent cette sanctuarisation. Le lieu est désormais « *sacré* » voire consacré au défunt. Toute restauration ou actualisation est alors vécue comme un « *manque de respect* » ou une « *souillure* » pour la mémoire. Une patiente suivie en parallèle à la recherche en cours évoquait un deuil particulièrement traumatique de son conjoint et de l'enfant à naître au cours d'un accident de voiture 27 ans auparavant, événement dont elle fut la seule survivante. La chambre que devait occuper l'enfant à venir est restée fermée dans leur grande demeure pendant ces 27 années avec tous les objets qu'elle contenait : landau, lit bébé, layette, objets du conjoint. Elle a ouvert cette crypte au cours du travail thérapeutique pour donner place aux fantômes qui l'habitaient.

Nous relevons les stratégies d'ajustement développées par les sujets. La réappropriation de l'espace s'impose de façon significative. Il est question de personnaliser l'environnement domestique. Ce qui était « *chez nous* » devient « *chez moi* ». Le positionnement identitaire est prégnant : « *je dois savoir où j'en suis par moi-même... après toutes ces années... qu'est-ce que j'aime vraiment ? C'est quoi mes goûts à moi ?* ». Changement de mobilier et rénovation font

partie des plus communes des actions engagées. Une participante nous dit vouloir absolument « *finir ce qu'il avait commencé et qu'il n'a jamais su… ou peut-être pu terminer. C'est une forme de revanche pour moi* ». Une autre nous précisera *a contrario* se sentir enfermée dans ce qui était engagé par son conjoint et qu'elle doit à présent mener seule. Ces projets ne lui appartiennent pas et elle les subit, comme un héritage non voulu qu'elle doit assumer et qui maintient activement la présence du défunt dans les actes quotidiens.

Cette relation à l'espace et aux objets autrefois dévolus au défunt implique un double mouvement. Le modifier génère de la culpabilité. L'endeuillée se sent en position de déloyauté à l'égard de la personne décédée : « *Je vais pas l'effacer quand même* ! *Qu'est-ce qu'ils veulent à la fin ?!* ». Ranger et enlever des objets devenus fétiches, des marqueurs de l'existence passée, prend une signification particulièrement violente d'effacement du souvenir : « *je rangeais ses affaires en pleurant de plus en plus… à chaque fois que j'en prenais une... j'avais trop de souvenirs… » ; « Je n'ai pas réussi à descendre ses habits… son costume est encore... euh... sur un siège dans notre chambre… comme s'il allait l'enfiler pour partir… »*. L'objet et sa disposition spatiale incarnent le défunt dans le quotidien. Il résonne de son souvenir tout autant qu'il maintient l'illusion de sa présence. Figer l'espace revient à suspendre le temps. Tout est resté en l'état, « *pour faire comme si…* ». Lorsque le mort est peu évoqué dans le discours social, l'attachement aux objets, représentants du défunt et témoins de la réalité de sa vie passée, se fait plus impérieux.

Dans une situation particulièrement conflictuelle, le sujet a éprouvé le besoin de procéder à un véritable rituel de purification et d'expression cathartique de l'agressivité à l'encontre du défunt. La séquence d'action visait à rompre les liens, à acter la séparation tout en en reprenant le contrôle. Nous soulignons la place du feu « purificateur » dans ce processus qui consiste à nettoyer une souillure, une honte. Il lui a fallu agir la rupture pour ne pas la subir et ainsi restaurer une dynamique de mouvement possible.

- *«Je jette, je donne, je brûle... je revois les bibelots, les choses de voyage... des choses que nous avons choisies ensemble, tous les deux… J'ai jeté ses vêtements… j'ai fait du vide... J'essaye de récupérer mon espace… Je vais aller dans d'autres villes, des capitales européennes... pour ouvrir des fenêtres sur le monde... je ne veux plus faire de travaux ni de restauration... juste trouver un logement neutre et agréable... et bouger... voyager, faire de l'humanitaire... j'y pense… ».*

Précisons, comme l'illustre cette situation, qu'un des éléments majeurs de l'évolution thérapeutique de ces deuils compliqués consiste à passer d'un mode de relation objectal clivé (défunt idéalisé / défunt persécuteur abandonnique) à la perception d'un objet « total » accessible à l'ambivalence.

3.1.c- **Imprévisibilité** (121 soit 8.98 - 9% de cet hyperonyme)

En lien avec la capacité de projection dans l'avenir et la notion de contrôle perçu, nous avons relevé une occurrence du thème « Imprévisibilité ». Cette section regroupe les données relatives au contrôle, à l'anticipation, à un effet de saturation, à des difficultés de projection dans l'avenir, à un manque de préparation. La perception d'une désorganisation massive de la vie quotidienne se répercute sur les fonctions exécutives des endeuillées. Planifier, inhiber, initier l'action deviennent des processus problématiques. La durabilité d'une forme de sidération émotionnelle y contribue partiellement.

- « *Je n'ai rien vu venir... et depuis je ne vois toujours rien venir… Je suis comme … éteinte... et toujours… enfin je me sens toujours… euh surprise ? … de ce qui arrive... même les trucs tout bêtes que je gérais très bien avant… j'y pensais même pas…* ».

- *« Je suis perdue… vraiment... je me suis toujours consacrée aux autres... alors maintenant… comment je peux arriver à imaginer ce qui va se passer demain ? Je me connais peu en fait, j'ai toujours avancé dans la vie par rapport aux enfants, au travail, à la famille. J'ai jamais eu une minute à moi... et maintenant ? Je suis seule dans ce… ce moment-là, différent. Je ne connais pas grand-chose de moi finalement. J'ai un passé riche, construit, positif. Mais l'avenir, quel avenir ? A mon âge, que peut-on construire ?».*

- *« Tout m'est tombé dessus comme ça… j'ai rien pu anticiper… Ça tombe sur moi... c'est l'incertitude pour tout vous savez… je ne sais plus rien sur ce qui peut se passer... je crois même qu'il ne peut plus rien se passer parfois ».*

- *« Avec la mort de mon père... c'est mon regard sur la vie qui a changé… j'ai vraiment reçu en pleine tête que la vie était fragile... c'était la fin d'une histoire et puis d'une partie de mon histoire... avec mon père c'était vraiment une amputation ».*

Un autre élément tient à l'organisation concrète de la vie et à la répartition des tâches. La disparition d'un membre dont le rôle familial pouvait être prépondérant. La gestion financière et administrative ou la réduction des moyens économiques sont des motifs très concrets pour éprouver des difficultés à se projeter dans l'avenir. L'expérience d'un rapport intime à la mort confronte l'individu à la précarité de son existence. Parmi les suivis, ceux qui ont expérimenté la perte brutale d'un proche (AVC massif, suicide, décès imprévisible suite à une pathologie totalement méconnue, choc septique, décompensation soudaine) entrent en incertitude. Leurs croyances sur ce qui est « juste » s'en trouvent bouleversées. Ils réalisent qu'une construction intellectuelle purement humaine, telle que la notion de « justice », est inapplicable aux événements biologiques qui répondent mieux à un raisonnement causal qu'à une mise en sens. « *Il ne méritait pas ça* ». « *Elle a toujours été si gentille avec tout le monde… comment ça a pu lui arriver ? ». « Pourquoi lui ? ».* L'élaboration fantasmatique d'une réalité qui reposerait sur un principe immuable et universel de justice ne peut plus tenir. De fait, « *plus rien n'a de sens* ». Le sujet ne peut plus comprendre « *l'ordre des choses* ». Le Réel devient chaotique et dangereux parce qu'imprévisible. Les sujets interrogent leur capacité à anticiper et prévenir s'il s'avère que les actions présentes ne déterminent en rien les événements à venir. Le sentiment de contrôle perçu est faible et la détresse émotionnelle majorée. La faillite de la projection fantasmatique initiale sur ce « *que devait être le cours de la vie* » génère une inhibition de toute autre forme de projection.

3.1.d. **Pensées sur la mort** (101 soit 7.5 % de cet hyperonyme)

Ce qui fait alors effraction dans l'espace psychique de l'endeuillé est une conscience soutenue de la place de la mort dans l'existence et de sa capacité à transformer durablement la vie de ceux qui restent. Cet élément nous amène au quatrième thème de cette section. « *Les pensées sur la mort* » qui incluent une forme de conscience de la mortalité, la sienne et celle de ses proches. Cette idée occupe une place dans le discours qui se décline selon différentes modalités. Il peut être question d'une hypervigilance somatique et d'une peur de sa mort propre. L'endeuillée développe un mode de fonctionnement hypocondriaque, identifiant et interprétant toute sensation physique comme un symptôme.

.

- *« Maintenant, je pense à la maladie et à la mort très souvent. A la mort de ma grand-mère c'était le noyau qui éclate...* […]. *C'était dans l'ordre des choses peut être ? Ce que j'avais imaginé s'est cassé. Mon sentiment de sécurité s'est envolé. Le noyau ce n'est plus mes parents aujourd'hui mais j'y arrive pas. C'est comme une barrière protectrice qui a disparue.* […] *Je me sens fragile, j'ai tout le temps peur d'avoir un cancer ou de faire un AVC comme lui. Dès que j'ai mal à la tête, je suis sûre que c'est ça ».*

Nous relevons également l'identification morbide aux symptômes ou au ressenti du défunt dans les derniers temps de sa vie, dans une forme de pathomimie. Un patient qui avait commencé à participer à la recherche avait exprimé toute la difficulté qu'il avait ressenti à trouver « *des mots justes… tout paraissait futile ou tellement vain… je n'allais pas lui parler du temps ou de mes petits soucis… alors je n'ai rien pu dire… je venais, je m'asseyais à côté de lui... et je me taisais. Mais j'ai réalisé après… presque 2 ans plus tard que… je m'étais identifié à lui pour être proche… j'essayais de me retrouver dans son corps malade, ses mains si maigres. J'essayais de ressentir ce qu'il pouvait ressentir. Depuis qu'il est mort, je me sens vieillir ».* Celui qui accompagne l'agonie se trouve confronté à l'indicible. Quels mots pourraient remettre en lien le vivant et le mourant qui se trouvent dans des réalités aussi différentes ? Ici, monsieur tente de surmonter cette distance en s'incarnant dans la souffrance de son proche. Il cherche l'intime et la proximité de façon quasiment sacrificielle en éprouvant charnellement le processus agonique. Il dira de cette expérience d'identification qu'elle l'a transformé dans sa façon d'être, de se penser. Il est celui qui va suivre, le dernier de sa lignée.

Une des participantes présente son expérience d'identification à posteriori avec le défunt. « *J'aurais pu faire autrement, quand il est rentré de psychiatrie, il se couche sur le canapé et je lui ai dit : "*marre de te voir sur le canapé, vas te coucher ailleurs*". L'autre jour je me suis aussi couchée sur le canapé et j'ai repensé à ça… comme si j'étais à sa place* ».

L'angoisse abandonnique se majore. Tous les proches sont susceptibles de disparaître, ce qui est en lien avec le thème « *imprévisibilité* ». Nous relèverons ultérieurement l'exacerbation de cette angoisse chez les endeuillées présentant des traits de personnalité limites et dépendants.

Certaines participantes manifestent leur souhait de disparaître à leur tour. Souvent pour « *le rejoindre* » ou pour « *soulager les autres, je ne manquerai à personne et si je meurs… je*

crois que personne ne me regrettera… dans quelques semaines je serai oubliée...c'est vrai… qui tient à moi ? Ça va changer quoi à la vie des gens que je sois là ou pas moi ? ».

Ce retournement de l'agressivité sur soi traduit également le sentiment de culpabilité d'avoir survécu à l'autre. « *J'aurais mieux fait de mourir moi et pas lui. Tout le monde serait mieux* ». Nous y discernons l'expression d'un vécu d'indignité avec une intense auto-dévalorisation et un questionnement sur la place à occuper et la légitimité de son existence.

Nous identifions la présence d'un discours social, convenu et banalisant, que s'approprie l'endeuillé, sans toutefois parvenir à y souscrire totalement. « *Tout le monde meurt, même moi demain en traversant la rue...* ». Il s'agit d'une stratégie de distanciation et de relativisme forcé qui se trouve pondérée dans les suites du *verbatim*.

- « *Mais je n'arrive pas à me dire ça… ils sont gentils les gens mais moi je ne parle pas de la mort mais de cette mort-là ».*

- *« Ma mère allait beaucoup à l'église. Je me dis que la vie ne vaut rien. Un corps chaud est devenu froid. Les gens sont de passage tout le monde meurt... ».*

- *« Je ne peux pas vivre sans elle... je voulais la rejoindre. C'est une telle souffrance.* [...] *Je pense à ma mère, ça me ronge. Dès fois, je n'ai pas envie de me soigner. J'ai envie de rejoindre ma mère* [...] *Je me soigne depuis 24 ans mais là non... pourquoi pas la rejoindre après tout ?* [...] *Sans ma mère à quoi bon continuer de vivre ? Je ne peux pas survivre sans elle.* […] *Moi j'ai peur de la maladie et de la mort. Si je suis malade, je ne laisserai pas durer »*

.

- *« Je suis figée par la peur de la mort des autres. J'ai réalisé que les gens que j'aime peuvent mourir* [...] *Ma fille m'a dit « t'as qu'à mourir si tu veux rejoindre mamie ».*

- *« C'est dur d'aller au cimetière tous les jours. De voir toutes ces tombes, tous ces gens morts et ces familles en deuil. Je pense beaucoup à la mort dans ces moments-là ».*
- *« Je suis ambivalente, je pourrais mourir tout de suite mais je veux rester dans la vie pour les enfants. J'avais le sourire facile... je peux faire de la façade, mais j'ai beaucoup pleuré ».*

- *« Je me dévalorise toujours. La mort c'est inévitable mais il faut essayer de profiter de la vie de ses parents. C'est dur quand ils partent. La perte du papa est très difficile... ça m'a fait penser à ma mort aussi, à un moment j'ai pensé le rejoindre… ».*

- *« Je me sens... ça me prend comme ça... tout ce côté noir... de penser à la mort, à ma solitude. Je devrais tout arrêter ? J'ai conscience de la fragilité de la vie. Qu'on peut mourir n'importe quand... même comme le père des enfants, qui était jeune et solide ».*

- *« Je crois que je ne trouverai la paix que dans la mort ».*

- *« J'ai trop parlé de la mort de mon père à la maison. Mon fils de 4 ans a pleuré en disant « je veux pas grandir, je veux pas aller au ciel ».*

- *« J'ai peur de la mort tout de suite... La vie ne tient qu'a un fil et je pense à mes enfants. Je n'avais pas du tout conscience et maintenant j'ai trop conscience. Si je meurs demain que vont devenir les enfants ? J'ai compris qu'on est vraiment en sursis ici ».*

- *« Tout me revient, j'ai eu envie de partir aussi, enfin de mourir, me suicider ».*

- *« Je prédis des malheurs mais aucun ne se réalise. Je vois la mort partout ».*

Les éléments discursifs sur la mort portent sur le fait de mourir soi-même, de disparaître, d'éprouver des craintes pour sa mort et celle de ses proches, de souhaiter sa propre fin, d'avoir conscience de la mort, de sentir son omniprésence.

3.2. Le défunt (1150 soit 21%)

Nous avons identifié 4 thèmes majeurs dans cet hypéronyme.

3.2.a. Présence du défunt au quotidien (599 occurences).
3.2.b. Conditions du décès (257 occurrences).
3.2.c. Relations au défunt de son vivant (176 occurences).
3.2.d. Histoire du défunt (117 occurrences).

Comme nous pouvions l'attendre, la place qu'occupe le défunt dans le discours des participants à la recherche est centrale. Nous avons traité cette thématique par une déclinaison en quatre sections.

3.2.a- Présence du défunt au quotidien (599)

Cet aspect de la relation au défunt a émergé de façon importante. Les sujets expriment une continuité du rapport au mort dont la présence se manifeste de façon sensorielle, onirique, cognitive par le biais de pensées ou d'images intrusives, à travers des objets ou des situations, des lieux, photos, autels domestiques, dans les propos de l'entourage, par des contraintes auto-imposées issues d'une parole donnée au mort ou par loyauté. Nous trouvons également l'interprétation de « *signes* » qu'adresserait le défunt, la notion d'héritage matériel ou symbolique, de filiation, de nomination, d'identification.

La dimension compliquée du deuil trouve ici une large expression, notamment par la remarquable persistance d'illusions sensorielles qui ancrent le défunt dans une matérialité. Ce dernier est perceptible. Cette présence est vécue comme bienveillante ou envahissante selon qu'elle soit choisie ou subie. Le vocable employé en témoigne *: « il revient pour me hanter » ; « je sens sa présence, je lui demande de l'aide et il m'aide » ; « elle m'appelle la nuit, elle crie mon nom » ; « il me surveille… » ; « je l'ai revue avec de grandes dents, une nuit »*. Une seule participante mentionnera qu'elle ne voit rien et n'entend rien, contrairement à ce que lui a dit une « *médium* » de ses connaissances. Elle fait donc apparaître dans le contenu des entretiens la notion de présence attendue de l'autre, mais sur un versant négatif, dans l'absence, avec regret et un sentiment d'anormalité, précisant qu'elle n'a peut-être pas la capacité de nouer un contact avec le défunt.

- *« Je parle beaucoup à mon frère sur sa tombe. Je sais qu'on peut me prendre pour une folle mais il m'appelle la nuit. J'entends sa voix. Ça me réveille … et je le vois me sourire. C'est un bon moment, je le retrouve... je n'ai pas peur, non. Je suis heureuse de le revoir. Il a l'air bien. C'était à l'anniversaire des un an de sa mort. J'ai des perceptions extrasensorielles vous savez.* […] *Il n'est pas là mais j'entends sa voix. Je suis toujours en relation avec lui mais je ne le verrai plus comme avant. Il est mort mais pas notre belle relation.* […] *Je m'adresse à lui régulièrement, oui je lui parle comme à vous. Ah oui au présent je lui dis "*merci*". J'entends sa*

voix vous savez. Mais ça je veux le garder, c'est vraiment sa présence de tous les jours, et ça je veux que ça continue à vivre. Ce n'est pas quelque chose d'angoissant. C'est vrai, je suis peut être très… particulière dans mon engagement avec les morts. Il faut que j'y aille et que je communique avec lui. J'entends sa voix : "merci je suis content que tu viennes pour moi*". Ma sœur se ferme à tout ça. Elle l'a vu le soir de sa mort, dans la nuit après, une fois… après, elle a tout fermé.* "C'est des conneries tout ça*" elle a dit. Quand j'ai un problème je ne m'adresse pas à ma sœur mais à mon frère. Il se passe des choses avec lui. C'est très vivant ».*

- *« Ce serait une trahison pour mon mari. Je sens toujours la présence de mon mari. Donc c'est difficile de faire des choses en sa présence. Je croyais au début que c'était mon mari qui m'envoyait cet homme – qu'il aimait bien - pour que je refasse ma vie ».*

- *« Les choses suivent leur cours... je vois mon fils dans ma tête... Très fréquemment… »*

- *« J'ai l'impression de le sentir... dans ma voiture... il me chatouille dans le cou comme il le faisait... un jour dans un centre thermal... j'ai senti qu'il me caressait la joue dans l'eau... en février... un mois après sa mort... Est-ce que je suis folle ? »*

- *« J'invoque son image. Comme une aide. Qui pourrait aider. Je l'invoque régulièrement. Et je trouve, même des objets que j'ai perdus. Il est là il m'observe et il m'aide ».*

- *« Tout vient m'envahir, la nuit j'entends des bruits. J'entends taper à la porte ou le téléphone, tout un tas de bruits et ça me réveille. Des fois c'est stupide, je me demande s'il me hante ? Peut-être qu'il n'est pas tout à fait mort. Je me demande si c'est dans ma tête ou si c'est réel ».*

- *« On m'a dit que ma maison était hantée ».*

- *« Cette femme m'a dit "sois à l'écoute et tu l'entendras"… mais je n'entends rien, je ne vois rien et ça me désespère… »*

Nous constatons les modalités d'attribution d'une qualité à cette présence, allant de l'ancêtre protecteur au fantôme persécuteur. Néanmoins, le défunt n'est pas conçu comme objet intériorisé, comme *Imago* devenue constitutive de l'identité, mais comme entité externe,

toujours empiriquement accessible aux différents sens. Cette difficulté de symbolisation et d'introjection pousse les sujets engagés dans un processus de deuil compliqué à chercher le défunt dans des dimensions matérielles, qu'elles soient sensorielles ou représentatives, comme un autel domestique composé d'objets et de photos. Cette dynamique se lie au thème relatif à la notion d'espace, notamment lorsque l'endeuillée se rend de façon compulsive dans les lieux évoquant la personne décédée. Cette activité comportementale met en exergue une carence d'élaboration, de secondarisation des processus dans la relation d'objet.

Il est notable qu'après avoir émis des précautions verbales quant à la « *folie* » d'une telle relation *post mortem*, et s'être assurées de ne pas être *« jugées »* pour leur propos, les participantes expriment un besoin important d'être entendues sur cette dimension du rapport au défunt. Il demeure plutôt confidentiel, voire intime, car pensé comme « a-normal » ou « fou ». Cette expérience reste « in-croyable », donc indicible. Il existe une trace mnésique, une persistance cognitive de la présence de l'autre au quotidien à travers des sons, une sensation, une vision, tel que cela a existé pendant des années. Néanmoins, il n'y a pas d'adhésion complète à la réalité de ces perceptions, il existe un regard critique, une tentative de distanciation qui coexiste avec un désir intense d'y croire. La présence est réparatrice du lien, du sentiment d'abandon ou expiatoire d'une culpabilité trop effractante. Cet élément sera utilisé au cours de la séance d'hypnose. En effet, pour huit sujets sur dix, la relation est asymétrique et unilatérale. Le défunt se manifeste sans que le sujet n'ait de prise dans la relation. Le processus hypnotique visera à rétablir une forme d'interaction et de perception d'un contrôle. L'endeuillé peut s'extraire de sa condition de sujet qui subit passivement la perte, tributaire du temps qui s'écoule pour devenir un deuilleur actif qui vit cette relation et y prend part.

3.2.b- **Conditions du décès** (257)

Les images des conditions du décès constituent une composante spécifique de la présence quotidienne du mort. Selon les modalités du décès, ces réminiscences, voire reviviscences, auront un caractère plus ou moins traumatique. Elles font effraction dans l'espace psychique, associées à certaines situations ou de façon spontanée. Les participants décrivent leur expérience du décès de leur proche en terme de temporalité : « *brusque » ; « brutal » ; « soudain » ; « inattendu* » ou « *progressif… j'ai vu l'évolution sur des mois... » ; « Ça a duré des années… il se dégradait de plus en plus »*. Nous trouvons également la notion d'une

évolution d'un état pathologique sur un temps étiré, avec une certaine prévisibilité d'un pronostic péjoratif à moyen ou long terme, mais dont la décompensation au cours d'un épisode aigu sidère les capacités d'intégration et d'ajustement des endeuillées. La transformation du corps, perçue comme une cadavérisation du vivant, est présente chez neuf des dix sujets. Le sentiment d'impuissance et l'absence de contrôle sur le déroulement des événements sont mentionnés de façon systématique. La population se répartit en deux groupes, selon la conscience ou non de la mort à venir. « *J'ai rien vu venir… je ne comprends pas... » ; « je ne voulais pas croire qu'il pouvait mourir, même si lui le savait ». « Je savais bien qu'il allait bientôt mourir, je l'ai accompagné de mon mieux » ; « je l'ai vu mourir … petit à petit... »*. Les participantes mentionnent l'importance d'être présentes pour les derniers instants comme de pouvoir recueillir les « *dernières paroles* » du mourant, dans un fantasme assez commun véhiculé par la culture romanesque et cinématographique, qu'il y aurait une dernière transmission décisive à recevoir. L'importance du « dernier souffle » prendrait le pas sur l'ensemble des temps passés par sa puissance symbolique, être présent au moment décisif, être celui ou celle qui sera là pour ce « passage ». Ce temps est vécu comme déterminant pour assumer la culpabilité, dans l'optique d'avoir pu tenir un rôle jusqu'au bout de la vie, donc restaurer un sentiment de contrôle relatif, de légitimité. « *Je ne l'ai pas abandonné, je suis restée jusqu'au bout...* ». Cette présence à la fin de la vie est décrite par les sujets comme ayant des conséquences sur le vécu du deuil, qu'elles soient aggravantes ou facilitantes.

La notion d'engagement pris auprès du défunt avant sa mort maintient un lien actif entre l'endeuillé et le « *disparu* ». La promesse donnée donne vie et sens à des actions quotidiennes : « *je le fais pour lui » ; « je lui dois bien » ; « je lui ai promis »*. La volonté du défunt s'incarne dans le comportement de l'endeuillé qui devient son prolongement voire son exécutant. « *J'ai ses valeurs, je fais comme elle »*. Le poids des dernières volontés s'exerce sur les endeuillées. Ont-elles pu respecter les souhaits du défunt ou au contraire éprouvent-elles un sentiment de trahison, d'inachevé ?

Ceci peut être lié avec la notion de regrets exprimés. « *J'aurais dû lui dire... » ; « J'aurais pu faire ça pour elle » ; « si seulement j'étais restée » ; « j'aurais tellement voulu lui dire »*. Ces regrets expriment un ressenti d'incomplétude.

Une mention est faite au caractère choquant des conditions du décès. La cachexie, les odeurs de nécroses, les râles, les écoulements de fluides, le sang, le changement de faciès, le

processus qui mène du corps au cadavre en sont des éléments majeurs. Une situation dans laquelle le décès résulte d'un suicide illustre le développement d'un deuil intriqué à un état de stress post-traumatique. L'endeuillé développe un ensemble de signes cliniques caractérisé notamment par des moments de reviviscences de la scène, une hypervigilance au quotidien, un évitement du lieu dans lequel elle a découvert le corps, des cauchemars itératifs, des troubles du sommeil et angoisses nocturnes. Les souvenirs sont envahissants et très sensoriels : l'odeur dans le garage, le corps pendu sans vie, les gestes, la luminosité. Une autre participante vivra les derniers instants éloignée de son conjoint, elle ne pourra que l'imaginer seul, agonisant dans un hôpital où il a été transféré d'urgence. Les conditions du décès se vivent dans la solitude, en creux, où la relecture de l'histoire se fait *a posteriori*, sur une scène fantasmatique délétère. L'endeuillée se vit ici comme celle qui a abandonné le défunt.

3.2. c- Relations au défunt de son vivant (176)

Les relations au défunt décrites sont de différents ordres. Le qualificatif le plus utilisé par les endeuillées dans le cadre de cette recherche est « *fusionnel* ». La conception même de la relation comme négation de l'altérité implique que la perte de l'Autre, qui n'est pas vécu comme tel mais comme partie de soi, devienne une amputation. La mort d'autrui compromet sa propre intégrité physique et psychologique. Il en est de même pour la perception de son identité : « *sans elle, je ne suis plus moi-même* » ; « *je ne me reconnais pas* » ; « *avec sa mort, j'ai perdu ma moitié… je ne suis plus...* ».

Il y a donc un fantasme de spécularité, de « mêmeté » (Ricoeur, 1960) qui confronte le sujet à la néantisation lors de la disparition de l'Autre. La fin de l'état supposé fusionnel ne permet pas la différenciation et l'individuation mais conduit à une identité morcelée, atrophiée.

Les autres occurrences pour cette thématique sont la dépendance réciproque, l'identification du défunt comme seul référent et confident, l'harmonie de la relation, sa complexité et sa conflictualité.

3.2.d. Histoire du défunt (117)

Ce thème se caractérise par la narration d'une histoire de vie qui se construit autour d'épreuves. Il y a une dramaturgie du roman familial au sein duquel le défunt endosse un rôle de premier plan, paré de qualités héroïques face à une adversité soutenue. Cette mise en récit s'accompagne d'une forme d'éloge du mort, par une énumération de ses nombreuses qualités. Nous retrouvons dans ce processus une nécessité de densifier la mémoire du disparu, mais aussi une forme de réparation consécutive à l'expression de l'ambivalence affective ou d'une conflictualité. Il s'y discerne également la transmission consciente ou inconsciente entre générations, les répétitions de schémas, les caractères dont chacun hérite.

3.3. Croyances et rituels (1055 soit 20%)

Ce thème est fortement représenté. Il est induit par le questionnement de l'entretien semi-directif mais largement repris et développé au cours des suivis.

Les 2 grands thèmes majeurs de cette section sont :

3.3.a. Rites et rituels
3.3.b. Croyances religieuses et profanes

3.3.a. Rites et rituels (634)

La ritualité s'exprime au niveau collectif dans le cadre des rites funéraires. Ils suivent un ensemble de prescriptions culturellement normées sur un mode contraint. La totalité des personnes impliquées dans la recherche ont eu recours à une cérémonie religieuse catholique au cours des obsèques. Sur le plan quantitatif, nous constatons la place effective occupée par la religion dans la construction symbolique du passage de la vie à la mort. Dans une perspective plus qualitative, nous nous intéressons à la relation de l'endeuillé avec les rites. Ils occupent différentes fonctions. L'aspect communautaire est fortement référencé par les sujets. La mort, comme désorganisation fondamentale, s'intègre dans le collectif. Il est un temps d'attribution

des nouveaux statuts de chacun : veuf, orphelin, endeuillé. La reconnaissance de la souffrance et de la perte est centrale pour les proches survivants. Bien que ces derniers précisent dans neuf situations sur dix qu'ils se sentaient « *ailleurs* », *« comme pas là », « je ne voyais rien, je n'entendais rien j'étais dans ma bulle »*. Cet état peut se comprendre comme un temps de dissociation psychique au sens hypnotique ou traumatique.

Les rites communautaires sont investis comme ayant des fonctions et produisant des effets. Ils servent à honorer la mémoire du mort. Une participante explique que, dans son environnement culturel du sud de l'Europe, le nombre élevé de participants à la cérémonie et l'intensité des manifestations émotionnelles traduisent l'importance du défunt et l'affection que sa communauté lui porte. La notion de « *grandes pompes* » reste d'actualité en tant qu'expression de la qualité et de la valeur du défunt. Cet effet d'investissement dans le processus funéraire apaise les tensions groupales et le sentiment de culpabilité. « *Je me sentais quand même un peu mieux après. J'étais très triste mais de voir tout ce monde... qui était là pour elle... ça m'a vraiment fait quelque chose ». « On a passé une semaine avec les copains, les amis, tout le monde est resté. Je me suis sentie entourée et ça montrait combien il était aimé »*. En France contemporaine, le faste des cérémonies est plutôt tombé en désuétude. Outre l'émergence d'une demande par les familles d'une cérémonie qui se déroulerait dans « *la plus stricte intimité* », des paramètres rituels semblent désormais moins fonctionnels.

Plusieurs éléments de *verbatim* tendent à montrer que le rite collectif a perdu en efficacité symbolique. La participation des acteurs apparaît modérée et leur implication dans le rituel superficielle. Les acteurs sont présents mais ils semblent « jouer » le rituel plus que l'habiter réellement. « *Oui. Les gens étaient là… mais c'était aussi le bal des hypocrites, lui qui détestait ça ». « Franchement ? Le prêtre était bien et tout… mais… je trouve que tout ça sonnait un peu faux… ses parents ont voulu une messe mais il n'était pas croyant et moi non plus... et nos amis non plus... alors vous voyez... c'était quoi le sens ? Ils l'ont fait pour eux ».*

- *« Moi, j'ai pas voulu la laisser partir… quand le cercueil était sur le tapis là pour aller dans l'incinérateur, moi je me suis accrochée au cercueil en criant, je criais « non, non » et je pleurais comme une folle* [...] *Et puis… quand j'ai vu la boîte, je me suis dit que ce n'était pas elle, c'est vrai on peut mettre n'importe quoi dans une boîte. Même mon petit fils a dit* "mais mamie ne peut pas tenir là-dedans !" *Non. Pour moi, les choses ont presque commencé à ce moment-là ».*

Les effets de cohésion groupale, d'anxiolyse et de clôture restent modérés. Les rites sont fondés sur les mythes, les croyances qui leur donnent leur fondement. Ici, ils semblent vides car dépourvus du sens originaire. Il est davantage question d'une répétition codifiée, d'une pantomime un peu désincarnée.

Le rapport à la sépulture est également un élément saillant du discours. « *Je voulais lui donner une sépulture digne* ». « *Ce caveau ne lui ressemble pas… elle était humble et là c'est … bling bling...* ». « *Elle n'est pas chez elle là… on ne peut pas y mettre ce qu'on veut… elle aurait envie d'être proche de moi… elle n'est pas bien là-bas* ». « *ah ça, il faut que la tombe soit propre. J'y vais tous les jours pour nettoyer, faire propre, arroser les plantes. Et je discute avec lui comme ça* ». « *Il est coincé là dans son urne dans le garage. C'est pas sa place, il faut que je le libère* ».

Le lieu de dépôt des « restes mortels » doit correspondre à la personnalité du défunt, respecter ses souhaits et traduire l'amour de ses proches à son égard. Il est l'enjeu possible de conflits, par une compétition de filiation pour répondre aux questionnements sur l'enfant préféré, le « *plus dévoué* », le « *plus proche* », le plus digne héritier. Nous décelons également une problématique de territorialité et de prise de pouvoir au sein de la famille. Il se constitue un nouvel équilibre par redistribution plus ou moins tacite des rôles. La pompe et la sépulture ont alors une vocation de démonstration, d'attachement, de considération et de manifestation narcissique. Le lieu peut également ne pas être investi en tant que représentant matériel du défunt parmi les vivants. « *Je ne vais pas au cimetière… enfin presque jamais… pour moi il n'est pas là-bas. Il est à la maison* ».

Le rite est attendu comme facteur de cohésion sociale et de détermination des statuts de chaque membre. L'endeuillé, reconnu dans l'épreuve de sa perte est à la fois inscrit dans une zone de marge transitoire et objet d'attention d'un environnement social mobilisé depuis le rite : « *si tu as besoin de quelque chose...* ». Nous constatons que la quasi-totalité des participants à la recherche se plaint du caractère éphémère de ce soutien social. Une présence importante dans les premiers temps du deuil, en moyenne deux mois, puis un délitement progressif suivi d'un ressenti de solitude et de décalage. Cette transition d'un état à un autre, de femme, fille, sœur, à veuve ou orpheline est une étape habituelle, marquée par un début et une fin. Les funérailles en sont l'entrée. L'abandon des signes ostensibles du deuil en marque la sortie. Il est d'usage que la communauté des vivants entoure l'endeuillé d'égards particuliers tout en le maintenant en

marge des activités sociales usuelles. Les endeuillées interrogées perçoivent essentiellement la dimension de marginalisation et de restriction des activités mais pas ou peu d'attentions dont elles seraient l'objet.

Comme corollaire à cet affaissement de la puissance des rites collectifs, nous distinguons l''émergence d'une dimension rituelle individuelle. Elle pourrait se définir comme une tentative d'appropriation individualisée et flexible d'une pratique de symbolisation.

Ces séquences rituelles mises en scène ont des fonctions de symbolisation et de communication. Elles sont répétitives et endossent de ce fait des fonctions contenantes. Le rythme, la monotonie, cet « espace / temps » suspendu, répété à travers les contingences socioculturelles, assure un « fragment d'éternité ». Sa prédictibilité est à mettre en lien avec la thématique d'imprévisibilité évoquée précédemment. Ce caractère anticipatoire lui confère des propriétés anxiolytiques. Les acteurs du rite savent ce qu'ils vont y trouver.

Il ressort de façon significative qu'un rite « mal accompli » a des conséquences néfastes sur le processus de deuil. Les participantes développent cette notion. Le rite peut être inachevé :

- « *on n'est jamais allés disperser ses cendres comme il le voulait… elles sont toujours là… et lui aussi…* ».

- *« Elle devait être placée dans ce caveau provisoirement. Et finalement c'est du provisoire qui dure, mes sœurs ne veulent plus la déplacer… elle est coincée là-bas, elle n'est pas chez elle* ».

- *« Elle est restée un an sans caveau, juste de la terre au-dessus… c'était la honte dans le village… Et maintenant, pour se racheter, il lui fait un truc énorme qui ne lui ressemble pas du tout* ».

Son déroulement peut ne pas avoir respecté les souhaits du défunt, accentuant ainsi le sentiment d'avoir trahi.

- « *Il voulait aller dans une petite église, là où on s'était mariés… mais avec l'autopsie et les délais, ça n'a pas été possible... je m'en veux pour ça… Il voulait aussi qu'il n'y ait personne et pas de fleurs… mais ça je n'ai pas respecté, je ne pouvais pas…le laisser comme ça* ».

- « *Mon frère m'avait dit qu'il ne fallait pas aller le voir et pas laisser de fleurs sur sa tombe… pour moi c'est impossible, il avait dit « après l'enterrement tu m'oublies »*. Et ben non, je ne suis pas d'accord alors j'amène des fleurs et ma belle-sœur aussi. Et on nettoie bien la tombe. *A la fois je culpabilise un peu et en même temps je me dis que je fais ce qu'il faut pour lui* ».

- « ça *me travaille vous savez… je veux dire… de savoir qu'elle voulait être près de moi et qu'elle est coincée là-bas… je m'en veux de pas pouvoir faire ce qu'il faut… j'y pense la nuit… je l'entends m'appeler comme quand elle était malade* »

- « *Je le vis mal… je le coince là avec ses cendres dans la voiture… enfin c'est celle où il a eu son accident …je ne suis pas sereine, j'ai peur de lui faire du mal* ».

Nous avons pu relever deux situations spécifiques dans lesquelles l'oblitération du rite funéraire ou l'absence de sépulture appropriée ont engendré des manifestations psychopathologiques. Les sujets concernés présentent des troubles de la personnalité de type limite ou dépendant. L'organisation défensive est obsessionnelle.

Le trouble de personnalité limite se caractérise par une instabilité omniprésente dans les relations interpersonnelles, l'image de soi et les affects, ainsi qu'une impulsivité marquée qui apparaît au début de l'âge adulte dans divers contextes, tels qu'ils se présentent dans au moins cinq critères parmi les suivants (DSM-IV-TR):

Tableau 2. Critères diagnostic du trouble de personnalité limite (DSM-IV-TR)

	Tableau généralisé d'instabilité dans les relations interpersonnelles, l'image de soi et les affects et l'impulsivité prononcée débutant dès le début de l'âge adulte et se présentant dans une variété de contextes tel qu'indiqué dans au moins 5 ou plus des critères suivants :
1	Efforts frénétiques pour éviter les abandons réels ou imaginaires
2	Tendance aux relations interpersonnelles instables et intenses, caractérisées par une alternance entre des extrêmes d'idéalisation et de dévalorisation
3	Trouble de l'identité marqué : instabilité persistante de l'image ou du sens de soi
4	Impulsivité dans au moins 2 contextes qui peuvent être dommageables : soit les dépenses, activités sexuelles, conduite dangereuse, abus de substances, boulimie
5	Comportements, gestes ou menaces suicidaires récurrents ou automutilation
6	Instabilité affective relative à une réactivité marquée de l'humeur, soit des épisodes intenses de dysphorie, d'anxiété, d'irritabilité qui peuvent durer quelques heures mais rarement plus de quelques jours
7	Sentiments chroniques de vide
8	Colères intenses et inappropriées ou difficultés à contrôler la colère soit des expressions fréquentes de crises, de colère constante ou de batailles physiques récurrentes
9	Idéation paranoïde transitoire qui peut être reliée à des contextes de stress ou à des épisodes de symptômes dissociatifs importants

Le trouble de personnalité limite affecte 1 à 2 % de la population générale. La moitié de ces personnes fera des tentatives de suicide. Ce trouble est constaté chez 19 % des personnes suivies en psychiatrie ambulatoire et 75% des patients diagnostiqués sont des femmes.

Tableau 3. Critères diagnostic du trouble de personnalité dépendante (DSM-IV-TR)

A. Répond aux critères généraux d'un trouble de la personnalité (F 60).
B. Présence d'au moins quatre des caractéristiques suivantes : - Fait d'autoriser ou encourager les autres à prendre la plupart des décisions importantes de la vie à sa place ; - Subordination de ses propres besoins à ceux de personnes dont on dépend et soumission excessive à leur volonté ; - Réticence à faire des demandes, même justifiées, aux personnes dont on dépend ; - Sentiment de malaise ou d'impuissance quand le sujet est seul en raison d'une peur excessive de ne pouvoir se prendre en charge seul ; - Préoccupation par la peur d'être abandonné par la personne avec qui le sujet à une relation proche et d'être livré à lui-même - Capacité réduite à prendre des décisions dans la vie quotidienne sans être rassuré ou conseillé de manière excessive par autrui

Dans ces conditions, nous notons la recherche effrénée de l'accomplissement du rite et de la mise en œuvre d'une sépulture considérée comme digne. Nous pourrions évoquer un véritable « syndrome d'Antigone ». Les sujets luttent contre l'angoisse d'abandon par le recours à la matérialité. Nous trouvons la notion d'accomplissement, de continuité et de clôture. Il est notable que la sépulture devienne la représentation concrète du défunt. Nous percevons l'impossibilité, dans le contexte de ce trouble de la personnalité, d'intérioriser l'image de l'Autre, d'élaborer psychiquement le rapport à l'absence et à la présence. Il y a donc recours à l'Autre dans ce qu'il a de tangible, de perceptible. La sépulture incarne la présence du défunt, lui donne corps. La sépulture fait office de pare-excitation pour le sujet concerné.

L'impossibilité de respecter les souhaits du défunt, l'absence ou l'oblitération de rites funéraires à forte efficacité symbolique peuvent générer ou majorer le caractère compliqué du

deuil. Il s'agit donc d'un rapport à la sépulture qui ne peut s'élaborer. La notion de « sépulture » est entendue ici dans son acception tant matérielle que symbolique comme devoir de mémoire envers le défunt. A travers les échecs de notre pratique thérapeutique, nous identifions que c'est ici que s'identifie cette nécessité impérieuse de déposer les restes mortels dans une sépulture appropriée. Comme l'illustrent ces différentes situations cliniques, c'est l'aboutissement du rituel ou l'érection de la sépulture qui a pu constituer une avancée importante dans la thérapie, une sortie de cette vacuole psychique, de cet espace encrypté. Les rituels se font en mots et en actes. La parole seule ne se substitue pas complètement à une action incarnée. Les sujets concernés nouent des relations clivées, marquées par une forte dépendance affective avec la possibilité d'un mode défensif obsessionnel. Nous relevons cette conjonction entre des profils souvent limites dans leur organisation et un contexte caractérisé soit par l'absence de sépulture propre, l'altération de la qualité des rites funéraires ou le non-respect des souhaits du défunt que nous dénommons « syndrome d'Antigone ». La rigidité obsessionnelle des sujets les confine dans des ruminations permanentes sur ce qui n'est pas accompli, ce qui doit être fait.

Nous nous référons au récit mythologique de Sophocle relatant le combat mené par Antigone, fille d'Œdipe, contre l'ordre établi afin d'offrir une sépulture à son frère, Polynice, considéré comme traître à sa patrie et mort sur le champ de bataille. Ces devoirs funéraires sont de l'ordre du sacré. En enfreignant la loi des hommes au profit de celle des dieux, elle sera condamnée par son oncle Créon à être emmurée dans le tombeau de sa famille, dans lequel elle se pendra. Une partie de la dramaturgie se construit sur ce lien entre les morts et les vivants ainsi que sur le passage d'Antigone d'une zone à l'autre, finissant sa propre existence dans la tombe de ses ancêtres. La damnation du défunt passait par l'outrage fait au cadavre, mutilé, privé de sépulture, tel que le fût Hector vaincu par Achille lors des guerres troyennes. Habituellement, le récit de Sophocle sur l'histoire d'Antigone, de sa sœur Ismène, de ses frères Etéocle et Polynice et de leur oncle Créon, est lue sous l'angle d'une dialectique entre besoin individuel et nécessité collective, d'une rébellion singulière contre un ordre établi, arbitraire, de la loi des Dieux contre celle des hommes, avec comme puissant moteur l'Hybris, l'orgueil dans la démesure et la Némésis, le châtiment divin qui survient en réponse.

Nous désignons cette dynamique pathogène de « syndrome d'Antigone ». Nous fondons la force des rites dans nos mythes. Comme la fille d'Œdipe, l'endeuillé se sent tenu par un devoir sacré : conférer une place et un statut au défunt. Il s'agit également d'une forme d'introjection d'un objet suffisamment stable pour permettre un réinvestissement ultérieur de l'activité libidinale. Nous comprenons en effet, à travers les entretiens menés que, dans l'économie psychique du sujet endeuillé, il est moins question de désinvestissement que de remaniement de la relation à cet objet intériorisé qu'est le défunt, ce mouvement de *recathexis* développé par Hagman (2017). L'errance entre deux états est considérée, dans la mythologie grecque, comme le pire châtiment pour l'esprit du mort. Le défunt doit être densifié par les vivants afin de pouvoir cheminer. Le statut des morts est tributaire des actes des vivants, de la même façon que l'apaisement des vivants dépend de la place que peuvent occuper les morts, en eux et autour d'eux. A l'image d'Antigone, l'endeuillé est saisi dans cette double contrainte : demeurer témoin du défunt dans sa communauté et faire face aux injonctions sociétales qui l'incitent à « *aller de l'avant* », dans une temporalité extrêmement courte. Il lutte pour ancrer une mémoire. Dans notre conception, cette injonction sociale au détachement prématuré est incarnée par le personnage de Créon qui impose l'absence de mémoire à Antigone, comme la temporalité contemporaine impose à l'endeuillé cette marche forcée vers l'oubli.

Investir des rites, des liturgies, qui sont pourtant également soumis aux changements constitue une tentative de lutte contre l'angoisse de néantisation par l'intermédiaire de fragments d'éternité supposés : recours à la transcendance, au sacré. Les rites ont une dimension intemporelle. En se perpétuant dans l'Histoire ils deviennent un élément de continuité du récit humain.

Ainsi, cette modalité de deuil persistant, ce syndrome d'Antigone, est essentiellement réactionnel et trouve son étiologie pour une part prédominante dans le rapport de l'endeuillé avec les rites funéraires exécutés ou non. Nous devons approfondir nos investigations car ce mouvement peut être bidirectionnel et traduire un focus attentionnel particulier accordé par l'endeuillé à cette absence de sépulture, dans un contexte de deuil compliqué. Dans l'activité clinique, nous ne cherchons pas un modèle causal unique, une explication linéaire qui se suffirait. Les facteurs impliqués dans le développement d'un deuil persistant sont multifactoriels

cependant, nous identifions cette carence en rite comme l'élément central de cette configuration, sans exclure l'organisation de la personnalité, le registre défensif, les paramètres relationnels et contextuels. L'approche singulière, qualitative, ne peut conduire à une généralisation des processus mais, c'est sa fonction, fournit ici des hypothèses sur les différentes dynamiques du deuil contemporain.

Nous relevons la perception d'un affaiblissement global de l'efficacité symbolique des rites collectifs et la place prépondérante des rituels individuels. Ces derniers se développent essentiellement sur un registre obsessionnel compulsif. La composante obsessionnelle est caractérisée par la peur de l'oubli. Son corollaire compulsif est le rituel de vérification. Les sujets concernés ont besoin de regarder les photos, toucher les objets, y revenir régulièrement. Aller au cimetière plusieurs fois par jour ou y passer des « *journées entières* » s'inscrit dans la même dynamique. Les gestes sont répétés quotidiennement, une exécution inadéquate se révélant anxiogène. Une des endeuillées donne une illustration de l'importance de cette pulsion scopique. Elle doit voir et revoir continuellement les photos de la fin de vie de sa mère sur son lit à l'hôpital. Elle y revient compulsivement sur son téléphone portable. Une autre dame, non incluse dans la cohorte, avait demandé à sa fille de filmer les derniers instants de son mari, ne pouvant être physiquement présente.

La conception « d'autels domestiques » est une donnée illustrative. La restriction des marqueurs sociaux du deuil semble impliquer un processus de domestication de l'acte de mémoire. Neuf sujets sur dix ont érigé un autel composé de photographies et objets du défunt. Les rituels peuvent consister à toucher un objet en passant devant ou déposer une fleur chaque soir. Plus la dimension compliquée du deuil est prégnante, plus l'autel occupe d'espace au domicile et le rituel prend du temps au quotidien. Cette ritualité assure la présence du défunt, par l’exercice contraint de séquences d’action. Il y a un aspect mortificatoire dans cette répétition figée. L’aliénation au fétiche limite le survivant dans sa capacité de mouvement car il doit y revenir continuellement, à intervalles réguliers. Il y a présence, fidélité et tentative expiatoire.

Le discours des sujets fait émerger un manque. Celui d’un rituel de clôture qui « autoriserait » l’endeuillé à quitter le défunt. L’hypnose peut sous certaines conditions

endosser cette fonction. Ces conditions seraient l'intensité des expectatives et croyances sur l'hypnose, notamment sur une dimension « magique » et « thérapeutique », l'effet de cadre et la ritualisation séquencée de la séance, l'absence de comorbidités psychiatriques majeures, l'alliance thérapeutique, l'absence de rivalité avec d'autres systèmes de croyances, le respect de l'écologie psychique du sujet au moment de l'expérimentation du dispositif, son engagement dans un changement de relation avec le défunt, l'ouverture d'une opportunité socialement acceptable pour produire ce changement.

Individuelle ou collective, la ritualité s'avère occuper une place centrale dans le discours des sujets. Nous avons alimenté cette production sémantique en effectuant des relances et en encourageant les participantes à développer leur propos afin d'approfondir le sujet. Nous relevons 624 occurrences sur les rituels quelle que soit leur nature, ce qui représente 12% des éléments de *verbatim* relevés. Nous les intégrons dans leur acception la plus large, du rite collectif codifié au rituel individuel obsessionnalisé. La place qui leur est accordée est inattendue. Nous avions comme présupposé que cet aspect du deuil était devenu secondaire, qu'une forme de déritualisation s'était opérée. Depuis les travaux de Gorer (1965), Baudry (1999) et les éléments de réflexion apportés par Hanus et Bacqué (1994), le rôle des rites est interrogé. En juin 2014 encore, monsieur Leonetti tenait une réunion publique intitulée « la mort, le grand tabou de notre société ? ». La forme interrogative reste de mise car la place croissante occupée par les soins palliatifs, l'instauration de la nouvelle loi Claeys-Leonetti en 2016, la possibilité de rédaction de directives anticipées et les débats sociétaux sur les conditions de fin de vie ramènent cette question dans l'espace public. En 2015, une étude menée par l'observatoire de l'âge rapportait que 72% des « seniors » affirmaient avoir déjà parlé de la mort à leur conjoint et 56% avec leurs enfants.

Bacqué (2016) soulignait déjà que nous n'étions plus dans le tabou de la mort mais dans une forme progressive et transformée de retour de cette thématique dans le débat social. En effet, nous constatons une mutation rituelle bien plus qu'une déritualisation. La mise en forme et l'esthétique du rite perdurent. Ils traduisent cette tentative de réorganisation face au chaos généré par la mort. La notion de structure y est donc prépondérante, avec des séquences temporelles bien déterminées et une fonction potentiellement symbolique. « *Mettre en ordre* », structurer et séquencer pour préserver une illusion de contrôle, donner une forme à ce qui renvoie au néant, donc rendre représentable ce qui ne l'est pas, font partie des stratégies mises en œuvre par les sujets pour s'ajuster au deuil et aux effets de la perte mais aussi à l'angoisse

de néantisation qui en est issue. De la même façon, le défunt s'est également projeté dans son souhait de maîtrise en paramétrant de son vivant les modes de traitement de son corps. Le rôle autrefois dévolu à la famille de la prise en charge du rite funéraire est aujourd'hui majoritairement assumé par l'individu lui-même. L'individualisme et la maîtrise étant des valeurs prioritaires dans le mode de pensée occidental, nous percevons la logique de ce choix. La dévaluation possible du rôle social des personnes âgées peut être un élément contributif, il s'agit de ne pas « peser » sur les proches et donc de disparaître totalement, par exemple par le procédé de crémation. Le rituel a une visée purificatoire pour mettre à distance la morbidité contagieuse qui accompagne l'endeuillé, pour maintenir ou trancher les liens qui unissent le mort à son « *survivant* ».

Ainsi le rite apaise le futur défunt en s'exécutant tel qu'il l'avait planifié, mais peut ne plus remplir sa fonction de facteur de cohésion pour les vivants. Nous le relevons dans nos entretiens. Il peut être vécu de façon extrêmement violente lorsqu'il s'agit de crémation : « *Je n'ai pas pu supporter de la voir partir pour brûler… ». « Non… pour moi je ne le ferai pas. C'est trop dur… qu'il ne reste rien comme ça ». « Ça va tellement vite. La personne est là et puis… plus rien ».* Le processus crématoire confine à l'effacement de l'être par la destruction presque totale du corps et altère la représentation mentale que le sujet se fait de la continuité et de la globalité du défunt. L'abstraction ayant ses limites, la représentation se construit par un ancrage corporel. Le mort est imaginé avec son corps. Nous pourrions ajouter que si le feu à une fonction de purification, par exemple dans la crémation des corps à Bénarès en Inde, il est associé pour les catholiques à l'enfer. Voir partir le corps vers les flammes suscite donc un ressenti ambivalent chez les acteurs du rite.

Les dissensions familiales trouvent leur expression dans le devenir des cendres, lieu de dépôt, de dispersion ou même partage, avec les représentations qu'implique un morcellement symbolique du défunt. Nous énumérons ci-dessous les différents qualificatifs du rituel dans l'analyse des discours.

A partir des analyses d'entretiens, nous pouvons résumer les observations portées sur les phénomènes de ritualité perpétués par les endeuillés.

A- <u>Types de rituels :</u>

- Rite collectif : portés par la collectivité, officiels, institutionnalisés.

- Rituels personnels : individuels, singuliers, intimes, spirituels, de mémoire ou pathologiques de type obsessionnel.

B- Fonctions des rituels :

- Clôture.
- Purification.
- Expression des émotions et *catharsis.*
- Partage collectif.
- Apaisement.

C- Modalités d'exécution des rites et rituels :

- Participer à ou donner des messes.
- Autel domestiques : pratiques personnalisées.
- Obsessionnels : obsessions et compulsions rituelles.
- Exposition du corps.
- Inhumation et crémation.
- Se rendre au cimetière.
- Pas de sépulture propre ou appropriée.
- Thanatopraxie.
- Porter des signes ostensibles du deuil.
- Devenir des cendres.
- Possibilités de miracles avec évocation de Lourdes et interventions de guérisseurs / prêtre.

D- Vécu des rites :

- Etat dissociatif expérimenté au cours des funérailles.
- Inhumation / crémation : « violence » de la crémation, néantisation de l'Autre.
- Perception d'un rite non accompli, mal fait, oblitéré.

3.3.b. **Croyances religieuses et profanes** (461)

Les croyances exprimées sont regroupées en deux branches. Les croyances religieuses d'une part et les croyances dites « profanes » d'autre part. Dans cette dernière catégorie nous incluons les théories personnelles sur les causes du décès, les croyances « païennes » ou relatives aux « parasciences ». Nous utilisons le terme de « profane » en opposition au sacré et à ce qui est consacré. Il y a une part de spiritualité dans ces croyances mais elles se situent hors des institutions et dogmes religieux. Il s'agit de constructions visant à réorganiser le réel.

Les mentions faites aux croyances profanes sont les plus importantes. Les doutes sur la foi sont amplement exprimés. « *Si j'avais été plus… croyante … peut être que ça l'aurait sauvée* ». *« Non. Depuis sa mort… c'est pas pareil. Je n'arrive plus à prier »*. Neuf sujets sur dix évoquent un rapport aux parasciences : visions, lumières, esprits, fantômes, magnétisme, rêves annonciateurs, signes, voix, conseils de médiums. Il y a dans ces croyances une porosité entre le monde des morts et celui des vivants. L'absence de médiation par un tiers référent, par exemple représentant des cultes, rend cette présence chaotique, désorganisatrice. « *L'âme* » chez les catholiques, « l'esprit » dans les approches spiritualistes, devient alors un fantôme qui hante l'endeuillé. Nous constatons l'attente d'une forme de rituel adorciste qui exorciserait la présence du défunt.

Cette prise directe avec le mort hors d'un cadre donné touche à la « *folie* ». *« Est-ce que je suis folle ? »*. *« Vous allez me prendre pour une folle, mais… »*. *« Je n'ose pas en parler… j'ai peur qu'on se dise que je suis cinglée »*. Dans ce contexte de deuil compliqué, nous percevons avec acuité ce qui complexifie le processus : le manque de délimitation claire entre les morts et les vivants. Dans les sociétés traditionnelles, il existe des dispositifs culturels qui attribuent les places et les frontières. Dans cette France contemporaine, l'endeuillé se trouve seul avec ses perceptions et la crainte du jugement lapidaire : « *folie* ». Le deuil compliqué est entendu comme un trouble du lien à l'autre mais aussi, de façon plus anthropologique, comme une faillite du système de délimitation entre morts et vivants issu de rites affaiblis ou « vides ». Les croyances sont actives en ce qui concerne l'hypnose et son pouvoir supposé. Nous le verrons ultérieurement, plusieurs sujets expriment l'idée suivante : « *avec l'hypnose, je verrai peut-être un signe* ». *« Vous croyez que je pourrais le revoir ?* [au cours de la séance d'hypnose] ». « *J'aimerais lui dire au revoir* ». Le dispositif hypnotique est positionné par les sujets comme une pratique de médiation possible entre les morts et les vivants. La mythologie

contemporaine sur l'hypnose alimente ces représentations sur son caractère magique ou ésotérique. Elle devient ici le potentiel rituel de clôture qui faisait défaut. En un sens, dans la représentation initiale des sujets, l'hypnose relève des parasciences, comme l'atteste le vocable « *magique* » régulièrement employé à ce propos.

3.4. « Les autres » (715 soit 13%).

La question de la place des Autres, des relations sociales, représente 14 % du contenu des discours recueillis. Ce thème se décline en trois sous thèmes qui sont :

3.4.a. Discours et attitude entourage

3.4.b. Sentiment de solitude et décalage

3.4.c. soutien social perçu

3.4.a. Discours et attitude entourage : Rejet, conflits, incompréhension (309)

Les endeuillées se sont montrées particulièrement attentives aux réactions de leur entourage après le décès. Nous remarquons une mention faite à chaque entretien, chez tous les sujets, de cette thématique. L'élément prévalent est le sentiment de ne pas être compris et l'apparition de conflits avec les proches.

L'incompréhension repose sur la persistance de comportements organisés autour du défunt. Ce qui est perçu par l'endeuillée comme un ensemble d'actes de mémoire est traduit par l'entourage comme inadapté voire pathologique. L'évolution des ressentis se fait de la compassion à la colère, à l'agressivité, au rejet. L'environnement est perçu comme hostile et renforce un sentiment d'isolement dans un rapport duel avec le défunt. Cette configuration relationnelle majore le vécu persécutif qui légitime un huis-clos pathologique avec le mort.

- « *Il n'y a que lui qui me comprend* ».

- *« Les gens me prennent pour une folle parce que moi, je veux qu'on se souvienne de lui. Je crois que les fous, ce sont eux surtout. Je crois que c'est fou d'oublier les gens comme ça, non ? ».*

- *« Mes enfants ne comprennent pas. Ils me critiquent beaucoup ».*

- *« Les amis ont disparu… enfin j'en ai beaucoup moins qu'à l'époque de mon mari ».*

- *« Les gens disent : "si tu as besoin de quelque chose, appelle-moi". Mais en fait c'est du vent… j'ai appelé une amie à nous qui m'a dit : "je ne sais pas comment t'aider. Là je sais pas quoi te dire". Alors ? ».*

- *« Je crois que les gens veulent me forcer à l'oublier. Qu'en faisant semblant, tout ça va passer ».*

- *« Les amis de mon mari sont des traîtres. Je leur en veux énormément. Ils partageaient des secrets… tout le monde savait ».*

Le discours des proches peut être directement violent comme ici une fille à sa mère : *« t'arrêtes pas de t'enfermer là-dedans. Il est mort, il est mort. Il faut que t'avances. Je ne supporte plus de t'entendre répéter tous tes trucs. C'était ta moitié mais c'est aussi mon père qui est mort. Alors tais-toi maintenant* ». La dimension compliquée du deuil et la plainte prolongée positionne l'entourage dans un registre d'impuissance à aider, suscitant une agressivité réactionnelle. De plus, la plainte occulte la peine des autres membres de la famille et leur donne l'impression de ne pas assez souffrir, donc de ne pas être assez fidèles au défunt. La violence peut être associée aux éléments de langage banalisants : « *tout le monde meurt ». « La vie continue ». « Il faut aller de l'avant ». « Tu dois tourner la page ». « On peut mourir demain en sortant dans la rue ». « Elle, c'est pire, elle a perdu son fils ».* Le relativisme de l'expérience de la mort et du deuil abolit la singularité de l'expérience et de la relation au défunt. Cette annulation est insupportable pour les endeuillées.

Nous trouvons ensuite le refus assumé de parler du mort. Face à la submersion des émotions et des propos que l'endeuillée exprime par rapport au défunt et en contraste avec le

besoin de répéter, de raconter inlassablement le mort, certains proches refusent explicitement de parler du défunt. « *Il est mort, ça ne sert à rien d'en parler* ». « *Je ne veux pas en parler* ». « *Je refuse d'en parler avec toi* ». « *Je t'interdis de parler encore d'elle quand je suis là* ». « *Oh non… maman tu vas pas recommencer ?* ». « *Tu choisis maintenant, c'est elle ou nous !* ». L'endeuillée reçoit de multiples injonctions la contraignant au silence. Le fils de Mme Vigne refuse de parler du suicide de son père. La fille de Mme Estate récuse la possibilité pour sa mère d'évoquer le défunt. Le père de Mme Tyne réfute le besoin d'aborder la question de sa femme décédée. Ces silences sont interprétés par les participantes comme une volonté d'oubli, un manque de respect, une mise à distance, de l'indifférence. Pour les personnes incriminées, cela relève probablement de stratégies d'ajustement.

Deux notions s'intriquent aux dimensions de temporalité et de ressenti de décalage. « *L'oubli trop rapide* » du mort et le non-respect « *du temps du deuil* ». Ces éléments participent d'un processus d'annulation du défunt dans la mémoire collective, ils sont donc vécus avec colère et mobilisent les résistances des endeuillées qui intensifient leurs efforts pour représenter la mémoire des morts.

- « *Tout le monde l'a oubliée !* ».

- « *Plus personne n'en parle* ».

- « *Il est mort il y a quelques mois et c'est fini pour tout le monde* ».

- « *C'est maintenant qu'il disparaît vraiment* ».

- « *Et voilà ! Ma belle-sœur c'est la veuve joyeuses, excusez-moi l'expression… mais elle s'achète une voiture neuve, elle sort et lui il est enterré y'a pas 3 mois* ».

- « *Mon père… il invite des femmes chez lui… c'est un manque de respect non ? Elle est à peine morte et il invite des femmes… chez elle… il y a encore ses affaires partout...* ».

3.4.b. Sentiment de solitude et décalage (282)

La perception d'un environnement peu réceptif aux sollicitations de l'endeuillée majore les vécus de solitude et de décalage. Nous retrouvons également la difficulté à demander de l'aide aux autres, la peur d'être en dette ou en situation de dépendance. Les difficultés inhérentes aux changements de rôles sont mentionnées. Les sentiments d'abandon, de trahison et d'indifférence sont notables. Etre seule est vécu comme une forme de « mort sociale ». Il semble difficile d'accepter que les relations puissent se modifier avec la disparition d'un membre du couple. Cette solitude s'accompagne régulièrement d'une quête identitaire.

3.4.c. soutien social perçu (124)

La dernière catégorie prend en compte les éléments de soutien social perçu. Les participantes y évoquent la possibilité de pouvoir parler du défunt, le soutien affectif des proches, la nécessité de profiter des personnes encore vivantes, de se soutenir en communauté et finalement de réinvestir un objet d'attachement.

Le soutien social est perçu comme existant. La question de sa durabilité est toutefois soulevée. Si les sujets évoquent une forte mobilisation sociale au moment du décès, un calcul basé sur leurs déclarations permet d'apprécier un délitement de ce support à partir de 2 mois après le décès. Une des causes de souffrance émane notamment de l'impossibilité de parler du défunt à la fréquence voulue. Les endeuillées soulignent par ailleurs ce besoin de « *soigner nos plaies, en parlant tous ensemble de maman, en s'asseyant autour d'une table* ».

Pour les sujets ayant perdu leur conjoint, la notion de réinvestissement affectif est évoquée. Elle est décrite sous forme d'une injonction imposée par l'entourage : *« il faut que tu refasses ta vie »*. L'individu peut se soumettre à une forme de normalisation sociale ou constituer un mouvement interne propre. Le sujet peut réinvestir pour pallier le manque ou réorienter sa libido sur un nouvel objet par détachement progressif du défunt. Certains suivis se concluent par cette ouverture sur une nouvelle relation d'objet. Cette catégorie inclut les éléments de discours portant sur les liens ou les réactions de l'entourage consécutives au décès.

3.5. Hypnose (698 soit 13%)

L'investigation sur les représentations de l'hypnose par les sujets est un thème induit activement par questionnement ouvert et relances. Il entraîne peu d'occurrences, car il fait l'objet d'un seul entretien avec une grande diversité de sous-thèmes mais peu de répétitions. La dimension relative aux effets de l'hypnose est plus riche et fait l'objet de plusieurs entretiens. Elle est spontanément évoquée par les participantes. Nous observons que moins les représentations sont riches ou suscitent une adhésion, moins les effets thérapeutiques seront probants. Les facteurs motivationnels jouent également un rôle. Lorsque les participantes mentionnent une volonté de participer et une aspiration au changement, les bénéfices thérapeutiques se révèlent plus importants.

Au total, 4 sujets sur 10 auront fait l'expérience d'une « guérison immédiate » ou « guérison instantanée » telle qu'évoquée par Michaux, Halfon et Wood (2007). Cette modalité de levée symptomatique s'articule avec la qualité de rituel thérapeutique du dispositif hypnotique. 3 sujets sur 10 auront engagé des remaniements sur la durée. Pour les 3 sujets restant, nous n'avons pas observé de changements thérapeutiques significatifs à moyen terme. Les 2 thèmes majeurs de cet hypéronyme sont :

3.5.a. Représentations sur l'hypnose
3.5.b. Effets de l'hypnose

3.5.a. Représentations (195)

« *Que vous évoque l'hypnose ?* ».

Par une question ouverte, nous recueillons les représentations des sujets concernant l'hypnose. Tous les sujets avaient des images, des représentations de ce que pouvait recouvrir cette pratique. L'origine de ces constructions se trouvait dans des œuvres cinématographiques, littéraires, des articles et émissions, des spectacles, des diffusions télévisuelles ou des expériences relatées par des proches. Cette constellation de représentations constitue une forme de mythologie hypnotique sur laquelle s'appuiera le dispositif rituel.

Le terme le plus employé est « *magique* » ou « *magie* ». L'hypnose est associée à une forme de pensée magique, par laquelle la pensée crée le réel. Elle l'est également par la pratique de la scène et du spectacle, dans lesquels magiciens et hypnotiseurs font partie d'une même famille aux yeux des sujets. Dans un registre plus thérapeutique, c'est l'usage de l'hypnose en chirurgie, avec l'hypnosédation notamment, qui contient cet aspect « mystérieux ». Elle est perçue comme magique lorsqu'elle produit des résultats inattendus et spectaculaires sans que le mécanisme puisse en être compris, du moins apparemment. Elle est décrite en ces termes parfois en plaisantant : « *c'est un peu magique non ?* ». L'idée que le mécanisme n'en serait pas rationnellement accessible convoque la notion de magie dans le processus. Les sujets s'interrogent sur la capacité qu'auraient des mots, des suggestions, à induire des sensations physiques, des émotions, des changements. La perception d'une efficacité symbolique, sans produits, sans manipulations, tenant à un contexte, une relation et des paroles commence à poindre mais ne cadre nullement avec les fondements d'une « *evidence based medicine* ». Les articles ou émissions qui donnent un aperçu de son utilisation dans les soins renforcent cet aspect spectaculaire, et son lien avec le sommeil : « *une anesthésie sous hypnose ! C'est incroyable quand même* ».

La perception de la puissance thérapeutique de l'approche se fait par attribution d'un « *don* », d'un « *pouvoir* » particulier à l'opérateur. Toujours liée à la pensée magique, il ne serait pas question d'une pratique thérapeutique utilisable par toute personne formée, mais d'une forme de pouvoir personnel comme le serait le magnétisme. Le lieu de contrôle est externalisé. Les ressources ne seraient pas dans le sujet mais dans le pouvoir de l'opérateur et la force de son emprise.

Ces représentations semblent datées, vu la médiatisation du dispositif hypnotique et des postulats théorico-cliniques qui visent à expliquer son fonctionnement. Néanmoins, malgré cette tentative de vulgarisation et de changement d'image, la mythologie ésotérique sur l'hypnose perdure.

Les éléments les plus importants sont les suivants : la magie, la dimension spectaculaire, l'idée d'un sommeil, une capacité à « enlever le mal », l'induction d'un « état second », « la « perte de contrôle » et la notion d'involontarité, avec un véritable transfert de responsabilité vers l'hypnothérapeute qui est supposé prendre possession du sujet et agir en lui presque malgré lui. Nous sommes loin des propositions de l'hypnose moderne et de son courant ericksonnien

sur la non-directivité, les ressources du sujet, les suggestions indirectes, l'hypnose conversationnelle, la déritualisation du processus, la position basse du thérapeute.

La mise en scène semble occuper un espace dans les représentations. Nous verrons au cours de la discussion comment la dramatisation, la théâtralisation, semblent avoir un impact sur la dimension rituelle du dispositif.

L'hypnose reste perçue comme une relation de pouvoir ou d'emprise, au sein de laquelle « *l'hypnotiseur* » prend le contrôle et agit « *l'hypnotisé* » pour lui faire dire ou faire des choses contre sa volonté. La notion de confiance dans l'opérateur émerge rapidement. L'installation d'une alliance thérapeutique, validée dans les propos des sujets qui accordent leur confiance pour cette expérience au thérapeute, semble une condition nécessaire voire indispensable en regard des contenus représentationnels. Une attente quasiment adorciste (Bioy, 2016) implique une relation de confiance solide.

Les participantes explicitent leur crainte d'être forcées « *à dire ce* [qu'elle ne veulent] *pas dire* ». Il y a une représentation d'effraction et de contrainte. Les antécédents de violence, de relation d'emprise et d'agressions sexuelles interpellent l'opérateur sur les mesures de prudence à intégrer dans le dispositif thérapeutique. Cette conception d'une effraction psychique de l'intime pouvant se révéler mortifère et solliciter des contenus traumatiques, le cadre d'intervention et la relation au thérapeute doivent être clairs et structurés. L'idée d'une dangerosité de la pratique est évoquée par 50 % des sujets, avec une occurrence faible pour chaque participante. Cette conception d'une hypnose autoritariste est majoritairement influencée par l'application de cette pratique dans le milieu du spectacle. Des « *hypnotiseurs* » célèbres occupent le devant de la scène et les contenus représentationnels des participantes.

Elles interrogent le « *sérieux* », « *l'utilité* », « *l'efficacité* » de la pratique. « *Pour moi, on met les gens dans un état second pour faire rire le public* ». Cette perspective est contrebalancée par les informations médiatiques sur l'hypnose utilisée dans les soins. Elle offre une aura de crédibilité et de scientificité à la méthode. « *Je sais qu'on l'utilise à l'hôpital, pour désangoisser les gens* ». Il y a une peur et une fascination. « *Ça fait un peu peur quand même* ». « *J'ai vraiment envie de voir ce que ça fait* ». Les représentations s'orientent en effet sur la possibilité d'expérimenter une perte de contrôle guidée. Comme par exemple lorsque nous suggérons une catalepsie du bras et qu'une partie du corps semble ne plus répondre au sujet lui-

même. Une volonté étrangère semble agir en lui. Ce mécanisme de possession, adorciste, constitue une rupture nette de pattern habituel sur la place de la volonté, le fantasme de contrôle de son propre corps. L'aspect irrationnel du processus lui confère une affinité avec un certain mysticisme. Il résonne chez les sujets avec la possibilité qu'offrirait l'hypnose de se connecter au défunt : « *peut-être que sous hypnose je pourrais voir une signe* » ; « *vous croyez que je pourrais lui dire au revoir ?* » ; « *je sais que c'est bête mais… je me dis… peut-être que je pourrais le voir, lui parler encore* ». L'état hypnotique serait alors médiateur entre mondes des morts et des vivants.

L'investissement fantasmatique du dispositif hypnotique lui octroie des possibilités rituelles : puissance de la pratique ancrée dans une mythologie littéraire et cinématographique, appuyée par sa dimension spectaculaire, aspect mystique de la transe, de l'onirisme et de la possession, séquences temporelles qui structurent le processus, agi et parlé, attribution d'une efficacité symbolique au procédé. La collusion entre le spectacle et la pratique hospitalière induit des attentes paradoxales. Les sujets attendent de l'hypnose un fondement scientifique, tout en présupposant qu'elle aurait une action magique, comme pour ensauvager la scientificité. Les patients peuvent exprimer cette pensée magique au sujet d'interventions conventionnelles, chirurgicales ou médicales, notamment par le biais d'attentes irréalistes sur les bénéfices thérapeutiques espérés. Les articles et ouvrages de vulgarisation médicale ainsi que les publications sur les recherches en cours bâtissent le mythe d'une médecine toute puissante, appuyée par les thérapies géniques, les nanotechnologies. Or, la médecine que rencontrent les usagers au quotidien se révèle plus humble et aléatoire, mettant à mal cette illusion d'immortalité promise par la science.

Dans ce contexte, la pratique hypnotique se prête tout particulièrement à l'activation de ce mode de pensée magique. Les patients évoquent qu'ils viennent essayer l'hypnose parce que « *tout a échoué avant* ». Cette pratique ferait partie des parasciences, porteuses de miracles potentiels, étayés par autant de témoignages : « *en une séance, il a arrêté de fumer* » ; « *en deux séances, elle s'est complètement remise* » ; « *elle n'a plus mal depuis* » ; « *c'est incroyable mais elle n'a plus le vertige* ». Ainsi, l'efficacité de l'hypnose s'ancre dans une forme de foi, comme toute conviction dans un processus thérapeutique se révèle susceptible de le rendre plus performant. Cette conception se relie à la thématique, peu développée, mais systématiquement mentionnée, de « radicalité » des effets du processus hypnotique. Il existe une attente d'un

changement soudain et massif, une expérience qui créerait une césure entre un avant et un après la séance, tel que le ferait un rituel.

Le fantasme d'exérèse psychique du mal est très présent. Il se modèle sur une représentation chirurgicale. L'hypnose provoquerait un sommeil profond, état d'inconscience totale, au cours duquel le thérapeute-chirurgien serait en mesure d'extraire « le mal », puis le patient se réveillerait totalement amnésique de ce qui se serait produit. A nouveau, les représentations anciennes perdurent : « sommeil » et « amnésie » sont deux piliers des images stéréotypées sur l'hypnose. « *Enlever le mal » ; « désangoisser » ; « remettre droite »*. Les participantes évoquent un « *état second* », qualifiant la transe hypnotique et supposant un état différent du sommeil, spécifique à l'hypnose.

L'idée de « *rester coincée* » dans un état hypnotique, de ne pas pouvoir se réveiller ou revenir est évoquée. A nouveau, le sujet ne serait pas acteur de l'expérience, mais la subirait et nous soulignons à nouveau la place de l'involontarité. Avec l'hypnose, la volonté propre du sujet, la mobilisation consciente de ses ressources pour garder le contrôle et atteindre un objectif, serait abolie.

Notons que des effets thérapeutiques sont évoqués tels que la perte de poids ou l'arrêt de l'usage de tabac.

Une dimension est à relever. Pour la moitié des sujets, l'hypnose est un outil fiable et efficace pour investiguer l'origine de troubles, déceler des traumatismes passés et refoulés, faire affleurer des contenus et souvenirs qui demeurent hors de la conscience. En raison de la possible fabrication de faux souvenirs, nous sommes restés peu inductifs sur le contenu des séances. Robin (2013) a pu synthétiser les productions scientifiques sur ce sujet.

3.5.b. Effets perçus (497)

Les effets perçus par les sujets, à court et moyen terme, sont multiples et touchent des dimensions variées. Les quatorze premières occurrences concernent quasiment tous les sujets sur des thèmes tels que les réminiscences, la conscience corporelle, la persistance du manque en dépit d'améliorations, la diminution de la fréquence et de l'intensité des pensées et images

intrusives, la remobilisation comportementale, le changement d'image et de statut du défunt, l'activité de tri et de rangement pour se réapproprier l'espace, l'apaisement, la reprise de contrôle perçu, les autorisations que chacune s'accorde, et l'assouplissement des activités compulsives. Néanmoins, pour une part des sujets, certains de ces effets se révélèrent très temporaires, un mois à cinq semaines avant de se retrouver dans la configuration pathologique antérieure. Nous pouvons y voir un simple effet de suggestion caractérisé par la brièveté de ces effets. Avec cette notion temporelle, nous notons également des modifications de surface, impliquant des comportements sans remaniements psychiques particuliers. Associés aux changements cités précédemment, nous relevons des notifications éparses de phénomènes psychologiques selon la personnalité de chaque endeuillée et ses croyances préalables. Nous développerons la situation de deux sujets chez qui le dispositif, marqué par un échec de la thérapeutique, a induit des dynamiques instructives.

La première occurrence concerne la place des souvenirs. Elle est nécessairement suggérée par le travail hypnotique engagé. Une large place est accordée au processus de remémoration et de narration de l'histoire de la relation avec le défunt. Il s'agit d'un travail de densification et d'intériorisation de l'identité du proche qui peut occuper une place stable dans le fonctionnement psychique de l'endeuillé. De fait, il y a une recherche active de souvenirs autour du mort. De façon plus inattendue, 6 sujets sur 10 mentionnent des réminiscences de souvenirs plus anciens ou indirectement associés, directement issus de l'expérience hypnotique. Des souvenirs d'enfance sont mentionnés. Nous suivons le fil associatif du souvenir car il relie les différentes composantes de certains schémas de relation d'attachement et d'abandon.

- « *A l'école, j'étais à part… toujours à part… comme l'extraterrestre de la classe. Je me souviens d'une fois où je me suis sentie vraiment humiliée...* ».

- *« Quand il m'a quittée, c'était plus qu'un chagrin d'amour d'ado… je me suis effondrée* ».

Le même nombre de sujets exprimera avoir retrouvé une image plus complète de leur proche décédé. Cette sortie du clivage pour entrer dans une ambivalence affective avec un objet total atténue l'intensité des réactions émotionnelles et notamment de la culpabilité à l'égard d'un défunt idéalisé.

- « *C'est bizarre… j'avais mis tout ça de côté mais depuis la séance… ça me revient comme ça… j'ai retrouvé ces moments difficiles avec mon père* ».

- *« Ce qui est bizarre... enfin c'est vrai que j'étais bloquée sur les derniers jours… à l'hôpital… je le revoyais tout le temps… et là... ben… j'ai vraiment pu le retrouver … euh… à des moments particuliers, plus joyeux… ou au moins comme il était vraiment lui, avant tout ça… un bel homme…ses yeux bleus, ses bras forts… nos fous rires* ».

- *« Oui c'est … j'ai retrouvé mon mari au tout début… nos premières… enfin… quand il me faisait la cour... »*.

- *« J'avais oublié des détails… mais c'est vrai même son visage avait l'air de s'effacer un peu… et j'ai revu de toutes petits expressions qu'elle avait et c'était vraiment elle ça, et ça… ça m'a touchée… »*.

Les sensations physiques apparaissent en seconde position. Les sujets évoquent des ressentis de détente, de légèreté ou de pesanteur, d'anesthésie. Le corps est exploré afin d'être réapproprié. Des participantes peuvent verbaliser s'être senties « *plus vivantes* » au cours de la séance. Le corps figé, le corps cadavérisé symboliquement, anesthésié dans son activité libidinale et pulsionnelle peut ainsi être objet de plaisir mais aussi ressenti à nouveau comme sujet, incarné. L'état dissociatif est caractérisé dans le discours par un fonctionnement automatisé : « *c'est comme si mon corps faisait les choses tout seul » ; « oui je suis là sans y être » ; « les mains bougeaient, je parlais mais j'étais pas là… comme si j'étais droguée* ». Il semble par la suite céder à un fonctionnement plus habité, plus contrôlé. Ce corps n'est pas mort depuis le décès du proche. Il peut être sujet et objet de désir. L'investigation somesthésique, proprioceptive et la capacité psychologique d'induire une sensation physique plutôt plaisante témoignent de cette reconnexion entre le soma et la psyché.

Sur le plan cognitif, la diminution des images et pensées intrusives constitue un résultat qui apparaît très significatif pour les sujets. « *J'y pense moins » ; « j'ai moins toutes ces images » ; « il s'éloigne » ; « il y a comme un rideau qui est tombé entre elle et moi » ; « ça me revient pas toute la journée comme avant » ; « je la vois moins… mais ça m'angoisse, j'ai peur de la perdre » ; « oui elle est moins présente c'est sûr… mais c'est pas ça à l'intérieur* ». Cette récurrence obsessionnelle connaît donc une diminution de fréquence d'apparition. Nous le

constatons, certaines participantes peuvent ressentir de la culpabilité à cette idée et lutter contre ce changement en assimilant pensées intrusives et mémoire, loyauté. Nous le verrons, deux sujets ont fortement réagi au processus post-hypnotique qui a induit une véritable dissonance cognitive. Nous analyserons les dynamiques à l'œuvre dans cette inhibition émotionnelle et cette introjection forcée d'une sorte de greffon psychologique qui ne prend pas.

Huit sujets sur dix nous disent que malgré les changements, *« le manque »* demeure. Le processus n'efface ni la peine jugée « *légitime* » voire « *juste »*, ni le souvenir du défunt. Il est important pour chacun de rappeler ce fait au décours de la séance. « *Aller mieux »* ne signifie pas « *oublier »*. Il redevient possible de désaffilier ces deux notions, amélioration thymique et détachement. Les participantes expérimentent une humeur moins dysphorique et peuvent travailler la nature du lien à l'autre.

A un niveau comportemental, un registre de remobilisation est significativement évoqué par les participantes. Il se traduit par être « *plus active » ; « refaire des choses que je ne faisais plus ». « J'ai repris l'équitation ». « Je sors plus ». « J'ai commencé à revoir des gens ». « Je me bouge… pour m'occuper de la maison… et de tout ce qui était en plan »*. La reprise d'activités auparavant appréciées et abandonnées depuis le décès est décrite comme un signe d'amélioration par la majorité des endeuillées. Temporisons néanmoins cette remarque en précisant qu'une part d'entre elles nous dit « *refaire des choses »* en effet, « *mais sans passion… le cœur n'y est pas »*. Certaines mobilisations demeurent purement comportementales sans engager de dynamique nouvelle dans l'économie psychique du sujet. Dans cette catégorie, nous pourrions lier les actions de tri, de rangement, de jeter ou brûler des objets ou affaires ayant appartenu au défunt. Cette dimension est constitutive du travail hypnotique. Il est directement suggéré au cours de la séance. L'objectif initialement visé est un travail sur le positionnement de l'endeuillé face à l'héritage symbolique du défunt. Nous nous intéressons à ce qui reste, ce qui est laissé. Le sujet effectue une mise en perspective de ces « *bons et mauvais objets* » que le mort lui lègue et qui peuvent constituer tant un héritage bénéfique qu'un encombrement envahissant. Or, le tri se prolonge dans la mise en acte concrète au domicile. Ce thème est en lien avec celui de la réappropriation de l'espace. La levée de l'inhibition de l'action et d'une procrastination à mettre en œuvre apparaît comme un résultat prépondérant de la séquence hypnotique. Les sujets expriment à travers cela « *remettre les choses à leur place »*. Nous y entendons la restauration de la nécessaire délimitation entre les morts et les vivants qui occupent des places différenciées. L'espace de vie est en mouvement, habitable, et non figé comme un

mausolée, « *un musée* », « *moi je dis que c'est un sanctuaire* ». Ce phénomène transpose sur un registre matériel un rapport à la mémoire. Les souvenirs ne s'imposent plus à la conscience de l'endeuillée mais elle peut les convoquer consciemment. De même, les affaires du défunt ne jalonnent plus l'espace de vie, comme une veste restée depuis 3 ans sur le siège de la chambre sur lequel son mari l'avait posée avant de décéder. Le temps suspendu reprend son cours.

Une conséquence cognitive et comportementale des éléments précédents est un assouplissement des rituels obsessionnels. Nous l'avons vu, la fréquence des images et pensées obsessionnelles est réduite, une plus grande liberté d'initier des comportements non ritualisés est relevée par les endeuillées et presque mécaniquement, l'aspect compulsif n'apparaît plus au premier plan. Cela se traduit notamment par une réduction du nombre de passages au cimetière. Ces visites impérieuses, jusqu'à quatre par jour, s'accompagnaient de rituels de lavage, de vérification sur la tombe ou le caveau. Les compulsions à regarder les photos, les toucher connaissent le même infléchissement. La relation de l'endeuillée avec l'autel domestique est plus complexe. Ces autels témoignent de la vivacité du souvenir et de la loyauté des endeuillées. Elles reconnaissent cependant être ambivalentes quant à l'espace que cela occupe au domicile et l'effet produit au quotidien : « *la voir tous les jours comme ça c'est trop dur... en fait ça me maintient dedans* » ; « *j'ai vu que les gens étaient mal à l'aise avec ça* » ; « *quelques jours après la séance, je l'ai défait… j'ai gardé trois photos* » ; « *ça a été dur. Mais j'ai senti qu'il fallait que je change ça… même pour mon mari c'était mieux* ».

Nous travaillons au cours du processus hypnotique, par remémoration et narration, un mouvement de collecte de souvenirs épars qui vont reconstituer une mémoire globale du sujet, du défunt et de leur relation. Cette intériorisation, lorsqu'elle fonctionne de façon écologique pour le sujet, ce qui n'est pas toujours le cas, confère au défunt un nouveau statut. Celui qui était vécu comme un « *fantôme* » qui « *hantait* » peut acquérir une position d'ancêtre, inscrit dans une lignée. Le dispositif hypnotique devient un processus « d"ancestralisation » (Dreyfus-Asséo et al., 2014). Il modifie la relation au mort en rattachant défunt et endeuillé à une dimension de filiation et d'historicisation. La notion d'historicisation est ici polysémique, comme inscription dans une Histoire et narration d'histoires.

« *Un Apaisement* », une diminution des tensions internes sont décrits. Ce ressenti est notamment corrélé avec la perception d'une reprise de contrôle acceptable sur ses pensées, ses comportements et son environnement. La levée de l'inhibition permet d'engager des actions à

nouveau perçues comme productrices d'effets sur l'environnement. Cet ensemble de phénomènes s'accompagne d'une récurrence sémantique autour de « *s'autoriser à...* », à vivre, à sortir, à faire. Ce glissement progressif de « *je ne peux pas* » *à « je m'accorde » ; « je m'autorise » ; « je fais pour moi »* est significatif d'une revalorisation narcissique, par prendre soin de ce qui en est digne, soi-même.

Nous relevons une diminution des angoisses, une reprise de vie sociale, et un intéressant mouvement d'auto-affirmation. Il semble que la dynamique identitaire, cette reconstitution d'un Moi individué, ait pour effet de positionner le sujet dans ses besoins et ses désirs, dans la conscience des limites au-delà desquelles il se sent envahi.

Les capacités de projection dans l'avenir et de planification sont facilitées. Une mention marginale est faite à l'amélioration de processus cognitifs tels que la mémoire et l'attention. Nous trouvons cités un sentiment de « normalité », la levée d'un poids, le fait de se sentir différent du défunt, d'en avoir une image plus complète. Le retour d'expérience établit que le dispositif thérapeutique est effectivement « *très différent de ce qu'on voit à la télé* ». Une partie des sujets décrit un regain de motivation et d'énergie, une diminution de la fatigue, une modification du langage, plus précisément des mots utilisés : « *on me dit que ma façon de parler change* ».

Le rapport à la culpabilité n'est pas impacté par le travail hypnotique effectué ici. Aucun sujet ne fait mention d'une amélioration de cette dimension.

Deux situations méritent d'analyser les processus impliqués. Les sujets concernés soulignent les premiers effets de l'hypnose.

1- <u>Mme Tyne</u>

« *Franchement j'y croyais pas. Et en sortant je me suis sentie en retrait. Il y avait comme une barrière qui m'empêchait de ressentir, de vider mes larmes et mes émotions. C'était très confus. Ça a vraiment bloqué mes larmes... et ben… j'ai eu peur de la trahir en fait. C'est la première chose que j'ai pensée. Comme si ma mère était là et que je ne ressentais pas de souffrance, mais en fait intérieurement, c'était pas ça. Quelque chose m'empêchait de fondre.*

Les jours qui ont suivi, je suis beaucoup sortie. Je ne pensais pas trop, je faisais des choses. Faut pas trop que je pense. Ça allait sans aller. […] *Je pensais à ma mère très croyante... moi aussi je suis catholique mais pas comme ma mère.* […] *Et puis mon père est parti au pays. Chez lui… je suis repassée et j'ai revu les affaires de ma mère... ça a été une grande émotion qui est revenue et j'ai beaucoup pleuré. J'ai vu que c'était comme si ma vie continuait sans changement. Alors que non. Tout change tout le temps. Comment je n'ai pas vu ça moi ?* [...]

Je ne pensais pas trop à ma mère après la séance d'hypnose. Je n'en avais pas la nécessité. Il y avait comme un rideau occultant entre elle et moi. J'y ai pas cru mais il s'est vraiment passé quelque chose de bizarre. Mais voilà… je sais pas comment si vous me comprenez… mais enfin… c'est comme si… si je vais mieux, je sais que je vais faire du mal à ma mère. Je ne veux pas être une fille... déloyale ? Elle est toujours vivante en moi. J'ai revu une de ses photos et j'ai réalisé que ses traits commençaient à disparaître.

A force de faire comme si rien n'était, les gens n'en parlent plus et oublient vraiment. Comment elle peut vivre encore si on n'en parle plus ? C'est comme si, plus les autres oubliaient, plus je devais me souvenir. J'ai le devoir de me souvenir pour tout le monde. C'est quoi le temps normal pour oublier quelqu'un ? Moi je dois pleurer pour elle […] *Je me suis mise au sport j'ai des moments bien. J'essaye de faire le vide comme avant mais ça revient toujours. Je crée ces moments, ils ne viennent pas seuls ».*

2- <u>Mme Zane</u>

« C'est bizarre. C'est pas du tout comme à la télé. Ça n'a rien à voir. J'avais peur de rien contrôler mais là je gérais. J'étais comme paralysée, je ne sentais plus mes jambes. Je ne connaissais pas... mais je pense que, oui, ça peut me changer.
J'avais un peu peur avant [...] *J'étais vraiment très détendue* [...] *J'essaye d'avancer.*
Je n'arrive plus à pleurer. C'est pas pareil même quand j'aurais envie... quand je pense à elle… Quand on m'en parle... J'ai les yeux humides et ça ne coule pas […] *Depuis la dernière séance, je ne pleure plus. Je me sens... je sens toujours ce manque, cette colère. J'y pense peut être moins toute seule, comme ça....* [...] *Je me refais des films. Je regarde des photos d'elle dans son lit d'hôpital. Elle adorait qu'on la prenne en photo.* […] *Je suis obsédée par la fin... je revois sa souffrance... ça m'obsède. Et ce médicament que j'ai donné et qu'il fallait pas donner... je revois l'infirmière rentrer en panique dans la chambre en me disant « surtout ne lui donnez*

pas »... c'était pas le bon dosage apparemment. Mais c'est moi qui lui ai donné ce cachet... je ne savais pas. [...] *La séance d'hypnose m'avait fait du bien. Je me sentais plus légère.* […] *Depuis la séance, j'y pense et je passe à autre chose. Avant je pensais à elle et je pleurais. Je revoyais son pied, son cercueil. Ça fera un an le 12 mars qu'elle a été hospitalisée et elle est morte le 22.* [...] *Je jardine, je sors beaucoup. Je suis fan de fleurs.* […] *A noël j'ai senti son absence. Le manque. J'ai laissé sa place là où elle était tous les ans à table. […]* *Je lui mets des bougies, des fleurs. Je lui parle. Comme d'habitude, comme si elle était à côté de moi. Je lui ai fait son petit endroit avec un chien en peluche qu'elle aimait, la photo, les fleurs, les bougies. C'est son coin à elle... J'ai envie de pleurer. J'arrive à la voir dans le lit d'hôpital. J'ai gardé des photos de l'hôpital. Je lui dis que je pense à elle, que je ne l'oublierai jamais. On n'a pas pu se dire au revoir, j'arrive pas à croire qu'elle est morte. Je pensais qu'elle était immortelle... c'est bête. C'était tellement brutal. Je ne pensais pas à la mort avant.* […] *Demain ça fera un an. Ça fait 8-10 jours que je pleure... j'ai beaucoup de chagrin. Toutes les photos que j'ai prises.* [...] *Elle est dure la fin de cette première année. Peut-être... que je devrais… enlever tout ce que j'ai mis dans le salon... la photo, les bougies... les fleurs... Je vais ranger le cadre et la photo... mais je lui ai dit : « je ne t'oublie pas maman ».* […] *C'est toujours pareil... pas le top. Ça fait un an et je ne m'y fais pas. Le 22 mars... je la vois dans le cercueil. Je la vois se lever du cercueil.* […] *L'hypnose, oui ça a fait du bien... ça n'enlève pas le chagrin, ni le manque… mais je me sens un peu plus apaisée.* […] *J'ai rangé les photos... je l'ai sortie de mes yeux. C'était trop dur de la voir tous les jours. Je pleurais tout le temps à force de la voir comme ça. Elle est rangée mais je ne l'oublie pas. Comme ça elle ne me saute pas aux yeux tout le temps, c'est moi qui décide d'aller la voir* ».

Des éléments comportementaux sont sujets au changement. Par exemple, la place de l'autel domestique, qui peut être réaménagé de façon durable ou encore une hyperactivité passagère. Tous les autres phénomènes se révéleront éphémères. Nous observons donc un effet avéré d'inhibition de l'expression émotionnelle. Notamment imagé par « *un rideau* » ou *« une barrière », « un blocage »*. Les pleurs sont décrits comme bloqués. Ainsi, les endeuillées témoignent d'un processus contraint, une « *force extérieure* », « *quelque chose* », s'imposerait à elles pour modifier leurs réactions. Loin d'être collaboratif, le rapport est vécu comme intrusif et autoritaire. La portée de la séance est superficielle et génère une dissonance cognitive majeure. L'absence de capacité à pleurer s'accompagne d'un ressenti : « *intérieurement, c'était pas ça »*. Cette inhibition est perçue comme un signe forcé d'oubli ou de déloyauté à l'égard du défunt. L'expression de la tristesse est considérée par ces participantes comme essentielle pour

rappeler l'existence du mort à l'entourage. Il n'y a pas d'adhésion aux changements comportementaux ni de congruence émotionnelle.

L'intensité de pensées intrusives relatives au disparu diminue également. Il s'agirait d'une forme d'introjection avortée, comme un implant psychique qui ne prendrait pas. Il y a bien une forme d'étonnement de la force de l'effet suggestif qui s'impose au sujet malgré lui. Et ce, d'autant plus qu'il « *ne croyait pas vraiment* » aux effets de l'hypnose. Mais les sujets luttent contre cet agent exogène pour restaurer l'équilibre antérieur. Un stimulus visuel, environnemental, aura suffi à provoquer une abréaction émotionnelle majeure. Les représentations étaient assez pauvres et différents facteurs interfèrent avec le processus thérapeutique. Dans la situation de Mme Tyne, il est question d'être missionnée pour porter la parole du défunt dans la sphère sociale, pour lutter contre l'oubli. Elle se présente comme témoin du disparu, malgré les récriminations de ses proches lorsqu'elle pleure ou évoque la personne décédée. Les « améliorations » constatées contrevenaient avec les valeurs et objectifs du sujet. En outre, de confession catholique, Mme Tyne éprouvait des difficultés à concevoir qu'une approche profane puisse se révéler plus effective que la foi. Mme Zane présente un trouble de la personnalité de type état limite. Les éléments structuraux fondant un lien de dépendance anaclitique, l'intériorisation d'une *Imago* maternelle ne pouvait se réaliser. Mme Zane éprouvait le besoin de matérialiser d'une façon ou d'une autre son lien au défunt. Elle regarde compulsivement les photos de la fin de vie de sa mère.

3.6. Histoire personnelle (439 soit 8%)

Cette thématique implique de se raconter, s’'identifier, s'affilier. Les sujets se déterminent dans une histoire. Il est donc question de mettre en œuvre un processus narratif autour de sa propre histoire qui permet de positionner son identité. Elle est quantitativement marginale en raison de la focalisation des endeuillées sur le défunt et la sphère symptomatique. Les sujets se vivent comme secondaires dans le processus narratif. Des éléments d’auto-dévalorisation et d’indignité viennent conforter la réduction de l’espace autobiographique au profit du mort.

Les 2 thèmes majeurs de cet hypéronyme sont :

3.6.a. Narration autobiographique

3.6.b. Deuils antérieurs.

3.6.a. Narration autobiographique (382)

Au cours de ce travail de remémoration et de narration, les participantes reviennent également sur leur histoire de vie.

Les éléments d'auto-dévalorisation sont les plus prégnants. La coloration émotionnelle de cette relecture de son histoire personnelle est marquée par un ressenti de culpabilité à l'égard du défunt qui produit des contenus proches du sentiment d'indignité. Notons que cette occurrence se retrouve massivement chez un nombre restreint de sujets mais dont les dimensions pathologiques de la personnalité sont identifiées. Six sujets sur dix font mention de dévalorisation mais seulement trois d'entre eux concentrent l'essentiel des occurrences. La représentation globale de ce sous-thème est biaisée par cette répartition inégale des occurrences.

Le fait d'occuper une place à part auprès du défunt est mentionné à plusieurs reprises par l'intégralité des sujets. « *Une relation fusionnelle » ; « une place à part » ; « avec moi c'était spécial » ; « personne n'était aussi proche de lui » ; « j'ai toujours eu cette relation spéciale avec lui… » ; « les autres étaient jaloux » ; « la seule fille, alors… » ; « c'était ma moitié » ; « on était le couple idéal, totalement complémentaires… ».*

La relation se caractérise par sa singularité et son degré d'intimité, nettement différenciée de ce qui se joue avec « *les autres* ». Cette forme d'exclusivité induit des « *tensions* », des « *conflits* », des « *rivalités* » avec ceux qui ne sont pas intégrés dans cet « *intime* ». Ce phénomène accentue le sentiment de solitude et d'isolement décrit *post mortem*. C'est la disparition du « *confident* », de l'interlocuteur privilégié. Cet élément nous apparaît essentiel à la compréhension de l'étiologie possible du deuil compliqué. Par son intensité sur un plan qualitatif et sa récurrence quantitative, ce mode de relation à l'Autre exprime la façon dont va se construire l'absence du défunt comme vide impossible à combler. Le caractère « *irremplaçable* » de la relation semble prédéterminer un deuil impossible à clore. Les participantes verbalisent une perception d'elles-mêmes comme étant « en marge », différentes des autres, dans leur mode de vie, leur fonctionnement, leurs valeurs. Ceci renforce les sentiments d'incompréhension et d'ostracisation de la part de l'entourage.

Les sous-thèmes relatifs aux traumatismes psychologiques arrivent en troisième position. Nous y incluons tous les événements que les sujets considèrent eux-mêmes comme essentiellement traumatiques, même s'ils ne répondent pas aux critères diagnostics du psychotraumatisme. Cette catégorie émane des récits des histoires de vie des sujets. Certaines ont accédé au décours de la séance d'hypnose à des souvenirs jusqu'alors relégués. La séance n'était pas inductive sur des contenus particulièrement traumatiques mais il semble qu'un fil associatif ait été suivi. Nous trouvons ici des sous-thèmes impliquant les *« abandons* », les « *ruptures* », les « *violences* » physiques et psychologiques et les agressions sexuelles. Le cheminement identitaire et de filiation impliqué par le processus de deuil amène les participants à réinterroger leur propre histoire pour y trouver des déterminants significatifs des individus qu'ils sont devenus. Nous observons que lorsqu'il se développait des violences dans le milieu familial, le parent investi comme le plus protecteur par l'endeuillé devient l'objet d'attachement principal. Sa disparition réactive des contenus traumatiques et un sentiment de vulnérabilité exprimé par un mouvement régressif : « *Je me sens comme une gamine sans sa mère » ; «je retrouve comme la petite fille de l'époque… à pleurer… fragile… je sursaute pour rien » ; « elle me protégeait, elle prenait les coups à ma place »*. L'endeuillée se revit enfant, victime ou spectatrice de violences, avec la même détresse actualisée qu'elle aurait éprouvée à l'époque si le parent protecteur avait disparu. Nous percevons dans cet environnement instable et violent les conditions nécessaires pour entraver l'introjection d'un imago parental sécure. Le sujet se retourne donc sur le parent réel, physiquement présent, vérifiant compulsivement sa présence, comme il le fera après la mort avec des objets qui lui sont rattachés. Les carences de sécurité du lien et d'intériorisation constituent un terreau fertile pour le développement de deuils compliqués. Ces derniers confrontent le sujet à l'absence et au nécessaire rapport à la présence intériorisée du défunt.

Nous trouvons également mention d'attitudes de surprotection par les parents et de limitations des activités. « *Ils m'étouffaient » ; « je ne pouvais rien faire » ; « ils étaient toujours sur moi »*. L'individu est élevé dans un environnement centripète qui restreint ses possibilités d'ouverture sur le monde. De fait, hors de la présence concrète protectrice de l'adulte, « *l'extérieur* » est vécu comme dangereux et persécutif. La phase de repli et de prostration se poursuit et s'intensifie dans cette confrontation à un environnement évalué comme imprévisible et potentiellement néfaste.

Plusieurs mentions sont faites aux relations construites sur un rapport de dépendance. Celles-ci seraient investies massivement, exclusives, suscitant des réactions émotionnelles inadaptées, de l'auto-agressivité, une sensibilité exacerbée aux abandons. L'objet d'attachement est clivé, idéalisé ou persécuteur.

Les données diachroniques évoquées par les sujets mettent en exergue des éléments d'hyperactivité, d'impulsivité et de conduites addictives, notamment au niveau des comportements alimentaires, anorexie, boulimie, hyperphagie pour 3 sujets sur 10.

3.6.b. deuils antérieurs (57)

Deux éléments sont particulièrement saillants. La totalité des sujets évoque un ou des deuils déjà vécus dans leur histoire. La même proportion d'individus souligne la différence essentielle entre ces événements passés et le deuil présent. « *Là, c'est pas pareil » ; « je ne ressens pas les mêmes choses » ; « j'adorais ma grand-mère mais j'étais pas dans cet état » ; « oui j'ai déjà perdu un oncle et mon grand-père, mais ça n'avait rien à voir ».*

Six participantes sur dix nous disent que ce deuil réactive la souffrance de pertes antérieures. Les deuils passés font partie de facteurs de vulnérabilité mais aussi de possibles composantes traumatiques mobilisées par la perte actuelle. Dans certaines situations, ils sont également des éléments de maturation psychologique qui participent de la construction de l'identité.

4. Limites

Cette recherche comporte un certain nombre de limites qu'il convient d'observer.

4.1. Limites instrumentales

En dépit de très bons critères de validité interne avec un alpha de Cronbach à .94 (Prigerson et al., 1995) et d'une fiabilité test-retest 6 mois après le deuil (.80*), l'Inventory of Complicated Grief* peut s'avérer un instrument insuffisamment discriminant. Nous avons notamment fait le choix de l'utiliser dans sa première version de 1995 qui comporte cet effet de seuil supérieur à 25/76 à partir duquel le deuil peut être estimé comme compliqué. Cette notion de seuil est remise en question par les praticiens qui soulignent la nécessité d'entretiens cliniques d'évaluation (Zech, 2006). Le même auteur rappelle la faible validité discriminante (0.67) de l'ICG entre le deuil et la dépression et la nécessité d'études de validation indépendantes. Prigerson elle-même a convenu de la nécessité d'élaborer une nouvelle version, plus factorielle qui différencierait le deuil à composante traumatique et ses manifestations anxieuses issu d'un événement spécifique de la détresse de deuil associée à la perte d'une personne significative. Ainsi, pour des raisons de fluidité et de praticabilité liées au contexte de passation de ce questionnaire en milieu hospitalier proposé par des confrères et collègues, nous n'avons pas utilisé la version de 2001 (Prigerson & Jacobs, 2001) qui se compose de 34 items et se voit nécessairement assortie d'un entretien clinique d'évaluation. Celle-ci s'attache davantage à une mesure de sévérité. Nous avons opté pour une mesure de dépistage indicatif d'un deuil compliqué en vue d'orientation sur le clinicien chercheur qui ne requérait pas les mêmes exigences.

Nous aurions pu également procéder à une évaluation plus standardisée des croyances et attitudes à l'égard de l'hypnose en amont du processus. Nous proposions initialement d'employer l'Échelle de Valence des Attitudes et Croyances envers l'Hypnose (EVACH-P, *Psychological Interaction Research Unit, University of Valencia*, 2010), traduite par Bachelard en 2010. Cependant, nous disposons d'une version expérimentale non-étalonnée en France. De plus nous avons pris le parti de recevoir les représentations des participantes telles qu'elles se présentaient librement, et ce, afin de rester le plus fidèle au matériel représentationnel initialement fourni. Le fait de poser des questions ciblées sur leurs croyances risquait d'induire des propositions qui ne seraient pas apparues spontanément. L'axe phénoménologique dans

lequel nous nous situons constituait le principal argument pour se centrer sur l'expérience subjective et les contenus singuliers.

L'Interpretative Psychological Analysis (I.P.A.) est une méthode d'analyse qualitative phénoménologique. Elle implique de laisser s'exprimer l'expérience d'un sujet et la construction de son discours avec ses propres choix sémantiques. Notre grille d'entretien semi-structurée, bien que réduite à un interventionnisme minimaliste, a néanmoins pu se révéler inductive. Nos propositions sur l'hypnose ont généré le thème chez des patients qui ne l'auraient pas abordé spontanément. Or, il est pertinent de constater les générations thématiques spontanées des sujets. L'hypnose et la relation entre le sujet et l'expérimentateur sont les deux seuls thèmes qui n'ont pas émergé spontanément, sans sollicitation. La notion de relation à l'expérimentateur a généralement abouti à une production de faible niveau basée sur la notion de « *confiance* ».

La séance d'hypnose aurait pu être standardisée par la construction d'un script qui aurait été le même pour toutes les participantes quelle que soit la nature du deuil compliqué. Le principe d'une « recherche action » est de se dérouler en conditions écologiques.

4 .2. Limites méthodologiques

Différents facteurs contraignants, notamment de temps et de logistique, ont pu accentuer des difficultés méthodologiques.

Une des principales limites repose sur l'isolement du clinicien-chercheur dans sa démarche. La R-A-E s'inscrit volontiers dans une dynamique collective et institutionnelle alors que l'objet de notre recherche, qui tient aux processus singuliers dans un contexte psychothérapeutique, ne s'y prêtait guère. Des collègues permettant l'orientation de sujets au sein du dispositif de recherche ont été impliqués mais à un niveau qui est resté superficiel.

Le même facteur d'isolement dans la démarche de recherche et l'utilisation d'outils spécifiques a contribué à limiter l'usage préconisé de l'I.P.A. En effet, le codage thématique bénéficie amplement d'une double cotation par deux expérimentateurs distincts. Nous n'avons pas été en mesure d'impliquer de partenaire dans ce processus, malgré des échanges et des

partages de fragments de *verbatim*. La quantité de données était volumineuse et il était complexe d'associer gracieusement un clinicien dans cette activité chronophage. Ainsi, la qualité de cotation des thèmes a pu être affectée par cette lecture unique. Ensuite cette méthode est assez nouvelle dans nos référentiels de recherche et cela a pu perturber une exécution fluide de traitement et d'analyse des données.

Le positionnement du clinicien-chercheur mérite d'être interrogé. Le cadre de recherche clinique, les outils qui se situent à une grande proximité de chaque sujet et l'investissement de l'expérimentateur dans la démarche peuvent induire des biais dans la conduite de l'étude. La position « *in & out* », c'est-à-dire un chercheur acteur et observateur d'un phénomène, rend l'objectivation des données complexe. La recherche s'articule certes autour de la subjectivité et de l'intersubjectivité dans la psychothérapie, mais le processus d'analyse qui en est issu, la production de métacognitions sur les contenus observés ont pu être altérées par un positionnement immersif et des rôles multiples. Bien que clarifiant la position du chercheur en psychologie clinique dans un cadre donné au début des séquences de suivi, la relation qui s'élabore sur une année induit des perturbations dans la perception de ce cadre, tant pour les sujets que pour l'expérimentateur qui l'organise. Il a pu finalement manquer une position de tiers au sein même de la recherche afin d'organiser une différenciation des tâches entre exécution clinique et analyse de données. Le chercheur impliqué dans le processus peut être influencé par des biais de confirmation non-conscients ou de désirabilité sociale qui n'auraient pas été perçus. La circulation des concepts entre clinique et recherche est assurée avec le directeur de thèse qui apporte des constructions métacognitives. La proximité d'un deuxième chercheur au cœur de la démarche aurait pu limiter un certain nombre de biais sur cette phase de transformation d'expériences subjectives en matériaux analytiques.

La pratique de l'I.P.A. recommande de circonscrire une population relativement homogène (Smith et al., 2009). Cependant, l'échantillon de population aurait bénéficié d'une mixité plus importante entre hommes et femmes et de variabilités sociodémographiques, le groupe étant issu d'un territoire rural et périurbain. Le mode d'inclusion aléatoire à raison d'un sujet sur trois à l'orientation ne s'intégrait pas bien avec l'I.P.A. qui préconiserait davantage de choisir une population spécifique.

Une limite importante concerne la caractérisation du rituel thérapeutique. Il nous semble important de résumer l'argumentaire qui permet cette définition. Nous avons vu que le rite est

un facteur d'ordre et d'organisation (Benveniste, 2012), en ce sens il est fonctionnel, sans se limiter à cette caractéristique. Fellous (1997), cité par Courtois (2006), rappelle que le rite est une *«structure de séparation qui fait sens ; le rite est une cérémonie organisée, structurée, efficace – le rite crée un effet, crée le changement»*. Nous devions respecter le caractère contraint du rituel dans sa forme et sa singularité de contenu. Sa capacité à produire du changement de façon performative implique qu'il crée une scansion temporelle. Nous rappelons ici la proposition de Moore (Moore et al., 1977 cité *in* Courtois, 2006) concernant ces rites profanes dont font partie les rituels thérapeutiques : « *Dans les cérémonies profanes, certains changements sont faits et marqués aussi sûrement que dans un rite de passage* ». Le rite ne se limite pas à ponctuer le temps, mais il devient un opérateur du changement par sa capacité à produire une scansion temporelle entre deux états du sujet. L'acteur du rite n'a donc plus le même statut avant et après sa tenue. Van de hart (1983) détermine que le caractère du rite peut être répétitif ou unique. Il contient des parties « ouvertes », souples, ou « fermées », contraintes. Il peut être « vide » ou « plein » selon la qualité de l'investissement réciproque des acteurs et de l'officiant. Notre proposition de dispositif rituel hypnotique contient ces dimensions « fermées » dans sa structure, permettant une contenance des affects et « ouvertes » dans son contenu, autorisant l'appropriation symbolique de l'expérience. La production de sens sur un événement est une dimension cognitive essentielle. Elle détermine ce que va devenir une expérience donnée pour un sujet. La mise en sens d'un dispositif comme rituel relève de ce fonctionnement qui articule le savoir expérientiel personnel, le savoir théorique scientifique et le savoir commun, constitué d'un faisceau de croyances collectives sur un sujet. Nous avons donc déterminé l'hypnose investie comme rituel thérapeutique à partir de 5 critères présents dans les discours des sujets :

1- Ses propriétés supposées « magiques ».
2- Ses dimensions symboliques et représentationnelles.
3- Ses vertus « thérapeutiques ».
4- Ses croyances qui rattachaient le dispositif rituel à une mythologie hypnotique.
5- Une scansion temporelle qui actait le changement.

Ces éléments peuvent être nécessaires mais non suffisants pour caractériser un rituel.

L'endeuillé évolue dans un environnement dynamique qui dépasse largement le cadre d'un bureau de consultation et d'un dispositif thérapeutique. L'analyse des facteurs intercurrents est donc primordiale, comme nous l'avons constaté pour une patiente remobilisée concomitamment par son entourage et bénéficiant d'une rupture temporaire avec son milieu. Ces effets contextuels peuvent biaiser l'appréciation de mesure thérapeutiques qui prendraient place *in vitro*.

Jouison-Lafitte (2009) rappelle les limites inhérentes à une méthode de Recherche-Action. Elles tiennent essentiellement au positionnement du chercheur. Les questionnements portent sur son statut singulier, son rôle vis-à-vis des organisations dans lesquelles il intervient, son absence de neutralité et ses conséquences. Ces recherches sont difficiles à évaluer en raison de leur manque de reproductibilité lié aux facteurs contextuels spécifiques dans lesquels elles se déroulent. La richesse des apports qualitatifs de ces recherches est issue du niveau d'implication du chercheur, qui est un participant actif.

Nobre (2006) (cité *in* Jouison-Lafitte, 2009) propose quatre critères essentiels, dans une perspective constructiviste. Ces principes seraient les suivants :

1- Double complétude (une approche systémique et une perspective temporelle).
2- Interaction (la recherche et la production de connaissances se font en interaction avec le terrain).
3- Multi-positionnement théorique.
4- Double normativité (principes scientifiques et les principes démocratiques, sur le terrain).

L'auteur positionne les limites des « recherches-actions » par les facteurs temporels (durée) et l'ancrage contextuel qui limite leur portée (comparaison et généralisations difficiles).

Ainsi les biais de la recherche peuvent porter sur le choix et l'usage des outils (I.C.G.; I.P.A.; procédure hypnothérapeutique), la définition des critères de ritualité, les limites propres aux approches de type « recherche-action », le positionnement du chercheur-clinicien dans la démarche et les modalités de sélection de la population d'étude.

5. Discussion

L'analyse de ces dix suivis et leur mise en lien permet une lecture de différents vécus de deuils compliqués ainsi que des processus thérapeutiques à l'œuvre dans le dispositif hypnotique proposé. Nous observons la disparité des parcours et des effets de cette approche parmi les sujets. Nous avons proposé de caractériser la dimension rituelle du dispositif hypnotique par les éléments suivants : la charge symbolique investie par les participantes, la scansion temporelle que la séance va marquer avec un « avant » et un « après », son caractère simultanément « *magique* » et « *thérapeutique* », sa dimension agie et parlée, son esthétique au sens d'une théâtralisation nécessaire.

Nous avons pu observer la place prépondérante des croyances et représentations préalables sur le vécu de la séance d'hypnose. Cela concerne tant celles du sujet que de l'opérateur. Notre façon de concevoir l'approche va en déterminer la forme et le contenu. L'hypnose a cette caractéristique polymorphe et performative, elle devient et fait ce qu'elle énonce. Une des premières suggestions du praticien au sujet réside justement dans ses croyances propres. Il véhicule ses propres conceptions de la pratique, par ses croyances limitantes ou facilitantes. Il inscrit alors le sujet dans le cadre qu'il propose. Un hypnothérapeute qui redoute l'échec par une absence de réponse à une suggestion motrice aura tendance à exclure ce registre de sa pratique. Le « précadrage » effectué par le thérapeute pour définir ce qu'est ou non l'hypnose renseigne sur ce qu'il considère être ses limites propres, sur ce qu'il croit possible ou non avec cette approche. Il peut ainsi limiter le patient dans ses capacités dynamiques. Cependant, le fait de ne pas effectuer de précadrage expose le patient à des attentes irréalistes et une mise en échec de la relation thérapeutique. Les principes éthiques incitent à éviter des stratégies manipulatoires afin de préserver l'autonomie des sujets et de respecter leur libre-arbitre. Dans cette optique, le thérapeute va expliquer le fonctionnement de ses outils et délivrer une information claire et loyale.

Il nous faut souligner que les relations thérapeutiques, quelles que soient leurs ancrages théoriques, s'inscrivent dans des rapports d'influence et pour certaines de persuasion (Frank, 1971 ; Roustang 1990). L'hypnothérapie utilise des stratégies de communication issues des travaux sur la communication de l'école de Palo Alto et des recherches en psychosociologie, telle que la théorie de l'engagement (Joules & Bauvois, 1998) se traduisant en hypnothérapie par la technique du « *yes set* », qui consiste à obtenir des validations du sujet par l'énoncé de

truismes pour finalement obtenir un accord sur la dernière proposition. Le mode de communication est dit « stratégique », proposant des prescriptions de tâches (Melchior, 1998), des choix illusoires (Erickson & Rossi, 1979), des prescriptions paradoxales (Watzlawick, 1980). Dans ce contexte théorique, nous partons du principe de respecter l'écologie psychique du sujet. Nous n'effectuons pas de « précadrage » et proposons aux participantes d'expérimenter par elles-mêmes ce qu'est l'hypnose. Nous postulons alors que les croyances des sujets vont constituer des leviers thérapeutiques. Pour endosser une fonction de rituel thérapeutique, le dispositif doit s'ancrer dans une forme de mythologie, ici traduite par les représentations, liées à l'histoire de l'hypnose, sa filmographie, ses récits romancés, son caractère spectaculaire.

Les praticiens de l'hypnothérapie contemporaine adoptent une attitude pédagogique et scientifique de démystification. Or, parmi nos participantes, nous voyons que la référence à la « *magie* » associée à la pratique hypnotique reste présente. Il s'agirait alors de cet « *art de produire des effets inexplicables* » en invoquant des « *puissances cachées de la nature* » par des « *actes et des pratiques* ». Pour ces sujets, les phénomènes d'involontarité, d'altération du contrôle moteur, de perceptions sensorielles induites, l'émergence de souvenirs oubliés, les abréactions émotionnelles constituent des ruptures de *pattern* avec le modèle rationnel prévalent. Comme nous l'avons évoqué, le fait qu'un opérateur puisse, apparemment, contrevenir aux règles élémentaires de la logique et de la raison constitue un « ensauvagement », au sens chamanique, de la pratique des soins à l'hôpital. Pour les participantes, nous pouvons concevoir ce dispositif en milieu hospitalier comme une symbiose entre une pratique associée à la magie, ancrée dans la nature et une légitimation par le système biomédical, inscrit dans le registre scientifique. La pratique de l'hypnose dans un contexte hospitalier est quasiment systématiquement évoquée par les sujets, ce contexte rassure et crédibilise. L'hypnose et son opérateur sont également portés par le potentiel thérapeutique de leur institution. Ils peuvent recourir à un mode de pensée magique dans un environnement biomédical, sans antagonisme.

Dans le cadre de ces deuils compliqués, les explications médicales ou psychiatriques sur les causes des décès ne répondent pas à la quête de sens des participantes. Le modèle causaliste biomédical ne s'adresse pas à l'imaginaire des endeuillées. Celles-ci proposent toutes des modèles explicatifs propres, fondées sur leurs croyances. Chacune tend à se réapproprier l'histoire pour l'affilier à la famille davantage qu'au corps médical. Le défunt est réintégré dans un système de sens et de narration. Son histoire se raconte et se développe. Le mort prend sa place dans le roman familial. Il doit être pour cela, en un sens, « démédicalisé » pour ne pas se

limiter à un corps symptomatique. Raconter le défunt doit lui permettre d'échapper au processus de cadavérisation pour accéder à une dimension symbolique. La perspective biomédicale parle du corps mais ce dernier est sujet à la putréfaction et à la néantisation, il devient donc impensable. La famille se doit d'élaborer cette « désincarnation » pour l'intégrer parmi les ancêtres. L'hypnose, par les caractéristiques que nous avons énoncées, peut contribuer à ce processus de symbolisation. Elle est vue comme associée mais parallèle au monde médical. Elle se réfère à l'imaginaire qui est justement le domaine psychique le plus affecté par la maladie, les soins et la mort. Ces trois éléments constituent un Réel qui assèche l'imaginaire et peut donc prendre une valeur traumatique. Les soins sont associés à la pathologie et au décès car ils confrontent également les aidants à la réalité d'un « corps-cadavre ».

Le mode de pensée magique est manifeste au cours des entretiens. Nous pourrions l'entendre comme un mouvement régressif, une tentative d'annulation de l'impact traumatique de la confrontation à la mort. « *La pensée magique se réfère à la croyance que des gestes, des pensées spécifiques, la verbalisation, les gestes associés, ou les postures peuvent d'une façon mystique, conduire à l'accomplissement de certains désirs ou prévenir certains maux* ». (Freedman, Kaplan, Sadock, 1976). Elle trouve également sa place dans cette zone d'incertitude qui concerne la mort et les relations aux défunts. Ce mode de pensée postulerait que le dispositif hypnotique, par lequel un sujet agirait sur un autre par des paroles, relèverait de cette catégorie d'intervention. L'hypnose permettrait un changement immédiat par des actions qui échapperaient aux explications scientifiques. En outre, trois participantes qui font état de croyances parascientifiques fortes, considèrent l'hypnose comme un médiateur susceptible de les mettre en contact avec les personnes décédées. L'état de transe est traditionnellement associé aux pratiques chamaniques ou extatiques qui permettent aux vivants d'accéder aux mondes invisibles, aux esprits des morts. Nous retrouvons cette imprégnation archétypale dans ce type de croyances. Cette dimension renforce la représentation d'une hypnose affiliée aux rituels profanes ou païens, située dans un registre mystique.

Comme nous l'avons évoqué, les projections fantasmatiques sur l'hypnose sont riches et diversifiées. Nous avons mis en exergue le rôle de l'expérience d'involontarité dans le processus hypnotique. Il se caractérise notamment lorsque le contrôle du corps du sujet semble lui échapper pour réagir aux suggestions d'un agent externe. Pour les participantes, ce processus constitue l'élément le plus probant de l'état hypnotique. Quasiment tous les sujets ont mentionné la « perte de contrôle » comme la dimension la plus caractéristique de l'hypnose inspirée du

spectacle. Nous l'associons également à ce que nous appelons le « fantasme d'exérèse psychique ». L'hypnose est perçue comme une anesthésie induisant un sommeil artificiel au cours duquel le thérapeute peut extraire « le mal » ou aller en identifier les causes profondes et dissimulées. Qu'elle soit identifiée comme une sonde psychique qui exhume les racines de la souffrance, une chirurgie de l'esprit ou comme une pratique adorciste (Bioy, 2016) qui prend possession du sujet pour agir en lui, les participantes se représentent l'hypnose comme un processus se déroulant à leur insu, malgré elles ou contre elles parfois. Cette posture passive peut majorer la réceptivité aux suggestions dans un premier temps mais aussi leur conférer une place périphérique inappropriable par le sujet. Ces propositions thérapeutiques seront donc suivies d'effets de courte durée. Toutes les suggestions qui ne s'intègrent pas harmonieusement dans l'univers psychique finiront par être rejetées.

Nous demeurons vigilants lorsque s'expriment des fantasmes « d'investigation hypnotique ». Les sujets supposent qu'un traumatisme passé serait à l'origine de leur fonctionnement actuel. Ils attendent de l'hypnothérapeute de « déverrouiller » l'accès à des souvenirs anciens et refoulés. Cette représentation prend sa source dans ce qu'ils ont pu interpréter de la pratique d'une hypnose freudienne centrée sur l'expression du trauma et la catharsis qui en découle. L'expérience américaine de l'induction de faux souvenirs par des thérapeutes dans le cadre de supposés traumatismes liés à des agressions sexuelles subies dans l'enfance s'est révélée suffisamment dommageable pour inciter les praticiens à la prudence. (Spanos, 1996 ; Wagstaff et al., 2008 ; Whitehouse et al., 1988). Le vécu d'une forme d'effraction psychique peut également mobiliser des contenus traumatiques réels.

Nous rappelons ici le caractère socialement et culturellement transgressif de l'hypnose. Cette approche viendrait potentiellement compromettre le principe éthique d'autonomie. Ses liens avec un mode de pensée magique ensauvagent les conceptions occidentales de l'individu et de l'identité telles qu'elles se sont déterminées au fil des siècles. Son fonctionnement serait pré-individualiste. L'hypnose rappellerait qu'il n'existe pas de frontières hermétiques, ni entre les individus ni entre les humains et la nature. Cette porosité des relations humaines était appelée « hétéronomie » par Roustang (2000). L'expérience d'involontarité illustre ce fonctionnement d'un sujet agissant dans un autre, comme une volonté externe prenant corps dans un individu, évoquant un phénomène adorciste. Ainsi, il ne s'agirait pas d'un automatisme mental psychotique ni de superstitions païennes mais d'une rupture de *pattern* marquée entre une approche et un mythe de l'Homme occidental moderne. Nous avons précédemment évoqué

quelles assises de cet homme mythique pouvaient se trouver ébranlées : l'autocontrôle, la maîtrise, le libre-arbitre, la pensée rationnelle.

Nous avons développé, avec la situation de Mme Arte, des mécanismes de fonctionnement de l'hypnose dite de spectacle et leurs conséquences tacites sur une pratique qui se veut thérapeutique. Pour résumer, l'hypnose sur scène utilise les paramètres suivants : sélection progressive des sujets les plus suggestibles, sidération, rupture de *pattern*, prise de contrôle, dynamique de groupe, théorie de l'engagement, dimension histrionique et regard de la salle, issue « honorable » offerte par l'involontarité et l'amnésie post-hypnotique ainsi que renforcement positif du comportement de soumission par les rires et applaudissements. L'intérêt de cette situation réside dans le fait que le sujet a pu expérimenter des effets thérapeutiques d'une pratique qui n'en visait aucune. Ce phénomène tend à montrer que l'hypnose possède, en elle-même, par sa labellisation, un potentiel thérapeutique lié aux représentations des sujets. Ce dispositif prend la forme et produit les effets attendus, selon des modalités autosuggestives canalisées par le vécu d'un état de transe hypnotique et une relation d'ascendance temporaire.

Les participantes interrogent régulièrement la dangerosité de l'hypnose. Nous l'avons évoqué, fantasmée comme un rapport de pouvoir unilatéral, cette pratique peut transgresser des tabous du mode de pensée occidental. Elle menacerait un espace sacralisé : l'individualité. L'hypnose compromettrait l'autonomie et le libre-arbitre par sa dimension adorciste et les phénomènes d'involontarité qui l'atteste. Ses mécanismes d'actions sous-tendus par la pensée magique viendraient s'opposer à la raison scientifique. Il peut sembler irrationnel qu'une parole, une image puissent produire des modifications physiologiques. La dimension onirique de l'expérience hypnotique s'affranchit des contraintes spatio-temporelles et causales. Elle peut constituer une option de dernier recours, après l'échec des approches dites conventionnelles et parfois avec succès. Sa capacité à relier deux être différents, deux volontés distinctes qui agiraient en un seul corps contreviendrait au principe d'individualité, cher aux valeurs occidentales mais plus relatif dans les sociétés dites traditionnelles. Nous sommes témoins d'une injonction paradoxale de la part des sujets qui expérimentent l'hypnose que nous pourrions résumer ainsi : « *ne me faites pas dire ou faire ce que je ne veux pas, je ne veux pas perdre le contrôle… mais faites-moi dormir pour extraire ma souffrance et trouvez les origines de mon trouble* ». Est-il simplement question d'un exercice de soumission librement consentie ?

Nous avons développé deux situations dans lesquelles l'hypnose a provoqué une inhibition de l'expression émotionnelle sans pour autant affecter l'économie psychique. Comme une greffe rejetée par le receveur, l'effet a rapidement cédé en dépit de ses premières manifestations spectaculaires. L'objectif était de favoriser une intériorisation du défunt comme objet stable pour redynamiser la capacité de chacune à explorer le monde sans la présence physique de leur proche. Si la séance donne aux participantes une impression de séparation artificielle, de distance subie, nous ne respectons pas le fonctionnement initial et devenons un élément adverse, un tiers séparateur qui s'impose dans une relation « *fusionnelle* ». Dans la perpétuation de la relation, il s'agit d'inventer de nouveaux modes de communication aux morts, des modes laïcisés, désacralisés, profanes, congruents avec le scientisme socialement acceptable, l'affliction en fait partie, surtout sur des décompensations pathologiques qui donnent à entendre le deuil et à densifier l'identité du défunt dans un nouveau récit, une narration qui le restaure auprès de témoins de son histoire. Une autre participante avait de nombreuses croyances profanes, sans mention religieuse. Mais l'hypnose était identifiée à sa propre pratique du « *magnétisme* », construite sur un modèle similaire d'une approche de résolution symptomatique à renouveler périodiquement. De fait, le dispositif n'a pas fait fonction de rituel thérapeutique ayant une action sur la relation au défunt ni marquant une scansion temporelle. Ceci illustre le phénomène de modélisation de l'hypnose conformément aux attentes des sujets, si le praticien n'impose pas sa propre doctrine de la pratique.

Nous avons constaté que les représentations associant « *magie* » et « *thérapeutique* » ou « *guérir* », en conjonction avec l'idée d'un état spécifique favorisent l'émergence d'une dimension rituelle de l'hypnose. Quatre sujets parmi les dix expérimenteront cette fonction. Nous observons chez ces derniers un effet quasiment immédiat et impliquant directement un remaniement de la relation au défunt. Les personnes concernées étaient exemptes de troubles de la personnalité et de comorbidités psychiatriques identifiées, comme un épisode dépressif majeur durablement installé chez une des participantes. Elles verbalisaient un besoin d'un rituel de clôture qui permettrait de marquer « officiellement » un changement du mode de relation au défunt. Ce rituel correspondrait à ce que Van Gennep (1909) appelait la période post-liminaire ou phase d'agrégation, lorsque l'endeuillé peut réintégrer la communauté des vivants.

Pour que l'hypnose se constitue comme rituel thérapeutique, il nous est apparu nécessaire, au cours de la recherche, que le deuil compliqué soit primaire et non secondaire à un trouble psychopathologique antérieur. En effet, le deuil peut faire décompenser ou accentuer

un fonctionnement pathologique au même titre que d'autres événements de vie, tels qu'un divorce, une perte d'emploi ou un accident. Il ne constitue alors plus une entité cliniquement déterminée, mais un facteur de déclenchement ou d'aggravation. L'hypnose constitue dans ce contexte un dispositif circonscrit à un domaine de l'activité psychique du sujet : sa vie relationnelle à ses objets internes et les conséquences symptomatiques. Les autres dimensions pathologiques n'en seront pas affectées. Nous observons que chez les six autres participantes, différents facteurs intervenaient pour compromettre ce processus rituel, comme des troubles de la personnalité impliquant un mode de relation aux autres durablement altéré. Les personnalités dépendantes et limites n'ont pu obtenir de bénéfices thérapeutiques durables, la modalité compliquée du deuil étant directement imputable aux troubles de la relation d'objet. L'hypnose propose un travail sur ce qu'Hermann Simon appelait la *« partie saine* » (Simon, 1933). Cet axe thérapeutique recoupe la problématique identitaire propre aux endeuillés. Nous avons systématiquement relevé ce questionnement existentiel et personnel après le décès du proche. L'approche hypnotique propose ici à l'endeuillée de revisiter sa propre histoire et ses assises identitaires, de les sentir et les installer. Ce noyau constitue la « *partie saine* » avec laquelle le sujet peut reprendre contact, se différenciant alors des manifestations du deuil et des caractéristiques du défunt.

Nous avons pu identifier des mécanismes instructifs lorsque l'hypnose se révélait inopérante. Les conflits de loyauté à l'égard de croyances religieuses ont constitué des motifs inattendus de rejet du dispositif hypnotique. Deux participantes croyantes et pratiquantes ont vécu l'immixtion de cette pratique profane dans leur processus de deuil comme un risque de trahison des valeurs familiales pouvant affecter leur affiliation à leur groupe. Si, dans leurs représentations initiales, l'hypnose avait pleinement relevé d'une psychothérapie, sans endosser un caractère partiellement magique ou parascientifique, elle aurait été mieux acceptée et intégrée. En effet, elle aurait pu s'extraire d'un rapport compétitif jouant sur les mêmes registres que le domaine religieux. Pour ces sujets, le cheminement suit le cours inverse d'un fonctionnement rituel du dispositif. Plus les croyances alimentent une vision ensauvagée de l'hypnose, plus l'approche va être inopérante car non congruente. L'environnement culturel catholique conditionne une dichotomie entre païen et sacré. Cette dimension religieuse est de plus fortement associée à l'affiliation aux valeurs familiales. Un de nos postulats initiaux était que l'hypnose faisait fonction de rituel de clôture lorsque les rites funéraires collectifs s'étaient révélés dysfonctionnels. Cette donnée ne s'est pas avérée pertinente.

Nous avons identifié chez trois sujets réfractaires à cette approche l'importance de la dissonance cognitive (Festinger, 1962) dans la réponse à l'hypnose. Ces participantes fonctionnaient en référence à des valeurs, qu'elles soient religieuses ou de fidélité au défunt. Lorsque les proches de participantes sont perçus comme « *oubliant trop rapidement* » le défunt ou l'excluant du discours, l'endeuillée se sentait missionnée pour le faire exister dans sa sphère sociale. La possibilité de réduire la plainte par l'action de l'hypnose aurait amené une extinction de l'aspect manifeste du lien au défunt. Le mécanisme est similaire lorsque le sujet perçoit une mise en tension entre une approche profane, voire païenne et sa culture religieuse. Pour réduire l'effet de la dissonance, ces participantes mobilisent des résistances face au dispositif.

Nous relevons l'ambivalence quant à cette pratique. Ces sujets attribuent certains « *pouvoirs* » à l'hypnose qui produit ici des effets à court terme. Il y a une consistance des croyances sur cette approche puisque la séance est suivie de manifestations importantes. Cependant, ces productions psycho-comportementales, une inhibition de l'expression émotionnelle et une activation de défenses hypomaniaques, se révèlent à la fois spectaculaires, éphémères et finalement stériles sur le plan thérapeutique. Ces effets demeurent sectorisés à certains symptômes mais n'engagent pas l'objet principal qui est la relation au défunt. Il peut être question de simples réponses à des suggestions, caractérisées ici par une faible rémanence temporelle. Ceci implique de préconiser une investigation systématique de la fonction des symptômes et de la plainte pour le sujet, des éléments d'homéostasie psychiques et systémiques et d'éventuels bénéfices secondaires ou facteurs de maintien non-conscients des troubles. Cet élément recoupe un des fondamentaux de l'hypnose contemporaine qui postule qu'on ne peut contraindre un sujet à faire ce qu'il ne veut pas.

Nous trouvons ponctuellement des changements comportementaux qui n'ont pas été directement suggérés en séance notamment un arrêt de consommation de tabac pour une participante. La question de l'identité et de l'estime de soi, la restauration d'un autocontrôle perçu ont indirectement induit cette dynamique dont le sevrage tabagique n'est qu'une expression. Le récit du vécu de l'expérience hypnotique pourrait fournir des éléments prédictifs de ses effets. Dans cette recherche, il apparaît qu'un discours exclusivement centré sur un ressenti corporel traduise une dynamique psychologique restreinte. Les effets produits s'inscrivent dans le même registre, physique, telle qu'une inhibition des pleurs.

En résumé, la dimension de « *guérison immédiate* » (Michaux, 2007) observée dans le suivi de certains deuils complexes et persistants pourrait effectivement relever d'une fonction rituelle de l'hypnose. Dans ce contexte, cette ritualité est à la fois un acte de clôture (Van Gennep, 1909) et une production thérapeutique (Van der Hart, 1983). Nous avions formulé l'hypothèse que l'hypnose prenait cette fonction lorsque les rites funéraires initiaux s'étaient révélés dysfonctionnels. Ce postulat a été récusé par les résultats obtenus au cours de la recherche. Les éléments contributifs relèvent davantage des traits de personnalité des sujets et des comorbidités associées, du type de relation engagée avec le défunt, des conditions du décès, du soutien social perçu. Les croyances profanes et sacrées de l'endeuillé occupent une place déterminante dans l'investissement rituel du dispositif. L'hypnose doit s'inscrire écologiquement dans les croyances du sujet pour être acceptée. Une mise en compétition ou en rivalité de croyances, par fidélité, peut perturber l'adhésion au processus. Le rituel hypnotique doit être « *plein* » (Van der Hart, 1983) pour être fonctionnel, c'est-à-dire conjointement et intensément investi par le participant et l'officiant. Il doit produire une structure contrainte « *fermée* » afin d'offrir un cadre suffisamment contenant pour le vécu émotionnel des sujets et un contenu « *ouvert* » pour que chaque endeuillé l'investisse de ses représentations et symboles, images, sensations. L'induction et la trame globale de la séance hypnotique seront donc prédéterminées mais les productions imaginaires seront singulières. Le sujet peut ainsi s'approprier la portée dynamique du rituel dans des conditions de sécurité suffisantes. La séance devient un dispositif lorsqu'elle est structurée autour d'un discours, de techniques et d'un cadre institutionnel (Quirion, 2008). Ce dispositif doit être investi par les patients pour ses propriétés supposées « magiques », ses dimensions symboliques et représentationnelles, ses vertus « thérapeutiques », les croyances qui rattachent le dispositif rituel à une mythologie hypnotique et marqué par une nette scansion temporelle qui actait le changement.

La dimension rituelle ne prend corps que lorsqu'elle est conçue et proposée comme telle par le thérapeute et investie de la sorte par le sujet. Elle articule les savoirs personnels expérientiels de chaque individu, le savoir commun fondé sur les croyances et le savoir théorique scientifique (Miermont, 2012). Cette séquence symbolique de changement est fondée sur la notion de « transe », perçue comme un état spécifique qui permet des modifications impossibles lors de l'état de vigilance habituel et par les contenus représentationnels intenses que véhicule la « mythologie hypnotique ». Nous avons observé également « l'effet d'opportunité ». L'hypnose, par ses caractéristiques supposément « magiques », légitime le

changement immédiat de l'individu dans sa relation à son environnement. La coïncidence entre le désir de changement et la rencontre du cadre hypnotique permet l'abandon de conduites pathologiques qui ne pouvait s'effectuer sans motif légitime, avec la crainte implicite du jugement social porté sur une soudaine amélioration. Nous avons vu que les facteurs de maintien de ces comportements relèvent du conflit de loyauté à l'égard du défunt et de l'autopunition. Ils sont également issus de l'auto-attribution du rôle de porte-parole du défunt par l'endeuillé lorsque le discours social semble l'évacuer trop rapidement et d'appréhensions sur le jugement que peut porter l'entourage sur les conduites de deuil et de veuvage et leur durée « normale ».

Benhaiem (2008) soulignait que le « *thérapeute est même surpris par l'intensité du changement en regard de son action* » mais que « *le rituel du soin mobilise puissamment les ressources d'une personne pour guérir* ». Il reprend en cela les mécanismes de l'effet placebo (Bioy, 2017) comme le charisme, l'attention, la crédibilité, le temps accordé, les croyances en l'efficacité du traitement administré. La difficile position de l'hypnothérapeute consiste à participer à la « magie du spectacle » sans être lui aussi fasciné par son objet et en ayant conscience de ce qui se joue sur ce « *petit théâtre de l'hypnose* » (Bioy, 2017).

Le dispositif hypnotique doit interroger le sens attribué par le sujet à l'ensemble des troubles ainsi qu'au rituel. Il prend en compte la façon dont le sujet se structure dans son environnement autour de ces manifestations. Seltzer (1983) rappelle que les systèmes culturels du sujet et du thérapeute s'articulent autour de la thérapie. Ces systèmes se réfèrent à des mythes, croyances et idées, et s'expriment par des rites, actes et comportements. L'auteur compare le rôle du thérapeute systémicien à celui du chamane. Il s'intéresse aux mythes personnels du sujet sur ce qu'est le deuil et un « bon endeuillé », sur la relation avec le défunt et sa personnalité qui sont parfois idéalisées. Si le sujet est installé dans une ritualité obsessionnelle sclérosante, le dispositif le mettra en lien avec ses contenus idéiques et représentationnels. S'il est inscrit dans une rumination cognitive dysphorique, le rituel le positionnera dans l'acte, le faire, l'éprouvé.

Nous avons également relevé ce que nous appelons un « Syndrome d'Antigone » chez certains sujets. Il nous est apparu que des endeuillés présentant des troubles de la personnalité de type limite et dépendant développaient une modalité de deuil compliqué dans des situations d'oblitération des rites funéraires. Ainsi, une impossibilité de respecter les souhaits du défunt, une altération de la qualité du rite dans son exécution ou une sépulture absente ou inappropriée

constituaient des facteurs d'entretien du deuil complexe et persistant. L'accès à la symbolisation et l'intériorisation se trouve entravé et le sujet s'inscrit dans une recherche de matérialité du défunt avec une dimension obsessionnelle de vérification. Le rituel de clôture serait alors lié au rétablissement des caractéristiques dysfonctionnelles du rite ou à l'attribution d'une sépulture considérée comme légitime plus qu'à une dynamique psychique ou thérapeutique. L'action doit se produire dans le réel.

Sur le plan transférentiel et contre-transférentiel, l'hypnothérapeute est investi d'un « *supposé pouvoir* » qui se positionne en miroir du « *supposé savoir* » de l'analyste, avec cette dimension de l'agir et du changement qui le situe dans un registre relationnel de nature différente. L'hypnothérapeute est une surface projective, un archétype du « *sujet supposé pouvoir* ». Toscano (2006) rappelait que, dans l'acception psychanalytique, le « SsS » (Sujet supposé Savoir) est une « formation tierce*, située entre l'analyste et l'analysant et ayant rapport à cette figure idéale qui, par exemple, pour Descartes,* sait ». L'hypnothérapeute ne représente pas à lui seul un pouvoir absolu, il en est supposément dépositaire par le mythe qui le sous-tend et qui est actif chez le sujet venant le rencontrer. Il se différencie de l'analyste par l'inscription dans l'acte ou plus exactement dans le « geste » (Bioy, 2015 ; Roustang, 2003). Le « savoir » s'incarne et se transforme en « *pouvoir de changement* ». Nous avons déjà évoqué une construction fantasmatique de sujets qui mobilisent « l'hypnotiseur » dans un registre régressif et masochiste qui s'entendrait comme : « *agissez-moi, agissez en moi* ». Ces contenus interpellent fortement l'hypnothérapeute dans son propre désir de combler le manque du patient par son propre « pouvoir », expression phallique d'une (in)capacité d'agir.

L'inflation mégalomaniaque est induite par cette position de toute-puissance qui lui est conférée par un sujet, lui-même en phase régressive. L'hypnose serait alors un « jeu d'enfants » au sein duquel des acteurs fascinés par leur objet mettraient en scène des relations archaïques de « désindividuation » au profit de caractéristiques « fusionnelles ». Bioy (2005) soulignait la compatibilité historique de l'approche psychanalytique et de la pratique hypnotique mais surtout de la nécessaire analyse du « *transfert immédiat* » qui peut s'y produire. Pour éviter l'écueil du « jeu d'enfants », caractérisé par une dialectique entre toute-puissance et masochisme, l'hypnothérapeute doit mettre à jour les interactions latentes qui existent dans la relation hypnotique. Le travail analytique l'incite à investiguer son propre désir, la question de son savoir et de son pouvoir réels et supposés, ainsi que cette dyade « savoir-pouvoir » présente chez le sujet. La relation d'influence n'est pas, contrairement aux présupposés du savoir

commun sur l'hypnose, unidirectionnelle. Deux sujets co-construisent un univers représentationnel par un échange de contenus qui peut prendre place dans un registre infra-verbal (Bioy, 2005). Le « sujet-patient » suggère au « thérapeute-hypnotiseur » des images, analogiques, métaphoriques qui se traduisent à leur tour en propositions thérapeutiques. Il existe une élaboration commune qui ne se joue donc pas exclusivement dans le domaine langagier. L'équilibre transférentiel est précaire, le sujet devant finalement traverser la relation hypnotique pour s'extraire d'une Imago d'un thérapeute maternel fusionnant ou paternel tout-puissant. Il se positionne en sujet agissant au sein de la relation, évoluant de la position régressive initiale à une individuation progressive.

Bioy (2007) définit le rapport hypnotique comme « *l'ensemble des données présentes durant une séance où l'hypnose est pratiquée et qui échappe à la raison et parfois à la conscience. Il s'agit de données émotionnelles et affectives ainsi que des processus inconscients qui vont être convoqués dans l'actualité de l'échange, du rapport entre l'hypnotiseur et son patient* ». L'auteur rappelle l'importance pour le praticien de porter attention aux contenus inconscients présents chez le sujet mais également à ses propres manifestations cognitives, émotionnelles et affectives et ce, afin de décrypter ce qui se met en jeu dans le rapport d'influence. Cette méta-analyse de la dynamique relationnelle fournit un éclairage sur les processus inconscients qui sous-tendent l'expression symptomatique. Elle permet également de conscientiser la nature des rapports d'influence qui s'articulent dans la relation hypnotique, évitant les écueils propres à ce type de rapport thérapeutique.

Toscano (2006) rappelle que selon Lacan, le sujet supposé savoir en psychanalyse était incarné par la figure de Freud. Il était au début le seul dépositaire du savoir psychanalytique en élaboration. Ainsi, Freud était investi par ses patients d'un savoir en intension et par ses affiliés, ses disciples, d'un savoir en extension, construction théorique d'une pratique. « *Lacan le laisse voir en parlant et en comparant la pratique de Freud et l'investiture de SsS dont il était l'objet de la part de ses patients (intension), à ces termes indestructibles qu'il nous a laissés (extension). Autrement dit il s'agit là d'une distinction subtile mais radicale entre un Freud thérapeute et un Freud théoricien ayant une modalité de savoir selon le cas. De là notre prise de position, pour dire qu'il s'agissait de deux modalités d'un même savoir. L'analyste doit être et praticien et théoricien… de sa pratique* » (Toscano, 2006).

Nous percevons qu'une figure mythifiée devient support et représentante du « supposé savoir » et se positionne dans la relation entre un sujet et un analyste ou un thérapeute selon son affiliation théorique. Nous avons associé cette figure du « supposé savoir » en hypnothérapie à celle de Milton Erickson, plus du côté des thérapeutes que des patients. Pour ces derniers, le sujet ayant du pouvoir serait souvent l'hypnotiseur de spectacle le plus médiatisé du moment. Le raisonnement analogique qui assimilerait Freud et la psychanalyse à Erickson et l'hypnothérapie serait trop simpliste ou réducteur. Il existe bien un père fondateur. Freud est du côté du « supposé savoir » et s'il revendique, à ses origines, l'analyse comme une thérapie, la cure type deviendra peu à peu davantage un acte de connaissance qu'un processus de soin. Freud a légué un savoir, des postulats théoriques, une construction représentationnelle de fonctionnement psychique qui pourvoit encore aujourd'hui du matériel d'élaboration pour ses descendants. Ce matériel lui survit donc, il est, comme le formulait Lacan, le legs « indestructible ».

Erickson est du côté du « supposé pouvoir ». Dans le discours de ses disciples, il incarne le thérapeute idéal, « *hors du commun* » disait Haley, très habile communiquant, sensible et intuitif. Il est un personnage mythique et référentiel dans le monde de l'hypnothérapie moderne. Le roman historique s'élabore déjà dans sa propre démarche autocurative lorsqu'il découvre les effets de la visualisation sur le processus de réadaptation des séquelles d'une polyomyélite, dans son propre corps. Il s'inscrit dans le « supposé pouvoir » car il n'a quasiment rien écrit ou théorisé de sa pratique. Ses proches l'ont fait pour lui, en modélisant des stratégies de communication et d'axes thérapeutiques. L'hypnose ericksonienne n'existe sans doute pas du fait qu'elle n'était pratiquée que par Erickson, seul dépositaire de son savoir-faire et être. L'approche est singulière et intuitive, fondamentalement irreproductible donc. Les tentatives de réitération ne peuvent être que des imitations dévoyées. Il est un inspirateur de pratiques singulières, chacun devant forger son propre style hypnotique. Mais le processus d'affiliation est primordial pour l'hypnothérapeute. Lorsqu'un patient vient le rencontrer, l'espace est habité par un sujet « supposé pouvoir » qui est la figure d'Erickson.

Nous avons vu dans l'histoire de l'hypnose que le courant ericksonien avait des racines humanistes, comportementalistes et utilisant des stratégies de communication. Il se rapproche d'un fonctionnement tradipraticien par la métaphorisation des processus psychiques en phénomènes naturels, comme le rythme saisonnier, les changements de la végétation, le mouvement d'un ruisseau. Ainsi il évoque la nature et invoque une formation tierce, une entité,

l'inconscient comme réservoir de ressource, un analogue de l'esprit convié par le chamane dans le processus de guérison. Le processus hypnotique devient alors un procédé de « transe-figuration » du sujet. L'expérience de transe révèle le sujet à lui-même, de cet inconscient qui entre en communication avec le conscient, par son langage propre.

Le dispositif hypnotique proposé s'inscrit dans un contexte intersubjectif et la dynamique relationnelle en détermine les contenus. Le « rapport hypnotique » est un espace de transactions cognitives et affectives. Le rapport d'influence est réciproque. Nous engageons avec chaque participante un échange intersubjectif. Elles décrivent un univers interne constitué de représentations, de métaphores, pensées et émotions qui suscitent chez nous des réactions imaginatives, émotionnelles et sensorielles. Il nous revient de permettre consciemment à ces contenus de prendre place. Ils viennent élaborer la relation en créant un rapport d'interconnexion et d'empathie, d'échange possible. Nous proposons une circulation de l'imagerie mentale à partir de ces échanges spontanés de contenus représentationnels. Il existe alors une influence réciproque dans la construction de ce qui était appelé autrefois le rapport hypnotique. Freud (1921) parlait de relation transférentielle et Chertok (1973) s'inscrira dans une perspective similaire concernant le rapport hypnotique.

Nous sommes donc mis en jeu, de notre position de clinicien chercheur, dans la relation thérapeutique. Nous avons perçu au cours de ces 10 suivis et de ces 159 entretiens que nous occupions divers rôles et fonctions qui dépassaient amplement la question de notre identité propre, d'humain et de professionnel. Nos propres croyances, implicitement communiquées aux participantes, ont pu déterminer des inflexions dans le cours des interventions thérapeutiques. Nous avions une fonction de représentation. Pour ces endeuillées qui se sentent parfois marginalisées, isolées dans leur tristesse devenue incompréhensible par leur proches, nous représentions un aspect de la communauté des vivants disposé à leur rendre une place dans le monde. Nous pouvions endosser un rôle protecteur ou persécuteur, selon le vécu de notre position tierce dans la relation duelle avec le défunt. Nous faire une place dans ce jeu relationnel se traduisait par ouvrir l'espace intime du quotidien avec le défunt par la parole, puis par le vécu hypnotique. Cette persistance d'un vécu du défunt dans la vie quotidienne ne relevait plus d'un état pathologique honteux qu'il convenait de dissimuler mais d'un mode de relation qui pouvait évoluer et se modifier afin de devenir plus vivable. Nous nous sommes mis dans une position d'accueil inconditionnel des croyances, des représentations, des ressentis et des vécus de chaque endeuillée. Nous n'avons ni encouragé ni récusé, simplement reçu et accepté d'ouvrir le champ

des possibles avec elles. Refaire de la place aux vivants par la relation thérapeutique a été le commencement d'un travail de réattribution des places pour chacun. L'endeuillée, dans son trouble persistant, se vit comme une âme errante dans les limbes, ni morte, ni vivante. La réinscription dans la relation lui propose de se déterminer dans un registre d'existence, charnelle, incarnée, éprouvée en hypnose. Corps et identité s'éprouvent dans ce rapport à l'Autre. Nous avons également pu être vécu comme un élément intrusif qui venait acter une séparation, voire la provoquer. Les résistances au processus thérapeutique ont pu revêtir une fonction pour ces sujets. Elles ont attesté, nous prenant comme témoin principal, de leur loyauté indéfectible à l'égard du mort.

Conclusion

Il apparaît au décours de cette recherche que l'hypnose est susceptible d'endosser une fonction de rituel thérapeutique et de mobiliser des « guérisons immédiates » sous certaines conditions. Cela serait tributaire de l'intensité des expectatives et croyances sur l'hypnose, notamment sur ses dimensions « *magiques* » et « *thérapeutiques* ». Nous relevons l'importance de l'effet de cadre et de la ritualisation séquencée de la séance. Les personnes ayant pu bénéficier du dispositif hypnothérapeutique pour expérimenter un rituel de « guérison immédiate » étaient exemptes de comorbidités psychiatriques majeures. Nous soulignons le rôle central de l'alliance thérapeutique, de l'absence de rivalité avec d'autres systèmes de croyances, du respect de l'écologie psychique du sujet au moment de l'expérimentation du dispositif, de son engagement dans un changement de relation avec le défunt et de l'ouverture d'une opportunité socialement acceptable pour produire ce changement.

L'hypnose est ce que nous pourrions appeler un phénomène culturel inclusif ; « *un processus dynamique, global, d'emblée du côté de l'expérience* » (Bioy, 2017). Elle est un objet intriquant des paramètres sociologiques, culturels, relationnels, psychiques, représentationnels, symboliques, cérébraux, physiologiques. Il nous semble essentiel de ne pas être soi-même fasciné par son objet pour en faire l'étude, or le propre de l'hypnose est la « fascination » qui est la signification du verbe anglais « to mesmerize », du nom de Frantz Antton Mesmer, lointain aïeul de la pratique. Nous avons observé la façon dont l'accueil des croyances du sujet pouvaient être reçues, sans renforcement ni démenti, pour être incluses dans leur expérience de l'hypnose. Les résultats de cette recherche montrent que ce corpus de postulats n'a pas constitué un obstacle au déroulement des séances mais au contraire, sous certaines conditions, un levier thérapeutique. Nous devons intégrer dans cette démarche les représentations propres au thérapeute, façonné également par ses attentes sur le « bon sujet », de la « bonne pratique ». La proposition d'un protocole construit sur une séance unique est amplement critiquable et ne fournit pas les mêmes résultats qu'une hypnothérapie construite en plusieurs séances. Un secteur de recherche important, abordé ici par le phénomène du deuil complexe et persistant, nous semble être celui des « guérisons immédiates » (Michaux et al, 2007).

Notre hypothèse centrale était que ces réactions soudaines s'expliquaient par l'investissement de la séance d'hypnose comme un rituel thérapeutique dont l'efficacité relève

de la pensée magique. Nous avons pour ce faire renforcé l'aspect théâtral et dramatisé de la phase d'induction de « l'état hypnotique » qui correspondait aux attentes des patients, par un décompte et une suggestion de pesanteur des paupières. Mais cette étape est finalement très modulable et ne constitue pas le cœur du travail thérapeutique même si elle marque les esprits. En ce sens nous avons favorisé l'adhésion à la production d'un état singulier à partir duquel des changements deviendraient possibles. L'essence du travail se situe dans la convocation des mythes et objets internes du sujet. Nous avons vu que ce mode de raisonnement magique, souvent relégué comme un épiphénomène d'une position régressive ou obsessionnelle, survivait et reprenait en intensité dans les environnements les plus scientistes. Il possède sa dynamique évolutive propre et mérite d'être intégré comme une stratégie d'ajustement authentique, notamment lors de la quête de sens.

Nous prendrons l'exemple d'un chirurgien français métropolitain rencontré au cours de notre pratique en oncologie. Sa femme, polynésienne, était atteinte d'un cancer métastatique très évolué et des nodules apparaissaient sur la paroi abdominale, marquant une évolution critique de la pathologie oncologique. Dans la culture d'origine de sa compagne, les médicaments traditionnels devaient purger la maladie qui ressortait sous formes de « boules ». Cette manifestation était donc un signe d'amélioration. Son mari, pourtant très au fait de la réalité médicale de ces symptômes, m'avait interpelé pour me dire : « *c'est peut-être vrai. Si ça se trouve, ils ont raison, non ?* ». Nous envisageons la nécessité de ne pas sacraliser la démystification de la pratique hypnotique au profit de sa scientificité au risque de procéder à une castration de son potentiel thérapeutique. L'hypnose est une approche onirique, son essence même repose sur la capacité du sujet à rêver sans tenir compte des incohérences logiques ou spatio-temporelles.

Or, quel serait le sens de « rêver raisonnablement » ? Nous postulons que le cycle de vie de l'hypnose et sa réinstallation en milieu hospitalier n'est pas que le fait de modes thérapeutiques auxquelles sont confrontées toutes les approches, mais bien le symptôme d'une extrême stérilisation de l'environnement biomédical. Certes ce processus protège des contaminations bactériennes, mais s'étend des pratiques médicales aux attitudes et relations humaines, à la « gestion » de l'humain. L'éradication bactérienne peut par exemple perturber le biotope de l'organisme humain qui en est constitué et altérer les fonctions sur lesquelles le microbiote joue un rôle central. Le discours des usagers et des soignants rapporte régulièrement ce terme : « déshumanisation ». Il est difficile de comprendre ce qui est réellement déshumanisé

et à quoi tient cette perception puisqu'il s'agit toujours d'individus les uns en face des autres. Pour les soignants, ils disent n'avoir « *plus assez de temps* » à passer auprès des patients, devant accomplir des tâches administratives, suivre des protocoles, tracer des actions dans les dossiers médicaux. Les patients affirment souvent n'être que des « *numéros de dossier*» ou des « *cobayes* ». Les individus concernés opposent alors la dimension relationnelle à la technique, comme si elles étaient exclusives et incompatibles. Il y aurait toujours un acte à poser, un geste à faire, un traitement psychotrope à administrer face aux larmes.

La stérilisation du lien est anxiogène. Elle peut rassurer lorsqu'elle garantit une approche rationnelle du malade et de sa pathologie, le soustrayant à l'arbitraire. Mais une relation supposément « neutre » comme elle fut abusivement qualifiée dans de nombreuses formations de métiers du soin, génère de l'angoisse. Nous pouvons penser à « la situation étrange » expérimentée dans le cadre de la théorie de l'attachement. Lorsque le bébé se trouve face au visage inexpressif de sa mère, il engage diverses stratégies connues comme efficaces pour instaurer la relation avec elle, et face à l'échec et l'impassibilité de l'expression faciale, il se désorganise et se met à pleurer. Il s'agit naturellement d'un niveau de développement très précoce et du lien tout aussi particulier à la figure maternelle, mais cette situation nous enseigne combien nos modes relationnels ne sont pas fondés sur la neutralité, comme le soulignait également Spitz (1973). Finalement, la réintroduction de l'hypnose en milieu de soin répond peut-être à un besoin d'ensauvagement. L'hypnose draine malgré elle ses contenus païens et magiques, comme remède à la sécheresse de la scientificité causaliste. Elle permet de restaurer du lien, de la relation, du temps et de répondre aux aspirations rituelles et mythologiques de l'humain occidental contemporain.

Références bibliographiques

Abraham, N., & Torok, M. (1987). *L'écorce et le noyau*. Paris : Flammarion.

Association Française d'Information Funéraire. (2017). *Cérémonies religieuses, deuil et rites funéraires*. Retrieved from http://www.afif.asso.fr/francais/conseils/conseil12.html.

Ainsworth, M. (1978). The Bowlby-Ainsworth attachment theory. *Behavioral And Brain Sciences*, *1*(03), 436.

Akoun, A., Cayrol, R., Cazeneuve, J., Texier, J., Bourdin, A., Bruleì, J., & Mousseau, J. (1972). *Les communications de masse*. Paris : Hachette.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5e éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e éd. rév.; traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq). Paris, France : Masson.

Association nationale crématiste. (2015). *Evolution de la crémation en France*. Retrieved from http://association-nationale-crematiste.fr/resources/Cremation+en+France+-+Statistiques.pdf

Anderson, C. (1949). Aspects of pathological grief and mourning. *International Journal Of Psychoanalysis*, *30*, 48-55.

Angladette, L., & Consoli, S. (2004). Deuil normal et pathologique. *La Revue Du Praticien*, *54*, 911-917.

Antoine, P., & Smith, J.A. (2016). Saisir l'expérience : présentation de l'analyse phénoménologique interprétative comme méthodologie qualitative en psychologie. *Psychologie française*, *62*, 373–385. http://dx.doi.org/10.1016/j.psfr.2016.04.001

Aquin, H. (1991). *L'invention de la mort*. Montréal : Leméac.

Ariès, P. (1975). *Essais sur l'histoire de la mort en Occident du Moyen Age a nos jours*. Paris : Seuil.

Ås, A., Hilgard, E., & Weitzenhoffer, A. (1963). An attempt at experimental modification of hypnozability through repeated individualized hypnotic experience. *Scandinavian Journal Of Psychology*, *4*(1), 81-89.

Augustin, Bardy, G., Beckaert, J., & Boutet, J. (1952). *Œuvres de saint Augustin*. Paris : Desclée de Brouwer.

Bacqué, M. (1997). *Deuil et santé*. Paris : Odile Jacob.

Bacqué, M. (1997). *Mourir aujourd'hui*. Paris : Odile Jacob.

Bacqué, M. (2000). *Le deuil à vivre*. Paris : Odile Jacob.

Bacqué, M. (2001). Les deuils après euthanasie des deuils à « haut risque » pour les familles, les soignants et... la société. *Etudes Sur La Mort*, *120*(2), 113.

Bacqué, M. (2003). Deuil post-traumatique et catastrophes naturelles. *Etudes Sur La Mort*, *123*(1), 111-130. http://dx.doi.org/10.3917/eslm.123.0111

Bacqué, M. (2013). *La médecine face à la mort*. Paris : L'Esprit du Temps.

Bacqué, M. (2016). *La mort, le deuil*. Paris : France Inter.

Bacqué, M., & Hanus, M. (2016). *Le deuil*. Paris : Presses Universitaires de France.

Baddeley, A. (2003). Working memory: looking back and looking forward. *Nature Reviews Neuroscience*, *4*(10), 829-839. http://dx.doi.org/10.1038/nrn1201

Balandier, G. (1988). *Le désordre*. Paris : Fayard.

Baldacci, J.L. (2014). Ombres, fantômes ou ancêtres ?. In S. Dreyfus-Asséo, G. Tarabout, D. Cupa & G. Chaudoye, *Les Ancêtres*. Paris : EDK.

Balmer, L. (1993). *Adolescent sibling bereavement*. Ottawa: National Library of Canada.

Grinder, J., & Bandler, R. (1976). *The structure of magic*. Palo Alto: Science and Behavior Books.

Baptandier, B. (2014). Des ancêtres, de la malemort et des dieux. In S. Dreyfus-Asséo, G. Tarabout, D. Cupa & G. Chaudoye, *Les Ancêtres*. Paris : EDK.

Barber, T.X., Spanos, N., & Chaves, J. (1974). *Hypnosis, imagination, and human potentialities*. New York: Pergamon Press.

Barber, T.X. (1999). A comprehensive three-dimensional theory of hypnosis. Clinical hypnosis and self-regulation: cognitive-behavioral perspectives. In T. Barber, I. Kirsch, A. Capafons, E. Cardena-Buelna & S. Amigo, *Clinical hypnosis and Self-regulation: cognitive-behavioral perspectives, dissociation, trauma, memory, and hypnosis* (pp. 21-48). Washington D.C.: American Psychological Association.

Barbier, R. (1996). *La Recherche action*. Paris : Anthropos.

Barbier, R. (2017). *La Recherche-Action existentielle*. Retrieved from http://www.barbier-rd.nom.fr/RAInternet.Html.

Barnes, M. (1982). *Hypnosis: can your mind control your body*. London: British Broadcasting Corporation.

Barnier, A., Dienes, Z., & Mitchell, C. (2008). How hypnosis happens: new cognitive theories of hypnotic responding. In M. Nash & A. Barnier, *The oxford handbook of hypnosis: theory, research and* practice (pp. 141-177). New York: Oxford University Press.

Barnier, & McConkey. (2004). Defining and identifying the highly hypnotizable person. In M. Heap, R. Brown & D. Oakley, *The Highly hypnotizable person: theoterical, experimental and clinical issues* (pp. 30-60). London : Routeledge.

Barruel, F. & Bioy, A. (2015). *Du soin à la personne*. Paris : Dunod.

Baudrillard, J. (1981). *Simulacres et simulations*. Paris : Galilée.

Baudry, P. (2006). *La place des morts*. Paris : L'Harmattan.

Belloc, H. (1967). *On*. Freeport, New-York: Books for Libraries Press.

Benhaiem, J.M. (2008). L'hypnose et la guérison magique. In E. Collot, *Hypnose et pensée magique* (203-210). Paris : Imago,

Benhaïem, J.M. (2012). *L'hypnose aujourd'hui*. Paris : In Press.

Benveniste, E. (2012). *Le vocabulaire des institutions indo-europeennes*. Paris : Editions de Minuit.

Bernheim, H. (1911). *De la suggestion*. Paris : Albin Michel

Berthod, M. (2009). Entre psychologie des rites et anthropologie de la perte. *Journal Des Anthropologues*, *116-117*, 159-180.

Bioy, A. (2005). La relation inter-individuelle en hypnose clinique et sa dynamique thérapeutique. *Bulletin De Psychologie*, *477*(3), 391-393.

Bioy, A., & Michaux, D. (2007). L'hypnothérapie. In A. Bioy & D. Michaux, *Traité d'hypnothérapie. Fondements, méthodes, applications.* (pp. 9-18). Paris : Dunod.

Bioy, A., & Maquet, A. (2007). *Se former à la relation d'aide*. Paris : Dunod.

Bioy, A. (2007). *L'hypnose*. Paris : InterEditions.

Bioy, A., & Michaux, D. (2007). *Traité d'hypnothérapie*. Paris : Dunod.

Bioy, A., Chantal, W., & Celestin-Lhopiteau, I. (2010). *L'aide-mémoire d'hypnose*. Paris : Dunod.

Bioy, A., & Keller, P. (2010). *Hypnose clinique et principe d'analogie*. Bruxelles : De Boeck.

Bioy A. et Bachelart M. (2011). L'alliance thérapeutique : historique, recherches, et perspectives cliniques, *Perspectives psy*. *49(4),* 317-326

Bioy, A., & Consoli, S. (2012). *L'aide-mémoire de psychologie médicale et de psychologie du soin en 58 notions*. Paris : Dunod.

Bioy A. (2014). Psychosomatique et effet placebo. In Bioy A. & Celestin-Lhopiteau I. (éds.), *Aide-mémoire d'hypnothérapie et d'hypnose médicale*. (pp. 24-30). Paris : Dunod.

Bioy, A. (2015). *Hypnose et douleur : où en est-on?*. Paris : SFETD. Retrieved from http://www.sfetd-douleur.org/.../2015/dossier_sfetd_a.bioy_septembre_2015.pdf

Bioy, A. (2017). *L'hypnose*. Paris : Presses Universitaires de France.

Birot, E. (2014). Dé-crypter les ancêtres : regards sur une mise en scène groupale du deuil. In S. Dreyfus-Asséo, G. Tarabout, D. Cupa & G. Chaudoye, *Les Ancêtres*. Paris : EDK.

Blanchy, S. (2014). Ancêtres à Madagascar : techniques collectives, revendications individuelles. In S. Dreyfus-Asséo, G. Tarabout, D. Cupa & G. Chaudoye, *Les Ancêtres*. Paris : EDK.

Blanchard, R. (1935). Découverte d'un squelette humain à Saint-Germain-la-Rivière. *Revue D'histoire Et D'archéologie Du Libournais*, *9*, 11-18.

Boelen, P. (2006). Cognitive-Behavioral Therapy for Complicated Grief: Theoretical Underpinnings and Case Descriptions. *Journal Of Loss And Trauma*, *11*(1), 1-30.

Boelen, P., de Keijser, J., van den Hout, M., & van den Bout, J. (2010). Factors associated with outcome of cognitive-behavioural therapy for complicated grief: A preliminary study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *18*(4), 284-291.

Bonanno, G., Keltner, D., Holen, A., & Horowitz, M. (1995). When avoiding unpleasant emotions might not be such a bad thing: Verbal autonomic response dissociation and midlife conjugal bereavement. *Journal Of Personality And Social Psychology*, *69*(5), 975-989.

Bonanno, G.A., Wortman, C.B., Lehman, D.R., Tweed, R.G., Haring, M., Sonnega, J., & Nesse, R.M. (2002). Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18-months postloss. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 83(5), 1150-1164.

Bonanno, G. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events?. *American Psychologist*, *59*(1), 20-28.

Bonanno, G.A., Tedlie Moskowitz, J., Papa, A. & Folkman, S. (2005). Resilience to loss in bereaved spouses, bereaved parents, and bereaved gay men. *Journal of Personality and Social Psychology*, *88(5)*, 827–843.

Bonanno, G.A. (2009). The other side of sadness: What the new science of bereavement tells us about life after loss. New-York: Basic Books.

Borgeaud, P. (2005). D'Antigone à Érigone. In M. Gilbert, *Antigone et le devoir de sépulture* (pp. 44-58). Genève : Labor et Fides.

Bouchy, A., & Ikezawa, M. (2011). *La mort collective et le politique. Construction mémorielle et ritualisation* (pp. 295-303). Tokyo : Institut des Sciences Humaines et Sociales de l'Université de Tokyo.

Bourdieu, P. (1982). Les rites comme actes d'institution. *Actes De La Recherche En Sciences Sociales*, *43*(1), 58-63.

Bourgeois, M., & Verdoux, H. (1994). Deuil. Clinique et pathologie. *Encyclopédie médicale chirurgicale*, *Psychiatrie*, *37-395-A-20*, Paris.

Bourgeois, M. (2006). *Deuil normal, deuil pathologique*. Rueil-Malmaison: Doin.

Bourgeois, M. (2006). Études sur le deuil. Méthodes qualitatives et méthodes quantitatives. *Annales Médico-Psychologiques*, *Revue Psychiatrique*, *164*(4), 278-291.

Bowlby, J. (1961). Process of mourning. *International Journal of Psychoanalysis*, (42), 317-340.

Bowlby, J. (1963). Pathological Mourning and Childhood Mourning. *Journal Of The American Psychoanalytic Association*, *11*(3), 500-541.

Bowlby, J. (1979). *Attachement et perte.* (Vol. 1) *L'attachement* [1969]. Paris : Presses Universitaires de France.

Bowlby, J. (1979). *Attachement et perte.* (Vol. 2) *La séparation : anxiété et colère* [1973]. Paris : Presses Universitaires de France.

Bowlby, J. (1984). *Attachement et perte.* (Vol. 3) *La séparation : anxiété et colère* [1980]. Paris : Presses Universitaires de France.

Braid, J. (2004). *Hypnose, ou, Traité du sommeil nerveux, considéré dans ses relations avec le magnétisme animal* [1843]. Paris : L'Harmattan.

Breton, P. (2000). *Le culte de l'Internet. Une menace pour le lien social?*. Paris : La découverte.

Brosseau, G. (2012). *L'hypnose, une réinitialisation de nos cinq sens*. Paris : InterEditions.

Bryant, R., Kenny, L., Joscelyne, A., Rawson, N., Maccallum, F., & Cahill, C. et al. (2014). Treating Prolonged Grief Disorder. *JAMA Psychiatry*, *71*(12), 1332.

Bryon-Portet, C. (2012). Les bouleversements de l'espace-temps. *Communication, (Vol. 30/1).* Retrieved from http://journals.openedition.org/communication/2999 ; DOI : 10.4000/communication.2999

Burnett, P., Middleton, W., Raphael, B., & Martinek, N. (1997). Measuring core bereavement phenomena. *Psychological Medicine*, *27*(1), 49-57.

Burton, R. (2016). *Anatomy of melancholy, what it is, with all the kinds causes, symptoms, prognostics, and… several cures of it*. [S.l.]: Forgotten Books.

Callahan, E.J., Brasted, W.B. & Granados J.L. (1983). Fetal loss and sudden infant death: Grieving and adjustment for families. Life-span developmental psychology: Non normative life events. *Emergency Joumal* New York: Academic Press, 145-166.

Capafons, A., Mendoza, M., Espejo, B., Green, J., Lopes-Pires, C., & Selma, M. et al. (2008). Attitudes and beliefs about hypnosis: A multicultural study. *Contemporary Hypnosis*, *25*(3-4), 141-155.

Cases, C. & Salines, E. (2004). Statistiques en psychiatrie en France : données de cadrage. *Revue française des affaires sociale*, 181-204. Retrieved from https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2004-1-page-181.htm.

Cassidy, J., & Berlin, L. (1994). The Insecure/Ambivalent Pattern of Attachment: Theory and Research. *Child Development*, *65*(4), 971.

Cassidy, J., & Shaver, P. (2008). *Handbook of Attachment, Second Edition*. New-York: Guilford Publications.

Castel, P.H. (2017). *L'esprit influençable, la suggestion problème moral en psychopathologie*. Retrieved from http://pierrehenri.castel.free.fr/Articles/esprit.htm

Catroux, M. (2002). Introduction à la recherche-action : modalités d'une démarche théorique centrée sur la pratique. *Recherche Et Pratiques Pédagogiques En Langues De Spécialité* (Vol. XXI/3). Retrieved from http://journals.openedition.org/apliut/4276 ; DOI : 10.4000/apliut.4276.

Cazeneuve, J. (1971). *Sociologie du rite*. Paris : Presses universitaires de France.

Célestin-Lhopiteau, I., Bioy, A . (2015). *Hypnoanalgésie et hypnosédation en 43 notions*. Paris : Dunod.

Cerel, J., Fristad, M., Weller, E., & Weller, R. (2000). Suicide-Bereaved Children and Adolescents: II. Parental and Family Functioning. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, *39*(4), 437-444.

Chertok, L. (1980). The unconscious and hypnosis. *International Journal Of Clinical And Experimental Hypnosis*, *30*(2), 95-107.

Chertok, L. (1998). *Hypnose et suggestion*. Paris : Presses Universitaires de France.

Chertok, L., Stengers, I., Gille, D., & Chertok, L. (2006). *Mémoires*. Paris : Odile Jacob.

Chervy, M. (2017). *Si la métaphore m'était contée. La magie du « comme si» dans l'hypnothérapie du possible* - *Hypnose en France*. Retrieved from

http://www.hypnose.asso.fr/si-la-metaphore-metait-contee-la-magie-du-comme-si-dans-lhypnotherapie-du-possible.

Clavandier, G. (2009). *Sociologie de la mort*. Paris : Armand Colin.

Organisation Mondiale de la Santé (2001). *Impact des troubles mentaux et du comportement*. Retrieved from http://www.who.int/whr/2001/chapter2/fr/index2.html

Organisation Mondiale de la Santé (2009). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes : chapitre V troubles mentaux et du comportement*. Retrieved from http://taurus.unine.ch/icd10.

Cohidon, C. (2007). *Prévalence des troubles de santé mentale et conséquences sur l'activité professionnelle en France dans l'enquête "Santé mentale en population générale : images et réalités"*. Saint-Maurice : Institut national de veille sanitaire. Retrieved from http://www.invs.sante.fr.

Collot, E. (2007). L'hypnoanalyse. In A. Bioy & D. Michaux, *Traité d'hypnothérapie* (pp. 43-78). Paris : Dunod.

Collot, E. (2008). *Hypnose et pensée magique*. Paris : Imago.

Combe, E. (2011). Paris: Street-hypnose. Retrieved from http://street-hypnose.fr/la-voix-de-linconscient.pdf

Coué, E. (1926). *La maîtrise de soi-même par l'autosuggestion consciente*. Nancy : L'auteur.

Courtois, A. (2006). Le rituel thérapeutique, à la recherche d'un nouveau souffle. *Thérapie Familiale*, *27*(3), 263.

Cronin, D., Spanos, N., & Barber, T. (1971). Augmenting Hypnotic Suggestibility by Providing Favorable Information about Hypnosis. *American Journal Of Clinical Hypnosis*, *13*(4), 259-264.

Crawford, H., & Gruzelier, J. (1992). Amidstream view of the neurpsychophysiology of hypnosis : recent research and future directions. In E. Fromm & M. Nash, *Contemporary Hypnosis Research* (pp. 227-266). London: Guilford Press.

Damet, A. (2007). Les rites de mort en Grèce ancienne. *Hypothèses, 10*(1), 93.

De Broca, A. (2010). *Deuils et endeuillés*. Paris : Masson.

De Shazer, S. (1999). *Les mots étaient à l'origine magiques*. Bruxelles : SATAS.

Debray, R. (1997). *Transmettre*. Paris : Odile Jacob.

Defosse, S. (2006). *Le développement de la conception de la mort chez le jeune enfant : effet de l'âge, du sexe et de l'expérience avec la mort.* Louvain-la-Neuve : Document inédit.

Des Aulniers, L. (1997). *Itinérances de la maladie grave*. Paris : L'Harmattan.

Despret, V. (2015). *Au bonheur des morts*. Paris : Les empêcheurs de penser en rond / La découverte.

Deutsch, H. (1937). Absence of grief. *Psychoanalytic Quaterly, (6),* 12-22.

Dienes, Z., & Perner, J. (2007). Executive control without conscious awareness: the cold control theory of hypnosis. In G. Jamieson, *Hypnosis and conscious states: the cognitive-neuroscience perspective* (pp. 293-314). Oxford: Oxford University Press.

Dijkstra, I. (2000). *Living with loss*: *parents grieving for the death of their child.* Utrecht : Document inédit.

Dollander, M., & de Tychey, C. (2002). Deuil compliqué et fonctionnement intrapsychique : Approche clinique et projective. *Psychologie Clinique Et Projective, 8*(1), 241.

Dreyfus-Asséo, S., Tarabout, G., Cupa, D., & Chaudoye, G. (2012). *Les ancêtres*. Paris : EDK.

Durkheim, E., & Maffesoli, M. (2008). *Les formes élémentaires de la vie religieuse*. Paris : CNRS éditions.

Durkheim, É. (1930). *Le suicide*. Paris : F. Alcan.

Eliade, M. (2002). *Le Chamanisme et les techniques archaïques de l'extase*. Paris : Payot.

Eliade, M., Trask, W., & Doniger, W. (2004). *Shamanism*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.

Erickson, M. (2000). *Altération par l'hypnose des processus sensoriels, perceptifs et psychophysiologiques*. Bruxelles : SATAS.

Erickson, M., & Rossi, E. (1999). *De la nature de l'hypnose et de la suggestion*. Bruxelles : SATAS.

Erickson, M., Rosen, S., & Fournier, S. (2009). *Ma voix t'accompagnera...* Paris : Hommes et Groupes.

Erickson, M., Rossi, E., & Rossi, S. (2006). *Traité pratique de l'hypnose*. Paris : Grancher.

Faria, J., & Nicolas, S. (2005). *De la cause du sommeil lucide ou étude de la nature de l'Homme* [1819]. Paris : L'Harmattan.

Faschingbauer, T. (1981). *Texas revised inventory of grief*. Houston: Honeycomb.

Fasse, L., Flahault, C., Brédart, A., Dolbeault, S., & Sultan, S. (2012). Deuil et vulnérabilité psychique chez les personnes âgées. *Psycho-Oncologie*, *6*(4), 231-244.

Fasse, L., Sultan, S., & Flahault, C. (2013). Expérience de pré-deuil à l'approche du décès de son conjoint : une analyse phénoménologique interprétative. *Psychologie Française*, *58*(3), 177-194.

Faymonville, M., Defechereux, T., Joris, J., Adant, J., Hamoir, E., & Meurisse, M. (1998). Hypnosis and its application in surgery. *Revue Médicale De Liège*, (53), 414-418.

Faymonville, M.E., Roediger, L., Del Fiore, G., Delgueldre, C., Phillips, C., Lamy, M., Luxen, A., Maquet, P., & Laureys, S. (2003). "Increased cerebral functional connectivity underlying the antinociceptive effects of hypnosis". *Cognitive Brain Research*, *17*, 255-262.

Faymonville, M., Maquet, P., & Laureys, S. (2005). Comment l'hypnose agit sur le cerveau. *La Recherche*, (392).

Faymonville, M., Joris, J., Lamy, M., Maquet, P., & Laurey, S. (2005). Hypnose : des bases neurophysiologiques à la pratique clinique. In *Conférence d'actualisation, Société Française d'anesthésie et de réanimation* (pp. 59-69). Retrieved from http://bscw.rediris.es/pub/bscw.cgi/d4492487/Faymonville Hypnose_bases_neurophysiologiques_pratique_clinique.pdf

Fédida, P. (2001). *Les bienfaits de la dépression*. Paris : Odile Jacob.

Féline, A., Hardy, P., & Bonis, M. (1991). *La dépression*. Paris : Masson.

Fellous, M. (2001). *Rites de passage et modernité*. Paris : L'harmattan.

Fellous, M. (2014). *A la recherche de nouveaux rites*. Paris : L'Harmattan.

Fernandez, L., & Pedinielli, J. (2006). La recherche en psychologie clinique. *Recherche En Soins Infirmiers*, *84*(1), 41.

Festinger, L. (1962). *A theory of cognitive dissonance* [1957]. Stanford: Stanford University Press.

Field, N., Nichols, C., Holen, A., & Horowitz, M. (1999). The relation of continuing attachment to adjustment in conjugal bereavement. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, *67*(2), 212-218

Finger, S. (2001). *La mort en direct*. Paris : Cherche Midi.

Fiorentini, G. (2002). Mais la suggestion peut-elle être traumatique ?. *Revue Française De Psychanalyse*, *66*(3), 823.

Foa, E., & Meadows, E. (1997). Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: A Critical Review. *Annual Review Of Psychology*, *48*(1), 449-480.

Fortin, B. (2016). *Le deuil compliqué et persistant*. Retrieved from https://www.ordrepsy.qc.ca/-/le-deuil-complique-et-persistant

Franklin, B., Bailly, J., & Lavoisier, A. (1785). *Rapport des Commissaires chargés par le roi, de l'examen du magnétisme animal*. Nice : Gabriel Floteron.

Freud, S. (2003). *Métapsychologie*. Paris : Gallimard.

García García, J., Velasco Maíllo, H., & López Coira, M. (1991). *Rituales y proceso social: estudio comparativo en cinco zonas españolas*. Madrid: Ministerio de cultura.

Gay, M. (2007). Les théories de l'hypnose. *Annales Médico-Psychologiques*, (165), 623-630.

Gelin, Z., Simon, Y., & Hendrick, S. (2015). Comment donnons-nous sens à notre vécu d'événements significatifs de vie ?. *Thérapie Familiale*, *36*(1), 133.

Germain, O., & Benhaiem, J. (2011). *Hypnose au quotidien*. Paris : Hachette santé.

Gierl, M. (1998). De la croyance religieuse à la croyance scientifique. *Actes De La Recherche En Sciences Sociales*, *123*(1), 86-94.

Gisquet, E., Aouba, A., Aubry, R., Jougla, E., & Rey, G. (2012). Où meurt-on en France ? Analyse des certificats de décès (1993 - 2008). *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire - Institut De Veille Sanitaire*, (48), 547-551.

Goffman, E. (1987). *La Mise en scène de la vie quotidienne*. Paris : Minuit.

Goffman, E., & Kihm, A. (2011). *Les rites d'interaction*. Paris : Les Editions de Minuit.

Goldman, N., Korenman, S., & Weinstein, R. (1995). Marital status and health among the elderly. *Social Science & Medicine*, *40*(12), 1717-1730.

Gorer, G., Allouch, H., & Vovelle, M. (1995). *Ni pleurs ni couronnes ; précédé de Pornographie de la mort*. Paris : E.P.E.L.

Gorsuch, R., & Cattell, R. (1967). Second Stratum Personality Factors Defined In The Questionnaire Realm By The 16 P.F. *Multivariate Behavioral Research*, *2*(2), 211-223.

Graham, K. (1977). Perceptual processes and hypnosis: support for a cognitive-state theory based on laterality. *Annals Of The New York Academy Of Sciences*, *296*(1), 274-283.

Green, J., Barabasz, A., Barrett, D., & Montgomery, G. (2005). The 2003 APA Division 30 Definition of Hypnosis. *American Journal Of Clinical Hypnosis*, *48*(2-3), 89-89.

Green, J. (2012). The Valencia Scale of Attitudes and Beliefs Toward Hypnosis–Client Version and Hypnotizability. *International Journal Of Clinical And Experimental Hypnosis*, *60*(2), 229-240

Gueguen, J., Barry, C., Hassler, C., & Falissard, B. (2015). *Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose*. Paris : INSERM U1178 Santé Mentale et Santé Publique.

Guilford, J. (1956). The Guilford-Zimmerman Aptitude Survey. *The Personnel And Guidance Journal*, *35*(4), 219-223.

Hagman, G. (2001). *Beyond Decathexis: Towards a New Psychoanalytic Understanding and Treatment of Mourning.* Retrieved from http://www.griefcounselor.org/articles/prof-article-beyond-decathexis-hagman.pdf

Haggard, P., Cartledge, P., Dafydd, M., & Oakley, D. (2004). Anomalous control: When 'free-will' is not conscious. *Consciousness And Cognition*, *13*(3), 646-654.

Haley, J., & Robert, F. (2005). *Un thérapeute hors du commun*. Paris : Desclée de Brouwer.

Hanus, M. (1994). *Les deuils dans la vie*. Paris : Maloine.

Hanus, M. (1995). Deuil et accompagnement. *Thanatologie*, *103/104*, 41.

Hanus, M. (2005). Les particularités du deuil après suicide. *Etudes Sur La Mort*, *127*(1), 49.

Hardy, P. (2017). *Deuil normal et pathologique*. Retrieved from http://psyfontevraud.free.fr/cours/70-deuil.htm

Harwood, D., Hawton, K., Hope, T., & Jacoby, R. (2002). The grief experiences and needs of bereaved relatives and friends of older people dying through suicide: a descriptive and case-control study. *Journal Of Affective Disorders*, *72*(2), 185-194.

Hart, O. (1983). *Rituals in psychotherapy*. New-York: Irvington Publishers.

Hell, B. (2012). *Possession et chamanisme*. Paris : Flammarion.

Helsing, K., & Szklo, M. (1981). Mortality after bereavement. *American Journal Of Epidemiology*, *114*(1), 41-52.

Hensley, P. (2006). Treatment of bereavement-related depression and traumatic grief. *Journal Of Affective Disorders*, *92*(1), 117-124.

Herberden. (1657). *Bill of mortality of the city of London*. Londres.

Hertz, R. (1970). Contribution à une étude sur la représentation collective de la mort. In *Sociologie religieuse et folklore* (pp. 1-83). Paris : Presses Universitaires de France.

Heusch, L. (1971). *Pourquoi l'épouser? et autres essais*. Paris : Gallimard.

Hilgard, E., & Hilgard, J. (1965). *Hypnotic susceptibility*. New-York: Harcourt, Brace & World.

Hilgard, E. (1997). *Divided consciousness*. Ann Arbor: University Microfilms International.

Holmes, T., & Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal Of Psychosomatic Research*, *11*(2), 213-218.

Horowitz, M., Bonanno, G., & Holen, A. (1993). Pathological grief: diagnosis and explanation. *Psychosomatic Medicine*, *55*(3), 260-273.

Horowitz, M., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G., Milbrath, C., & Stinson, C. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *American Journal Of Psychiatry*, *154*(7), 904-910.

Horowitz, M., Milbrath, C., Bonanno, G., Field, N., Stinson, C., & Holen, A. (1998). Predictors of complicated grief. *Journal Of Personal And Interpersonal Loss*, *3*(3), 257-269.

Horowitz, M., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G., Milbrath, C., & Stinson, C. (2003). Diagnostic Criteria for Complicated Grief Disorder. *FOCUS, 1*(3), 290-298.

Horowitz, M. (2014). *Stress response syndromes*. Lanham : Jason Aronson.

Hounkpatin, L., Wexler Czitrom, H., & Perez, A. (2014). « Ce mort n'est pas notre ancêtre ». Processus d'ancestralisation et traitement des restes dans la Clinique de la multiplicité. In S. Dreyfus-Asséo, G. Tarabout, D. Cupa & G. Chaudoye, *Les Ancêtres*. Paris : EDK.

Higgins, R. (2013). Un modèle médico-scientifique de la mort peut-il exister ?. In M. Bacqué, *La médecine face à la mort*. Paris : L'esprit du temps.

Hilgard, E., & Weitzenhoffer, A. (1963). *Manual for Stanford profile scales of hypnotic susceptibility*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Hugon, M., & Seibel, C. (1988). *Recherche impliqueés, recherches action : le cas de l'éducation*. Bruxelles : De Boeck université.

Institut National d'Etudes Démographiques, INED. (2010). *Table de mortalité - Mortalité, cause de décès - France - Les chiffres*. Retrieved from https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/mortalite-cause-deces/table-mortalite.

Issautier, S. (2006). Un autre point de vue sur l'Ecole Normale d'Avignon... In *Quelle Ecole et quels enseignants ?* (pp. p. 200 à 208). Paris : L'Harmattan.

James, W. (1950). *The principles of psychology*. New York: Dover Publications.

Janet, P. (2005). *La médecine psychologique*. Paris : Harmattan.

Javeau, C. (2007). *Leçons de sociologie*. Paris : Armand Colin.

Jordan, A., & Litz, B. (2014). *Prolonged Grief Disorder: Diagnostic, Assessment, and Treatment Considerations*. Retrieved from https://www.apa.org/pubs/journals/features/pro-a0036836.pdf

Jouison-Laffitte, E. (2009). La recherche action : oubliée de la recherche dans le domaine de l'entrepreneuriat. *Revue De L'Entrepreneuriat*, *8*(1), 1.

Joule, R., & Beauvois, J. (1998). *La soumission librement consentie*. Paris : Presses Universitaires de France.

Joule, R., & Beauvois, J. (2002) *Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.

Kakar, S. (1997). *Chamans, mystiques et médecins*. Paris : Seuil.

Kaës, R. (1976). *L'appareil psychique groupal*. Paris : Dunod.

Kaiser, T. (2017). Ernestine S. Elster, Eugenia Isetti, John Robb & Antonella Traverso (ed.). 2016. The archaeology of Grotta Scaloria: ritual in Neolithic southeast Italy (Monumenta Archaeologica 38). 2016. Los Angeles : Cotsen Institute of Archaeology Press; 978-938770-07-4. *Antiquity*, *91*(356), 539-540.

K'Delant, P. (2010). *Le Trouble du Deuil Persistant chez la Personne Âgée : Évaluation et Étude des Effets de la Personnalité.* Retrieved from http://docnum.univ-lorraine.fr/public/NANCY2/doc497/2010NAN21008_1.pdf

Keats, J. (1993). *Lettres*. Paris : Belin.

Keller, P. (2007). Contrepoint : un hypnotiseur chez Freud. *Revue Française De Psychanalyse*, *71*(3), 763.

Kihlstrom, J. (2008). In M. Nash & A. Barnier, *The Oxford hanbook of hypnosis: theory, research and practice* (pp. 21-52). Oxford: Oxford University Press.

Kirsch, I., & Council, J. (1992). Situational and personality correlates of hypnotic responsiveness. In E. Fromm & M. Nash, *Contemporary hypnosis research* (pp. 267-291). New York: Guilford Press.

Kirsch, I., Lynn, S. J. (1997). Hypnotic involuntariness and the automaticity of everyday life. American Journal of Clinical Hypnosis, 40, 329-348.

Kirsch, I., & Lynn, S. (1998). Dissociation theories of hypnosis. *Psychological Bulletin*, *123*(1), 100-115.

Kirsch, I., & Braffman, W. (2001). Imaginative Suggestibility and Hypnotizability. *Current Directions In Psychological Science*, *10*(2), 57-61.

Klein, M. (1969). *La psychanalyse des enfants*. Paris : Presses Universitaires de France.

Kundera, M., & Ricard, F. (1998). *La lenteur*. Paris : Gallimard.

La Bible. (2007) (Luc 5, 22-25, 80-100). Paris : Broché.

Langdridge, D. (2007). *Phenomenological psychology*. Harlow: Pearson Education.

Laplanche, J., Pontalis, J., & Lagache, D. (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : Quadrige/PUF.

Laupies, F. (1996). *Leçon philosophique sur le temps*. Paris : PUF.

Laurence, J.R., & Perry, C. (1981). The "hidden observer" phenomenon in hypnosis: Some additional findings. *Journal Of Abnormal Psychology*, *90*(4), 334-344.

Laurence, J.R. (1995). Ce sont toujours les mêmes qui entrent en transe. In D. Michaux, *La Transe et l'hypnose*. Paris : Imago.

Lazarus, R., & Folkmann, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New-York: Springer.

Le Breton, D. (1990). *Anthropologie du corps et modernité*. Paris : Presses Universitaires de France.

Lempen, O., & Roman, P. (2016). Contribution de la création au processus de subjectivation. *Psychothérapies*, *37*(4), 247.

Lévi-Strauss, C. (1967). *Les Structures élémentaires de la parenté. (Deuxième édition)*. Paris : La Haye.

Lieberman, P., & Jacobs, S. (1988). Bereavement and its Complications in Medical Patients: A Guide for Consultation-Liaison Psychiatrists. *The International Journal Of Psychiatry In Medicine*, *17*(1), 23-39.

Lindemann, E. (1991). Symptomatology and Management of Acute Grief. *Illness, Crisis & Loss*, *1*(2), 30-38.

Loi du 9 décembre 1905 concernant la séparation des Eglises et de l'Etat. (1905). Paris. https://www.legifrance.gouv.fr.

Loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (2005). Paris. https://www.legifrance.gouv.fr.

Loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (2016). Paris. https://www.legifrance.gouv.fr.

Lussier, M. (2007). *Le travail de deuil*. Paris : Presses universitaires de France.

Lynn, S., & Rhue, J. (1991). *Theories of hypnosis: current models and perspectives*. New-York: Guilford Press.

Lynn, S.J., & Kirsch, I. (2006). *Essentials of clinical hypnosis: An evidence-based approach*. Washington, D.C.: American Psychological Association

Lynn, S., & O'Hagen, S. (2009). The sociocognitive and conditioning and inhibition theories of hypnosis. *Contemporary Hypnosis*, *26*(2), 121-125.

Maddison, D., & Walker, W. (1967). Factors Affecting the Outcome of Conjugal Bereavement. *The British Journal Of Psychiatry*, *113*(503), 1057-1067.

Maillard, B., Rexand Galais, F., Gillot, F., Letellier, M., & Nizard, J. (2016). Douleur chronique : une maladie du deuil ?. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*, *17*(1), 28-33.

Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. Brazelton & M. Yogman, *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Norwood, NJ: Ablex.

Mancini, S. (2008). Hypnose, pensée magique et déshistoricisation mythico-rituelle. In E. Collot, *Hypnose et pensée magique*. Paris : Imago.

Maniguet, X. (2016). *Survivre*. Paris : Albin Michel.

Marris, P. (2014). *Loss and Change (Psychology Revivals)*. Hoboken: Taylor and Francis.

Marty, P. (2011). *La psychosomatique de l'adulte*. Paris : Presses universitaires de France.

Mathé, T., Francou, A., & Hébel, P. (2016). *Le deuil, une réalité vécue par 4 Français sur 10*. Retrieved from http://www.credoc.fr/publications/abstract.php

Mathieu, I. (2012). *Les procès criminels de Saint-Denis-d'Anjou et Chemiré-sur-Sarthe (1501-1512)*. Retrieved from https://criminocorpus.revues.org/2952

Matthews, L., & Marwitt, S. (2004). Complicated Grief and the trend toward cognitive-behavioral therapy. *Death Studies*, *28*(9), 849-863.

Mauss, M. (1938). *Une catégorie de l'esprit humain*. London: Royal anthropological institute of Great Britain and Ireland, 1938.

McConkey, K. (1991). The construction and resolution of experience and behavior in hypnosis. In S. Lynn & J. Rhue, *Theories of hypnosis: current models and perspectives* (pp. 542-563). New York: Guilford press.

Mc Dougall, J. (2004). *Théâtres du Je*. Paris : Gallimard.

McGeown, W., Mazzoni, G., Venneri, A., & Kirsch, I. (2009). Hypnotic Induction Attenuates Anterior Default Mode Activity. *Neuroimage*, *47*, S154.

McIntosh, D., Silver, R., & Wortman, C. (1993). Religion's role in adjustment to a negative life event: Coping with the loss of a child. *Journal Of Personality And Social Psychology*, *65*(4), 812-821.

McVittie, C., & McKinlay, A. (2012). L'analyse du discours dans les pays anglo-saxons. *Bulletin De Psychologie*, *Numéro 521*(5), 429.

Mead, G. (2006). *L'esprit, le soi et la société*. Paris : Presses Universitaires de France.

Méheust, B. (2008). Démonothérapies traditionnelles et thérapies modernes. In E. Collot, *Hypnose et pensée magique*. Paris : Imago.

Melchior., T. (2008). *Créer le réel*. Paris : Editions Seuil.

Mesmer, F.A. (2013). *Mémoire de F.A. Mesmer, sur ses découvertes*. Paris : Hachette - BNF.

Middleton, W., Raphael, B., Martinek, N., & Misso, V. (1993). Pathological Grief Reactions. In M. Stroebe, W. Stroebe & R. Hanson, *Handbook of bereavement.* Cambridge: Cambridge University Press.

Michaux, D., Lejeune, P., & Bleirad, G. (1978). Recherches cliniques et expérimentales sur l'hypnose. *Revue De Santé Mentale*, (Spécial Hypnose), 22-44.

Michaux, D. (1982). *Aspects expérimentaux et cliniques de l'Hypnose*. Thèse de doctorat de psychologie, Université de Paris VII.

Michaux, D. (1991). *Mesure de l'hypnose et formes d'hypnose*. Retrieved from http://hypnose.fr/pdf/mesure-hypnose-formes-hypnose-michaux.pdf

Michaux, D. (1995). *La transe et l'hypnose*. Paris : Imago.

Michaux, D. (2002). Hypnose contemporaine et adorcisme. In M. Didier, *La transe et l'hypnose*. Paris : Imago.

Michaux, D. (2002). *Hypnose, langage et communication*. Paris : Imago.

Michaux, D. (2005). La représentation sociale de l'hypnose : conséquences sur la connaissance et la pratique de l'hypnose. *Perspectives Psy*, *44*(5), 341-345.

Michaux, D., Halfon, Y., & Wood, C. (2007). *Manuel d'hypnose pour les professions de santé*. Paris : Maloine.

Michaux, D. (2013). *Douleur et hypnose*. Paris : Imago.

Miermont, J., & Poisson-Salomon, A. (2012). E*cologie des liens*. Paris : L'Harmattan.

Mirabel-Sarron, C., & Rivière, B. (1996). *Précis de thérapie cognitive*. Paris : Dunod.

Missonnier, S. (2007). Psychanalyse et psychothérapie : étude comparative et critique des quatorze contributions publiées dans le Carnet PSY. *Le Carnet PSY*, *122*(9), 29.

Mott, T. (1992). Lynn, Steven Jay & Rhue, Judith W. (Eds.) (1991).Theories of Hypnosis: Current Models and Perspectives.New York: Guilford Press, pp. 626. *American Journal Of Clinical Hypnosis*, *35*(1), 63-66.

Mormont, C. (2009). *Deuil et traumatisme*. Retrieved from https://traumapsy.com/IMG/pdf/S_T2009-218-223_Mormont.pdf.

Nachin, C. (1993). Sept thèses sur les maladies du deuil. *Psychiatrie Française*, *XXVI 4/93*, 14-22.

Nathan, T. (1994). *L'influence qui guérit*. Paris : Odile Jacob.

Nathan, T. (1996). *Rituels de deuil, travail du deuil*. Grenoble : La Pensée sauvage.

Nathan, T., & Stengers, I. (2012). *Médecins et sorciers*. Paris : La Découverte.

Négroponte, N. (1995). *L'Homme numérique*. Paris : Laffont.

Nicolas, S. (2004). *L'hypnose - Charcot face à Bernheim - L'école de la Salpêtrière face à l'école de Nancy*. Paris : L'Harmattan.

Normand, C.L., Silvermann, P.R., & Nickman, S.L. (1996). Bereaved children's changing relationships with the deceased. In D. Klass, P.R. Silverman, & S.L. Nickman (Eds.), *Continuing bonds: New understanding of grief* (pp. 87-111). Philadelphia, PA : Taylor & Francis.

Norman, D., & Shallice, T. (1984). Attention to action: willed and automatic control of behavior. In R. Davidson, G. Schwartz & D. Shapiro, *Consciousness and self-regulation: advances in research and theory* (4th ed., pp. 1-18). New-York: Plenum.

Organisation Mondiale de la Santé (2001). *Impact des troubles mentaux et du comportement Chapitre 2*. Retrieved from http://www.who.int/whr/2001/chapter2/fr/index2.html

Orne, M. (1959). The nature of hypnosis: Artifact and essence. *The Journal Of Abnormal And Social Psychology*, *58*(3), 277-299.

Orne, M. (1971). The simulation of hypnosis: Why, how, and what it means. *International Journal Of Clinical And Experimental Hypnosis*, *19*(4), 183-210.

Orne, M. (1979). On the simulating subject as a quasi-control group in hypnosis research: what, why, and how. In E. Fromm & R. Shor, *Hypnosis: developments in research and new perspectives*. New-York: Aldine.

Pachoud, B. (2005). Analyse phénoménologique de la notion d'événement et ses implications pour la psychopathologie. *L'évolution Psychiatrique*, *70*(4), 699-707.

Panksepp, J. (2014). *Affective neuroscience*. Oxford: Oxford University Press.

Parkes, C., & Weiss, R. (1995). *Recovery from bereavement*. Northvale: Aronson.

Parkes, C.M. (1995). Guidelines for conducting ethical bereavement research. *Death Studies*, 19(2), Special issue: Ethics and bereavement research, 171-181.

Parkes, C.M. (1996). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. London: Routledge.

Parkes, C.M. (2001). A historical overview of the scientific study of bereavement. In M. Stroebe, R.O. Hansson, W. Stroebe, & H.A.W. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care* (pp. 25– 45). Washington: American Psychological Association Press.

Parkes, C.M. (2011). Introduction: The historical landscape of loss: Development of bereavement studies. In R.A. Neimeyer, D.L. Harris, H.R. Winokuer, G.F. Thornton (Eds.), *Grief and bereavement in contemporary society: Bridging research and practice* (pp. 1-5). New York, NY US: Routledge/Taylor & Francis Group.

Patterson, D., & Jensen, M. (2003). Hypnosis and clinical pain. *Psychological Bulletin*, *129*(4), 495-521.

Pavlov, I. (1923). Address on “The Identity of Inhibition with Hypnosis and Sleep”. *Quarterly Journal Of Experimental Physiology*, *13*, 39-43.

Perrot, S. (2014). *Douleur, soins palliatifs et accompagnement*. Paris : Med-Line.

Peters, D. (2009). *Mourir en avion, deuil impossible*. L'hebdo. Retrieved from https://www.rts.ch/emissions/...html/.../Hebdo-mourrir-en-avion-deuil-impossible.pdf

Philippin, Y. (2006). Deuil normal, deuil pathologique et prévention en milieu clinique. *Revue Internationale De Soins Palliatifs*, *21*(4), 163.

Picard, D. (2002). Rites, rituels. *Vocabulaire de psycchosociologie.* (pp. 251-257). Toulouse, France : ERES.doi :10.3917/eres.barus.2002.01.0251.

Piette, A. (1997). Pour une anthropologie comparée des rituels contemporains. *Terrain*, (29), 139-150.

Pollefeys, P. (2017). *La Mort dans l'Art*. Retrieved from http://lamortdanslart.com/

Prigerson, H.G., Maciejewski, P.K., Reynolds, C., Bierhals, A.J., Newsom, J.T., Fasiczka, A., & Miller, M. (1995). Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59(1-2), 65-79.

Prigerson, H., Franck, E., Kasl, S., Reynolds, C., Anderson, B., & Zubencko, G. et al. (1995). Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *American Journal Of Psychiatry*, *152*(1), 22-30.

Prigerson, H., & Jacobs, S. (2001). Critères diagnostiques du deuil traumatique. *JAMA*, *286:1369-72*.

Prigerson, H.G., Vanderwerker, L.C., & Maciejewski, P.K. (2008). A case for inclusion of prolonged grief disorder in DSM-V. In M.S. Stroebe, R.O. Hansson, H. Schut, W. Stroebe

(Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention* (pp. 165-186). Washington: American Psychological Association.

Prigerson, H., Horowitz, M., Jacobs, S., Parkes, C., Aslan, M., & Goodkin, K. et al. (2009). Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11. *Plos Medicine*, *6*(8). Retrieved from https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121

Publishing, H. (2011). *Coping with complicated grief - Harvard Health*. *Harvard Health*. Retrieved from https://www.health.harvard.edu/newsletter_article/coping-with-complicated-grief

Puységur, A., & Michaux, D. (2003). *Aux sources de l'hypnose*. Paris : Imago.

Quirion, B. (2007). Les transformations de l'intervention thérapeutique en milieu correctionnel : pérennité de la logique dominante ou innovations pénales ?. *Champ Pénal*. Retrieved from http://journals.openedition.org/champpenal/1471 ; DOI : 10.4000/champpenal.1471

Racamier, P. (1992). *Le génie des origines*. Paris : Payot.

Rainville, P., Duncan, G. H., Price, D. D., Carrier, B., & Bushnell, M. C. (1997). Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. *Science, 277(5328),* 968 – 971.

Rainville, P., Carrier, B., Hofbauer, R., Bushnell, C., & Duncan, G. (1999). Dissociation of sensory and affective dimensions of pain using hypnotic modulation. *Pain*, *82*(2), 159-171.

Ramsay, R. (1979). Bereavement: a behavioral treatment of pathological grief. In P. Sjoden, S. Bates & W. Dorkens III, *Trends in behavior therapy* (pp. 217-248). New-york: Academic Press.

Raphael, B., & Martinek, N. (1997). Assessing traumatic bereavments and PTSD. In J. Wilson & T. Keane, *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 373-395). New-York: Guilford Press.

Raz, A., Fan, J., & Posner, M. (2005). Hypnotic suggestion reduces conflict in the human brain. *Proceedings Of The National Academy Of Sciences*, *102*(28), 9978-9983.

Recanati, F. (1986). *Les énoncés performatifs*. Paris : Les Editions de Minuit.

Ricoeur, P. (1960). *Finitude et culpabilité*. Paris : Aubier.

Ricoeur, P. (2003). *La mémoire, l'histoire, l'oubli*. Paris : Seuil.

Rivière, C. (1995). *Les rites profanes*. Paris : PUF.

Robb, J., Elster, E., Isetti, E., Knüsel, C., Tafuri, M., & Traverso, A. (2015). Cleaning the dead: Neolithic ritual processing of human bone at Scaloria Cave, Italy. *Antiquity*, *89*(343), 39-54.

Robert, P. (2004). Critique de la dématérialisation. *Communication Et Langages*, *140*(1), 55-68.

Robin, F. (2013). *Hypnose et faux souvenirs - Dossier « L'hypnose : charlatanisme ou avancée médicale ? »*. Retrieved from http://www.pseudo-sciences.org/spip.php?article2531

Robin, F. (2013). *Hypnose, Processus, Suggestibilité et faux souvenirs*. Bruxelles : De Boeck.

Rose, A. (2002). Co-Rumination in the Friendships of Girls and Boys. *Child Development*, *73*(6), 1830-1843.

Rosenthal, D. (2004). Varieties of Higher-order theory. In R. Gennaro, *High-Order Theories of Consciousness: an anthology*. John Benjamins.

Rossi, E.L. & Erickson, M. (1999). *De la nature de l'hypnose et de la suggestion*. Bruxelles : Satas.

Rossi, E.L. & Erickson, M. (2000). *Altération par l'hypnose des processus sensoriels, perceptifs et psychophysiologiques*. Bruxelles : Satas.

Rossi, E.L. & Erickson, M. (2002). *L'homme de février*. Bruxelles : Satas.

Roustang, F. (2001). *La fin de la plainte*. Paris : Odile Jacob.

Roustang, F. (2003). *Qu'est-ce que l'hypnose?*. Paris : Editions de Minuit.

Roustang, F. (2004). *Il suffit d'un geste*. Paris : Odile Jacob.

Roustang, F. (2011). *Influence*. Paris : Editions de Minuit.

Rush, B., & Runes, D. (2013). *The selected writings of Benjamin Rush*. New York: Philosophical Library.

Sadock, B., Sadock, V., & Ruiz, P. (1976). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.

Salem, G., & Bonvin, E. (2012). *Soigner par l'hypnose*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Sanders, C. (1980). A Comparison of Adult Bereavement in the Death of a Spouse, Child, and Parent. *OMEGA - Journal Of Death And Dying*, *10*(4), 303-322.

Sanders, C., Mauger, P., & Strong, P. (1985). *A manual for the Grief Experience Inventory*. Palo Alto : Consulting Psychologists Press.

Sanders, C. (1988). Risk Factors in Bereavement Outcome. *Journal Of Social Issues*, *44*(3), 97-111.

Sans, P. (2017). *Les rites thérapeutiques et le placement familial*. Retrieved from http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/bibliothq/sallelec/textselect/Placfamil2.html

Sarbin, T., & Coe, W. (1972). *Hypnosis : a social psychological analysis of influence communication*. New-York: Holt, Rinehart and Winston.

Sauteraud, A. (2011). Le deuil compliqué : une maladie spécifique ?. *L'encéphale*, *37*(4). Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/241090523_Le_deuil_complique_une_maladie_specifique

Sauteraud, A. (2015). Le deuil compliqué en pratique clinique psychiatrique ambulatoire ; une étude rétrospective sur 14 ans. *Journal De Thérapie Comportementale Et Cognitive*, *25 - N°1*, 1-38.

Schultz, P. (2016). *Traitements des troubles psychiatriques selon le DSM-5 et la CIM-10*. Paris : De Boeck.

Sédat, J. (2006). Position du psychanalyste. *Le Carnet PSY*, *110*(6), 48.

Segalen, M. (2006). L'invention d'une nouvelle séquence rituelle de mariage. *Hermès*, (43), 159.

Seligman, M. (2000). *Helplessness*. New-York : Freeman.

Seltzer, W., & Seltzer, M. (1983). *Material, myth and magic:* A Cultural Approach to Family Therapy. *22*, 3–14.

Selvini Palazzoli, M. (1974). *Self-starvation*. London: Human context books.

Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1978) : *Paradoxe et contre-paradoxe*. ESF, Paris.

Senior, D. (2017). *La fin de vie en France : L'INED analyse les lieux de fin de vie et de décès*. Retrieved from http://www.capgeris.com/data-senior-1750/la-fin-de-vie-en-france-l-ined-analyse-les-lieux-de-fin-de-vie-et-de-deces-a29342.htm

Shear, K., Frank, E., Houck, P., & Reynolds, C. (2005). Treatment of Complicated Grief. *JAMA*, *293*(21), 2601.

Sheehan, P. W., & Tilden, J. (1983). “Effects of suggestibility and hypnosis on accurate and distorted retrieval from memory”. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, & Cognition*, *9*, 283–293.

Sheehan, P.W. (1988). “Memory distortion in hypnosis”. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *36*, 296-311.

Sheehan, P. (1991). Hypnosis, context and commitment. In S. Lynn & J. Rhue, *Theories of hypnosis: current models and perspectives* (pp. 520-541). New-York: Guilford Press.

Sherkat, D., & Reed, M. (1992). The effects of religion and social support on self-esteem and depression among the suddenly bereaved. *Social Indicators Research*, *26*(3), 259-275.

Simon, H. (1933). La psychothérapie à l'asile. *L'hygiène Mentale*, 16-28.

Simon, N. (2013). Treating Complicated Grief. *JAMA*, *310*(4), 416.

Sireling, L., Cohen, D., & Marks, I. (1988). Guided mourning for morbid grief: A controlled replication. *Behavior Therapy*, *19*(2), 121-132.

Smith, J., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis*. London: Sage.

Simpson, M. (1994). Pathologic grief: Maladaptation to loss. *Journal Of Traumatic Stress*, *7*(4), 739-740.

Spanos, N., & Ham, M. (1975). Involvement in Suggestion-Related Imaginings and the "Hypnotic Dream". *American Journal Of Clinical Hypnosis*, *18*(1), 43-51.

Spanos, N., & Barber, T. (1975). Divergence or convergence in hypnosis research. *American Psychologist*, *30*(9), 947-947.

Spanos, N. (1986). Hypnotic behavior: A social-psychological interpretation of amnesia, analgesia, and "trance logic". *Behavioral And Brain Sciences*, *9*(03), 449.

Spanos, N. (1988). Misconceptions about influenceability research and about sociocognitive approaches to hypnosis. *Behavioral And Brain Sciences*, *11*(04), 714.

Spanos, N. (1991). A sociocognitive approach to hypnosis. In S. Lynn & J. Rhue, *Theories of hypnosis: current models and perspectives* (pp. 324 361). New-York: Guilford Press.

Spiegel, D. (1998). Hypnosis and Implicit Memory: Automatic Processing of Explicit Content. *American Journal Of Clinical Hypnosis*, *40*(3), 231-240.

Spiegel, H., & Spiegel, D. (2004). *Trance and treatment*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing.

Spitz, R., & Cobliner, W. (1973). *De la naissance à la parole : la première année de la vie*. Paris : Presses Universitaires de France.

Stengers, I. (2002). *L'hypnose entre magie et science*. Paris : Les Empêcheurs de penser en rond.

Stroebe, M.S., Abakoumkin, G., Stroebe, W., & Schut, H. (2012). Continuing bonds in adjustment to bereavement: Impact of abrupt versus gradual separation. Personal Relationships, 19(2), 255-266.

Stroebe, W., & Stroebe, M. (1987). *Bereavement and health*. Cambridge: Cambridge University Press.

Stroebe, M., & Stroebe, W. (1991). Does grief work work? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(3), 479–482.

Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 197-224.

Stroebe, W., & Schut, H. (2001). Risk factors in bereavement outcome: A methodological and empirical review. In M. Stroebe, R.O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), Handbook of Bereavement Research: Consequences, Coping and Care (pp. 349–372). Washington DC: American Psychological Association Press.

Stroebe, M. S., Stroebe, W., & Schut, H. (2001). Gender differences in adjustment to bereavement: An empirical and theoretical review. Review of General Psychology, 5, 62-83.

Stroebe, W., Schut, H., & Stroebe, M.S. (2005). Grief work, disclosure and counseling: Do they help the bereaved?. *Clinical Psychology Review*, 25(4), 395-414.

Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2006). Who benefits from disclosure? Exploration of attachment style differences in the effects of expressing emotions. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 66-85.

Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, 370(9603), 1960-1973.

Stroebe, M., Boelen, P.A., van den Hout, M., Stroebe, W., Salemink, E., & van den Bout, J. (2007). Ruminative coping as avoidance: A reinterpretation of its function in adjustment to bereavement. *European Archives Of Psychiatry And Clinical Neuroscience*, 257(8), 462-472.

Stroebe, M.S., Hansson, R.O., Schut, H., & Stroebe, W. (2008). Bereavement research: Contemporary perspectives. In M.S. Stroebe, R.O. Hansson, H. Schut, W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention* (pp. 325). Washington, DC: American Psychological Association.

Stroebe, M., Schut, H., & Boerner, K. (2010). Continuing bonds in adaptation to bereavement: Toward theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 259-268.

Stroebe, M., & Schut, H. (2010). The Dual Process Model of Coping with Bereavement: A decade on. Omega: *Journal Of Death And Dying*, 61(4), 273-289.

Sylvestre, D. (1997). Qui sont les professionnels de la mort ?. In M. Bacqué, *Mourir aujourd'hui. Les nouveaux rites funéraires.* Paris : Odile Jacob.

Tager, K. (2007). *La vie après la mort*. Paris : Plon.

Tait, R., & Silver, R. C. (1989). Coming to terms with major negative life events. In J. S. Uleman & J. A. Bargh (Eds.), *Unintended thought* (pp. 351-382). New-York: Guilford Press.

Uleman & J.A. Bargh (Eds.), *Unintended Thoughts* (pp.351-381). New-York: Guilford Press.

Taylor, S., & Brown, J. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, *103*(2), 193-210.

Thomas, L. (1976). *Anthropologie de la mort*. Paris : Payot.

Thomas, L. (1995). Ritualité du chagrin et du deuil en Afrique noire. In T. Nathan, *Rituels de deuil et travail de deuil*. Paris : La Pensée Sauvage.

Thomas, L. (2003). *Rites de mort*. Paris : Fayard.

Thomson, D. (2016). *Les revenants*. Paris : Seuil.

Tisseron, S. (2006). Maria Torok, les fantômes de l'inconscient. *Le Coq-Héron*, *186*(3), 27.

Toomey, T., Hernandez, J., Gittelman, D., & Hulka, J. (1993). Relationship of sexual and physical abuse to pain and psychological assessment variables in chronic pelvic pain patients. *Pain*, *53*(1), 105-109.

Toscano, R. (2006). Savoir et savoir supposé. *Essaim*, *17*(2), 113.

Touati, J. (2017). *Influence et persuasion en psychologie sociale et Hypnose.* Retrieved from http://www.orgadia.com/hypnotherapeute-paris/hypnotherapie-articles/hypnose-ericksonienne-communication-engageante-persuasive-infuence-psychologie-sociale-persuasion.htm

Vandendorpe, C. (2011). *Du papyrus à l'hypertexte*. Paris : Editions La Découverte.

Vanhaudenhuyse, A., Laureys, S., & Faymonville, M. (2014). Neurophysiology of hypnosis. *Neurophysiologie Clinique/Clinical Neurophysiology*, *44*(4), 343-353.

Van Emmerik, A., Kamphuis, J., Hulsbosch, A., & Emmelkamp, P. (2002). Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *The Lancet*, *360*(9335), 766-771.

Van Gennep, A. (1981). *Les Rites de passage. Étude systématique des rites* [1909]. Paris : Picard.

Virot, C. (2008). Quelque part entre le monde des vivants et le monde des morts. In E. Collot, *Hypnose et pensée magique*. (pp.338-354). Paris : Imago.

Vogther, C. B. (1703). Disputation de Moris Moerentium Altdorfii. British Library Shelf 7306.1, 9(2).

Weitzenhoffer, A., Hilgard, E., Cooper, L., Lauer, L., & Morgan, A. (1959). *Revised Stanford profile scales of hypnotic susceptibility forms I and II*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Weitzenhoffer, A., & Hilgard, E. (1962). *Stanford hypnotic susceptibility scale*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Winkin, Y. (2006). La notion de rituel chez Goffman : de la cérémonie à la séquence. *Hermès*, (43), 69.

Winnicott, D., & Harrus-Reìvidi, G. (2010). *Les objets transitionnels*. Paris : Payot & Rivages.

Wood, C., & Bioy, A. (2005). De la neurophysiologie à la clinique de l'hypnose dans la douleur de l'enfant. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*, *6*(5), 284-296.

Woody, E., & Bowers, K. (1994). A frontal assault on dissociated control. In S. Lynn & J. Ruhe, *Dissociation: clinical and theoretical perspectives* (pp. 52-79). New-York: Guilford press.

Worden, W. (2002). *Children and grief*. New-York: Guilford.

Worden, J., & Silverman, P. (1996). Parental Death and the Adjustment of School-Age Children. *OMEGA - Journal Of Death And Dying*, *33*(2), 91-102.

Worden, J. (2001). *Grief counseling and grief therapy*. New-York: Springer Pub.

Wortman, C.B. & Silver, R.C. (1989). The myths of coping with loss revised. *Journal of consulting and clinical psychology*, *57*, 349-357.

Zech, E. (2006). *Psychologie du deuil*. Sprimont : Mardaga.

Zeig, J. (1997). *Un séminaire avec Milton H. Erickson*. Bruxelles : Satas.

Zeig, J., & Brent, G. (2005). *Les lettres de Milton H. Erickson*. Bruxelles : Satas.

Zisook, S., & Shuchter S.R. (1993). Major depression associated with widowhood. *Psychiatric Annals*, 16, 288-294.

Zusne, L. & Jones, W.H. (2014). *Anomalistic psychology: a study of magical thinking*. New-York : Psychology Press.

Annexes

Inventaire de deuil compliqué (Prigerson et al., 1995) Traduction : Emmanuelle Zech, 2006.

Les questions qui suivent correspondent aux sentiments que certaines personnes ressentent suite au décès d'une personne proche. Pour chaque affirmation, cochez la réponse qui correspond le mieux à ce que vous éprouvez maintenant / au cours des 4 dernières semaines. Le chiffre 0 signifie que vous n'éprouvez jamais ce sentiment, le chiffre 4 que ce sentiment est toujours present. Entre les deux, vous avez la possibilité de choisir une réponse plus nuancée.

	Jamais 0	Rarement 1	Parfois 2	Souvent 3	Toujours 4
1- Je pense tellement à la personne décédée qu'il m'est difficile de faire les choses normalement	☐	☐	☐	☐	☐
2- Les souvenirs de la personne décédée me bouleversent	☐	☐	☐	☐	☐
3- Il est difficile d'accepter la mort de cette personne	☐	☐	☐	☐	☐
4- Je me languis de la personne décédée	☐	☐	☐	☐	☐
5- Je me sens attiré(e) vers les lieux ou les Choses qui me font penser à la personne décédée	☐	☐	☐	☐	☐
6- Je suis en colère à propos de la mort de cette personne	☐	☐	☐	☐	☐
7- Je refuse de croire ce qui est arrivé	☐	☐	☐	☐	☐
8- Je suis sidéré(e) ou stupéfait(e) à propos de ce qui est arrivé	☐	☐	☐	☐	☐
9- Depuis le décès de cette personne, il est difficile pour moi de faire confiance aux gens	☐	☐	☐	☐	☐
10- Je me sens comme si je ne pouvais plus prendre soin des autres personnes ou je me sens distant(e) par rapport aux personnes qui me sont chères	☐	☐	☐	☐	☐

	Jamais 0	Rarement 1	Parfois 2	Souvent 3	Toujours 4
11- Je ressens le même type de douleurs ou de symptômes que la personne décédée	☐	☐	☐	☐	☐
12- Je fais en sorte d'éviter ce qui me rappelle la personne décédée	☐	☐	☐	☐	☐
13- Je trouve la vie dénuée de sens sans la personne décédée	☐	☐	☐	☐	☐
14- J'entends la voix de la personne décédée	☐	☐	☐	☐	☐
15- Je vois réellement la personne décédée en face de moi	☐	☐	☐	☐	☐
16- Je trouve injuste de devoir continuer à vivre alors que cette personne est morte	☐	☐	☐	☐	☐
17- Je ressens de l'amertume par rapport au décès de cette personne	☐	☐	☐	☐	☐
18- J'envie les personnes qui n'ont pas perdu une personne proche	☐	☐	☐	☐	☐
19- Je me sens seul(e) la plupart du temps depuis le décès de cette personne	☐	☐	☐	☐	☐

Graphique 1. Répartition des occurrences thématiques dans l'analyse de contenus des discours chez les 10 participantes.

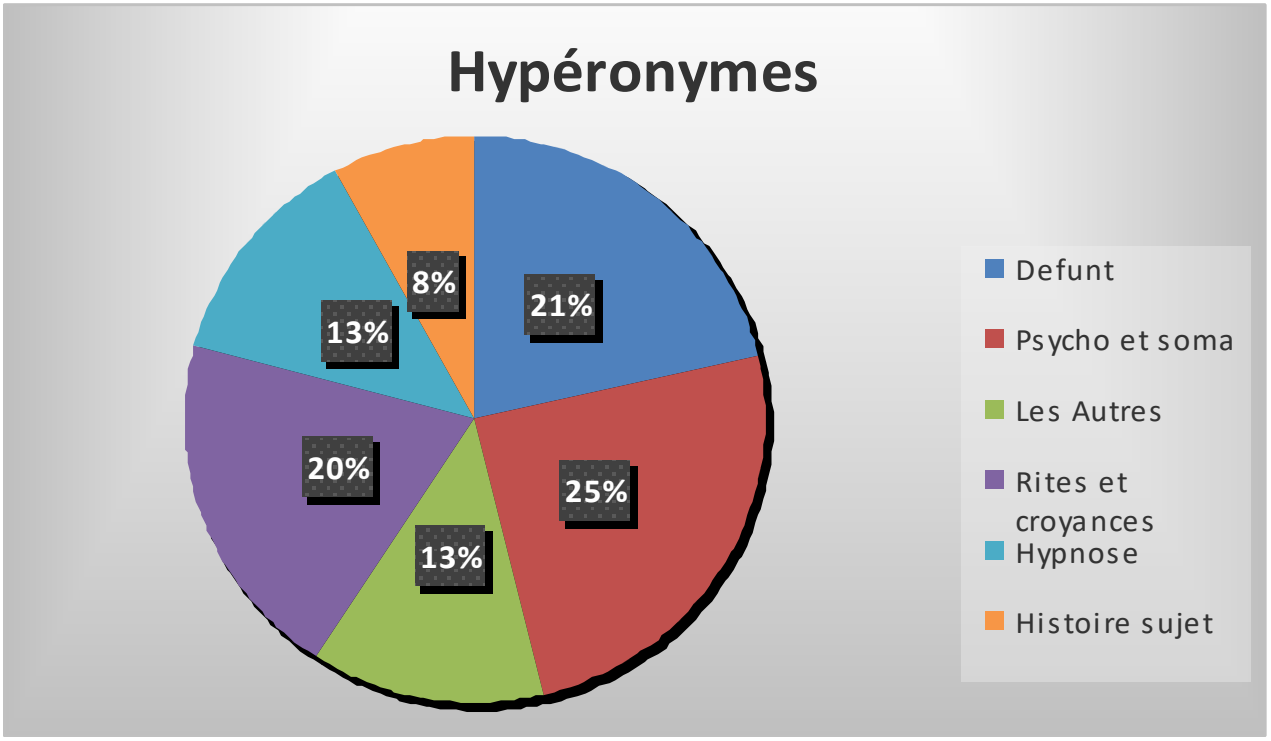


Tableau 1. Critères diagnostiques du Trouble du Deuil Persistant (Prigerson, 2004 ; 2007 ; 2009 cité in K'Delant, 2010)

Critère A. **Le deuil**	**Critère B.** **La détresse de séparation**	**Critère C.** **Symptômes comportementaux, émotionnels et cognitifs**	**Critère D.** **La durée**
Les réactions à la perte	▪ Pensées intrusives relatives au défunt, ▪ Une intense sensation de détresse de séparation, ▪ Une forte détresse nostalgique.	5 des 9 symptômes doivent être présents : 1. confusion dans un des rôles de vie ou diminution dans le sens donné à soi, 2. difficultés à accepter la perte, 3. éviter de penser à la réalité de la perte, 4. une incapacité à faire confiance à d'autres depuis la perte, 5. amertume et colère relatives à la perte, 6. difficulté à changer sa vie, 7. engourdissement, 8. sentiment que la vie n'est pas satisfaisante, vide et sans signification, 9. sentiment d'être abasourdi, hébété et choqué par la perte.	La détresse de séparation est ressentie au-delà de 6 mois avec des atteintes ou des dysfonctionnements dans les domaines sociaux, occupationnels et autres.

Tableau 2. Critères diagnostiques du deuil compliqué proposés par Horowitz et al., (1997) cité in Zech (2006).

A. Stresseur : perte d'une personne significative
B. Intrusions - Images, idées, souvenirs induisant de la détresse, rêves et cauchemars récurrents, esprit submergé par des émotions sans sentiment d'une diminution d'intensité - Illusions ou pseudohallucinations : esprit « hanté » par le sentiment de la présence du défunt sans sentiment d'une diminution d'intensité
C. Déni - réduction maladaptative ou évitement des pensées, communications sur ou actons au sujet de certains aspects importants liés à la perte - Avoir une relation implicite pour plus de 6 mois avec le défunt comme s'il était vivant ; garder les possessions du défunt exactement ou complètement comme avant le décès
D. Incapacité d'adaptation - incapacité de retravailler ou de reprendre des responsabilités à la maison au cours du mois suivant la perte - Barrières pour former de nouvelles relations dans les 13 mois suivant la perte - Epuisement, fatigue excessive, symptômes somatiques ayant un lien direct temporellement avec la perte et persistant plus d'un mois après la perte

Tableau 3. Critères diagnostiques du Deuil Compliqué (Prigerson et al., 1999, 2001 ; cité in Zech, 2006).

Critère A A1. Le sujet a vécu le décès d'une personne significative A2. La réponse implique 3 des 4 symptômes (détresse de séparation) 1. Pensées intrusives du défunt 2. Languissement pour le défunt 3. Recherche du défunt 4. Solitude comme résultat de la mort
Critère B : 4 des 8 symptômes sont vécus comme « presque vrais » (détresse traumatique) 1. Manque de but ou sentiment de futilité pour le futur 2. Sensation subjective de « numbness », de détachement ou absence de réponse émotionnelle 3. Difficulté de reconnaître la mort 4. Ressentir que la vie est vide ou insensée 5. Ressentir qu'une partie de soi est morte 6. Vision du monde bouleversée (perte du sens de confiance, de sécurité, de contrôle) 7. Assumer des symptômes ou comportements dangereux du, ou liés à la personne décédée 8. irritabilité excessive, amertume, colère liée à la personne décédée
Critère C. Le trouble dure au moins 2 mois
Critère D. le trouble cause un dysfonctionnement significatif du fonctionnement social, au travail ou dans d'autres domaines importants

Tableau 4. Critères symptomatiques du deuil persistant compliqué selon le DSM-5 (A.P.A, 2013).

Au moins 1 symptôme parmi les 4 suivants :	Et au moins 6 symptômes parmi les 12 suivants :
• Nostalgie persistante concernant le défunt • Tristesse et souffrance intense en réaction à la mort • Ruminations concernant le défunt • Ruminations concernant les circonstances de la mort	• Difficulté marquée à accepter la mort • Incrédulité ou une anesthésie affective concernant la perte • Difficultés à se remémorer des souvenirs positifs du défunt • Colère ou de l'amertume face à la perte • Tendance à l'auto-accusation relative au décès • Evitement excessif des situations/objets qui rappellent le défunt • Idées de mort pour rejoindre le défunt • Difficultés à faire confiance à autrui depuis le décès • Sentiment de solitude ou de détachement vis-à-vis d'autrui depuis le décès • Sentiment que la vie est vide de sens sans le défunt ou la croyance qu'il est impossible de continuer à vivre sans le défunt • Sentiment de perte d'identité (comme l'impression qu'une partie de soi est morte avec le défunt) • Refus ou une réticence à investir des nouveaux objectifs et à planifier le futur depuis la perte

Tableau 5. Descriptif et comparatif des caractéristiques relatives à l'EDM, au TDP et au SSPT (Académie Psychiatrique du Massachussets, cité in K'Delant, 2010).

Symptômes d'un épisode dépressif majeur (EDM)	**Symptômes du TDP**		**Syndrome de stress post-traumatique (SSPT)**
	Par rapport EDM	**Par rapport à SSPT**	
▪ Retrait des figures d'attachement, ▪ La perte paralyse les intérêts et les plaisirs, ▪ Préoccupation d'une faible estime de soi et sentiment général de culpabilité ou de honte, ▪ Retrait social généralisé.	▪ Sensation d'une proximité intense avec le défunt, ▪ Intérêts quant à la perte et au plaisir d'avec le défunt, ▪ Pensées et mémoires incessantes envers le défunt, ▪ Responsabilité dans le manque de soin apporté au défunt, ▪ Evitement des activités, situations et personnes qui rappellent le défunt.	▪ Evènement déclencheur : la perte, ▪ Emotion primaire : la tristesse, ▪ Pensées intrusives relatives au défunt, ▪ Evitement : basé sur la perte, ▪ Cauchemars sont rares, ▪ Souvenirs relatifs au défunt, amertume, ▪ Recherche de proximité associée à l'alanguissement et à la nostalgie.	▪ Evènement déclencheur : la menace, ▪ Emotion primaire : la peur, ▪ Pensées intrusives relatives à l'évènement, ▪ Evitement : basé sur la peur, ▪ Cauchemars importants, ▪ Souvenirs relatifs à l'évènement, évocation de peur ou de colère, ▪ Recherche de proximité non soulignée.

Tableau 6. Diagnostic différentiel : deuil normal et complication du deuil par un épisode dépressif majeur (Zech, 2006).

Deuil normal	**Complication du deuil par un EDM**
• Limité dans le temps • Focalisation sur la personne disparue • Languissement • Anxiété de séparation • Colère • Tristesse • Recherche du défunt • Perturbation du sommeil variable	• Focalisation sur l'interprétation négative de soi et du monde • Agitation • Anxiété • Colère DSM : • Préoccupations morbides • Basse estime de soi • Idées suicidaires • Troubles du fonctionnement • Ralentissement psychomoteur • Prolongation plus de deux mois

Tableau 7. Distinction entre symptômes du deuil normal et syndrome de stress post-traumatique (Zech, 2006).

Deuil normal	**Complication du deuil par un SSPT**
• Images intrusives mais plutôt perçues comme un réconfort et liées à la personne défunte • En attente, désespérée • Triste • Nostalgique	• Horreur, terreur • Images intrusives (fortes) involontaires et détresse associée, liées à l'événement • Affects d'anxiété • Hyperagitation, activation • Cauchemars • Evitements • Perturbation professionnelle ou sociale significative

Tableau 8. Comparatif des critères diagnostiques du Trouble du Deuil Persistant proposé pour la CIM-11 et du trouble de deuil complexe et persistant pour le DSM-V.

Table 1
Diagnostic Criteria for ICD-11 Prolonged Grief Disorder (Proposed) and DSM-5 Persistent Complex Bereavement-Related Disorder

ICD-11 Prolonged Grief Disorder	*DSM-5* Persistent Complex Bereavement-Related Disorder
A. Death of a close other B. Yearning for the deceased daily or to a disabling degree C. Five or more of the following daily or to a disabling degree: 1. Confusion about one's role in life or diminished sense of self 2. Difficulty accepting the loss 3. Avoidance of reminders of the reality of the loss 4. Inability to trust others since the loss 5. Bitterness or anger related to the loss 6. Difficulty moving on with life (e.g., making new friends, pursuing interests) 7. Emotional numbness since the loss 8. Feeling that life is unfulfilling, empty, or meaningless since the loss 9. Feeling stunned, dazed, or shocked by the loss D. At least 6 months have passed since the death E. The disturbance causes clinically significant impairment in social, occupational, or other important areas of functioning F. The disturbance is not better accounted for by major depressive disorder, generalized anxiety disorder, or posttraumatic stress disorder.	A. Death of a close other B. Since the death, at least one of the following on most days to a clinically significant degree for at least 12 months after the death: 1. Persistent yearning for the deceased 2. Intense sorrow and emotional pain in response to the death 3. Preoccupation with the deceased 4. Preoccupation with the circumstances of the death C. Since the death, at least six of the following on most days to a clinically significant degree for at least 12 months after the death: 1. Marked difficulty accepting the death 2. Disbelief or emotional numbness over the loss 3. Difficulty with positive reminiscing about the deceased 4. Bitterness or anger related to the loss 5. Maladaptive appraisals about oneself in relation to the deceased or the death (e.g., self-blame) 6. Excessive avoidance of reminders of the loss 7. A desire to die to be with the deceased 8. Difficulty trusting other people since the death 9. Feeling alone or detached from other people since the death 10. Feeling that life is meaningless or empty without the deceased or the belief that one cannot function without the deceased 11. Confusion about one's role in life or a diminished sense of one's identity 12. Difficulty or reluctance to pursue interests or to plan for the future (e.g., friendships, activities) since the loss D. The disturbance causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning E. The bereavement reaction must be out of proportion or inconsistent with cultural or religious norms

Note. Proposed criteria for ICD-11 PGD are from Prigerson et al. (2009), referenced in Maercker et al. (2013). Criteria for *DSM-5* PCBD are from the American Psychiatric Association (2013).

Tableau 9. Présentation des styles d'attachement, stratégies d'ajustement et réactions au deuil (Stroebe et al., 2005; in Zech 2006.

Style d'attachement	Caractéristiques	Image de soi	Image des autres	Stratégies d'ajustement	Réactions et complications du deuil
1. Sécure	Facilité d'être proche des autres	Positive	Positive	Peut avoir accès au souvenirs, les discuter de manière cohérente, capable d'osciller de manière équilibrée	Deuil normal
2. Insécure					
Anxieux préoccupé	Désire être très (trop) proche	Négative	Positive	Emotionnel, expressif mais incapable de s'ajuster de manière constructive. Trop centré sur l'orientation vers la perte.	Deuil chronique
Rejetant évitant	Inconfortable avec la proximité, ne la souhaite pas	Positive	Négative	Suppression, évitement. Trop centré sur l'orientation vers l'évitement	Deuil inhibé / retardé /absent
Anxieux désorganisé	Inconfortable avec la proximité, peur du rejet mais veut être proche	Négative	Négative	Traumatisé de manière à endommager son habileté à penser, à parler de manière cohérente. Oscillation saccadée, non contrôlée.	Deuil traumatique

Tableau 10. Critères diagnostiques du trouble de personnalité dépendante (DSM-IV-TR)

C. Répond aux critères généraux d'un trouble de la personnalité (F 60).
D. Présence d'au moins quatre des caractéristiques suivantes : - Fait d'autoriser ou encourager les autres à prendre la plupart des décisions importantes de la vie à sa place ; - Subordination de ses propres besoins à ceux de personnes dont on dépend et soumission excessive à leur volonté ; - Réticence à faire des demandes, même justifiées, aux personnes dont on dépend ; - Sentiment de malaise ou d'impuissance quand le sujet est seul en raison d'une peur excessive de ne pouvoir se prendre en charge seul ; - Préoccupation par la peur d'être abandonné par la personne avec qui le sujet a une relation proche et d'être livré à lui-même - Capacité réduite à prendre des décisions dans la vie quotidienne sans être rassuré ou conseillé de manière excessive par autrui

Tableau 11. Critères diagnostiques du trouble de personnalité limite (DSM-IV-TR).

	Tableau généralisé d'instabilité dans les relations interpersonnelles, l'image de soi et les affects et impulsivité prononcée débutant dès le début de l'âge adulte et se présentant dans une variété de contextes tel qu'indiqué dans au moins 5 ou plus des critères suivants :
1	Efforts frénétiques pour éviter les abandons réels ou imaginaires
2	Tendance aux relations interpersonnelles instables et intenses, caractérisées par une alternance entre des extrêmes d'idéalisation et de dévalorisation
3	Trouble de l'identité marqué : instabilité persistante de l'image ou du sens de soi
4	Impulsivité dans au moins 2 contextes qui peuvent être dommageables : soit les dépenses, activités sexuelles, conduite dangereuse, abus de substances, boulimie
5	Comportements, gestes ou menaces suicidaires récurrents ou automutilation
6	Instabilité affective relative à une réactivité marquée de l'humeur, soit des épisodes intenses de dysphorie, d'anxiété, d'irritabilité qui peuvent durer quelques heures mais rarement plus de quelques jours
7	Sentiments chroniques de vide
8	Colères intenses et inappropriées ou difficultés à contrôler la colère soit des expressions fréquentes de crises, de colère constante ou de batailles physiques récurrentes
9	Idéation paranoïde transitoire qui peut être reliée à des contextes de stress ou à des épisodes de symptômes dissociatifs importants

Tableau 12. Résultats de l'investigation exploratoire quantitative menée sur 8 semaines auprès d'un échantillon de 31 individus déclarant avoir vécu un deuil lors d'une consultation en centre hospitalier.

Population (S.P./douleur)	**N=31**
Hommes	**9.38 %**
Femmes	**90.6 %**
Âge moyen (années)	**55.94 (26- 83)**
Score ICG	**35.75**
Délais de consultation après le décès (en mois)	**46.16 (6-210)**
Taux de scores supérieurs à 25 à l'ICG	**81.25 %**
Taux de scores inférieurs à 25 à l'ICG	**18.75 %**
Score le plus élevé : item 6	**« Manque de l'autre et désir de le retrouver »**
Score le plus bas : item 13	**« Évitement des lieux associés au souvenir du défunt »**

Document 12. Formulaires d'information et de consentement de participation à la recherche

Formulaire d'information sur le consentement libre et éclairé

Recherche clinique et psychopathologique

Unités cliniques : Soins palliatifs, évaluation et traitement de la douleur chronique

Unité de recherche : Dynamiques Relationnelles Et Processus Identitaires.

Psy-DREPI (EA 7458)

Ecole Doctorale Sociétés, espace, pratiques, temps

Université de Bourgogne Franche-Comté

Adresses : Centre Hospitalier Périgueux – 80 avenue Georges Pompidou, 24000 Périgueux

Unité de recherche PSY-Drepi : Pôle AAFE - Esplanade Erasme. Bd du Docteur Petit Jean Entrée 4 ou 5 - BP 26513- 21065 Dijon Cedex

Nom de l'expérience : Suivis de deuils.

Vous avez donné votre accord pour participer à une étude de psychologie. Vous acceptez volontairement de participer à cette étude et vous comprenez que votre participation n'est pas obligatoire et que vous pouvez stopper votre participation à tout moment sans avoir à vous justifier ni encourir aucune responsabilité. Votre consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités et vous conservez tous vos droits garantis par la loi.

Au cours de cette expérience vous acceptez que soit recueillies des données biographiques sur vos réponses. Vous comprenez que les informations recueillies resteront strictement confidentielles et à usage exclusif des investigateurs concernés.

Vous avez été informé que votre identité n'apparaîtra dans aucun rapport ou publication et que toute information la concernant sera traitée de façon confidentielle. Vous acceptez que les données enregistrées à l'occasion de cette étude puissent être conservées dans une base de données et faire l'objet d'un traitement informatisé non nominatif par le psychologue en charge de la recherche. Vous avez bien noté que le droit d'accès prévu par la loi « informatique et libertés » s'exerce à tout moment auprès des unités de recherche concernées.

Leplus-Habeneck Jean-Sébastien

Psychologue clinicien - Doctorant PSY-Drepi UBFC

Centre hospitalier de Périgueux

CONSULTATION DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR

Bâtiment C - Rez-de-chaussée

Tél. : 05.53.45.26.46 – Fax : 05.53.45.29.00

Dr Ioana GAVRIL
Médecin Anesthésiste
10004386776

Dr Dominique JARNIER
Médecine interne Neurologie
241022599

Dr Séverine JUCHS
Gériatre
1010008653

Dr Patrick LAFONT
Médecine Polyvalente
241014513
10002735081

Mlle Florence ABEL
Psychologue

M. J-Sébastien LEPLUS-HABENECK
Psychologue

Mme Michèle VELLA
Infirmière

CADRE DE SANTE
Me H. DELGUEL

SECRETAIRE
Me M. DUBUISSON
Me C. FAURE

Fait à Périgueux
Le .....

Je soussigné(e) .....

Donne son accord pour l'utilisation des données des entretiens menés dans le cadre de la recherche – thèse de doctorat en psychologie - de M. Leplus-Habeneck Jean-Sébastien portant sur le deuil.

Lu et approuvé

Signature

.....

80, Avenue Georges Pompidou – BP 9052 – 24019 PERIGUEUX CEDEX
Tél. central tous services : 05.53.45.25.25 – Télécopie : 05.53.45.25.40 – e mail : dg.secretariat@ch-perigueux.fr
Tout courrier relatif à l'administration et à la gestion doit être adressé de manière impersonnelle à Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier avec mention des références.
N° FINESS : 24000011-7