

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix- Travail - Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

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

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



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace- Work - Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

POSTGRADUATE SCHOOL FOR
THE SOCIAL AND EDUCATIONAL
SCIENCES

DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR
THE HUMAN AND SOCIAL
SCIENCES

**CULPABILITÉ ÉCRAN CHEZ UNE MÈRE AYANT PERDU SON
ENFANT DES SUITES D'UN CANCER AU CHDSMP : UNE
APPROCHE CLINIQUE ET PROJECTIVE DU TRAVAIL DE DEUIL**

Mémoire de Master en Psychologie soutenu le 19 septembre 2024

Spécialité : Psychopathologie et clinique

Par

Éloditte MBOUOFEHUIE

*Titulaire d'une Licence Psychologie
Option : Psychopathologie et clinique*



Jury :

Président : **EBALE MONEZE Chandel, Pr**

Rapporteur : **MGBWA Vandelin, Pr**

Examineur : **NDJE NDJE Mireille, MC**

Université de Yaoundé I

Janvier 2025

SOMMAIRE

SOMMAIRE	1
.....	2
REMERCIEMENTS.....	3
RESUME.....	4
ABSTRACT	5
LISTE DES TABLEAUX	6
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	7
LISTE DES ANNEXES	2
INTRODUCTION GÉNÉRALE DE L'ÉTUDE	3
CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE.....	18
CHAPITRE 1 : ANGOISSE DE MORT CHEZ LA MÈRE ENDEUILLÉE.....	19
CHAPITRE 2 : LE TRAVAIL DU DEUIL	36
DEUXIEME PARTIE : CADRE METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE	52
CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	53
CHAPITRE 4 : PRESENTATION ET ANALYSE DES DONNEES	72
CHAPITRE 5 : INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS.....	94
CONCLUSION GÉNÉRALE	109
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	115
ANNEXES.....	125
TABLE DES MATIÈRES	138

À mes parents

Thomas TSIEGHAFONG et Catherine MAGUSSIÉ

REMERCIEMENTS

Ce mémoire est l'aboutissement d'un long projet qui a été rendu possible grâce à la collaboration et l'apport de plusieurs personnes à qui nous souhaitons exprimer notre profonde gratitude. Nous tenons tout d'abord à remercier le Professeur Vandelin MGBWA qui a accepté de diriger ce mémoire. Tout au long de cette année de master, il nous a proposé une gamme variée de lectures permettant une richesse d'échanges favorables à la construction de l'objet de recherche et sa réalisation sur le terrain.

Nous exprimons également notre gratitude au Professeur Chandel EBALE MONEZE, Chef de Département de Psychologie et au Professeur Marc Bruno MAYI, Responsable du Laboratoire de psychologie du Développement et du Mal Développement, ainsi que les membres dudit laboratoire qui ont apporté, chacun à son niveau, des remarques, des critiques, des suggestions et des contributions lors des différentes séances de pré-soutenance. Nous exprimons aussi notre reconnaissance au Professeur Jacques Philippe TSALA TSALA, Coordonnateur du Centre de Recherche et de Formation Doctorale en Sciences Humaines, Sociales et Éducatives, ainsi qu'au Professeur Armand Claude LEKA ESSOMBA, Coordonnateur de l'Unité de Recherche et de Formation Doctorale en Sciences Humaines et Sociales.

Nous exprimons toute notre sympathie à la Révérende Sr Judith MOCHE TAGNE, Directrice du Centre Hospitalier Dominicain Saint Martin de Porres de Mvog-Bétsi, Yaoundé pour nous avoir ouvert les portes de cette structure dont elle a la charge afin que nous puissions effectuer notre stage et à Monsieur Josué NGNOMBOUOWO TENKUE, Psychologue Clinicien dudit centre pour nous avoir accompagnée dans la collecte des données et à la mère de Latifah qui a bien voulu répondre à nos questions.

Nous adressons nos remerciements à mes enfants Sarah Wonders, Chanelle Wendy, Josué II Winner et Ézéchiél Wisdom pour leur présence chaleureuse tout au long de ce travail ; à ma belle-mère Charlotte Rébecca TSEMI qui n'a cessé de me motiver dans cette aventure ; à la Sr Josiane Désiré NGO NGOONG, pour ses multiples encouragements et apports financiers ; à Félicien NGNOMBOUOWO, Pulchérie TEWO, Yves FAMBOVE, Laurent NGNOMPOBOP TESSIE, Célestin ZOSSIÉ TESSIE, Vanessa MEDUE, Romain FAMBOVE, Vicky TSIEGHUIE, Dylan PEYIEMBOUO, Miriam NGNIDONG, Gracias NGNIMAGUIEZE, Astride NENTA, pour leur soutien multiple.

Que tous ceux qui ont participé de quelque manière que ce soit à la réalisation de ce travail trouvent ici notre profonde reconnaissance.

RESUME

L'objectif du présent mémoire est d'explorer les facteurs qui entravent le travail du deuil chez une mère ayant perdu son fils des suites d'un cancer. L'étude part du constat selon lequel suite à la perte de son enfant, la mère accuse son père d'avoir sacrifié son enfant pour devenir riche. Elle semble attribuer la responsabilité de la perte à son père, sa famille. Or, selon les théoriciens du deuil compliqué, face à la perte d'un enfant, la mère prend sur elle la responsabilité de la perte, se reproche de n'avoir pas su protéger l'enfant, d'avoir été négligente et absente. Ce transfert de culpabilité empêche ainsi la mère de ressentir la culpabilité de la perte qui est un préalable au travail du deuil. D'où la question de recherche suivante : « Quels sont les facteurs sociodynamiques de la complication du travail du deuil chez une mère ayant perdu son fils des suites d'un cancer ? » L'étude repose sur un paradigme exploratoire et adopte un devis qualitatif. Elle s'est adressée à une mère ayant perdu son enfant des suites d'un cancer de sang et accompagnée au Centre Hospitalier Dominicain Saint Martin de Porres de Mvog-Bétsi. Les données, collectées à l'aide du test de Rorschach et des entretiens semi-directifs auprès de ladite mère, ont été analysées respectivement selon l'approche française de Nina Rausch de Traubenberg (1977) et par l'analyse de contenu thématique. Les résultats montrent que la culpabilité écran chez la mère endeuillée est un facteur sociodynamique de complication du travail de chez une mère ayant perdu son enfant des suites d'un cancer. En d'autres termes, la culpabilité de la mère vis-à-vis de l'être suprême est un facteur sociodynamique de complication du travail du deuil chez la mère ayant perdu son enfant des suites d'un cancer ; la culpabilité de la mère vis-à-vis de la communauté est un facteur sociodynamique de complication du travail du deuil chez la mère ayant perdu son enfant des suites d'un cancer ; la culpabilité de la mère vis-à-vis de la famille est un facteur sociodynamique de complication du travail du deuil chez la mère ayant perdu son enfant des suites d'un cancer. Comme implication, une étude prenant en compte cette dimension sociodynamique est susceptible d'apporter de nouvelles connaissances sur les processus de mentalisation chez la mère ayant perdu son enfant des suites d'un cancer.

Mots-clés : Liens de croyance, culpabilité écran, travail du deuil, Rorschach, cancer.

ABSTRACT

The aim of this dissertation is to explore the sociodynamic factors that complicate the mourning process for a mother who has lost her son to cancer. The study begins with the observation that, following the loss of her child, the mother accuses her father of having sacrificed his child in order to become rich. She seems to blame her father, her family, for the loss. However, according to theorists of complicated grief, when faced with the loss of a child, the mother takes responsibility for the loss upon herself, reproaching herself for not having been able to protect the child, for having been negligent and absent. This transfer of guilt prevents the mother from feeling the guilt of the loss, which is a prerequisite for the work of mourning. Hence the following research question: ‘What are the sociodynamic factors that complicate the grieving process in a mother who has lost her son to cancer? The study is based on an exploratory paradigm and adopts a qualitative approach. It focused on a mother who had lost her child to blood cancer and was attending the Saint Martin de Porres Dominican Hospital in Mvog-Bétsi. The data, collected using the Rorschach test and semi-structured interviews with the mother, were analysed using the French approach of Nina Rausch de Traubenberg (1977) and thematic content analysis respectively. The results show that the bereaved mother's screen guilt is a sociodynamic factor complicating the work of a mother who has lost her child to cancer. In other words, the mother's guilt towards the supreme being is a sociodynamic factor complicating the work of mourning in a mother who has lost her child to cancer; the mother's guilt towards the community is a sociodynamic factor complicating the work of mourning in a mother who has lost her child to cancer; the mother's guilt towards the family is a sociodynamic factor complicating the work of mourning in a mother who has lost her child to cancer. As an implication, a study taking into account this sociodynamic dimension is likely to provide new knowledge on the mentalization processes in mothers who have lost their child to cancer.

Key words : Belief links, screen guilt, grief work, Rorschach, cancer.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des caractéristiques de la participante	60
---	----

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ΣC : somme des couleurs ;

A: Réponse animale ;

AAP: American Academy of Pediatrics

Ad: détail animal;

Anat : réponse anatomique ;

APA : American Psychology Association

APA: American Psychiatric Association

Arch: architecture;

Ban : réponse banale ;

BIP : Biais Illusoire Positif

Bot : réponse végétale ;

C : Réponse dictée uniquement par la couleur ;

CF : Réponse dictée par la couleur, mais secondairement par la forme ;

CHDSMP : Centre Hospitalier
Dominicain Saint Martin de Porres

Clob : Réponse dictée uniquement par l'effet des masses sombres ;

ClobF : réponse dictée par la masse sombre, mais secondairement par la forme;

D : Détail fréquemment observé ;

D/G : Globalité à partir d'un détail ;

Dbl : Détail dans le blanc ;

Dd : détail secondaire ;

DSM-IV TR: Diagnostic and Statistical
Manual for Mental Diseases, IVe version;

E : Réponse dictée par l'estompage ;

EF : Réponse dictée par l'estompage, mais secondairement par la forme ;

Elem : élément ;

F- : Mauvaise qualité formelle ;

F : réponse dictée par la forme ;

F+ : Bonne forme ;

F+/- : Forme indéterminée ;

FC : Réponse dictée par la forme, mais secondairement par la couleur ;

FClob : réponse dictée par la forme, mais secondairement par la masse sombre ;

FE : Réponse dictée par la forme, mais secondairement par l'estompage ;

Frag : fragment ;

G : réponse globale ;

G% : Pourcentage de G ;

Gbl : Globalité dans le blanc

Géo : réponse en forme géographique ;

H : être humain ;

Hd : détail être humain ;

K : Kinesthésie humaine ;

kan : kinesthésie animale ;

kob : kinesthésie objet ;

kp : kinesthésie partielle ;

Obj : objet fabriqué par l'être humain ;

Pays : paysage ;

R : Nombre de réponses ;

Scènes : réponse à contenu complexe ;

Sex : sexe ;

T : Temps de passation ;

TL : Temps moyen de latence;

TRI : Type de Résonance Intime ;

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Attestation de recherche	126
Annexe 2 : Autorisation de recherche CHDSMP	127
Annexe 3 : Grille d'analyse des entretiens	129
Annexe 4 : Contenu d'entretien avec la Mère de Latifah	130

INTRODUCTION GÉNÉRALE DE L'ÉTUDE

Le cancer est une pathologie qui touche la grande majorité des organes du corps et ses conséquences envahissent la vie psychique des personnes qui en sont atteintes et par ricochet celle de leurs proches (Tafouassong Djeufack, 2024). Dans ce chapitre, l'accent sera mis sur la problématique de l'étude. C'est le lieu de formuler le problème de recherche. Il consiste à construire l'objet de l'étude autour d'une question. Il comprend alors le contexte de l'étude, la formulation et la position du problème, l'énoncé des questions de l'étude, et la formulation des objectifs.

0. 1.CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE

Pendant son séjour en soins palliatifs, le patient atteint d'un cancer est amené à exprimer sa douleur, à rassembler l'image meurtrie, à supporter la castration réelle, à supporter le doute, réinvestir son corps entre plaisir et souffrance, à rassembler l'image meurtrie et raviver l'étincelle. En effet, selon Ait-Kaci (2014, p. 54) le corps prend un coup et revêt ainsi un aspect déconcertant qui peut égarer l'identité. Selon Van Lander (2012 cité par Ait-Kaci, 2014, p. 54), « Toutes ces pertes de l'image et des fonctionnalités du corps génèrent une crise identitaire au niveau des sentiments d'unité, de continuité et de réalisation de soi à l'origine d'une grande détresse psychologique ». La castration est donc l'une des résultantes de l'angoisse et l'abandon du corps est de l'ordre de l'insupportable (Deschamps, 1997, p. 234). L'épreuve du cancer, c'est aussi l'intégrité corporelle en déroute dans toutes ses étapes qu'il s'agisse des effets des traitements médicaux, des cicatrices laissées par elle. Le patient rentre dans une régression qui le conduit à une idée de morcellement. Il est horrifié en observant son propre corps, conscient de l'altération impensable de l'image de soi et de son corps au regard des autres.

Au-delà de toutes ces complications dues à la maladie du cancer en soins palliatifs, la mort apparaît inévitable. Deuxième cause de décès dans le monde, le cancer fait environ 10 millions de morts par an. Près d'un décès sur six est dû au cancer à l'échelle mondiale (Ferlay, Ervik, Colombet, pinéros & al., 2020). En Afrique et en Asie, la mortalité due au cancer est proportionnellement plus importante que dans les autres régions du monde, certainement à cause d'un moins bon accès au soin, mais aussi parce que l'incidence de cancers au pronostic plus défavorable y est plus importante (De Martel, Georges, Bray, Ferlay & Clifford, 2020).

En 2020, les cancers étaient à l'origine du plus grand nombre de décès (Ferlay, Ervik, Colombet, pinéros & al. (2020) : le cancer du poumon (1,80 million de décès) ; le cancer

colorectal (935 000 décès) ; le cancer du foie (830 000 décès) ; le cancer de l'estomac (769 000 décès) ; et le cancer du sein (685 000 décès). Les cancers les plus courants (en termes de nombre de cas recensés) étaient les suivants : le cancer du sein (2,26 millions de cas) ; le cancer du poumon (2,21 millions de cas) ; le cancer colorectal (1,93 million de cas) ; le cancer de la prostate (1,41 million de cas) ; le cancer de la peau (non mélanome) (1,20 million de cas) ; et le cancer de l'estomac (1,09 million de cas). Ces décès touchent toutes les tranches de la population : enfant, adolescent et adulte des deux sexes. Au Centre Hospitalier Dominicain Saint Martin de Porres, on dénombre environ 7 enfants décédés du cancer entre 2019 et 2023 (Registres de décès).

Pour Hanus (2009), le deuil aussi est un traumatisme, un des plus grands dans le parcours de nos vies habituelles ; personne ne saurait y échapper. Mais son poids est variable. De toute façon, il est douloureux dans la mesure même du lien qui unissait, unit encore et unira toujours celui qui est mort et celui qui le pleure. Selon lui, le deuil n'est pas provoqué que par la mort même si elle en est le paradigme du fait de son irrévocabilité. Il est la conséquence d'une perte importante ressentie comme irréversible. Ce «poids» du deuil dépend avant tout de la nature de la relation préexistante et des fonctions qu'assurait celui qui est perdu. Il dépend aussi de la force ou de la fragilité relatives de la personne en deuil, de sa fragilité habituelle sur le plan physique (maladie, infirmité, handicap, etc.), psychologique (anxiété, dépression, troubles psychopathologiques, maladie mentale), sociale (chômage, désinsertion, émigration, marginalisation, délinquance) mais aussi de sa fragilité passagère au moment de ce grand traumatisme. Dans une vie, il est rare de ne connaître qu'un seul deuil: d'ordinaire, les pertes se succèdent et s'accumulent (Hanus, 2009).

Bacqué et Hanus (2020) estiment que les effets de la perte d'un être cher sont observés chez la plupart des personnes, dans des circonstances toujours dramatiques, mais pas nécessairement traumatiques. L'état de choc qui suit l'annonce du deuil est particulièrement spectaculaire. Il laisse bientôt la place à une phase douloureuse, mais active, d'élaboration de la perte. À la fin, la phase dépressive se soldera par la possibilité d'un réinvestissement affectif, intellectuel ou social. Pour ces auteurs, ces étapes constituent un processus, véritable périple intérieur, qui aboutit à l'acceptation de la réalité de la mort de l'autre, mais aussi parfois à un authentique parcours personnel sur les pas de la maturation.

Lorsque le deuil est correctement surmonté, il renforce le goût de la vie que cette perte a mis en question et donne le sentiment d'avoir des forces pour faire face aux épreuves

inévitables. Mais il existe des deuils bien difficiles comme la perte ou la mort d'un enfant, les accidents, les suicides, les morts avant et autour de la naissance et d'autres. Certains peuvent se compliquer ou devenir même pathologiques (Hanus, 2009). En effet, la perte d'enfant, qu'il s'agisse des suites d'un accident, d'une maladie, d'un suicide ou d'un assassinat, constitue un événement particulièrement traumatique pour les parents (Dollander, 2000). Elle génère des avatars de tous les degrés dans le travail de deuil auquel elle va confronter le parent, en particulier la mère endeuillée (Dollander & De Tychey, 1999).

L'ancienne classification psychiatrique des stress psychosociaux (DSM III-R) le reconnaît implicitement, puisqu'elle conçoit cette perte comme un stress psychosocial majeur (échelle 6 : catastrophique), avant la mort du conjoint ou du parent (échelle 5 : extrême). Confrontés à ce trauma, il arrive que certains sujets figent le cours du temps et se maintiennent imaginativement à l'époque précédant la perte (Dollander, 2000). Dollander et de Tychey (1999, p. 166) parlent de « deuil dévastateur », faisant le parallèle avec l'onde de choc qui suit un tremblement de terre. Selon eux, c'est ce type de perte qui génère la fréquence des complications psychiatriques la plus importante. La mort d'un enfant étant l'expérience la plus traumatisante que peut connaître une famille (Ngnombouowo Tenkué, 2022).

Hanus et Bacqué (2020) relèvent plusieurs facteurs de complication du deuil dont le premier est la relation préexistante entre le défunt et l'endeuillé. Selon eux, si ces liens étaient précaires, basés sur la dépendance ou la symbiose des liens d'attachement, comme avec un jeune enfant, ou si les liens étaient conflictuels, ambivalents, le deuil sera d'autant plus complexe. Comme deuxième facteur de complication, nous avons les circonstances brutales ou atypiques de décès. En effet, plus le deuil est inattendu, plus il risque de se compliquer. Pour Stroebe (1987), « Lorsque la perte est brutale, les endeuillés qui ont le moins confiance en leur capacité de contrôle de la situation s'effondrent dans la dépression. » (Hanus & Bacqué, 2020, p. 48). La mort subite est un événement déstabilisateur qui perturbe le cours normal de la vie. La sidération est beaucoup plus grande et donne moins de chance de réadaptation. La perte brutale d'un proche par suicide plonge dans la détresse et la culpabilité. Les circonstances atypiques sont également très douloureuses, car la honte, la peur, le conformisme tendent à isoler l'endeuillé.

La manière dont le décès est annoncé peut constituer un traumatisme. L'âge de l'endeuillé également peut compliquer le travail du deuil. Les jeunes adultes endeuillés

souffrent davantage de culpabilité et manifestent plus d'angoisse et de symptômes somatiques que les plus vieux. La perte d'un enfant est également source de souffrance. Elle produit des effets à très long terme (Lannen et alii, 2008). La perte d'un bébé ou d'un jeune est donc très difficile. La mort est vécue comme brutale dans 50 % des cas (Bacqué & Hanus, 2020). Les deuils autour de la naissance sont particulièrement difficiles, car l'enfant n'a pas eu d'existence sociale. Son souvenir repose sur une mémoire purement affective et correspondant à la rêverie des parents. Il est donc souvent idéalisé. Si les tout petits défunts ont « bénéficié » pendant longtemps du statut d'ange ou d'intercesseur auprès de Dieu dans la religion chrétienne, ils résident fantasmatiquement pour les parents d'aujourd'hui, dans un no man's land psychique difficile à cerner (Sani, Bacqué, 2019).

Les deuils répétés fragilisent la capacité de l'individu à supporter les coups portés par la vie. Les deuils antérieurs, mal résolus, sont réactivés pendant le deuil actuel. Le cumul de pertes influence la confiance en soi et montre une attaque de la personne parfois insoutenable. Enfin, la multiplication des deuils avec l'âge accélère le retrait libidinal chez les personnes âgées qui se situent comme les derniers survivants d'une époque. Un autre facteur de complication du deuil est l'impact de la santé. Les endeuillés en mauvaise santé ont d'emblée des risques de complications somatiques. Le deuil favorise le laisser-aller à des comportements délétères aux effets anxiolytiques : alcoolisation, tabagisme. La prise de risque correspond plutôt à un déni de la mort pour soi, dans une sorte de provocation ou de recherche de la fin (Bacqué & Hanus, 2020).

Le statut professionnel joue également un gros rôle dans la complication du deuil. Pour Bacqué et Hanus (2020), travailler est plutôt un bon facteur de protection (socialisation), sauf dans les cas de travail harassant et inintéressant. C'est plutôt le chômage qui constitue un facteur de complication : il se cumule aux autres pertes. Les rites communautaires constituent l'excellente voie de protection contre les complications. À moins qu'eux-mêmes ne compliquent le deuil en culpabilisant l'endeuillé ou en l'isolant. Dans les situations de guerres et de catastrophes, les rites religieux, militaires et civils sont fondamentaux pour limiter les complications du deuil collectif (Kokou-Kpolou et alii, 2020a). L'environnement peut également être un facteur de complications. En effet, Bacqué et Hanus (2020) estiment que l'entourage complique le travail de deuil en refusant l'expression émotionnelle et en maintenant l'endeuillé dans la culpabilité. Selon eux, si l'entourage refuse de dire la vérité à un enfant, ne propose pas de revoir le défunt, ou pire, l'abandonne à ses propres explications,

alors surviendront des complications, d'autant plus néfastes qu'elles se traduiront par le silence.

0. 2. FORMULATION ET POSITION DU PROBLÈME

En ce qui concerne les facteurs qui rendent la perte d'un enfant plus insurmontable que les autres deuils, en particulier pour les mères, Covington et Theut (1993) notent que pour les mères, l'enfant reste davantage investi comme une partie de leur corps et de leur propre self, de sorte qu'au décès s'ajoute une perte de leur propre self, ce qui accentue leur hémorragie narcissique. Livneh, Antonak, Maron (1995) pensent de leur côté que la mort d'un enfant va à l'encontre des attentes relatives au cycle de la vie. Cette position est assez proche du point de vue freudien classique repris par Hanus (1994), selon lequel le fait de procréer permet à un être humain d'accepter sa propre finitude à travers la réalité de son prolongement par sa descendance. L'angoisse devant son propre néant ne peut donc qu'être exacerbée quand la réalité vient contredire cet espoir. Livneh, Antonak et Maron (1995) soulignent également le poids d'un autre facteur qui va rendre ce deuil plus difficile, à savoir l'incapacité à avoir pu protéger leur enfant, ce qui contribue à augmenter l'intensité de leur sentiment de culpabilité et de désespoir (Ngnombouowo Tenkué, 2022).

Bourgeois (1996) parle d'un événement dévastateur, source d'un incurable chagrin. Ginette Raimbault (1996) note que la mort d'un enfant reste un scandale. Bacqué (1997) adopte un point de vue similaire quand elle déclare que la perte d'un enfant s'avère de nos jours, catastrophique [...]. Actuellement l'enfant est rare et précieux. Les parents l'ont non seulement désiré mais ont véritablement dessiné à l'avance son avenir. Pour elle, s'il vient à mourir, c'est donc avec lui l'ensemble des projets d'une famille qui est anéanti. Hanus et Sourkes (1997) insistent eux aussi sur l'extrême difficulté du travail de deuil. Car la mort d'un enfant s'il est encore jeune entraîne une blessure narcissique en relation pour une part avec l'intense culpabilité qu'elle détermine, s'il meurt d'une maladie ou d'un accident on se reproche de ne pas l'avoir assez protégé, s'il meurt d'une maladie maligne comme une leucémie les parents ne peuvent s'empêcher de penser inconsciemment qu'ils lui ont transmis un mal fatal et bien plus encore s'il s'agit d'une affection congénitale grave. Les sentiments de culpabilité sont particulièrement importants lors de la mort d'un enfant et c'est la raison essentielle qui rend ce deuil à la fois si douloureux et si difficile. (Dollander & de Tychey, 1999 :167).

La mort d'un enfant est un cataclysme familial qui confronte violemment chacun des membres de la famille à une perte de l'un des leurs, donc les conséquences psychiques de ce deuil sont multiples (Coq, Romano & Scelles, 2011). Tous les spécialistes de la clinique du deuil (Bacqué 1992, 1997 ; Bacqué & Hanus 2000 ; Bourgeois, 1996 ; de Broca, 1997 ; Fauré, 1995 ; Grinberg, 1992 ; Hanus, 1994, 2000, Ireland 2001) s'accordent à reconnaître l'importance du traitement de la culpabilité et des conflictualités qui la génèrent pour parvenir à la mentalisation effective du deuil.

Selon la théorie du deuil compliqué (Freud, 1917 ; Hanus, 1997 ; Hanus & Bacqué, 2020), le tableau clinique du deuil compliqué se présente comme suit : plusieurs années après (la moyenne étant de 2 ans), l'endeuillé refuse d'accepter la mort et recherche activement le disparu ; il a des préoccupations constantes au sujet du défunt ; il est incapable de croire vraiment à la disparition, pourtant il a vu mourir le disparu ; des pleurs incoercibles à chaque fois qu'on évoque son histoire avec le défunt ; il se culpabilise de n'avoir pas su protéger le défunt. Pour Hanus et Bacqué (2020), cette culpabilité est consciente et reliée à la réalité objective de la perte (une mère ayant perdu son enfant se culpabiliserait d'avoir été trop absente pendant la maladie de son enfant).

Pendant notre stage effectué auprès du psychologue du Centre Hospitalier Saint-Martin de Porres de Mvog-Bétsi, les préoccupations d'une mère ayant perdu son enfant des suites d'un cancer allaient à l'encontre de ce tableau. En effet, elle reproche plutôt à son père d'avoir sacrifié son enfant dans sa société secrète pour devenir riche. Elle semble ainsi attribuer la responsabilité de la perte à son père, sa famille. Ce transfert de culpabilité empêche ainsi à la mère de ressentir la culpabilité de la perte qui est un préalable au travail du deuil. L'étude repose sur un paradigme exploratoire et adopte un devis qualitatif. Elle s'est adressée à une mère ayant perdu son enfant des suites d'un cancer. Ce qui pose un problème de liens de croyance qui ne sont pas pris en compte dans la complication du deuil alors que tout porte à croire qu'ils jouent un rôle fondamental dans la structuration de l'individu. Sow (1977) considère l'individu comme une totalité ordonnée et constituée par une triple relation polaire : verticale, horizontale et ontogénétique. Selon lui, la stabilité et la bonne qualité des liens avec ces axes est à l'origine d'une vie mentale stable et sereine. Les liens de croyances au sein d'un couple antithétique est ce qui définit l'essentiel du cadre théorique de la pensée psychopathologique de cet auteur. Il est l'ancrage dans la conception de la genèse et de la signification du deuil chez les mères ayant perdu un enfant des suites d'un cancer. D'où la question de recherche suivante :

0. 3. QUESTIONS DE RECHERCHE

Pour Ébalé Moneze (2019), une étude scientifique a en principe pour objectif de résoudre un problème qui suscite nécessairement une question de recherche. S'inspirant de cet auteur, nous formulons la question générale de recherche suivante : « Quels sont les facteurs qui entravent le travail du deuil chez une mère ayant perdu son fils des suites d'un cancer ? »

0. 4. OBJECTIF DE L'ETUDE

L'objectif principal de cette étude de cas unique est d'explorer les facteurs sociodynamiques de la complication du travail du deuil chez une mère ayant perdu son fils des suites d'un cancer. Cet objectif implique surtout la saisie de la dimension sociodynamique du travail du deuil. De manière plus spécifique, il s'agit :

- d'explorer les facteurs qui entravent la mise en représentation chez une mère ayant perdu son fils des suites d'un cancer;
- d'explorer les facteurs qui entravent la symbolisation chez une mère ayant perdu son fils des suites d'un cancer;
- d'explorer les facteurs soc qui entravent la mentalisation chez une mère ayant perdu son fils des suites d'un cancer;

0. 5. ORIGINALITÉ ET PERTINENCE DE L'ETUDE

0. 5. 1. Originalité de l'étude

Cette étude revêt un intérêt hautement scientifique parce qu'elle explore un terrain en friche en matière d'écrits sur la question du travail de deuil en rapport avec les liens de croyances. La perspective théorique permettant d'analyser la problématique liée aux liens de croyance est particulièrement la théorie des liens de croyance de Sow (1977) et améliorée par Mayi (2017) et Ovambe Mbarga (2022). En effet, la plupart des travaux antérieurs sur les facteurs qui rendent la perte d'un enfant insurmontable sont entre autre l'excès d'investissement de l'enfant par la mère comme une partie de son corps propre (Covington & Theut, 1993) ; les attentes relatives au cycle de la vie de l'enfant (Livneh, Antonak & Maron, 1995) ; l'incapacité à avoir pu protéger leur enfant, ce qui contribue à augmenter l'intensité de leur sentiment de culpabilité et de désespoir (Ngnombouowo Tenkué, 2022). Malgré la richesse de la littérature sur la perte d'un enfant, il reste cependant que l'aspect socioculturel

reste à investiguer, l'individu étant une totalité ordonnée et constituée par une triple relation polaire : vertical, horizontale et ontogénétique (Sow (1977)).

0. 5. 2. Pertinence de l'étude

D'un point de vue clinique, il est nécessaire de préciser l'importance de ce travail pour l'accompagnement des endeuillés. Les facteurs de complication du deuil étant la relation préexistante entre le défunt et l'endeuillé (Hanus & Bacqué, 2020) ; les circonstances brutales ou atypiques de décès (Stroebe, 1987) ; la manière dont le décès est annoncé (Hanus & Bacqué, 2020) ; l'âge de l'endeuillé (Lannen et alii, 2008) ; le cumul des pertes (Hanus & Bacqué, 2020) ; l'impact de la santé (Hanus & Bacqué, 2020) ; le statut professionnel de l'endeuillé (Bacqué & Hanus, 2020) ; l'environnement ; les blessures narcissiques et les rêves de désirs irréalisés des parents (Ngnombouowo Tenkué, 2023) et enfin les liens de croyances. Il va s'en dire que la prise en charge de l'endeuillé doit tenir compte des facteurs de risque en présence. Il importera de cibler les facteurs de risque et de les traiter si l'on veut réussir son accompagnement.

0. 6.DÉLIMITATION DE L'ETUDE

0.6. 1. Délimitation géographique de l'étude

Géographiquement, cette étude s'est déroulée au sein du Centre Hospitalier Dominicain Saint Martin de Pores Mvog-Bétsi (CHDSMP) de la capitale politique du Cameroun. Comme le mentionne Tsala-Tsala (2004), le Cameroun est un pays d'Afrique Centrale d'une superficie d'environ 475 650 km². Il s'étire du Golfe de Guinée au Lac Tchad. Ses principaux voisins sont le Nigeria, le Tchad, la République Centrafricaine, le Congo, le Gabon et la Guinée Équatoriale. Le Cameroun compte environ 253 ethnies pour près de 180 langues nationales, dialectes et parlers à côté des deux langues officielles que sont le français et l'anglais. Dong (2016) ajoute que le Cameroun présente une forme triangulaire qui s'étire au Sud jusqu'au lac Tchad sur près de 1 200 km tandis que la base s'étale d'Ouest en Est sur 800 km. Il possède au Sud-ouest une frontière maritime de 420 km le long de l'océan Atlantique.

Sur le plan de son organisation politique, le Cameroun est une république démocratique et laïque. Les religions dominantes sont le Christianisme et l'Islam. L'option républicaine de l'État laïc s'accommode tant bien que mal des institutions traditionnelles que sont les sultanats, les cités -États musulmanes du Nord, les principautés territoriales de

culture et de religiosité Bantou, les polyarchies fondées sur l'existence des lignages dans le reste du Cameroun. Ces différentes autorités traditionnelles sont aujourd'hui intégrées à des degrés divers dans le système de l'administration territoriale (Tsala-Tsala, 2004).

Le milieu naturel du Cameroun est diversifié. On dit de lui qu'il est "l'Afrique en miniature". En effet, plusieurs types de régions naturelles contribuent à la diversité géographique du pays. Pour Dong (2016), le sud forestier (provinces du Centre, de l'Est, du Littoral, du Sud et du Sud-Ouest) est situé dans les zones maritime et équatoriale. Cette zone se caractérise par une végétation dense, un vaste réseau hydrographique et un climat chaud et humide aux précipitations abondantes. Cette région est propice à la culture du cacao, du palmier à huile, de la banane, de l'hévéa et du tabac, etc. Elle abrite les deux plus grandes villes du pays : Douala (première ville, principal port et capitale économique avec ses activités commerciales et industrielles), Yaoundé (deuxième ville, capitale politique et lieu géographique de cette étude). Citons aussi d'importants centres urbains comme Edéa caractérisé par son industrie lourde et sa centrale hydro-électrique, Limbe, siège de l'industrie pétrolière et Kribi, terminal du pipeline Tchad- Cameroun.

Les hauts plateaux de l'ouest (provinces de l'Ouest et du Nord-Ouest), dont l'altitude moyenne est supérieure à 1 100 m, forment une région riche en terres volcaniques favorables à l'agriculture (café, maraîchers, etc.). La végétation y est moins dense que dans le Sud forestier et le climat frais qui y règne est favorable à l'éclosion de toutes sortes d'activités. De plus, la forte densité de peuplement par rapport à la moyenne nationale en fait une des premières zones d'émigration. Les principales villes sont Bafoussam, Bamenda et la ville universitaire de Dschang (Dong, 2016). Le Nord soudano-sahélien (provinces de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême-Nord) est une région de savanes et de steppes. En dehors du plateau de l'Adamaoua où le climat est plus tempéré, le reste de cette région est caractérisé par un climat tropical chaud et sec aux précipitations de plus en plus limitées au fur et à mesure que l'on se rapproche du lac Tchad. La région est propice à l'élevage du bovin et à la culture du coton, de l'oignon, du mil, de la pomme de terre, de l'igname blanche et des arachides.

Cette étude s'est réalisée dans la région du Centre, département Mfoundi dont le chef-lieu est Yaoundé. C'est la capitale politique du Cameroun, siège des institutions du pays. Nous avons travaillé avec une mère ayant perdu son enfant des suites d'un cancer et était

régulièrement accompagnée au service de psychologie du Centre Hospitalier Dominicain Saint Martin de Porres.

0.6. 2. Délimitation conceptuelle de l'étude

Du point de vue conceptuel, ce travail tourne autour de trois concepts fondamentaux : mère ayant perdu un enfant des suites d'un cancer, liens de croyance et mentalisation.

0.6.2.1. La perte d'objet

Du point de vue conceptuel, ce travail a pour population d'étude les mères ayant perdu un enfant des suites d'un cancer. La perte d'un enfant est vécue par les parents comme un traumatisme les conséquences sont suffisamment « spectaculaires » (Bacqué & Hanus, 2020, p. 50). Cette perte produit des effets à très long terme (Lannen et alii, 2008). Cela est d'autant plus traumatisant lorsque l'enfant est mort pendant sa première année (Harper et alii, 2011). Les deuils autour de la naissance sont particulièrement difficiles, car l'enfant n'a pas eu d'existence sociale. Son souvenir repose sur une mémoire purement affective et correspondant à la rêverie des parents. Il est donc souvent idéalisé. Si les tout petits défunts ont « bénéficié » pendant longtemps du statut d'ange ou d'intercesseur auprès de Dieu dans la religion chrétienne, ils résident fantasmatiquement pour les parents d'aujourd'hui, dans un *man's land* psychique difficile à cerner (Bacqué & Hanus, 2020, p. 50). Dans le cadre de ce travail, une mère ayant perdu un enfant des suites d'un cancer est tout simplement une mère dont l'enfant est décédé au Centre Hospitalier Dominicain Saint Martin de Porres où il était interné en soins palliatifs.

0.6.2.2. Le travail du deuil

Le travail de deuil concerne les caractéristiques du système préconscient, c'est-à-dire la qualité, la quantité et le dynamisme des représentations psychiques. S'inspirant des travaux de Freud (1920), Marty (1991) envisage l'écoulement des excitations psychiques selon trois voies possibles : la voie de l'élaboration psychique (mentalisation), la voie du comportement et la voie somatique (Quartier, 2003). Pour Debray (2001), la mentalisation est une opération psychique qui permet au sujet de supporter la souffrance. Selon elle, la qualité du processus de mentalisation est cliniquement repérable par trois de ses caractéristiques essentielles : l'épaisseur des couches représentatives, la fluidité des représentations au sein de ces

différentes couches et la permanence ou la continuité de son fonctionnement dans le temps (Ngnombouowo Tenkué, 2022).

Plusieurs approches tentent d'expliquer le concept de mentalisation (Marty, 1964; Sow, 1977; Fonagy, 1996 ; Luquet, 1988 ; Debray, 1991 ; Dejours, 1997 ; Lecours – Bouchard, 1997 ; Bergeret, 1991 ; Mayi, 2017). Si toutes les approches ne semblent pas converger quant à la définition à donner à la notion de symbolisation, toutes semblent cependant d'accord sur son existence en tant que processus psychique. Dans le cadre de ce travail, nous adoptons le point de vue de Lecours et Bouchard (1997) et contextualisé par Bacqué et Hanus (2020, pp. 36-37) sur le deuil. Ces auteurs définissent trois dimensions de la mentalisation à savoir la mise en représentation, la symbolisation et la mentalisation.

Dans le processus du deuil, une première étape se révèle souvent nécessaire pour dépasser l'état de choc initial. Il s'agit de la sanction de la réalité. Voir le mort contribue à cette prise de conscience par le biais des représentations formées à partir de l'image crue du mort. Mais parfois, les mécanismes de déni permettent de refuser l'objectivité de la mort, malgré la vision du cadavre. Ces deuils bloqués en phase aiguë constituent ce que Prigerson a appelé « deuil compliqué », puis « deuil traumatique ». Prononcer le mot « mort », utiliser l'imparfait et le passé pour évoquer le défunt montrent que les premières représentations mentales de la mort et de l'être chéri mort sont en voie de constitution. Dans le cadre de ce travail, la mise en représentation sera effective si la mère a accepté de voir le corps de son fils, si elle réussit à prononcer le mot « mort », si elle fit usage de l'imparfait et du passé simple pour parler de son enfant.

La symbolisation démarre avec les rites funéraires et leur acceptation (Bacqué, 1997). Ils constituent les prémisses d'une abstraction de la mort et d'une certaine maîtrise de cette idée tant refusée par l'inconscient. Les difficultés de symbolisation bloquent le deuil avant la phase dépressive caractérisée par la culpabilité. Quand seules les représentations crues émergent, sans prise de distance, la mort de l'endeuillé apparaît comme une échappatoire, rarement choisie directement, dans le suicide, mais plus indirectement dans les nombreux courts-circuits de la symbolisation ; ils aboutissent progressivement à une mort par somatisations sans passage par l'appareil psychique. Ainsi, la mère qui a symbolisé le départ de son fils est celle qui a accepté d'assister à la levée, celle qui a accepté d'assister à l'enterrement et qui a également accepté de pratiquer les rites funéraires.

L'endeuillé pourra dès lors évoquer son histoire avec le défunt sans être submergé par les émotions. Le processus dynamique du travail du deuil permet d'envisager le futur. L'interaction entre les événements sociaux qui entourent le deuil et les mouvements intrapsychiques de l'endeuillé est donc claire (Bacqué, 2003a). Dans le cadre de ce travail, la mère qui a mentalisé la perte est celle qui évoque son histoire avec le défunt sans être submergée par les émotions.

0.6.2.3. Approche clinique et projective

L'approche projective de la mère ayant perdu un enfant des suites d'un cancer a des particularités indéniables. Sa spécificité tient à la spécificité de l'organisation psychique de cette mère qui colore de sa marque les productions projectives. Cette approche projective s'ancre sur la connaissance du fonctionnement psychique de la mère et des dérives qui perturbent ce développement, telles qu'elles ont été dégagées par la psychopathologie psychanalytique. Elle s'appuie sur l'abord psychanalytique du Rorschach chez l'adulte, théorisé par Anzieu, Rausch de Traubenberg, Shentoub, Debray, Chabert, Brelet (Emmanuelli & Azoulay, 2009). L'application du corpus théorique de la psychanalyse à la psychologie projective proposée par ces travaux repose sur l'analyse du matériel en termes de sollicitations manifestes et sollicitations latentes, et sur le dégagement de facteurs spécifiques permettant l'analyse du fonctionnement psychique. Dans le cadre de ce travail, l'approche clinique et projective renvoie au fait que la participante de cette étude a été reçue dans un cadre clinique : l'objet de sa demande a été le décès de son fils et nous avons utilisé comme méthode de collecte des données l'épreuve projective du Rorschach.

0.6.2.4. La culpabilité écran

Cournut (1994), à propos du deuil en général et plus précisément de la culpabilité, développe une position féconde. Selon lui, un fantasme a autant de valeur traumatique intrapsychique que la réalité événementielle. L'événement extérieur dit traumatique n'a de valeur, d'impact que du fait de ses répercussions internes. Dollander et De Tycher (2000) ne partagent pas complètement une telle affirmation. Selon eux, où Cournut (1994) affirme en toute situation le primat de l'intrasubjectif sur la réalité externe, en refusant a priori de considérer que la réalité externe puisse être traumatique en soi, c'est-à-dire dépasser les capacités d'élaboration mentale de tout individu. Cramer (1999), prenant le contre-pied de Cournut (1994), affirme qu'il y a des sources de traumatismes qui sont purement externes. La

pratique en clinique du deuil Dollander et De Tychev (2000) à souscrire à son propos. Selon eux, dans certains cas, les conditions externes de la perte sont d'une violence telle qu'elles peuvent alors devenir traumatiques en soi et rendre beaucoup plus problématique l'élaboration de la culpabilité, si indispensable à un travail de deuil réussi. Ils posent que la culpabilité devient insurmontable, génératrice d'un risque suicidaire et d'un deuil inévitablement compliqué, lorsque les autoreproches massivement mis en avant par l'endeuillée sont reliés aux seules conditions externes de la perte, sans que le sujet ne parvienne à les lier à la dynamique fantasmatique inconsciente non résolue, qui va les amplifier et les faire perdurer, faute de pouvoir être analysée.

0.6. 3. Plan de rédaction

Ce mémoire comprend cinq chapitres regroupés en deux grandes parties : le cadre théorique (chapitre 1,2) et le cadre méthodologique de l'étude (chapitre 3, 4 et 5). L'introduction générale porte sur la problématique de l'étude. Dans ce chapitre, l'accent sera mis sur la problématique de l'étude. C'est le lieu de formuler le problème de recherche. Il consiste à construire l'objet de l'étude autour d'une question. Il comprend alors le contexte de l'étude, la formulation et la position du problème, l'énoncé des questions de l'étude, et la formulation des objectifs. Le premier chapitre est consacré à la revue de la littérature. C'est le lieu pour nous de définir la notion de relation d'objet, celle d'investissement, la notion de perte en y faisant ressortir les différentes étapes de deuil, ses complications, ses facteurs associés, ses pathologies.

Le deuxième chapitre et dernier du cadre théorique aborde la notion de mentalisation. Nous commencerons par définir le concept de mentalisation en ressortant les différentes conceptions. Il s'agira de ressortir les différents points de vue des auteurs ayant abordé cette notion. Après cette première partie consacrée à la mentalisation, nous évoquerons le concept de mentalisation en lien avec les épreuves projectives.

Le troisième chapitre quant à lui, premier de la deuxième partie, aborde les questions de la méthodologie mobilisée pour cette étude. Il débutera par une précision et une formulation de la question de recherche, de l'hypothèse de recherche, des variables de l'étude et de l'objectif de recherche. Le site de recherche sera également présenté ; la population de l'étude également. Le mode de recrutement des populations sera également présenté en mettant l'accent sur les critères de sélection et d'inclusion.

Le quatrième chapitre sera consacré à la présentation des données. Tout d'abord, nous commencerons par présenter un compte rendu de l'examen psychologique de la participante, compte rendu qui va se clôturer par une synthèse des données. Une partie sera consacrée aux données issues du test de Rorschach. Il s'agira de présenter la dynamique de la passation, l'approche formelle, l'approche dynamique et la synthèse. Dans l'approche formelle, les trois dimensions du Rorschach seront évoquées (la dimension cognitive, affective et sociale).

Le cinquième chapitre sera consacré à l'analyse et l'interprétation des données issues de l'entretien clinique de recherche et celles issues du Rorschach. La partie interprétation débutera par le rappel des données théoriques, le rappel des données empiriques avant de débiter l'interprétation des résultats. La discussion sera consacrée aux résultats de cette recherche à savoir : premièrement, deuxièmement, troisièmement. Chaque résultat sera ainsi discuté selon les cadres théoriques mobilisés et les travaux antérieurs mobilisés. Des implications théoriques et pratiques viendront clôturer ce cinquième chapitre.

CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE

CHAPITRE 1 : ANGOISSE DE MORT CHEZ LA MÈRE ENDEUILLÉE

Le deuil peut favoriser la survenue de certains phénomènes morbides. Même s'il s'agit d'un phénomène faible au plan épidémiologique, la survenue d'un décès aggrave les problèmes de somatisation chez les endeuillés (Mgbwa, 2012). Ce chapitre aborde la problématique du deuil en tant qu'événement de vie particulièrement marquant.

1.1. LA RELATION D'OBJET

La relation d'objet désigne selon Laplanche et Pontallis (1967) le mode de relation du sujet avec son monde, relation qui est le résultat complexe et total d'une certaine organisation de la personnalité, d'une appréhension plus ou moins fantasmatique des objets et de tels types privilégiés de défense. Ils parlent des relations d'objet d'un sujet donné, mais aussi de types de relations d'objet se référant soit à des moments évolutifs. Freud (1905) rattache cette notion au concept de pulsion. Il distingue l'objet du but. Selon lui, l'objet ne se voit pas imposer d'autre condition que celle d'être un moyen de procurer la satisfaction. En ce sens, il est relativement interchangeable. L'objet peut se trouver spécifié dans l'histoire du sujet de telle sorte que seul un objet précis ou son substitut, dans lequel se retrouvent les caractères électifs de l'original, sont aptes à procurer la satisfaction ; en ce sens les traits de l'objet sont éminemment singuliers.

1.1.1. Le concept d'objet

Pour Laplanche et Pontallis (1967), la notion d'objet est envisagée en psychanalyse sous trois aspects principaux : A) En tant que corrélatif de la pulsion : il est ce en quoi et par quoi celle-ci cherche à atteindre son but, à savoir un certain type de satisfaction. Il peut s'agir d'une personne ou d'un objet partiel, d'un objet réel ou d'un objet fantasmatique. B) En tant que corrélatif de l'amour (ou de la haine) : la relation en cause est alors celle de la personne totale, ou de l'instance du moi, et d'un objet visé lui-même comme totalité (personne, entité, idéal, etc.). C) Dans le sens traditionnel de la philosophie et de la psychologie de la connaissance, en tant que corrélatif du sujet percevant et connaissant : il est ce qui s'offre avec des caractères fixes et permanents, reconnaissables en droit par l'universalité des sujets, indépendamment des désirs et des opinions des individus. Selon ces auteurs, il ne doit pas évoquer la notion de « chose », d'objet inanimé et manipulable.

Freud (1905), en analysant la notion de pulsion, distingue entre l'objet et le but : « Introduisons deux termes : appelons objet sexuel la personne qui exerce l'attraction sexuelle et but sexuel l'action à laquelle pousse la pulsion » (p. 18). Il conserve cette opposition tout au long de son œuvre et la réaffirme notamment dans la définition la plus complète qu'il ait donnée de la pulsion : « ... l'objet de la pulsion est ce en quoi ou par quoi la pulsion peut atteindre son but » (p. 35) ; en même temps l'objet est défini comme moyen contingent de la satisfaction : « Il est l'élément le plus variable dans la pulsion, il n'est pas lié à elle originairement, mais il ne vient s'y ordonner qu'en fonction de son aptitude à permettre la satisfaction » (p. 35).

Pour Laplanche et Pontallis (1967), cette thèse majeure et constante de Freud (1905), la contingence de l'objet, ne signifie pas que n'importe quel objet puisse satisfaire la pulsion, mais que l'objet pulsionnel, souvent très marqué de traits singuliers, est déterminé par l'histoire (l'histoire infantile) de chacun. L'objet est ce qui, dans la pulsion, est le moins constitutionnellement déterminé. Pour Freud, il n'est pas douteux que la libido, même si très tôt elle subit l'empreinte de tel ou tel objet, est, à l'origine, toute orientée vers la satisfaction, la résolution de la tension par les voies les plus courtes selon les modalités appropriées à l'activité de chaque zone érogène. Cependant l'idée, ajoutent Laplanche et Pontallis (1967), qu'il existe un rapport étroit entre la nature et les « destins » du but et de l'objet, n'est pas étrangère à la pensée de Freud (1905). La notion d'objet en psychanalyse n'est pas seulement à entendre par référence à la pulsion. Elle désigne aussi ce qui est pour le sujet objet d'attraction, objet d'amour, le plus généralement une personne. Ce n'est que l'investigation analytique qui permet de découvrir, au-delà de cette relation globale du moi à ses objets d'amour, le jeu propre des pulsions dans leur polymorphisme, leurs variations, leurs corrélats fantasmatiques.

1.1. 2. L'objet libidinal

La notion d'objet en psychanalyse n'est pas seulement à entendre par référence à la pulsion, elle désigne aussi ce qui est pour le sujet objet d'attraction, objet d'amour, le plus généralement une personne. Ce n'est que l'investigation analytique qui permet de découvrir, le jeu propre des pulsions dans leur polymorphisme, leurs variations, leurs corrélats fantasmatiques (Laplanche & Pontallis, 1967). Dans les premiers temps où Freud (1905) analyse les notions de sexualité et de pulsion, le problème d'articuler entre eux l'objet de la pulsion et l'objet d'amour n'est pas explicitement présent, et ne peut pas l'être. Il met

l'accent sur l'opposition majeure qui existerait entre le fonctionnement de la sexualité infantile et celui de la sexualité post pubertaire. Selon lui, la première est définie comme essentiellement auto-érotique. La pulsion, chez l'enfant, se définit comme partielle, plus en raison de son mode de satisfaction qu'en fonction du type d'objet qu'elle viserait. C'est seulement à la puberté qu'intervient un choix d'objet, dont certes des « préfigurations », des « esquisses » peuvent être retrouvées dans l'enfance, qui permet à la vie sexuelle, en même temps qu'elle s'unifie, de s'orienter définitivement sur autrui.

La problématique des objets partiels a pour effet de démanteler ce que la notion relativement indifférenciée d'objet sexuel pouvait avoir, aux débuts de la pensée freudienne, d'englobant. On se trouve alors amené à disjoindre un objet proprement pulsionnel et un objet d'amour. Le premier étant susceptible de procurer la satisfaction à la pulsion en cause. Il peut s'agir d'une personne, mais ce n'est pas là une condition nécessaire, la satisfaction pouvant être notamment fournie par une partie du corps. L'accent est alors mis sur la contingence de l'objet en tant qu'il est subordonné à la satisfaction. Quant à la relation à l'objet d'amour, elle fait intervenir, tout comme la haine, un autre couple de termes : « ... les termes d'amour et de haine ne doivent pas être utilisés pour les relations des pulsions à leurs objets, mais réservés pour les relations du moi total aux objets » (Freud, 1915, p. 61).

On peut dire que Freud (1905), alors même qu'il a mis en évidence les relations à l'objet partiel, réserve l'expression de choix d'objet à la relation de la personne à ses objets d'amour qui sont essentiellement, eux-mêmes, des personnes totales. De cette opposition entre objet partiel (objet de la pulsion et essentiellement objet prégénital) et objet total (objet d'amour et essentiellement objet génital) on peut être amené à inférer, dans une perspective génétique du développement psychosexuel, l'idée que le sujet passerait de l'un à l'autre par une intégration progressive de ses pulsions partielles au sein de l'organisation génitale, celle-ci étant corrélative d'une prise en considération accrue de l'objet dans la diversité et la richesse de ses qualités, dans son indépendance. L'objet d'amour n'est plus seulement le corrélat de la pulsion, destiné à être consommé.

1.1. 3. L'objet partiel

Pour Laplanche et Pontallis (1967), l'objet partiel est un type d'objets visés par les pulsions partielles sans que cela implique qu'une personne, dans son ensemble, soit prise comme objet d'amour. Il s'agit principalement de parties du corps, réelles ou fantasmées (sein, fèces, pénis), et de leurs équivalents symboliques. Même une personne peut s'identifier

à ou être identifiée à un objet partiel. Ce sont les psychanalystes kleinien qui ont introduit le terme d'objet partiel et lui ont donné un rôle de premier plan dans la théorie psychanalytique de la relation d'objet. Mais l'idée que l'objet de la pulsion n'est pas nécessairement la personne totale est déjà explicitement présente chez Freud (1905) Lorsqu'il parle de choix d'objet, d'amour d'objet, c'est généralement une personne totale qui est désignée par-là, mais quand il étudie l'objet visé par les pulsions partielles, c'est bien d'un objet partiel qu'il s'agit (sein, nourriture, fèces, etc.). Bien plus, Freud (1917) a mis en évidence les équivalences et les relations qui s'établissent entre divers objets partiels. Il indique également comment la femme passe du désir du pénis au désir de l'homme, avec la possibilité d'une « régression passagère de l'homme au pénis, comme objet de son désir » (Laplanche & Pontallis, 1967, chap. objet).

Avec Abraham (1924), l'opposition partiel/total, dans l'évolution des relations d'objet, passe au premier plan. Selon lui, il existe une correspondance entre l'évolution de l'objet et celle des buts libidinaux tels qu'ils caractérisent les différents stades psychosexuels. L'amour partiel d'objet constitue une des étapes du « développement de l'amour d'objet ». La notion d'objet partiel est au cœur de la reconstruction qu'elle donne de l'univers fantasmatique de l'enfant. Elle relève les couples d'opposition entre lesquels s'établit la dialectique des fantasmes : bon objet/mauvais objet ; introjection/projection ; partiel/total. Si pour Abraham (1924), l'évolution de la relation d'objet n'est pas à comprendre simplement dans le sens d'un progrès du partiel au total ; elle est conçue par lui d'une façon beaucoup plus complexe. C'est ainsi par exemple que le stade d'amour partiel est lui-même précédé d'un type de relations comportant une incorporation totale de l'objet.

Klein (1947) se situe sur la voie ouverte par Abraham. L'objet partiel est notamment l'enjeu du processus d'incorporation. Avec elle, dans l'expression d'objet partiel, le terme d'objet prend toute la valeur que lui a donnée la psychanalyse : quoique partiel, l'objet (sein ou autre partie du corps) est doté fantasmatiquement de caractères semblables à ceux d'une personne. Pour les kleinien, la relation aux objets partiels ne qualifie pas seulement un stade de l'évolution psychosexuelle (position paranoïde) ; elle continue à jouer un grand rôle une fois établie la relation aux objets totaux (Laplanche & Pontallis, 1967).

1.1. 4. L'objet petit *a*

Lacan (2001) conçoit l'objet (petit) *a* à partir de l'objet transitionnel de Winnicott. Selon lui, il s'agit de « l'objet du désir » (Pavon, 2008, p. 682), de « ce qui manque à

l'homme » (p. 211). Pour lui, pour exister comme sujet, l'homme doit choisir, avec son père, ne pas être avec le sein de sa mère, ne pas être avec l'objet, ne pas être l'objet, ne pas être le phallus de sa mère, bref, ne pas être, manquer d'être. C'est la castration, le manque symbolique du phallus, d'un objet imaginaire avec lequel l'enfant s'identifie; c'est également la privation, le manque réel de l'être, d'un objet symbolique, de ce que l'enfant est symboliquement en tant que phallus ; et finalement, c'est aussi la frustration, le manque imaginaire d'un objet réel, le sein de la mère, le corps de la mère avec lequel l'enfant serait *un et tout* et par rapport auquel il pourrait au moins être, être un objet, être symboliquement, être le phallus imaginaire de sa mère, être ce qui manque à ce qui manque (Lacan, 2001). En somme, le sujet est ce qu'il est, non-totalité désirant la totalité, non-objet désirant l'objet, et non-être désirant l'être, du moment que l'objet *a*, soit réalisé comme corps de la mère ou imaginé comme phallus ou symbolisé comme être, lui manque.

Selon Lacan (2001), l'objet *a* est, certainement, le sujet aimé qui manque au sujet amant, le sujet qui lui manque en tant qu'objet désiré, mais il est, de plus, ce qui lui manque en tant que lui-même, en tant que sujet amant, un autre sujet qui le désire à lui, le sujet amant en tant qu'objet aimé, en tant que ce qui lui manque :

Ce **a**, objet de l'identification, n'est aussi **a** objet de l'amour que pour autant qu'il est ce qu'il est, ce **a**, ce qui fait de lui l'amant (...), ce qui l'arrache métaphoriquement, cet amant, pour le faire, à se proposer comme aimable, (...) en le faisant sujet du manque, donc ce par quoi il se constitue proprement dans l'amour (...), à savoir (...) qu'on aime, qu'on est amant avec ce qu'on a pas » (Lacan, 2001, p. 128).

Il s'agit là, au moyen de l'apport socratique de la « fonction de manque comme constitutive de la relation d'amour » (Lacan, 1991, p. 140), d'une double subordination, d'abord de l'objet et du sujet à l'amour et au désir, ensuite de l'amour et du désir au manque et au deuil, d'abord de tout à la vie et ensuite de la vie à la mort, une double subordination complémentaire et indissociable de la double subordination contraire, suggérée par le sens commun. Ainsi, le sujet existe parce qu'il désire et il désire parce qu'il se manque, tandis que l'objet existe parce qu'il est désiré par le sujet et il est désiré par lui parce qu'il lui manque. Le manque d'objet se révèle comme « le ressort même de la relation du sujet au monde »

(Lacan, 1994, p. 36), une relation par laquelle existe un Moi-sujet et un objet-monde. Le sujet existe donc parce qu'il se manque, parce qu'il ex-siste, parce qu'il est hors de soi comme objet de désir, objet qui lui manque, être qui lui manque. De cette manière, le manque d'objet représente le manque d'être auquel se rapporte l'être du sujet par le désir, « manque d'être par quoi l'être existe », manque en fonction duquel « l'être arrive à un sentiment de soi par rapport à l'être » (Lacan, 1978, p. 36). Une telle considération du manque, comme phénomène fondamental, dont tout émane, directement, l'amour et le désir, autant qu'indirectement l'objet et le sujet, on la trouve déjà suffisamment développée, dès le début, dans une deuxième tendance de la théorie freudienne.

1.1. 5. L'Objet transitionnel

Ce terme est introduit par Winnicott (1953) pour désigner un objet matériel qui a une valeur élective pour le nourrisson et le jeune enfant, notamment au moment de l'endormissement. Le recours à des objets de ce type est, selon lui, un phénomène normal qui permet à l'enfant d'effectuer la transition entre la première relation orale à la mère et la « véritable relation d'objet ». Sur le plan de la description clinique, Winnicott (1953) met en évidence un comportement souvent observé chez l'enfant et le désigne comme relation à l'objet transitionnel. Selon lui, il est fréquent de voir l'enfant, entre quatre et douze mois, s'attacher à un objet particulier tel qu'un bouchon de laine, le coin d'une couverture ou d'un édredon, etc., qu'il suçote, serre contre lui et qui s'avère particulièrement indispensable au moment de l'endormissement. Cet « objet transitionnel » garde longtemps sa valeur avant de la perdre progressivement ; il peut aussi réapparaître plus tard, notamment à l'approche d'une phase de dépression. Winnicott (1953) fait entrer dans le même groupe certains gestes et diverses activités buccales (gazouillis, par exemple) qu'il nomme phénomènes transitionnels (Laplanche & Pontallis, 1967).

Au plan génétique, l'objet transitionnel se situe « entre le pouce et l'ours en peluche » (Winnicott, 1953, p. 22). En effet, s'il constitue « une partie presque inséparable de l'enfant » (p. 30), se distinguant en cela du futur jouet, il est aussi la première « possession de quelque chose qui n'est pas moi » (p. 30). Du point de vue libidinal, l'activité reste de type oral. Ce qui change, c'est le statut de l'objet. Dans la toute première activité orale, il existe ce que Winnicott (1953) nomme une « créativité primaire » : « Ce sein est constamment recréé par l'enfant de par sa capacité d'aimer ou, pourrait-on dire, de par son besoin [...]. La mère place le sein réel à l'endroit même où l'enfant est prêt à le créer et au bon moment » (p. 36).

Ultérieurement, fonctionnera l'épreuve de réalité. Entre ces deux temps se situe la relation à l'objet transitionnel, qui est à mi-chemin entre le subjectif et l'objectif : « De notre point de vue, l'objet vient de l'extérieur : mais l'enfant ne le conçoit pas ainsi. Il ne vient pas non plus de l'intérieur : ce n'est pas une hallucination » (p. 27).

L'objet transitionnel, déclarent Laplanche et Pontallis (1967), s'il constitue un moment de passage vers la perception d'un objet nettement différencié du sujet et vers une « relation d'objet proprement dite », ne voit pas pour autant sa fonction abolie dans la suite du développement de l'individu. « L'objet transitionnel et le phénomène transitionnel apportent, dès le départ, à tout être humain, quelque chose qui restera toujours important pour lui, à savoir un champ neutre d'expérience qui ne sera pas contesté » (pp. 37-38). Ils appartiennent, selon Winnicott, au domaine de l'illusion :

Ce champ intermédiaire d'expérience, dont il n'a à justifier l'appartenance ni à la réalité intérieure, ni à la réalité extérieure (et partagée), constitue la part la plus importante de l'expérience de l'enfant. Il va se prolonger, tout au long de la vie, dans l'expérience intense qui appartient au domaine des arts, de la religion, de la vie imaginative, de la création scientifique » (p. 41).

1.2. LA PERTE D'OBJET

Dans « Deuil et mélancolie », Freud (1915) déclare qu'il y a deuil lorsqu'il y a manque, absence indue ou intolérable, ou tout simplement déplorable. Ce qui est ainsi absent dans le deuil, selon lui, c'est un objet, « un objet aimé » (p. 190). Il distingue alors trois éléments essentiels impliqués dans le deuil : le manque, l'objet et l'amour. En liant ces éléments entre eux, cet auteur établit une double relation de causalité. L'amour apparaissant comme condition sine qua non du manque et de l'objet. « Ce qui manque est un objet parce qu'il est aimé » (Freud, 1988, p. 261). Donc pour Freud (1915), l'objet manque parce qu'il est un objet aimé, de même qu'il est un objet, parce qu'il est quelque chose d'aimé.

Établissant une relation entre l'amour et l'objet, Freud (1915) affirme que pour que l'objet soit considéré comme tel, il doit être aimé et pris dedans le Moi du sujet amant ; faisant ainsi coïncider, comme le faisait Descartes (1989), l'externe, l'objet avec le haï et l'interne, le sujet, avec l'aimé. De même, établissant cette fois-ci une relation entre l'amour et

le manque, Freud (1915) affirme que, pour manquer, l'objet qui doit être aimé est pris dedans le Moi du sujet amant quand il est aimé. Ce qui l'amène cette fois à distinguer deuil normal de la mélancolie. Selon lui, dans le deuil, ainsi que dans la mélancolie, il y a une réaction à la perte réelle de l'objet d'amour. Le deuil suppose un investissement d'objet alors que la mélancolie, quant à elle, suppose une identification narcissique avec l'objet et la corrélative ambivalence de sentiments envers lui. Pour Freud (1915), le Moi du sujet mélancolique est identifié avec l'objet absent, objet de son amour et de sa haine, lequel, en étant identifié à lui, demeure à l'intérieur de lui pendant qu'il est aimé et haï par lui, en tant que sur-moi, tandis qu'au contraire, le Moi du sujet en deuil normal n'est pas identifié avec l'objet absent, objet de son amour et seulement de son amour, lequel, en n'étant pas identifié à lui, ne demeure pas à l'intérieur de lui pendant qu'il est aimé.

Pendant le deuil, ajoute Freud (1915), le sujet aime dans la mesure où sa libido reste rattachée à l'objet ; et il souffre dans la mesure où sa libido se détache de l'objet auquel elle est rattachée. Quant à l'objet, il demeure à l'intérieur du sujet dans la mesure où la libido du sujet est rattachée à lui. Pour Freud (1915), l'objet, que ce soit dans le deuil normal ou dans la pathologie mélancolique, demeure à l'intérieur du sujet pendant qu'il est aimé. Et donc, le sujet qui désire ne se confond pas avec l'objet désiré, en général, pour la même raison que le sujet amant en deuil ne se confond pas avec l'objet aimé, dont il fait deuil, à savoir pour la seule raison que l'objet est ce qui manque, l'aimé, tandis que le sujet, l'amant, est celui à qui manque l'objet.

Ainsi donc, si on s'en tient à Freud (1915), en tant qu'objet, le sujet est l'objet aimé et haï, tandis que l'objet, comme tel, est seulement haï. Or, dans l'état de deuil, où le propre de l'objet est d'être aimé, cette vision n'est plus valable, puisqu'il n'y a plus aucun signe distinctif de l'objet ou du sujet qui nous permette de les discriminer : le premier, aussi bien que le second, se caractériserait par être l'aimé et le haï. Pavon (2008) se rend alors compte que chacune de ces conceptualisations de Freud (1915) suppose une confusion ou une distinction particulière entre l'objet et le sujet, ainsi que de manière indirecte, entre l'amour et la haine, entre le manque et l'excès, et aussi, entre la non-confusion dans la normalité du deuil et la confusion dans la pathologie de la mélancolie. Ce faisant, le manque, défini comme l'absence d'un objet aimé, dont la présence est souhaitable, est tout simplement impossible dans la théorie freudienne ; étant donné que ce qui est aimé ne peut pas être absent s'il est aimé. Selon lui, si tant est que pour être considéré comme tel, l'objet qui doit être aimé est pris dedans le moi du sujet amant quand il est aimé, alors à quoi sert donc le monde

extérieur pour le sujet, étant donné que dès l'origine l'objet est assimilé à l'extérieur ? De même, si pour manquer, l'objet qui doit être aimé est pris dedans le Moi du sujet amant quand il est aimé, de la même manière, à quoi sert le manque pour le sujet, sachant que l'objet demeure à l'intérieur de lui pendant qu'il est aimé par lui ?

Ainsi, Pavon (2008) est amené à reformuler la double relation de causalité, par laquelle Freud (1915) a lié précédemment les trois éléments cardinaux impliqués dans le deuil. En premier lieu,

ce qui manque est un objet, une extériorité, parce qu'il est aimé, aimé et non pas amant, et parce qu'il est aussi haï, expulsé avec haine du sujet ; mais ce qui manque est aussi le sujet, une intériorité, parce qu'il est, en tant qu'aimé et haï, dévoré par le propre sujet, dévoré avec haine et amour, incorporé à son intérieur, identifié à lui » (p. 183).

Ensuite,

L'objet ne peut pas manquer, ne peut être un objet absent dont la présence est désirable, parce qu'il est aimé, parce que ce qui est aimé ne peut être absent, étant présent par l'amour, par la libido qui se rattache à lui ; mais l'objet ne peut pas manquer, en outre, parce qu'il est aussi haï, parce que la présence de ce qui est haï ne peut être désirable » (p. 183).

1.2.1. Les formes de manque d'objet

À l'origine du désir, il y a un objet foncièrement perdu qui est dit tel parce qu'il n'y a pas de trace. C'est ce trou dans la représentation qui constitue le manque fondamental d'objet. À sa manière Lacan (1994) reprend ce que Freud a noté dans l'Esquisse, comme étant la part inassimilable du complexe d'objet, celle qui échappe à la représentation. Dans notre propos,

nous reprenons la lecture du Séminaire sur « la relation d'objet » pour présenter les trois modes des manques de l'objet : castration, frustration et privation.

1.2.1.1. La privation

La privation, selon Lacan (1994, p. 141), est un trou réel qui fait que la femme n'a pas de pénis, qu'elle en est ». Plus loin, il précise :

Que tout le progrès de l'intégration de l'homme amène la femme à son propre sexe, exige la reconnaissance d'une privation ». Celle-ci correspond au pénis-neid d'un côté, au complexe de castration de l'autre. Nous sommes apparemment fort loin du complexe de sevrage qui avait servi à sa définition, mais qui restera impossible à assouvir. L'objet a pour fonction de compléter un trou abîmé dans la réalité où on manque dans le réel (Lacan, 1994, cité par Mgbwa, 2012, p. 141).

Il n'y a pas d'exigence phallique pour la privation. Lacan (1994) indique que cet objet qui manque dans le réel de la privation, ne peut être donné comme manquant à sa place que dans l'ordre symbolique. La privation est réelle, mais l'objet est symbolique. Mais pour mieux appréhender ce que cette relation pose, la référence à l'hallucination du sujet psychotique semble pouvoir être appelée en renfort. Ce qui fait retour dans le réel, c'est le signifiant forclos, c'est-à-dire le signifiant pour celui-ci qui n'a jamais pris sa fonction dans la chaîne et qui manque à sa place. Du signifiant forclos, le sujet ne peut se sentir privé puisqu'il n'en a pas contribué la trace si le manque (du signifiant) est réel, ce qui fait retour est un objet symbolique, soit ce que dit la voix, avec comme résultat la détermination de la fonction du sujet (Mgbwa, 2012).

La privation en jeu dans la description de Lacan (1994) des phénomènes élémentaires peut être utile pour saisir le sens et s'en distingue du franchissement de l'objet. La théorie du détachement montre que l'absence du signifiant ne suffit pas, il fait appel à ce signifiant pour que le mode de la réponse témoigne qu'il n'y était pas. La privation désigne donc la réelle absence de l'objet. Le sujet suppose que l'objet lui appartient ou qu'il appartient à la personne chez qui il vient de marquer le manque de cet objet. La privation désigne le fait que la femme ne possède pas de pénis qu'elle en est privée. Le trou est donc une chose qui n'existe pas.

C'est la béance. Mais, puisqu'il ne manque conformément à la nature, rien dans le réel, on doit alors introduire un objet symbolique pour pouvoir penser ce trou. C'est sur ce processus que se base le concept de privation de façon particulièrement terrifiante et efficace (Mgbwa, 2012).

1.2.1.2. La frustration

Par frustration (frustrer, faire perdre quelque chose à quelqu'un), on désigne l'acte de la mère qui frustre l'enfant en lui refusant l'objet à un besoin biologique. Lacan (1994) retient ce terme pour désigner un événement important dans la relation mère/enfant tout en lui donnant un autre contenu. Il ne se réfère plus au refus d'un objet qui serait capable de satisfaire un besoin biologique, mais au refus de la mère de vouloir satisfaire la demande d'amour. L'accomplissement du symbole de trou, de cadeau sur lequel l'enfant croit avoir un objet légitime. S'il rencontre un refus, il se sentira traité injustement. On lui refuse quelque chose à quoi il avait droit. «Légitime et injuste » se rapportent à une loi dans laquelle l'enfant doit être inscrit pour pouvoir être frustré. On constate souvent qu'un besoin oral, même s'il est satisfait par un objet (alcool, drogue, etc.) ne satisfait pas autant la demande. Cela montre que dans le cas de la frustration, il ne s'agit de la satisfaction d'une pulsion. Le domaine de la frustration est le domaine de la demande, de la revendication. Le manque dû à la frustration est imaginaire, mais son objet est réel.

Lacan écrit :

La frustration est par essence le domaine de la revendication. Elle concerne quelque chose qui est désiré et qui n'est pas tenu, mais qui est désiré sans nulle référence à aucune possibilité de satisfaction, ni d'acquisition. La frustration est par elle-même le domaine des exigences effrénées et sans loi. Le centre de la notion de frustration en tant qu'elle est l'une des catégories du manque, est un imaginaire (Lacan, 1994, cité par Mgbwa, 2012, p. 143).

On peut faire remarquer que la différenciation entre privation et frustration permet de distinguer entre l'alcoolisme et la toxicomanie. Pour la première, il s'agit d'une frustration, pour la seconde, d'une privation, mais elles peuvent aussi disposer à la tendance actuelle à

vouloir attribuer aux analysants des troubles de plus en plus graves et précoces. Le vide, le trou qu'on craint si souvent de trouver à l'origine d'une symptomatologie plus ou moins importante existe vraiment. Il est à vrai dire, constituant pour le sujet, pour tout sujet. Et non pas le signe d'un trouble grave ou d'une psychose. L'objet symbolique manquant à la privation indique une réelle absence, dans la mesure où elle représente le trou dans l'être, qui selon Lacan crée l'existence réelle. Le déplacement de l'intérêt vers la frustration ne restera pas sans conséquence pour la perception et la définition de soi. Lacan écrit : « c'est dans la mesure, que nous croyons pouvoir répondre à sa demande, que nous sommes dans le sentiment de comprendre » (Lacan, 1994, cité par Mgbwa, 2012, p. 143).

1.2.1.3. La castration

La castration porte sur le phallus en tant qu'il est un objet non pas réel, mais imaginaire. C'est la raison pour laquelle Lacan (1994) n'envisage pas les rapports du complexe de castration et du complexe d'œdipe de façon opposée selon le sexe. L'enfant, fille ou garçon veut être le phallus pour capter le désir de sa mère. C'est le premier temps de l'Œdipe. L'interdiction de l'inceste (le deuxième temps) doit le déloger de cette position idéale du phallus maternel. Cette interdiction est le fait du père symbolique dont la médiation doit être assurée par le discours de la mère. Lacan (1994) justifie que l'objet est imaginaire dans la castration de ceci que bien entendu, il ne s'agit pas de le couper dans le réel, et ce d'autant moins que cette image phallique est celle qui vaut pour la mère. Ainsi, il insiste sur le fait que la menace de castration ne produit aucun effet sur le petit Hans tant que l'objet phallique n'est pas distingué de sa personne et tant que la mère n'est pas de quelque façon appréhendée comme pouvant être privée de l'organe (Mgbwa, 2012).

La coupure, en quoi consiste la castration, est symbolique ; ce qui implique une prise de position du sujet. La privation du phallus est détectée par le sujet lorsqu'il expérimente le fait non pas qu'un autre puisse être satisfait par la mère, mais que ceci implique qu'elle désire et que, par conséquent, elle n'a pas ce qu'elle désire. Reste à placer le père imaginaire et le père réel. Lacan (1994, cité par Mgbwa, 2012, p. 144) déclare : la castration est toujours liée à l'intervention du père réel ». Le cas du petit Hans fournit une réponse fondée sur l'absence d'intervention « du père réel », autrement dit sur la difficulté de franchissement du complexe de castration. Se trouve ainsi, décrit-il, l'échec avec les modalités d'une suppléance, mais pas le succès, car le franchissement n'est jamais que relatif, parce que l'intervention du père ne peut se concevoir que par rapport à l'acte.

La castration dont la nature a été introduite par Freud d'une façon absolument à la notion de la loi primordiale, de ce qu'il y a de loi fondamentale dans de l'inceste et dans la structure de l'objet. C'est une espèce de saut mortel dans l'expérience que Freud a mis en œuvre. Cette notion aussi paradoxale au centre de la crise décisive, formatrice majeure qui est l'œdipe. La castration ne peut que se classer dans la catégorie de la dette symbolique. Donc dette symbolique, dans l'imaginaire, et trou ou absence, réel, voilà ce qui permet de situer ces trois éléments que nous venons d'explorer en référence au manque d'objet. La privation implique une symbolisation à quoi la frustration doit avoir introduit le sujet. De la même façon, la frustration est désignée comme fondement de l'œdipe, lequel est le temps suivant (Mgbwa, 2012).

Au-delà du stade du miroir, la problématique va se déployer en s'appuyant sur deux notions ; élément de référence qui doit être rappelé de ce que Lacan doit à la psychose ici sous la forme de l'objet halluciné dans le réel. Il se conjoint à l'objet freudien du premier sevrage, perdu et retrouvé sous une forme hallucinée. Ceci permettra à Lacan d'y situer le rapport du sujet réel et d'ordonner le trou tant en fonction de ses catégories, le réel pour la privation, l'imaginaire pour la castration et le symbolique pour la frustration. L'autre est la référence au langage qui s'inscrit entier dans la relation mère-enfant et se trouve supportée par ce symbole qu'il appelle phallus (Mgbwa, 2012).

Tableau : Les trois formes de manque selon Lacan (1994).

	Objet	Manque	Agent
Frustration	Réel	Imaginaire	Mère symbolique
Privation	Symbolique	Réel	Père imaginaire
Castration	Imaginaire	Symbolique	Père

Source : Lacan, *Séminaire « la relation d'objet »* (Mgbwa, 2012, p. 145).

1.2.2. Perte d'objet comme rupture du lien

Le deuil est régulièrement la réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place, la patrie, la liberté, un idéal, etc. L'action des mêmes événements provoque chez de nombreuses personnes pour lesquelles nous soupçonnons de ce fait l'existence d'une prédisposition morbide, une mélancolie au lieu du deuil (Freud, 1917). Cette pensée de Freud témoigne de la difficulté qu'ont certains sujets à effectuer un travail d'élaboration de la perte d'objet ou du deuil. On fait face dans ce cas contrairement à ce qui

précède au deuil ou à la perte comme rupture du lien. Si l'on s'en tient au mécanisme de compensation tel que décrit par Freud (1917), on se rend compte que l'introjection de l'objet perdu et le clivage comme défense contre la perte d'objet implique une série de conditions qu'il décrit et dont on peut résumer en deux grandes catégories : premièrement, pour que le choix d'objet régresse vers l'identification narcissique, il faut que l'investissement objectal soit fragile, et qu'il soit préalablement établi sur une base narcissique ; deuxièmement, pour que l'introjection de l'objet perdu puisse se produire, il faut que la libido régresse au stade oral ou cannibalique (à ce stade, l'amour pour l'objet se transforme en identification, et la haine se retourne contre cet objet substitutif). Ce qui confère trois étapes à la mélancolie impliquées dans la rupture du lien : la perte d'objet, l'ambivalence à l'égard de cet objet perdu ainsi que la régression de la libido dans le Moi.

La perte de l'objet d'amour est l'étape première de la mélancolie, mais aussi du deuil. Dans le deuil, le sujet perd un être cher ou aimé ou un objet précieux auquel il tenait particulièrement. La perte provoque un vide profond chez lui, il ressent du regret vis-à-vis de cette perte, mais ces sentiments restent passagers. Il passe de l'état de tristesse à l'acceptation pour enfin passer à autre chose et retirer la libido pour cet objet d'amour. Le deuil est donc temporaire, contrairement à la mélancolie qui s'attache à l'objet d'amour au-delà de sa perte. Elle dénie l'acceptation et conserve une relation privilégiée avec l'objet d'amour perdu. Dans le même ordre d'idée, Pigeaud (1988) affirme qu'il arrive souvent aux mélancoliques des choses de ce genre : ils sont parfois taciturnes, solitaires, recherchent les lieux déserts ; ils se détournent des hommes, regardent leur semblable en étranger : mais il arrive aussi à ceux qui se consacrent à la sagesse de perdre toutes les autres préoccupations par l'état de la sagesse ». Cette perte est une véritable source d'angoisse lorsqu'on suit la logique de Freud (1926) lorsqu'il attribue la source de l'angoisse à la crainte de la séparation et de la perte d'objet. Cette angoisse de séparation et de perte d'objet nécessite un travail d'élaboration psychique.

1.2.3. Les complications du deuil

Les complications du deuil sont liées au temps et à toute une série de facteurs comme l'âge, le sexe, la brutalité de la perte, l'injustice d'une mort trop précoce, etc. Le deuil peut être bloqué à plusieurs niveaux. Lors de l'annonce du décès, c'est un deuil traumatique. Lors de la phase dépressive, c'est une dépression majeure réactionnelle au deuil. Le travail de deuil peut également être retardé (différé) ou inhibé. Il peut enfin devenir chronique et ne jamais atteindre la réadaptation. Ainsi, des complications entravent le déroulement habituel

du travail de deuil, mais n'aboutissent pas à une maladie mentale caractérisée. Les complications du deuil peuvent cependant, si elles se prolongent, devenir de véritables pathologies du deuil (Bacqué & Hanus, 2020).

1.2.3.1. Le deuil différé

La défense habituelle, qui consiste d'abord à refuser la réalité, persiste dans le temps. Ce déni va retarder l'installation de la dépression et surprendre par l'attitude globalement inchangée de l'endeuillé. Les actions quotidiennes du défunt sont entretenues, ses vêtements conservés bien en place, la musique qu'il appréciait ou ses photos préférées maintenues dans la maison. L'endeuillé élude toute question à ce sujet et continue une vie dont le rythme est soutenu. Mère qui prépare consciencieusement les affaires de son fils tous les matins. Seule la mécanique du rituel maintient le déni de la mort. Mais, s'ils isolent l'endeuillé, les rituels l'envahissent progressivement. La dépression, retardée, surviendra inévitablement, lors d'un événement réactivant le traumatisme de la perte, ou à la suite d'une élaboration personnelle, dégageant l'accès du travail de deuil et relâchant les tensions (Bacqué & Hanus, 2020).

1.2.3.2. Le deuil inhibé

Comme dans le deuil différé, les manifestations normales du deuil ne sont pas apparentes. Ici, l'endeuillé ne nie pas la réalité de sa perte, mais refuse les affects qui y sont liés. Les perturbations émotionnelles sont au second plan, masquées derrière une symptomatologie d'ordre somatique. Ainsi, les enfants en deuil et surtout les enfants traumatisés présentent ces attitudes, oscillant entre agitation, impulsivité et inhibition ou indifférence. Les enfants restreignent leur expression par identification aux adultes et pour ne pas les faire souffrir de façon supplémentaire. Mais l'absence d'affliction ne peut durer très longtemps. Aussi toute « plongée » dans une dépression inexplicable doit-elle faire penser à un deuil inhibé jusque-là ((Bacqué & Hanus, 2020).

1.2.3.3. Le deuil chronique

La dépression du deuil peut persister toute une vie. Le deuil chronique a donc des formes différentes. Soit, c'est une dépression avec autoaccusations délirantes, et c'est alors un deuil mélancolique. Soit, c'est un deuil ne reposant pas sur l'assurance de la mort et le deuil ne peut se faire, faute de réalité substantielle de la mort. Le sujet reste alors subdépressif ou au contraire présente des larmes intarissables. Une forte ambivalence est en général à l'origine de ces deuils chroniques. (Bacqué & Hanus, 2020).

1.2.3.4. La dépression majeure réactionnelle au deuil

Il s'agit d'une dépression aiguë, prolongée, qui bloque le travail du deuil. Celui-ci n'est possible que si la dépression est mentalisée, c'est-à-dire dynamique et non pas fixée. Ainsi, la tristesse profonde, l'expérience du manque, l'insomnie majeure, les pleurs, l'incapacité à se concentrer, la fatigue, le manque d'appétit qui se poursuivraient plus de deux semaines après la mort d'un être cher peuvent être diagnostiqués comme issus d'une dépression plus que comme une réaction de deuil normal. Jusqu'à présent, on ne considère que la survenue isolée d'événements de vie, tels que le deuil, le divorce ou le chômage, ne constitue pas, à elle seule, une indication à un traitement antidépresseur (Bacqué & Hanus, 2020).

1.2.4. Facteurs de complication du deuil

1.2.4.1. La relation préexistante à la perte.

La nature du deuil dépend fondamentalement des relations établies entre le défunt et l'endeuillé. Si ces liens étaient précaires, basés sur la dépendance ou la symbiose des liens d'attachement, comme avec un jeune enfant, ou si les liens étaient conflictuels, ambivalents, le deuil sera d'autant plus complexe. Qu'il s'agisse d'un conjoint, d'un enfant ou d'un parent, les souhaits inconscients de mort sont toujours réactivés par le décès. Ils ne manqueront pas de se transformer en culpabilité lors du travail de deuil. La perte du conjoint est la plus difficilement vécue de nos jours (en dehors de la mort d'un enfant, rare heureusement en Occident). Cet événement de vie déclenche généralement le plus haut niveau de stress, car affronté en même temps que d'autres événements difficiles : vieillissement, prise de la retraite, départ des enfants de la maison. Le cumul d'événements est, en soi, un facteur de complication (Bacqué & Hanus, 2020).

1.2.4.2. Des circonstances brutales ou atypiques de décès.

Plus le deuil est inattendu, plus il risque de se compliquer. La mort subite est un événement déstabilisateur qui perturbe le cours normal de la vie. La sidération est beaucoup plus grande et donne moins de chance de réadaptation. La perte brutale d'un proche par suicide plonge dans la détresse et la culpabilité. Être témoin de la mort, si l'on n'y est pas préparé, est également terrible, lorsqu'il s'agit d'une pathologie aiguë ou d'un accident encore plus. Ici, les endeuillés expérimentent par deux fois l'absence de secours, et cette

situation est très traumatisante. Sans parler bien sûr de la culpabilité d'être encore en vie et de ne pas avoir empêché la mort de l'autre. Les circonstances atypiques sont également très douloureuses, car la honte, la peur, le conformisme tendent à isoler l'endeuillé (Bacqué & Hanus, 2020).

1.2.5. La perte d'un enfant.

La perte d'un enfant est devenue rare en Occident. Cela ne veut pas dire qu'ailleurs elle soit vécue avec moins de douleur. La perte d'un enfant produit, des effets à très long terme. Le taux de mortalité des parents est multiplié par deux et celui des mères par quatre. Cette augmentation, bien que s'affaiblissant avec les années, perdure jusqu'à trente ans après la perte, lorsque l'enfant est mort pendant sa première année. La perte d'un bébé ou d'un jeune est donc très difficile. La mort est vécue comme brutale dans 50 % des cas ; ce qui confirme la dimension traumatique comme complication du deuil. Les deuils autour de la naissance sont particulièrement difficiles, car l'enfant n'a pas eu d'existence sociale. Son souvenir repose sur une mémoire purement affective et correspondant à la rêverie des parents. Il est donc souvent idéalisé. Si les tout petits défunts ont bénéficié pendant longtemps du statut d'ange ou d'intercesseur auprès de Dieu dans la religion chrétienne, ils résident fantasmatiquement pour les parents d'aujourd'hui, dans un no man's land psychique difficile à cerner (Sani & Bacqué, 2019, cités par Bacqué & Hanus, 2020).

1.2.6. Conclusion

Le deuil traumatique concerne des personnalités particulières, borderline ou états limites. Elles n'ont rien de pathologique a priori, mais présentent un développement psychique inachevé (prégénital). Rien ne les empêche de trouver un travail ou de fonder une famille ; elles sont, au contraire, particulièrement bien adaptées. Elles restent en revanche très sensibles à leurs investissements affectifs. Ces derniers venant en général colmater l'incomplétude primaire de leur narcissisme. La perte va se traduire par une dépression grave mais peu mentalisée (peu exprimée sur le plan psychique). Leurs symptômes principaux s'extériorisent plus aux niveaux somatique et comportemental, ainsi que dans la quête compulsive du même objet réparateur.

CHAPITRE 2 : LE TRAVAIL DU DEUIL

Ce chapitre traite de la notion de travail du deuil. Il est question de présenter les étapes du travail du deuil, une approche théorique du travail du deuil, de définir la mentalisation en faisant ressortir ses différentes approches et enfin évoquer le lien entre le deuil et la mentalisation.

2.1. LE TRAVAIL DU DEUIL

La mort est la cessation définitive des fonctions vitales de l'organisme. (Dormat & Bourneuf, 1990, cité par Mgbwa, 2012, p. 74). Elle plonge l'entourage du défunt dans une situation de deuil où chacun, en fonction de ses capacités d'adoption, va mettre sur pied un processus devant aboutir à l'acceptation de la perte, à sa mise en représentation.

2.1.1. Le deuil selon le modèle freudien

Freud (1986, p. 146) définit le deuil comme « la réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction venue à sa place, comme la patrie, la liberté, un idéal, etc. ». Il pose ainsi les bases du modèle psychanalytique du deuil en faisant la différence entre le travail qu'effectue l'endeuillé à propos de l'objet perdu et l'ignorance qu'a la mélancolie à l'égard de sa perte inconsciente. Bien que le deuil soit un phénomène normal, une élaboration psychique se révèle indispensable pour permettre une liaison entre les divers événements qui ont submergé le Moi du sujet.

Freud (1986) établit une gradation entre deuil normal, deuil pathologique et mélancolie. Le deuil normal est lié à des causes discernables. Il présente des signes caractéristiques et trouve sa résolution d'une façon à peu près constante, après un délai relativement régulier. Dans ce cas, le deuil est considéré comme achevé si la personne reprend une relation affective ou bien un investissement équivalent en termes d'énergie libidinale. Dans le deuil pathologique, l'ambivalence du sujet à l'égard de l'objet perdu le fait se sentir coupable de sa disparition et modifie le deuil en le différant ou en rallongeant sa durée. Dans la mélancolie par contre, le Moi s'identifie avec l'objet perdu et déclenche une recherche de sanction qui peut conduire au suicide (Mgbwa, 2012).

2.1.2. L'angoisse de séparation et de perte d'objet selon Klein

Klein (2005a) découvre les racines précoces de la dépression dans l'enfance et attribue au deuil son rôle central dans la psychopathologie et dans le développement normal. Elle apporte une contribution fondamentale à la compréhension des affects inconscients qui accompagnent le deuil et explique que l'enfant comme l'adulte est sans cesse contraint à repérer l'incorporation du bon objet pour deux raisons : l'un est sa peur d'être dépossédé à cause de son agressivité envers lui et de son cannibalisme à son encontre, l'autre est son besoin de ce bon objet pour aider à contenir ses persécuteurs internes. À ce sujet, elle ajoute :

Mon expérience m'a appris qu'il existe, en outre, une profonde angoisse devant les dangers courus par l'objet à l'intérieur du Moi.

L'objet ne peut pas être gardé là sans risque, car l'intérieur est ressenti comme un endroit dangereux et empoisonné où l'objet aimé périrait (Klein, 2005, cité par Mgbwa, 2012, p. 112).

L'un des conflits majeurs que doit résoudre le travail du deuil est alors d'incorporer un objet ambivalent : un objet dangereux, capable d'user de rétorsion contre le cannibalisme du sujet en même temps un élément essentiel vital, en tant qu'il est l'allié et le protecteur de l'endeuillé contre ses persécuteurs. On comprend mieux maintenant la difficulté du travail psychique qui se propose au nourrisson lors de la position dépressive, ainsi que la difficulté du deuil qui avait surpris Freud dans son étude : « Deuil et mélancolie ». Pourquoi, en effet, est-il si difficile d'accepter que la personne aimée n'existe plus dans la réalité ? Klein répond en précisant que le travail de deuil porte non pas sur la personne réelle, mais sur l'objet interne, et qu'il implique la nécessité de surmonter la régression aux sentiments paranoïdes aussi bien qu'aux défenses maniaques pour être ainsi seulement apte à rassurer un monde intérieur vivant et vivable (Kristeva, 2005). Il s'agit de supporter l'absence d'objet externe sans se replier sur l'identification projective.

Klein (2005b) dont les analyses seront reprises plus loin dans le texte développe un modèle fondamental avec l'idée que tout deuil est la reviviscence d'un deuil originel, celui de la séparation d'avec la mère. Cette séparation correspond à la reconnaissance du fait que la mère est « un individu qui mène une vie propre et a des rapports avec d'autres personnes » (Klein, *ibid*). Elle est contemporaine de la reconnaissance de la mère comme objet total, c'est-

à-dire capable de donner le bon comme le moins bon ; la possibilité de voir s'éloigner sa mère sans se sentir abandonné va permettre à l'enfant d'explorer son univers extérieur, mais surtout psychique. La tristesse suit la désillusion ressentie à l'égard de cette mère non entièrement dévouée à son enfant, mais elle traduit aussi l'agressivité de l'enfant face à celle qui le laisse pour le retrouver, cette phase nommée « position dépressive » est essentielle ; elle permet la maturation de l'enfant et constitue le prototype de ses réactions ultérieures à la perte.

Selon certains auteurs, le sujet doit se détacher de tous les événements réels, fantasmatiques partagés avec le défunt. « Toutes les situations doivent être démontées en pensées et en souffrance ». Seul l'endeuillé peut se désinvestir : la souffrance est la garantie de ce détachement. Cette épreuve pénible est porteuse. La douleur de la perte, la souffrance du deuil, ainsi que les pulsions réparatrices qui surmontent les défenses maniaques, aboutissent à la reconstruction, c'est-à-dire à la symbolisation de l'objet perdu interne et externe. Et c'est ainsi qu'ils sont au fondement de la créativité et de la sublimation. S'il est vrai que comme pense Freud, que la sublimation résulte d'un renoncement réussi au but de la pulsion, avec un reliquat de pulsion de mort, Klein ajoute qu'un tel renoncement s'accomplit par le processus de deuil, avec un reliquat de pulsion de vie. Elle explique :

Chez le jeune enfant, les expériences déplaisantes et le manque d'expériences agréables, l'absence, notamment le contact intime et heureux avec les personnes aimées, accroissent l'ambivalence, réduisent la confiance et l'espoir et confirme la peur de l'anéantissement intérieur et de la persécution externe (Klein, 2005, citée par Mgbwa, 2012, p. 114)

L'accent est mis sur la position dépressive : plutôt que de réagir par des défenses maniaques, si le Moi est capable de réparer l'objet perdu, il peut s'engager dans une œuvre créatrice qui contient la douleur et tout, et tout le travail du deuil, au bénéfice de l'engendrement du symbole. « Je crois que cet objet assimilé devient un symbole à l'intérieur du moi. Chaque aspect de l'objet, chaque situation qui doit être abandonnée dans le processus de croissance donne lieu à la formation de symboles. » (Klein, 2005, citée par Mgbwa, 2012, p. 114).

Le psychisme exprime, sous la pression de la pulsion de mort, une peur pour la vie. Au sens de la vie, il se donne les moyens de réagir à la peur de l'anéantissement de la vie et ses mécanismes les plus profonds ne sont que des défenses contre celui-ci, la pulsion de mort est immédiatement et dialectiquement retournée en sa version positive qu'est la conservation de la vie. Ayant rappelé que pour Freud, dans « Inhibition, symptôme et angoisse » « C'est dans l'inconscient, il n'est rien qui aurait pu alimenter notre conception de l'anéantissement de la vie », Klein déclare :

La personne en deuil sent que ses "mauvais" objets internes prédominent et que son monde intérieur est en danger d'éclatement. Nous savons que la perte d'une personne aimée entraîne chez celui qui la pleure, le besoin de réinstaller l'objet aimé et perdu dans le moi (Freud et Abraham). Pour moi, je pense que la personne en deuil ne se contente pas de placer à l'intérieur de soi (de réincorporer) l'être qu'elle vient de perdre qu'elle réinstalle aussi ses bons objets intériorisés (c'est-à-dire en dernière analyse, ses parents aimés), qui font partis de son monde Intérieur depuis les stades les plus anciens de son développement (Klein, 2005, citée par Mgbwa, 2012, p. 114).

L'intérêt de ce passage réside dans le fait que la psychanalyse reprend, mais l'accentue, le souci freudien qui attribue au psychisme des actions en faveur de la vie. On a peur de la mort (ou peur de la vie). C'est précisément cette « peur de la vie », « provenant du travail interne de la pulsion de mort » qui est la cause primaire de l'angoisse plus nettement, la peur dont il est question est un peu pour la vie de l'objet (la mère), davantage encore que pour la vie propre du Moi.

On comprend que Klein (2005 a et b) envisage la pulsion de mort dans son travail interne comme étroitement mêlée à la pulsion de vie, et non pas comme désintriquée d'elle. La désintrication est présente dans la psychose. Chez Klein (ibid) l'angoisse n'a pas disparu, elle persiste toujours, mais, elle change de régime. Au lieu de cliver ou de morceler, au lieu de détruire et de mettre en morceaux, l'angoisse est tolérée comme chagrin pour l'autre et comme culpabilité.

Jacobson (1964) considère que les observations produites par Klein, malgré leur pouvoir évocateur, leur justesse clinique, se sont organisées autour d'une terminologie confuse, et ne constituent pas en elles-mêmes une métapsychologie satisfaisante. Soulignant la nécessité d'articuler les points de vue génétique et structural, Jacobson (ibid) nous fait remarquer que les descriptions kleinienne ne distinguent pas en effet les processus qui construisent la représentation endopsychique des contenus fantasmatiques eux-mêmes. Le développement intrapsychique est arbitrairement confiné aux premières étapes de la vie, au cours des six premiers mois.

Klein a aussi négligé l'étude précise des rapports entre le développement normal et anormal précoce et l'émergence et la consolidation de la structure tripartite décrite par Freud. On peut ajouter que les descriptions cliniques proposées par Klein confondent le plus souvent introjection et surmoi, et par les éléments structuraux et les conflits dynamiques. Chez Klein les scénarios cliniques articulés comme fantasmes de l'inconscient présentent comme phénomènes parallèles et indifférenciés : la constitution des représentations de soi et de l'objet dont le développement réciproque n'est pas clairement décrit, l'élaboration mentale des affects, le développement des relations d'objet et des identifications du Moi, les mécanismes de défense primitifs et la formation du Surmoi.

2.1.3. Les étapes du deuil selon Bacqué et Hanus

Le travail du deuil selon Bacqué et Hanus (2020) se déroule en plusieurs étapes.

2.1.3. 1. L'étape de choc ou le blocage somato-psychique

La sidération mentale accompagne l'arrêt de toutes les fonctions psychiques. « Non ! Ce n'est pas vrai, je ne veux pas y croire ! » Cris, hurlements marquent une véritable stupéfaction et, déjà, un refus de la réalité. « Assommé, écrasé, anéanti » ; certains se sentent tomber dans un précipice sans fin, d'autres sont au contraire en « état d'apesanteur »... (Bacqué & Hanus, 2020, p. 26). Les sensations de flottement, voire de dissociation, ne sont pas rares, elles constituent des défenses mentales très puissantes dans un premier temps. Les vertiges, nausées, irrégularités du rythme cardiaque sont symptomatiques d'une crise d'angoisse aiguë, parfois véritable attaque de panique. Une sorte d'engourdissement mental et physique entrave les sensations et les perceptions du sujet qui devient imperméable à l'environnement (Bacqué & Hanus, 2020).

2.1.3. 2. Les comportements de recherche et la régression

Après ces quelques heures d'action automatique, l'endeuillé reste obnubilé par des pensées qui envahissent tout le champ mental : « où est le défunt ? » « Que reste-t-il de lui ? » Ces questions donnent lieu à des comportements de recherche. Les cris, les appels sont le premier mode de recherche. Ils signent une régression vers les comportements du nourrisson qui appelle désespérément sa mère jusqu'à l'épuisement. Puis ces comportements vont s'organiser ou s'inhiber. Bowlby (Bacqué & Hanus, 2020, p. 27) observe que le besoin de rechercher et de récupérer la personne perdue est très intense dans les premières semaines qui suivent la mort. L'agitation intérieure et l'incapacité à agir efficacement se substituent à l'envie de chercher. Celle-ci peut se muer en une quête d'objets symboliques ou de paroles du défunt. La tendance à interpréter tout signal ou perception comme provenant du défunt conduit à de véritables illusions perceptives (l'endeuillé est persuadé de l'avoir vu passer dans la rue, d'entendre sa voix). L'obnubilation est en cause, mais aussi le désir profond de le revoir. Les rêves du mort relancent la conviction qu'il n'est peut-être pas « tout à fait mort ». Pour Hanus (1994), nous ne pouvons-nous séparer de l'être perdu qu'après l'avoir recherché de toutes nos forces en vain. Tel est le prix de la réalité. Cependant, ces recherches sont extrêmement coûteuses en énergie. Elles donnent lieu parfois à une forme d'agressivité et de colère due à la déception.

2.1.3. 3. L'agressivité et la colère

Affects qui paraissent parfois déplacés, la colère, le ressentiment, la rage même accompagnent les premiers moments du deuil. Klein (2005) décrit une phase schizo-paranoïde où l'agressivité de l'enfant s'exprime à l'égard de sa mère lorsqu'il prend conscience du fait qu'elle le quitte occasionnellement. Parallèlement, les projections agressives déclenchent une forme de culpabilité et des sentiments dépressifs. Ce modèle peut être appliqué à l'endeuillé qui se sent abandonné par le défunt. Les « pourquoi m'as-tu quitté(e) ? » sont des questions adressées au défunt. Certains s'interrogent sur leur incapacité à retenir leur compagnon, d'autres sur leurs propres désirs de mort. L'ambivalence de toute relation d'objet est à l'origine de cette hostilité inconsciente. Les désirs de mort à l'encontre de l'objet aimé peuvent être verbalisés et donner lieu à une désidérialisation de l'objet. Une colère persistante, au contraire, est le signe d'un refus du caractère irrémédiable de la perte et de l'espoir de tenter encore de le retrouver. Aussi la prise de conscience qui conclut l'état de choc se fait-elle dans une fatigue intense. L'angoisse, les recherches, l'expression de la colère

et de la rage ont un coût énergétique très élevé. Les pleurs, lorsqu'ils surviennent, sont alors une voie de décharge somatique très adaptée. Enfin, seul le travail de la pensée, lors de la remémoration, va permettre d'abandonner les comportements automatiques au profit du travail de deuil (Bacqué & Hanus, 2020).

2.1.3. 4. L'expression du chagrin du deuil

L'apparition des larmes est un bon indicateur, du laisser-aller des émotions et du lâcher prise du comportement moteur. Bien sûr, tout le monde ne pleure pas lors de la cérémonie. Les enfants ont du mal à manifester des signes qu'ils savent plus ou moins consciemment mal vécus par leur entourage (ils ne souhaitent pas faire souffrir leurs parents en montrant leur propre douleur). De même, les hommes sont souvent en retrait, ne souhaitant pas, même dans le deuil, se départir d'une attitude de maîtrise de leurs sentiments. Les larmes constituent une décharge motrice et somatique de la tension. En effet, à la mauvaise nouvelle a succédé une série de questions portant sur les causes de la mort, le moment où elle s'est produite et enfin sur toutes les raisons qui font de soi une victime de la mort de l'autre (Bacqué & Hanus, 2020).

Dans la dépression du deuil, cependant, la révolte contre la mort, le destin, Dieu cèdent la place à l'abattement de la réalité. Ne rien pouvoir entreprendre pour changer les faits relève bien de la « résignation apprise ». On assiste donc à la succession de deux phénomènes : la dépression-état et la dépression dynamique. La dépression-état comporte les caractéristiques somatiques, comportementales et intellectuelles bien connues. Tandis que la dépression dynamique compose littéralement le travail de deuil. Elle comprend aussi bien les ruminations, la culpabilité que le rappel de tous les souvenirs partagés avec le défunt et sur lesquels le sceau de la réalité doit s'imposer. Un endeuillé peut rester figé, « bloqué » dans une dépression-état. C'est un état dépressif majeur pathologique qui laisse le sujet dans une situation de deuil sans fin. En revanche, la dépression dynamique est un véritable processus qui va conduire au bout d'un temps variable à l'intégration de la perte et à l'intériorisation des qualités et des défauts du disparu ((Bacqué & Hanus, 2020).

Sur le plan somatique, une insomnie complète suit souvent les quarante-huit/soixante-deux heures après l'annonce de la mauvaise nouvelle. Elle cède la place à un sommeil de mauvaise qualité. Fréquente, elle est liée à des difficultés d'endormissement et à un réveil précoce. Les rêves sont souvent désagréables et perturbants. Hallucinations du désir de revoir

l'être cher, rêve de sa mort, de son cercueil, frustrations dues à une rencontre trop brève. Tout concourt à augmenter l'angoisse et à faire redouter le moment du coucher. Parfois, au contraire, le sommeil constitue un refuge dans lequel le rêveur poursuit ses contacts avec le défunt comme avant. En général, il est dérangé par un détail, un obstacle qui l'empêche de retrouver l'état précédent. Sa douleur morale n'est donc jamais vraiment apaisée. Les troubles du sommeil poussent nombre d'endeuillés à rechercher une aide médicale (Bacqué & Hanus, 2020).

L'épuisement physique est consécutif à l'état de choc subi lors de la révélation de la nouvelle du décès. C'est un motif de consultation médicale. Le sujet trouve en général un peu plus de force le soir, mais ce pénible état peut durer pendant tout le travail de deuil. Même le débit verbal est ralenti, et la pensée n'a plus la même vigueur. Le ralentissement de la pensée est responsable de la longueur du travail de réminiscence. Cette centration sur le passé affaiblit l'attention et la concentration. Additionnées aux troubles du sommeil, les difficultés intellectuelles donnent l'impression à l'endeuillé d'être devenu fou, tandis que chez des personnes âgées, le veuvage peut constituer le point de départ d'une démence ou d'une pseudo détérioration mentale (Bacqué & Hanus, 2020).

Caractérisée par la tristesse, l'humeur de l'endeuillé est sombre. Le discours est nettement négatif, parfois hostile envers lui-même et le monde environnant. Paradoxalement, l'endeuillé est hypersensible tout en donnant l'impression d'être détaché de ce qui l'éloigne du disparu. Sa sensibilité le conduit à fondre en larmes à tout moment. L'évitement est une solution pour limiter ce comportement pénible. Le grand risque du deuil est l'isolement. La solitude est une marque de l'égoïsme souvent reproché à l'endeuillé. Il comprend mal ces grands moments d'indifférence. Cette conséquence de la dépression est dangereuse quand elle atteint une mère qui se culpabilise de ne pas apporter à ses enfants l'amour dont ils ont besoin. La culpabilité est donc bien présente dans le deuil, mais elle n'est jamais destructrice comme dans la mélancolie. Elle est proche des regrets et d'une certaine forme de passivité. Évaluer la passivité fait partie de l'analyse du travail de deuil. Elle peut révéler des complications somatiques et constitue parfois la forme mineure d'une tendance suicidaire révélatrice d'une dépression pathologique (Bacqué & Hanus, 2020).

Des antécédents psychiatriques et surtout dépressifs sont des points anamnestiques à prendre en compte dans le vécu du deuil. De même, des pertes précoces favorisent l'allongement ou la complication du travail de deuil. La phase dépressive est centrale dans le

travail de deuil. Qui plus est, elle est incompressible. On ne peut ni la diminuer ni la dériver. Cependant, on ne peut non plus la standardiser. Elle dépend de la personnalité de l'endeuillé, mais aussi du mode de relation instaurée avec le défunt. Elle est liée à la façon dont la mort s'est produite et a été annoncée. Enfin, si le statut du défunt dans la parentèle est fondamental, l'environnement affectif l'est autant dans le soutien qu'il pourra offrir à l'endeuillé (Bacqué & Hanus, 2020).

2.1.3. 5. La terminaison du travail du deuil

Tel que la terminologie française nous l'apprend, on est en deuil de quelqu'un à partir du moment où il est mort. Il n'existe pas de nuance particulière pour exprimer la terminaison de cet état. Toutefois, le travail du deuil a bien une fin. Cette dernière, difficile à définir, est plus ou moins nettement perçue par l'endeuillé. Lorsqu'il peut évoquer mentalement l'objet perdu sans s'effondrer, qu'il peut regarder des photos ou écouter de la musique autrefois partagée avec le défunt, alors la tempête émotionnelle du décès semble calmée. Certains endeuillés s'étonnent de sourire ou que l'été soit revenu. Ils admettent alors avoir fait preuve d'une forme d'égoïsme lorsqu'ils observent que la planète n'a pas cessé de tourner. Ils étaient jusque-là persuadés que « la vie s'était arrêtée » avec celle de la personne aimée. Reprendre contact avec la réalité est difficile, mais produit une nouvelle philosophie personnelle. La capacité de relativisation, le moindre attachement aux détails superficiels et enfin la réflexion sur la mort elle-même permettent une sorte de « croissance » ou de maturité dont les endeuillés profitent pleinement à condition de l'accepter (Bacqué & Hanus, 2020).

L'acceptation de la mort de l'autre se traduit par une récupération des facultés invalidées par la dépression. Elle surprend toujours l'endeuillé qui voudrait payer sa dette (d'être encore vivant) par un reliquat de souffrance. Seule l'acceptation de la possibilité de jouir à nouveau de la vie est le signe d'un travail de deuil réussi. Cela ne signifie pas obligatoirement remariage ou nouveau choix sexuel, mais l'investissement de la libido dans un autre objet (personne ou activité) est la preuve du renouveau de la capacité à créer des liens. L'ambivalence à l'égard de l'objet perdu doit être également reconnue, sinon l'intériorisation sera impossible. Reconnaître les qualités et défauts de l'autre est difficile au début, car la mort est un prix trop élevé pour consciemment critiquer le défunt. Mais, après une première phase d'idéalisation, les souvenirs négatifs seront pesés tout autant que l'agressivité déclenchée chez le sujet (Bacqué & Hanus, 2020).

Pourtant, alors que le travail du deuil semblait définitivement accompli, des résurgences peuvent se révéler difficiles. Les « réactions anniversaires » surviennent à la date de l'événement traumatique. Les « réactions anniversaires répétitives » (Hanus, 2000, p. 34) se manifestent par des excès d'anxiété chaque année au moment de la date clé. Elles découlent de l'ambivalence du sujet à l'égard de l'objet. Les réactions transgénérationnelles se répètent dans les générations qui suivent celle qui a subi le traumatisme. Si l'âge est un grand facteur d'identification, il permet d'internaliser un attribut ou un aspect d'autrui. Pour les adultes qui ont perdu un ou deux parent(s) dans l'enfance, arriver à l'âge où ses parents sont morts peut engendrer une réaction anniversaire (Bacqué & Hanus, 2020).

La culpabilité est souvent à l'origine de ces réactions. L'enfant croit être coupable du décès de ses parents et revit cette culpabilité à l'occasion du « retour » de la date fatidique. Ces aspects complexes du deuil montrent qu'il est bien difficile de qualifier le travail de deuil de terminé ou clôturé. L'endeuillé ne sera de toute façon plus jamais comme avant. De même qu'il ne retrouvera pas cette période passée. Seuls le respect de ces moments douloureux et une reconnaissance par la société du temps nécessaire à la récupération permettront de vivre le travail de deuil dans de bonnes conditions (Bacqué & Hanus, 2020).

2.2. LA MENTALISATION

Marty (1964) repris par De Tychey, Diwo et Dollander (2000) introduit le concept de mentalisation pour rendre compte de l'activité précoce de transformation des excitations pulsionnelles somatiques et des affects en contenus mentaux symbolisés. Marty (1991) signale que c'est l'excitation pulsionnelle et l'affect qu'il s'agit de mentaliser pour passer à un niveau de représentation mais les mécanismes par lesquels se fait ce travail ne sont pas clairement conceptualisés. Selon lui, la qualité de la mentalisation dépend de la richesse du préconscient qui est variable selon les individus du fait à la fois de facteurs congénitaux et d'avatars du maternage. Pour lui, c'est la qualité de ce fonctionnement qui garantirait l'intégrité du fonctionnement somatique. Marty (1991) définit ainsi trois qualités du préconscient est défini par trois qualités : son épaisseur, sa fluidité et sa disponibilité.

2.2.1. Le point de vue de Sow

Sow (1977) considère l'individu comme une totalité ordonnée et constituée par une triple relation polaire : verticale, horizontale et ontogénétique. La dimension verticale correspond à la relation phylogénétique (par rapport à l'être ancestral). C'est le pôle majeur.

Sur lui repose tout le reste. La dimension horizontale quant à elle renvoie à la relation socioculturelle (par rapport au système des alliances et à la communauté élargie). La dimension ontogénétique est celle de l'existant (par rapport à son individualité étroitement liée à son lignage et à la famille restreinte). Ces pôles ou ces éléments de la personne-personnalité situent respectivement l'individu dans son être, son identité et son existence (Mayi, 2017). Le sujet (Ego) pouvant ainsi se retrouver coupé du phylum génétique qui l'articule à la verticalité, coupés des signifiants culturels et alliances actuelles (identité) qui l'articulent à l'horizontalité, ou coupé de son soi (existence) en rapport avec sa famille restreinte et son lignage. Pour Sow (1977), repris par Mayi (2017), chaque axe présente son type d'agresseur et ses modes spécifiques d'agression, ainsi que des formes cliniques qui lui sont associées. Toutefois, ces formes cliniques ne sont pas figées sur un axe spécifique car le sujet peut présenter, en cas de rupture avec un axe, les symptômes attribués à la rupture d'un autre.

Pour Sow (1977), le sujet (Ego) est en correspondance avec les pôles constituants par le biais de la structure intime qui le constitue. Il est constitué du corps ou enveloppe corporelle, des principes vitaux (principe biophysique et principe de vie), et du principe spirituel. Leurs appellations peuvent varier selon les aires culturelles. On reconnaît généralement que le corps est périssable, et que le principe spirituel est impérissable. Le principe spirituel quitte le corps pendant le sommeil hypnotique normal ou lorsque le corps périt pour rejoindre l'ancêtre et les êtres de mésocosmos. C'est donc sa séparation définitive de l'enveloppe corporelle qui est donc la conséquence de la mort. En ce qui concerne les principes vitaux qui animent le corps, l'un contrôle la physiologie du vivant, commun à l'animal et à l'homme, et l'autre principe (principe de vie) est propre à l'homme. C'est lui qui est à la base de la vie psychique au sens large du terme. Ils sont également périssables.

Dans la pensée traditionnelle africaine, on ne peut parler des principaux éléments constitutifs de la personne-personnalité sans toutefois les situer dans les principaux axes constitutifs issus des trois pôles fondamentaux et leurs effets sur la personne. Sow (1977) fait comprendre que la stabilité et la bonne qualité des liens avec ces axes est à l'origine d'une vie mentale stable et sereine. Au niveau des vécus de conscience de l'individualité, les différentes dimensions constituantes décrites de l'identité de soi, se manifestent selon l'axe considéré comme suit :

- Sur l'axe vertical : les sentiments de plénitude d'être, de profonde assise et de continuité ontogénétique : c'est l'axe spirituel de la personne-personnalité.
- Sur l'axe horizontal : les sentiments de coexistence avec les principaux signifiants, valeurs, symboles, culturels, fondés sur le signifié ancestral.
- Sur l'axe existentiel : sentiment de plénitude d'exister pour soi dans la totale sécurité de la famille africaine, dans la solidarité, une appartenance bio-lignagère dans laquelle la relation de chacun a un sens.

Cette théorie de Sow (1977) permet de comprendre que la mentalisation en Afrique noire peut être envisagée comme dépendante des interactions entre le sujet (Ego) et les axes qui le constituent. C'est une relation harmonieuse entre la personne-personnalité et ces pôles constituants qui lui procurent une certaine stabilité à la fois psychique et mentale. Lorsque les interactions entre la personne-personnalité et ses axes constituant sont bonnes, celle-ci se retrouve dans un état de bien être à la fois psychique et physiologique auquel on peut inférer une incidence positive sur les fonctions mentales. À l'inverse, l'individu est en trouble à la fois mentalement, mais aussi physiquement. Ce triptyque polaire représente des réalités de cultures qui transcendent le sujet singulier. Ces réalités ne constituent en aucune manière, ni un fantasme individuel, ni un projet délibéré de défense développé par un individu singulier. La perspective africaine, met un accent particulier sur le rôle central de la culture dans la qualité des processus psychiques et physiologiques. Se référant à cette approche de Sow (1977), le symptôme psychosomatique pourrait trouver une valeur symbolique dans la rupture du lien avec un pôle constituant de la personnalité. Dans cette perspective, les désordres somatiques de la psychosomatique ne sont pas toujours liés à des déficits de mentalisation proprement dite, mais surtout à la rupture de lien entre l'individu et une ou plusieurs de ses dimensions constituantes en Afrique.

2.3. LA THÉORIE DU DEUIL SELON HANUS ET BACQUÉ

Les effets de la perte d'un être cher ont été classés artificiellement en plusieurs étapes. Ils sont observés chez la plupart des personnes, dans des circonstances toujours dramatiques, mais pas nécessairement traumatiques. L'état de choc qui suit l'annonce du deuil est particulièrement spectaculaire. Il laisse bientôt la place à une phase douloureuse, mais active, d'élaboration de la perte. À la fin, la phase dépressive se soldera par la possibilité d'un réinvestissement affectif, intellectuel ou social. Ces étapes constituent un processus, véritable périple intérieur, qui aboutit à l'acceptation de la réalité de la mort de l'autre, mais aussi

parfois à un authentique parcours personnel sur les pas de la maturation. Cette maturation est celle de l'acceptation de sa propre mort, non pas en termes de représentation (impossible au niveau inconscient), mais en termes de compréhension. Accepter sa propre mort est foncièrement ambivalent, c'est pourquoi le processus du travail de deuil va constamment osciller entre refus, régression, culpabilité, acceptation, réactivation. Ces étapes suivent souvent un ordre déterminé. Mais, chez certains, elles sont concomitantes et parfois inversées. Le résultat final est pourtant bien celui-ci : l'intériorisation du défunt par le sujet (Bacqué & Hanus, 2020).

La théorie de la mentalisation permet de comprendre la succession des étapes inconscientes du travail de deuil (Bacqué, 1995) autant que celles de l'adaptation consciente au changement en général. Trois étapes sont nécessaires à l'élaboration mentale : la représentation, la symbolisation et la mentalisation (Bacqué & Hanus, 2020).

2.3.1 La mise en représentations

Dans le processus du deuil, une première étape se révèle souvent nécessaire pour dépasser l'état de choc initial. Il s'agit de la sanction de la réalité. Voir le mort contribue à cette prise de conscience par le biais des représentations formées à partir de l'image crue du mort. Mais parfois, les mécanismes de déni permettent de refuser l'objectivité de la mort, malgré la vision du cadavre. Ces deuils bloqués en phase aiguë constituent le « deuil compliqué », puis « deuil traumatique ». Prononcer le mot « mort », utiliser l'imparfait et le passé pour évoquer le défunt montrent que les premières représentations mentales de la mort et de l'être chéri mort sont en voie de constitution. Dans le cadre de ce travail, la mise en représentation sera effective si la mère a accepté de voir le corps de son fils, si elle réussit à prononcer le mot « mort », si elle fit usage de l'imparfait et du passé simple pour parler de son enfant.

2.3.2 La symbolisation

La symbolisation démarre avec les rites funéraires et leur acceptation (Bacqué, 1997). Ils constituent les prémisses d'une abstraction de la mort et d'une certaine maîtrise de cette idée tant refusée par l'inconscient. Les difficultés de symbolisation bloquent le deuil avant la phase dépressive caractérisée par la culpabilité. Quand seules les représentations crues émergent, sans prise de distance, la mort de l'endeuillé apparaît comme une échappatoire, rarement choisie directement, dans le suicide, mais plus indirectement dans les nombreux

courts-circuits de la symbolisation ; ils aboutissent progressivement à une mort par somatisations sans passage par l'appareil psychique. Ainsi, la mère qui a symbolisé le départ de son fils est celle qui a accepté d'assister à la levée, celle qui a accepté d'assister à l'enterrement et qui a également accepté de pratiquer les rites funéraires.

2.3.3 La mentalisation

L'endeuillé pourra dès lors évoquer son histoire avec le défunt sans être submergé par les émotions. Le processus dynamique du travail du deuil permet d'envisager le futur. L'interaction entre les événements sociaux qui entourent le deuil et les mouvements intrapsychiques de l'endeuillé est donc claire (Bacqué, 2003a). Dans le cadre de ce travail, la mère qui a mentalisé la perte est celle qui évoque son histoire avec le défunt sans être submergée par les émotions.

2.4. LA DOULEUR ET LES AFFECTS DÉPRESSIFS

C'est seulement au cours de cette phase que s'effectue le détachement. Le caractère irréversible de la perte est un constat qui porte sur le temps. Impossible de revenir en arrière, le temps est unidirectionnel et s'achemine toujours vers la fin d'un état. Certains endeuillés se servent encore du déni, mais de façon contrôlée. Témoin, cette jeune femme qui « se fait du bien » un quart d'heure, de temps en temps. Le soir, à l'heure où son mari rentrait, « elle fait comme si » il avait un peu de retard et se met donc en position psychologique de l'attendre. Ce déni partiel lui permet d'alléger sa souffrance pour un temps très court. Elle sait bien que son mari est mort, mais elle peut mettre cette connaissance entre parenthèses quelques instants pour retrouver l'état de bien-être dont le souvenir est encore intact (Bacqué & Hanus, 2020).

La douleur morale est constituée de plusieurs éléments : l'arrachement de l'objet contre son gré et le sentiment de manque ; la solitude due à ce manque et la tristesse qui en découle. La tristesse entraîne l'absence de désir pour soi-même et l'environnement. À cette perte d'élan vital répondent l'apathie, l'aboulie (perte de la volonté) et le repli sur soi. L'état général est alors atteint, et l'incapacité à trouver un sommeil réparateur, l'anorexie, la fatigue vont augmenter les souffrances physiques. La baisse de l'estime de soi donne alors lieu à des idées de mort. Ce syndrome dépressif est réactionnel à la perte, car la diminution de l'estime de soi n'existait pas auparavant. Le sujet s'achemine vers un travail de déculpabilisation pour accepter la perte sans se perdre (Bacqué & Hanus, 2020).

2.4.1. Le désinvestissement libidinal.

Selon Freud (1988), chacun des souvenirs et des attentes, pris un à un, dans lesquels la libido était rattachée à l'objet, est mis en position, surinvesti, et sur chacun est effectué le détachement de la libido. Il s'agit de reprendre un à un tous les souvenirs, de les confronter à la réalité de la perte et de les désinvestir. Associer à chaque souvenir la sanction qu'il n'est plus confronté au désappointement et à la nostalgie. C'est une démarche douloureuse, progressive, et ce, d'autant plus que parfois certains souvenirs doivent revenir plusieurs fois à la conscience avant d'être abandonnés (Hanus, 1994). Toutes les relations objectales sont contaminées par cette démarche de désinvestissement ; c'est pourquoi ce dernier est général, marquant toutes les préoccupations. Le repli est contemporain du rejet, puisque tout ce qui ne concerne pas l'endeuillé est marqué par l'absence d'intérêt. Ici, la désintrinsication des pulsions met au grand jour l'ambivalence, à l'égard du défunt, mais aussi de toutes les relations (Bacqué & Hanus, 2020).

2.4.2. La réactualisation de l'ambivalence.

Les sentiments affectueux cohabitent toujours avec les désirs hostiles. Mais l'amour et la haine qui jusqu'alors s'équilibraient se voient attribuer, dans la mort d'un des partenaires, des valences différentes. L'agressivité est renforcée par l'inutilité de l'amour, désormais sans cible. Bien que l'idéalisation tente de le maintenir (par les éloges, la rumination de ses qualités, l'insistance sur les bons souvenirs), les souhaits de mort ou de disparition, jusqu'à présent inconscients, parviennent au grand jour. Or, la formation réactionnelle de l'idéalisation ne tient plus, et la culpabilité s'exprime au travers des reproches que l'endeuillé aimerait enfin adresser au défunt. Les idées de destruction peuvent se retourner contre lui-même et, à l'extrême, c'est « l'ombre de l'objet qui tombe sur le moi ». Ici, la perte de l'objet se transforme en perte du moi, et nous retrouvons un deuil mélancolique. Pour Freud, dans ce cas, la libido est bien détachée de l'objet, mais au lieu d'être déplacée sur un nouvel objet, elle est ramenée dans le moi où elle est cependant identifiée à l'objet mort. L'ambivalence acceptée fait percevoir au sujet combien il est différent de son objet. (Bacqué & Hanus, 2020).

2.4.3. L'intériorisation de l'objet perdu.

L'intériorisation de toutes les représentations de l'objet perdu est à l'origine du détachement. Elle se produit dans le travail du rêve et dans l'évocation des souvenirs avec les

proches. Rechercher des photos, des traces et objets du défunt permet aussi cette opération. L'intériorisation est très lente et développe une « survie » plus ou moins prolongée du défunt dans l'endeuillé dans un premier temps, c'est la phase d'incorporation. L'intériorisation est donc un prélude au désinvestissement parce qu'elle facilite le retranchement. Le deuil se « jouerait » en deux actes : intérioriser l'objet ; puis relâcher les liens qui unissaient l'endeuillé à la personne perdue (Bacqué & Hanus, 2020).

2.4.4. Les identifications au défunt.

L'identification est l'assimilation inconsciente d'une qualité ou d'un attribut d'une personne. Pendant une période régressive temporaire du deuil, l'intériorisation de l'objet perdu va jusqu'à l'identification. C'est encore une tentative de l'endeuillé pour ne pas perdre totalement son objet. Nombreux sont ceux qui se surprennent à faire des gestes ou à dire des paroles appartenant au défunt. Des intonations, des expressions, des jugements sont émis par l'endeuillé parfois même à son insu. L'effet de surprise peut provoquer de vieilles croyances et être à l'origine d'hallucinations, d'idées d'influence, voire de fantômes. Enfin, parfois, cette identification est voulue et provoquée. Boire de l'alcool permet de retrouver plus facilement en soi des traits du parent perdu, se grimer, s'habiller comme l'autre sont également fréquents. Nombreux sont les conjoints qui reprennent à leur compte l'activité de leur partenaire disparu et se lancent en politique ou dans les affaires. Les identifications pathologiques sont retrouvées préférentiellement chez les personnalités hystériques et concourent au développement d'un deuil psychiatrique (Bacqué & Hanus, 2020).

DEUXIEME PARTIE : CADRE METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE

CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

Ce chapitre précise le dispositif méthodologique sur lequel s'étaye notre travail de recherche. Il débute par un rappel du cadre épistémologique de l'étude : la problématique et la question de recherche ; les hypothèses et les concepts clés de l'étude. Il abordera ensuite le cadre institutionnel et clinique entourant notre démarche : le site, la population et le contexte de cette étude ; exposera les outils méthodologiques déployés lors de nos investigations ; les raisons ayant conduit à leur choix et la manière dont ils ont été utilisés. Enfin, il expliquera les méthodes de recueil et d'analyse des données ayant permis d'élaborer et de questionner le matériel recueilli.

3. 1. RAPPEL DE LA QUESTION DE RECHERCHE

La question de recherche retenue pour cette étude est la suivante : « Quels sont les facteurs qui entravent le travail du deuil chez une mère ayant perdu son fils des suites d'un cancer ? »

3. 2. HYPOTHESES DE L'ETUDE

3.2.1. Hypothèse générale (HG)

Une hypothèse de recherche se veut être une réponse provisoire à la question de recherche. Elle met en relation une variable et un comportement, un processus ou une fonction mentale et puise généralement sa substance dans les élaborations théoriques de la discipline ; ce qui exige du chercheur une bonne connaissance de la théorie (Ébalé Moneze, 2019). Pour répondre à cette question, nous avons formulé une Hypothèse Générale (HG) et trois hypothèses de recherche (HR). La réponse à la question principale de recherche ci-dessus énoncée est l'hypothèse générale de cette étude. Celle-ci est la suivante : « La culpabilité écran chez la mère endeuillée sont un facteur qui entravent le travail de chez une mère ayant perdu son enfant des suites d'un cancer. ».

3.2.2. Les hypothèses de recherche (HR)

HR1: « La culpabilité de la mère vis-à-vis de l'être suprême est un facteur qui entravent le travail du deuil chez la mère ayant perdu son enfant des suites d'un cancer »;

HR2: « La culpabilité de la mère vis-à-vis de la communauté est un facteur qui entravent le travail du deuil chez la mère ayant perdu son enfant des suites d'un cancer »;

HR3: « La culpabilité de la mère vis-à-vis de la famille est un facteur qui entravent le travail du deuil chez la mère ayant perdu son enfant des suites d'un cancer ».

3. 3. RAPPEL DE L'OBJECTIF GENERAL

Ce travail poursuit un objectif principal et trois objectifs spécifiques majeurs que nous avons formulé comme suit.

3.3.1. Objectif principal de recherche

L'objectif général de cette étude est d'explorer les facteurs qui entravent le travail du deuil chez une mère ayant perdu son fils des suites d'un cancer. Cet objectif implique surtout la saisie de la dimension sociodynamique du travail du deuil.

3.3.2. Objectifs spécifiques de recherche

De manière plus spécifique, il s'agit :

- d'explorer les facteurs qui entravent la mise en représentation chez une mère ayant perdu son fils des suites d'un cancer;
- d'explorer les facteurs qui entravent la symbolisation chez une mère ayant perdu son fils des suites d'un cancer;
- d'explorer les facteurs qui entravent la mentalisation chez une mère ayant perdu son fils des suites d'un cancer;

3. 4. SITE DE RECHERCHE

Le site de recherche choisi est le Centre Hospitalier Dominicain Saint Martin de Porrès de Mvog Betsi. C'est est une structure qui a pour but de répondre au besoin des patients qui foule le pied de leur enceinte. Leur devise étant : « Guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours » ; le patient demeure au cœur de leur préoccupation. L'histoire de la création du CDHSMP est toute aussi passionnante que l'accompagnement que ce centre hospitalier voue aux patients.

3.4.1. Présentation de la structure de l'hôpital

3.4.1.1. Historique du CDHSMP

En 1998, le frère Timothy Radcliffe maître de l'ordre a appelé toutes les dominicaines d'Afrique Subsaharienne soit 40 congrégations à une assemblée à Nairobi pour se rencontrer et se coordonner davantage. À Yaoundé, 7 congrégations dominicaines originaires d'Espagne, de France et d'Italie décide de se rencontrer au sein d'une commission justice et paix. Il s'agit de réfléchir sur les besoins du Cameroun. La congrégation Santo Domingo propose un projet de centre de santé dans un quartier défavoriser de Yaoundé d'où le quartier Mvog Betsi. La construction débute en 2005 et en 2008 sous le vocable de Saint Martin de Porrès avec une équipe de 15 médecins et 150 employés. De nombreuses ONG soutiennent le projet pour aider à la formation de personnel et le suivi des cas graves.

Le Centre Hospitalier Dominicain Saint Martin de Porrès a été fondé le 3 novembre 2005 sous l'appellation « Centre de Santé » par les sœurs dominicaines de différentes congrégations œuvrant au Cameroun. En effet les sœurs dominicaines en accord avec l'autorité diocésaine et avec l'autorité du ministère de la santé publique du Cameroun ont voulu mettre sur pied une œuvre qui les aide à répondre au besoin de l'homme souffrant et participer à son développement intégral. Dès sa fondation le centre a connu beaucoup de succès et petit à petit les besoins se sont fait sentir, c'est ainsi que les sœurs ont voulu élargir leur œuvre en-là faisant passer du centre de santé à un hôpital. Et le 30 Avril 2006 la première pierre a été posé par l'ambassadeur d'Espagne au Cameroun, les représentants de l'autorité religieuse, politique, traditionnelle et bien d'autres personnalités qui contribuent au bon fonctionnement de l'hôpital.

Le 07 Avril 2008 fut le jour de l'inauguration et ce « centre de santé » devint un hôpital privé catholique. Étant donné que le CDHSMP a été fondé par plusieurs congrégations des sœurs dominicaines comme nous l'avons souligné plus haut, la responsabilité revient à toutes les sœurs dominicaines ayant accepté la mise en marche de cet hôpital comme mentionner dans les statuts du centre. L'hôpital est dirigé par une équipe des sœurs de ces congrégations qui y travaillent selon leur engagement dès le départ « nous avons jugé nécessaire d'unifier nos forces et de créer ensemble un centre dans lequel à travers nos prestations médicales, sociales et spirituelles, nous essayerons de remettre entièrement l'homme debout » toute personne qui désire travailler au sein du centre hospitalier s'engage à œuvrer dans cet esprit comme c'est souligné dans le règlement intérieur du centre.

3.4.1.2. *Généralité sur le CDHSMP*

Tout le personnel recruté dans le centre s'engage à remplir les fonctions d'éducation, de prévention et de soin avec compétence dans un esprit évangélique fait d'amour du prochain et du respect des malades. C'est dans cet esprit que les sœurs dominicaines ont décidé de faire fonctionner l'hôpital, qui est doté d'une équipe consacrée à la coordination et a à sa tête une sœur directrice et une sœur gestionnaire. Le CDHSMP se trouve dans l'arrondissement de Yaoundé VIème précisément à Mvog Betsi, un quartier situé à environ 5km du centre-ville de Yaoundé vers le marché Melen près du jardin Zoologique et complexe avicole. Le nombre de patient qui s'y rendent par jour est assez important parce que l'hôpital accueille une moyenne de 110 patients par jours.

Depuis plusieurs années le CDHSMP attribue un thème à chaque nouvelle année et le thème de cette année 2023 est : « Année de la résilience, du don du soi et du déploiement des compétences pour une prise en charge performante des patients dans un esprit de solidarité avec une orientation sociale répondant aux défis financiers actuels. ». Le slogan de l'hôpital est « proximité, performance, affectivité pour des soins de qualité. ». Comme toute bonne structure qui se veut respectable, le CDHSMP s'est fixé des objectifs depuis le début de sa création et œuvre d'arrache-pied depuis lors pour les atteindre. L'objectif générale étant : « Déployer toutes ses compétences dans les soins et développer une bonne relation soignant-soigné pour une amélioration constante de la prise en charge avec une orientation sociale répondant aux défis financiers actuels. » Nous entraîne à énumérer les objectifs spécifiques de l'hôpital à savoir :

- Perdurer dans la résilience et performance pour une prise en charge optimale des patients,
- Encourager l'écoute et la communication comme outils essentiels que le soignant doit développer pour accéder à la compréhension des soignés,
- Renforcer la solidarité entre collègues dans la vérité,
- Peaufiner l'accueil dans l'écoute et le dialogue,
- Conscientiser davantage les patients sur la nature sociale, compétitive de nos tarifs de prestation,
- Encourager les porressiens et porressiennes à faire de dons spontanés et volontaire au profit de démunis ...

Le CDHSMP depuis sa création ne cesse de se réaliser et possède aujourd'hui :

- Un pavillon d'hospitalisation des patients internes
- Un pavillon de maternité et de consultation prénatale
- Un pavillon de prise en charge des personnes vivantes avec le VIH/SIDA
- Une grande salle d'accueil de 300 places
- Un bloc opératoire et de spécialités chirurgicales
- Un pavillon de service d'imagerie médicale, ophtalmologie, dentisterie, diabétologie
- Un laboratoire équipé
- Deux pharmacies A et B
- Deux ambulances pour déplacement des malades

3.4.1.3. Organisation (organigramme)

Le CDHSMP est une structure sanitaire qui est subdivisée en 02 blocs (A et B) dans les lesquels plusieurs types de service sont offert. Cet hôpital se veut accueillant et à tous les besoins des patient selon le type de souffrance physique que le malade présente. L'hôpital est organisé selon 4 types de ressources à savoir : les ressources structurelles, les ressources humaines et les ressources financières.

3.4.1.4. Fonctionnement du CHDSMP

Le CHDSMP a plusieurs volets qu'il touche pour parfaire son fonctionnement. Nous pouvons prendre l'exemple des différentes formations qui se font dans chaque service de cet hôpital à tour de rôle mérite est aussi primé dans cet hôpital car chaque mois le prix du meilleur employé est décerné à l'employé c'étant le plus démarqué par son travail. En dehors de cela les meilleurs services sont aussi primés par an. La dernière reprise de prix en date accompagné des enveloppes symboliques a été remise le 30 janvier aux employés qui se sont démarqué pendant l'année 2022.

Nous pouvons aussi noter que l'existence d'un service social dans l'hôpital fait aussi ressortir sa dimension humanitaire envers les plus démunis. Le CHDSMP étant un hôpital catholique organise chaque matin à partir de 7h30 la prière dans la salle d'accueil avec tout le personnel et la messe est célébrée une fois par mois.

3.4.1.5. Mission de la structure

En général, les missions d'un hôpital sont relevées dans la définition de sa politique sanitaire et hospitalière. En effet, la mission principale de l'hôpital est de fournir des soins de qualité aux malades et des examens non réalisables à domicile pour des raisons techniques et sociales. Dans son domaine d'activité et pour l'accomplissement de ces missions, le CHDSMP doit compter sur un ensemble de réalisations qui doivent répondre aux différentes missions que comporte son cahier de charge.

3.4.2. Présentation du service dans lequel les données ont été collectées

3.4.2.1. Présentation de l'USP du CHDSMP

Le service de soin palliatif du CHDSMP de Mvog Betsi est situé dans le nouveau bâtiment, au premier étage, entre le sous-sol et l'étage de la maternité. Il a vu le jour en 2014 alors que la demande en SP se faisait fortement ressentir. Il est constitué :

- D'une salle de garde pour le personnel
- D'une salle multidimensionnelle servant de secrétariat
- D'un bureau de consultation pour le médecin
- D'une salle de séjour
- D'une pharmacie d'oncologie où se prépare également les chimiothérapies
- D'une salle d'hospitalisation de chimiothérapie
- D'une salle de chimiothérapie externe
- Des salles d'hospitalisation pour les soins palliatifs
- Des salles individuelles qui sont des salles VIP disponibles pour tout patient qui les solliciterait
- Des toilettes et douches internes

3.4.2.2. Ressources humaines

Le service des soins palliatifs compte :

- 01 Oncologue
- 01 Médecin
- 01 Psychologue
- 01 Major
- 05 Infirmier

- 01 personnel social ;
- 01 religieux

3. 5. PARTICIPANTE À L'ÉTUDE

L'hypothèse formulée dans la partie théorique de ce travail porte sur les capacités de mentalisation chez une mère ayant perdu un enfant des suites d'un cancer, en rapport avec les liens de croyance. Des données ont été récoltées à partir de ces deux axes cliniques principaux auprès de cette seule mère endeuillée. La participante à cette étude était une mère ayant perdu son enfant des suites d'un cancer résidant à Yaoundé. Elle était âgée de 35 ans et vit un deuil compliqué et ayant consulté le Psychologue du Centre Hospitalier Dominicain Saint Martin de Porres, Mvog-Bétsi de Yaoundé. En l'observant, on constate effectivement que d'un point de vue développemental, cette participante traverse toute une période que nous pouvons qualifier de spécifique : le jeune adulte (20 à 40 ans). Erikson (1972) a mis en évidence les différentes étapes du développement psychosocial de l'être humain. Il énonce notamment les principes suivants :

- Le cours de notre vie, tel qu'il se déroule, résulte d'une interaction entre le corps (soma), l'âme (psyché), et l'éthique (morale liée à l'environnement).
- Chaque étape de notre vie est caractérisée par une bipolarité : il y a combinaison d'éléments positifs et négatifs. La croissance intervient lorsque les éléments positifs prennent le dessus.
- Chaque nouvelle étape connaît une « crise psychosociale », en raison des questions et réalités nouvelles auxquelles il faut faire face.
- Les forces de la personnalité (ego) sont constituées par la somme de nos points forts (vertus) et de nos points négatifs : cela détermine les traits de notre caractère.

Ce sont les nouvelles informations (et la dissonance qu'elles font naître) qui engendrent la croissance : celle-ci a lieu de manière effective au travers de crises. Chaque crise personnelle que nous traversons est un tournant de notre vie : nos décisions engendrent alors la progression ou la stagnation.

- La croissance est le résultat d'une interaction entre soi-même et l'environnement.

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des caractéristiques de la participante

PARTICIPANTE							
Pseudonyme	Age	Ethnie	Profession	Statut matrimonial	Nombre d'enfants	Date de décès de son fils	Obédience religieuse
Mère de Latifah	35 ans	Éton	Employée d'hôtel	Célibataire	04	23/02/2023	Apostolique

3. 6. MÉTHODE DE RECHERCHE

Cette recherche qui se veut qualitative est de type exploratoire et de nature descriptive. Selon Tsala Tsala (2006, p.104), « les différentes méthodes en psychologie s'échelonnent sur un continuum partant des approches quantitatives (résultats reproductibles) aux approches qualitatives plus individualisées (études de cas) ». Elle s'appuie sur un paradigme compréhensif et est de type qualitatif. La recherche qualitative a pour objet d'étudier les phénomènes humains en vue de plus de compréhension et d'explication (Dong, 2016). La recherche qualitative est intensive à ce qu'elle s'intéresse surtout à des cas et à des échantillons plus restreints qui sont étudiés en profondeur. Elle permet de rechercher le sens et les finalités de l'action humaine et des phénomènes sociaux. Évidemment, nous cherchons dans cette étude à appréhender la fonction de la culpabilité inconsciente dans le travail du deuil chez une mère ayant perdu son enfant des suites d'un cancer. Qui plus est, en recherche qualitative, l'accent est mis sur l'expérience de la personne, telle qu'elle l'a vécue : « l'accent est placé sur les perceptions et les expériences des personnes, leurs croyances, leurs émotions et leurs explications des événements sont considérées comme autant de réalités significatives » (Mayer & al., 2000, p.57).

3.6.1. L'étude de cas

L'approche méthodologique mobilisée pour résoudre le problème posé dans ce travail est l'étude de cas, plus précisément l'étude de cas unique. L'étude de cas permet l'étude d'un phénomène d'intérêt particulier (le cas) dans son contexte naturel et sans manipulation par le chercheur (Yin, 2009). Elle peut s'intéresser à un seul individu, à un groupe d'individus, à une communauté, à une institution ou à un événement (Hentz, 2012). À l'aide de méthodes de collecte de données multiples et de la triangulation de celles-ci, l'étude de cas génère une compréhension holistique, riche, détaillée et en profondeur du phénomène d'intérêt et de son contexte. L'étude de cas est utilisée dans plusieurs disciplines des sciences sociales et de la

santé. Elle peut avoir une finalité descriptive, exploratoire, explicative, ou encore être utilisée pour concevoir une théorie ou la tester (Larivière & Corbière, 2014).

L'étude de cas est conceptualisée comme une approche plutôt que comme une méthode de recherche puisqu'en raison de sa flexibilité : elle n'exige pas une méthodologie unique de réalisation. Le choix des techniques de collecte et d'analyse des données est tributaire de ce qui permettra de comprendre au mieux le phénomène en profondeur de même que de répondre aux questions et objectifs de recherche. Ceci en fait une approche intéressante pour sa flexibilité ainsi que pour la pluralité d'objets et de questions de recherche qu'elle permet d'étudier (Larivière & Corbière, 2014).

3.6.1.1 La pertinence de l'étude de cas dans ce travail

Le choix de « l'étude de cas » comme approche méthodologique devant permettre de résoudre le problème posé par tout d'abord de l'objet de cette étude : « le travail du deuil chez une femme ayant perdu son enfant des suites d'un cancer ». Il s'agit d'un objet d'étude complexe qui ne peut être dissocié du contexte naturel dans lequel il s'inscrit : la perte d'un enfant. L'étude de cas est pertinente ici en ce qu'elle permet une compréhension complète du phénomène à partir de la triangulation des données recueillies auprès de l'endeuillée (entretiens semi-directif et test de Rorschach). Même le phénomène étudié ici n'est pas nouveau (le travail du deuil chez les mères), certains aspects demeurent cependant inexplorés. L'étude de cas aura donc une finalité exploratoire. Le cas étudié (unité d'analyse) est une mère ayant perdu son fils des suites d'un cancer du sang.

3.6.1.2 La pertinence de l'étude de cas unique dans ce travail

Le choix de l'étude cas unique comme type d'étude a été motivé par la rareté des cas disponibles. Si la perte d'un enfant est un phénomène courant, la perte d'un enfant des suites d'un cancer reste peu courante. Aussi, de tous les cas rencontrés un seul a donné leur accord de participer à l'étude.

3. 7.LA COLLECTE DES DONNÉES

Les données ont été collectées à la fois à l'aide de l'entretien clinique de recherche et du test projectif du Rorschach.

3.7.1. L'entretien clinique

Dans cette étude, nous avons fait usage d'un entretien clinique comme instruments pour la collecte des données. Les raisons qui peuvent avoir permis de pencher pour ce choix sont entre autres que cet instrument est plus pratique pour les répondants et d'administration rapide. En plus, il permet d'entrer dans l'insight de la participante. Par ailleurs, nous avons choisi l'entretien comme instrument de recherche pour le sujet parce qu'il « peut être proposé même à des individus n'ayant pas reçu de formation particulière et à tous les autres qui, même scolarisés, ont du mal à s'exprimer par écrit » (Tsala Tsala, 2006, p.112). Telles sont les raisons pour lesquelles dans le cadre de cette étude, nous avons fait usage de l'entretien clinique de recherche dans sa variante semi-directive. En psychologie, l'entretien s'appuie sur l'habilité à étudier et à comprendre les comportements et les conduites de la personnalité, afin de mieux aborder l'interlocuteur dans sa singularité. Considéré comme la technique clinique par excellence en psychologie clinique.

L'échange porte plus ou moins directement sur les points qui préoccupent le chercheur, et non sur ce dont l'interlocuteur désire parler. Cela permet au chercheur de recueillir des informations sur les thèmes qu'il a fixés et définis d'avance.

3.7.1.1. Le guide d'entretien

Le recueil des données sur la culpabilité écran s'est fait dans une démarche clinique authentique et riche. L'usage des entretiens cliniques avec la mère endeuillée, constitue d'ailleurs la pierre d'angle de notre démarche clinique. Il s'agissait des données provenant du discours de cette mère concernant la façon dont elle vit le départ de son enfant suite au cancer. Le discours renvoie ici, non seulement au langage verbal conscient, mais également à tout le champ de la communication non-verbale et infra-verbale qui, de manière inconsciente, tend à infléchir ou à nuancer ce qui est énoncé dans la parole.

3.7.1.2. Présentation du guide d'entretien

Les entretiens étaient organisés sur la base d'un guide d'entretien élaboré afin de rendre explicite les thèmes et les sous-thèmes, en focalisant l'attention sur les informations qui apportaient un nouvel éclairage et qu'il fallait approfondir par des relances, des demandes d'explications, etc. Conçu sur la base des hypothèses, il représente, sous le contrôle de Blanchet (1985, p. 46), « une pré-structuration de la conduite de l'entretien et la tradition des

hypothèses ... ». Ainsi il s'agissait d'accéder aux informations tournant autour des axes ou centres d'intérêts suivants :

Préambule : Identification de la participante

- *Âge :*
- *Profession :*
- *Obédience religieuse :*
- *Nombre d'enfants :*
- *Ethnie :*
- *Statut matrimonial :*

Thème 1 : Culpabilité vis-à-vis de l'ancêtre

Sous-thème 1 : Absence de sentiment de plénitude d'être;

Sous-thème 2 : Absence de sentiment de profonde « assise »;

Thème 2 : Culpabilité vis-à-vis de la communauté

Sous-thème 1 : Absence de sentiment d'assurance ;

Sous-thème 2 : Absence de sentiment de confiance.

Thème 3 : Culpabilité vis-à-vis de la famille

Sous-thème 1 : Absence de sentiment d'appartenance

Sous-thème 2 : Absence de sentiment de sécurité.

Thème 4 : Travail du deuil

Sous-thème 1 : La mise en représentation : Accepter voir le corps de son enfant ; Accompagner le corps de son enfant à la morgue ; Usage des temps du passé pour évoquer le disparu.

Sous-thème 2 : La symbolisation : Accepter d'assister à l'enterrement ; Accepter de pratiquer les rites funéraires

Sous-thème 3 : La mentalisation : Évocation le souvenir de son enfant sans être submergé par les émotions.

3.7.1.3. Déroulement des entretiens avec la participante

Les rencontres avec la participante à cette étude s'est faite au Centre Hospitalier Dominicain Saint Martin de Porres Mvog-Bétsi (bureau du psychologue) pour qu'elle se sent

en sécurité. Les recommandations de Gighlione et Blanchet (1991), repris par Ovambe Mbarga (2016) ont servi de base pour conduire nos entretiens. Ces auteurs posent que la conduite de l'entretien débute à l'aide de consignes qui sont des actes directeurs qui initient le discours sur un thème donné. L'entretien se poursuit avec des relances qui sont des actes subordonnés qui réfèrent à l'énoncé précédent de l'interviewé. Les entretiens furent d'une durée moyenne de quinze minutes selon la disponibilité des participantes.

Nous avons rencontré la participante trois fois, cherchant à atteindre le principe de saturation. En effet, à en croire Mayer et al. (2000), les rencontres répondent au principe de saturation lorsque la poursuite de la collecte de données n'apprend plus rien au chercheur, n'apporte plus aucune idée nouvelle comparativement à celles qui ont déjà été trouvées, ne fournit pas une meilleure compréhension du phénomène étudié. De plus, le fait de rencontrer le sujet à plusieurs reprises permet d'approfondir la relation de confiance. De cette manière, le sujet qui se raconte, a la possibilité de réfléchir et de se préparer pour le prochain entretien. Quant au chercheur, cela lui donne la possibilité de revenir sur certains points restés obscurs (Giordano, 2003).

La première rencontre fut consacrée à l'explication du but de la recherche en cours et des objectifs qu'elle tend à atteindre. Lors de cette période, la participante a lu et signé le formulaire de consentement éclairé leur expliquant le but et les objectifs de la recherche. Lors de cette présente rencontre, il y a eu une période d'échange où nous avons répondu aux interrogations de la participante permettant ainsi de clarifier l'étude, de sécuriser la participante et favoriser la création d'un climat de confiance. La confidentialité et l'anonymat leur ont été rassurés.

La deuxième rencontre a été le début véritable de nos entretiens avec les participantes. Elle a fait une présentation civile d'elle-même. Il s'agissait en fait de donner les caractéristiques sociodémographiques suivantes : Âge, profession, obédience religieuse, nombre d'enfants, ethnie, statut matrimonial. Les entrevues furent enregistrées par le magnétophone de notre téléphone avec le consentement des informateurs. La transcription se faisait directement après l'entretien. La troisième rencontre, c'est-à-dire le deuxième entretien a abordé les thèmes qui, après le bilan partiel de chaque entretien, n'apparaissaient pas et en fonction du besoin, des rencontres nouvelles se programmaient. Lors de la dernière rencontre, il s'agit des attentes qu'avait le participant, aussi s'il y'a des ajouts, des éclaircissements sur ce qu'il avait dit lors des entretiens antérieurs.

Il convient de noter qu'à la fin de chaque entretien, nous remercions toujours la participante pour sa disponibilité et nous faisons directement le bilan après transcription, question de voir quel thème n'a pas été abordé. Après tous ces entretiens, nous avons eu un flux de données qu'il fallait dès lors analyser. Toutefois, l'analyse de ces résultats devait se faire selon une technique bien précise.

3.7.2. Le test de Rorschach

La seconde catégorie de données de cette étude provenait du test de Rorschach passé aux mères endeuillées. En tant que support de la projection et jouant le même rôle que le miroir, cette épreuve s'avère être l'outil indispensable pour susciter chez ces sujets des phénomènes expressifs d'origine subjective qui se fondent avec l'objet. Au-delà de la triangulation des sources de données si chère à l'étude de cas, le test de Rorschach permettait d'apprécier le travail du deuil à trois niveaux : cognitif, affectif et social.

3.7.2.1. La passation du Rorschach

À cette étape, l'examineur doit préciser au testé la raison pour laquelle il lui passe le test. Pour Rorschach (1947), des phrases du genre : « Je vais maintenant te passer le test de Rorschach, il nous permettra de contribuer à une recherche sur le deuil » sont recommandées. Les consignes fournies par le psychologue comportent une part de vague, d'imprécisions, afin de faciliter la projection de la personnalité du sujet. Il utilisera des formules du genre : « Maintenant je vais te présenter les planches (objets à regarder) et tu vas me dire ce que tu vois » ; « Ce qu'on te demande de dire, c'est ce que l'on pourrait voir dans ces taches d'encre ». On précise que le temps n'est pas limité et qu'il n'y a pas de bonne ni de mauvaise réponse. Le sujet doit dire tout ce qui lui passe à l'esprit.

On tend la première planche au sujet et on lui demande : « Qu'est-ce que tu vois ? ». S'il donne une seule réponse, lui retendre la planche et demander (école américaine) : « Quoi d'autre ? Est-ce que tu vois autre chose ? Il m'en faut plus d'une réponse, mais c'est comme tu veux ». L'examineur note scrupuleusement par écrit toutes les réponses fournies, le temps mis pour les donner, ainsi que les attitudes, les commentaires, le comportement de son vis-à-vis. Rorschach (1947) précise qu'on ne fait jamais passer le Rorschach en face-à-face, car sinon les attitudes inconscientes de l'examineur peuvent inhiber ou favoriser certaines réponses. Ce biais diminue quand on est de côté ou de travers. Ne pas faire passer un Rorschach dans des états aigus (dépression, délire...).

3.7.2.2. *L'enquête au Rorschach*

Pour Rorschach (1947), l'enquête est une étape indispensable pour pouvoir effectuer la cotation de chaque réponse. Elle a pour but d'apporter les précisions cherchées sur les localisations et l'origine des réponses. « J'ai besoin de voir les choses comme tu les as vues. Ainsi je vais te remonter les planches (objets à regarder) et tu vas me dire dans quelle partie tu as vu tes réponses ». Les questions du genre : « Comment ça... ? » ; « À quel endroit de la planche le localises-tu ? » ; « Au vu de quels détails dis-tu qu'il s'agit d'un(e)... ? » ; « Est-ce un type d'homme, d'animal, de... particulier ? » sont nécessaires pour cette partie. Le temps n'étant pas limité, il peut durer jusqu'à deux heures.

3.7.2.3. *Le dépouillement du Rorschach*

Le dépouillement du Rorschach se fait à la fois de façon qualitative (Cotation) et de façon quantitative (psychogramme). Il repose sur le principe selon lequel, pour coter chaque réponse, l'examineur doit procéder en trois temps correspondant respectivement aux trois critères que sont : la localisation, les déterminants et le contenu. Le dépouillement s'est fait à l'aide des critères de l'école française de Nina Rausch de Traubenberg (1977), repris par Mbatbaïna Pala, Ngnombouowo Tenkué et Mgbwa (2022).

3.7.2.4. *La cotation*

La cotation désigne la récapitulation qualitative des réponses. Au cours de cette phase, le psychologue doit indiquer à la marge des réponses : le numéro des planches, le temps consacré pour chacune d'elle, ainsi que le temps de latence. La cotation renvoie à trois aspects fondamentaux : la localisation, les déterminants et le contenu. La localisation renvoie à l'endroit de la planche à propos duquel, sur lequel, le sujet a étayé ses déclarations associatives et répond à la question : « Comment le sujet a-t-il appréhendé la tâche ? ». Elle est le reflet projeté de l'approche intellectuelle du sujet, de la façon dont il perçoit la réalité et comporte deux modalités : les réponses globales (G) et les réponses détails (D). Les déterminants quant à eux permettent à l'examineur, grâce à l'enquête, de savoir par quoi la perception exprimée par le sujet a été effectivement déclenchée ; à partir de quels éléments de la tâche il a fourni tel ou tel type de réponses. Ces déterminants sont généralement de trois ordres : la forme de la tâche (F+, F-), les réponses mouvement ou kinesthésiques (K, kan, kp), les réponses couleurs (C, CF, FC, C'F', C'F'), les réponses estompages (E). Les contenus

sont de plusieurs ordres : animal (A), humain (H), objet (Obj), anatomie (Anat), géographie (Geo)...

3.7.2.5. *Le psychogramme au Rorschach*

C'est la récapitulation quantitative, chiffrée, des réponses. Nous avons utilisé à cet effet le modèle proposé par Chabert (2020). Il s'agit d'une grille (cf. annexe) où sont récapitulées plusieurs données comme le nombre de réponses, les temps (de latence, total, par planche), l'ensemble des cotations ainsi que certains éléments qualitatifs hors réponse (chocs, remarques, choix...). On y fait également figurer les résultats de certains calculs permettant une comparaison avec des données normatives, démarche utile à la pose de premières hypothèses cliniques. Nous pouvons y lire :

Le nombre de réponses et la durée de passation : R = nombre de réponses. Refus = planches ayant été refusées. Temps total (exprimé en minutes et secondes) = somme des temps totaux à chaque planche. Temps de latence moyen (exprimé en secondes) = Somme des temps de latence ÷ Nombre de planches interprétées. Temps par réponse = Temps total ÷ Nombre de réponses. *Les localisations (G, D)* : Pour chaque localisation, on note leur nombre total dans le protocole ainsi que leur pourcentage par rapport au nombre total de réponses: $N \div R \times 100$. Pour les localisations associées, il est conseillé de les faire ressortir dans le psychogramme, mais le calcul du pourcentage porte uniquement sur la localisation finale (un Dbl/Gbl, un D/G doivent intégrer le G%). Un D/Dbl est à intégrer dans le D%. Un Dd/bl est à intégrer dans le Dd%. Le Dbl% est réservé aux localisations Dbl. Les Di intègrent le D%.

Les déterminants. On recense le nombre total de chacun des déterminants. Pour les réponses F, on note leur nombre total ainsi que leur répartition en F+, F- et F+/- . Déterminants doubles: chaque déterminant est recensé dans sa catégorie. Pour le second déterminant, il faut évaluer le poids du déterminant formel. Par exemple, une KC se décompose en général en K et FC; voir si une kobC se décompose en kob et C, en kob et CF ou en kob et FC. *Les contenus*. On recense le nombre de chaque contenu dans le protocole. Les Hd, Ad, (H), (A) doivent être différenciés des H et A.

3.7.3. **Difficultés rencontrées au cours de la collecte des données**

Au cours de la collecte des données, nous avons rencontré des difficultés sur plusieurs plans. Notre population d'étude étant rare, n'eut été l'aide du psychologue du Centre

Hospitalier Dominicain Saint Martin de Porres, nous aurions eu de la peine à les avoir. Nous étions parfois obligés de nous rendre dans leur quartier, question d'avoir des entretiens avec elles. Toute chose qui nécessite beaucoup de temps.

3.7.4. Considérations éthiques

En tant qu'elle touche à l'être humain, avec ce que cela peut comporter comme risques d'atteinte à ses droits et à sa dignité, la recherche dans les sciences humaines et sociales impose que l'étudiant encadre ses habiletés techniques par des règles éthiques. Ainsi, nous avons informé la participante de la nature de la recherche et de l'utilisation des résultats. Elle était entièrement libre d'accepter ou de refuser de participer à la recherche. Un formulaire de consentement éclairé fut signé par elle, avec la mention explicite qu'elle pouvait à tout moment se retirer de l'étude si elle le souhaitait. De plus, le contenu des entretiens est resté anonyme et confidentiel.

3. 8. L'ANALYSE DES DONNEES

Nous avons choisi de procéder par l'analyse qualitative, plus précisément l'analyse de contenu pour les données issues des entretiens et à l'approche française de Rausch de Traubenberg pour les protocoles de Rorschach.

3.8.1.L'analyse de contenu

Pour la mener à bien, nous nous sommes référés aux principes de l'analyse thématique telle que définis par Poirier et al. (1996), qui l'utilisent dans le cadre de l'analyse de contenu de récits de vie. Même si notre mode d'entretien ne relève pas à proprement parler du récit de vie. Ainsi, les principes d'analyse utilisés dans ce cadre nous apparaissent pertinents pour notre recherche. Ceci, parce que ces principes permettent d'effectuer une série d'opérations destinées à « l'interprétation d'un corpus abondant, multiforme et foisonnant d'information » (Poirier & al., p.150), avec l'intention d'appréhender sa multiplicité, sa complexité, sa richesse.

3.8.1.1. L'analyse thématique

Pour procéder à cette analyse, nous avons construit des grilles d'analyse. Il s'agit ici de ce que les auteurs appellent un examen de type classificatoire. Poirier, Clapier-Valladon et Raybaut (1996, p. 165), cité par Ovambe Mbarga, 2016, p. 87) proposent de procéder avec une colle et des ciseaux afin d'avoir toujours les fragments du texte sous les yeux et de

pouvoir ainsi changer les fragments de catégories sans devoir revenir au texte d'origine. C'est donc ainsi que nous avons procédé, sauf que nos actions de couper et coller se sont faites de manière informatique avec le logiciel Word, chose peu répandue et guère possible en 1983. Cette coexistence de catégories construites à priori et à postériori nous a paru intéressante pour conjuguer rigueur et créativité, vérification et exploration. En effet, sur le plan de la rigueur, les catégories à priori conduisent à un recensement systématique suivant le plan de l'entretien alors que les catégories à postériori permettent dans une perspective plus exploratoire, de découvrir d'autres significations, parfois imprévues, qui éclaire le matériel.

3.8.2. Le compte rendu de l'examen psychologique du Rorschach

La démarche d'interprétation telle que prônée par Chabert, Louët, Azoulay et Verdon (2020) demande de prendre en compte : l'étude de la clinique de la passation ; l'étude des données quantitatives ou le psychogramme ; l'analyse des processus de pensée ; l'étude du narcissisme et la construction de l'identité ; l'analyse des représentations de relations ; l'analyse des affects et de l'angoisse ; l'étude de l'organisation des modalités défensives et enfin la conclusion ou la synthèse.

3.8.2.1. L'étude de la clinique de la passation

L'étude de la clinique de la passation relève d'une lecture approfondie du protocole permettant une redécouverte des messages, entendus cette fois en l'absence de la mère endeuillée. Nous nous trouvons alors plus disponible par rapport aux données mais aussi par rapport à ses associations personnelles, pour percevoir le style du sujet, la logique ou la discontinuité, la qualité de la verbalisation, les manifestations plus individuelles, plus particulières ou originales confirmant ou infirmant les appréciations ou les intuitions cliniques, permettant d'établir des hypothèses qui seront corroborées ou non par le travail d'analyse. Ce préalable établit les bases d'une approche qui obéit à des objectifs synthétiques mettant en évidence l'interaction des différents facteurs. Il ouvre ainsi un certain nombre d'hypothèses en référence aux significations diverses qui sous-tendent la multi dimensionnalité des facteurs.

3.8.2.2. L'étude de la dimension cognitive du travail de deuil

S'il est bien admis que le test de Rorschach n'est pas à strictement parler un test au même titre qu'une échelle de Weschler, et ne mesure donc pas le niveau de l'intelligence (par la calcul d'un Quotient Intellectuel par exemple), il malgré tout une certaine appréhension de

la qualité des processus de pensée et du fonctionnement intellectuel. Il donne les indications sur « le rendement intellectuel réel du sujet, sur la façon dont son intelligence fonctionne dans les situations concrètes de l'existence » (Richelle, 2017, p. 80). En d'autres termes, il permet de voir comment une personne mobilise ses ressources cognitives et. Finalement utilise son intelligence. Richelle (2017) voit les signes de l'intelligence dans les facteurs suivants : G% élevé, F+% élevé, type d'appréhension riche et souple, nombre élevé de kinesthésies, A% bas et un nombre élevé des réponses originales.

3.8.2.3. L'étude de la dimension sociale du travail de deuil

Les facteurs de socialisation et le rapport au réel. Pour Richelle (2017), ces facteurs sont à analyser conjointement aux éléments précédents car ils permettent de se faire une idée sur le niveau d'adaptation globale du sujet, en particulier pour ce qui relève des processus cognitifs. Elle conseille de se pencher sur l'analyse en configuration des facteurs suivants : l'A%, les réponses Ban, les D%, les F%, les F+%, les H% et l'utilisation des déterminants doubles (FC, FE). Ces indices compris dans la marge des normes attendues pour une population non clinique renvoient à une bonne appréhension de la réalité et à des capacités adaptatives et relationnelles adéquates. Des indices trop élevés suggèrent un conformisme excessif, un manque d'expressivité personnelle avec un étouffement des affects, une rigidité dans l'appréhension des différentes situations rencontrées. À l'inverse, des indices trop bas reflètent des troubles de l'appréhension de la réalité et des capacités adaptatives qui évoquent l'existence d'un trouble psychopathologique pouvant être trop invalidant.

3.8.2.4. L'étude de la dimension affective du travail de deuil

La dynamique affective. Il s'agit ici pour Richelle (2017) de déterminer « la manière de se vivre soi et les autres, de vivre le monde, d'exprimer les conflits, la problématique, l'angoisse qu'elle déclenche et les moyens de lutte mobilisés contre le malaise et la souffrance » (p. 82). Les facteurs habituellement pris en compte à cet égard sont : le F%, la forme de l'affectivité ([FC/CF, C], la C et le RC%), le Type de Résonance Intime (TRI), la formule complémentaire (fc), les mécanismes de stabilisation de l'affect (K, F+%, G élaboré, D de bonne qualité, les mécanismes de déstabilisation.

3.8.2.5. *La conclusion ou la synthèse.*

La synthèse, suivant la démarche d'interprétation du Rorschach, s'attache au dégagement des problématiques prévalentes, à la mise en place d'hypothèses psychopathologiques concernant l'organisation du fonctionnement psychique.

CHAPITRE 4 : PRESENTATION ET ANALYSE DES DONNEES

Au cours de notre passage au Centre Hospitalier Dominicaine Saint Martin de Porres, nous avons retenu une (01) mère qui constitue la population de cette étude. Il s'agit de la Mère de Latifah (pseudonyme que nous avons choisi lui donner). Les entretiens avec cette mère endeuillée ont permis d'explorer les facteurs sociodynamiques à la base de la complication du travail du deuil. Le test de Rorschach a permis de saisir les processus en lien avec leur capacité de mentalisation. Le présent chapitre est consacré au compte rendu de l'examen psychologique des participantes, à la présentation et l'analyse des résultats de l'étude.

4.1. PRÉSENTATION DE LA PARTICIPANTE

La participante Mère de Latifah est âgée de 35 ans au moment de la première rencontre au Centre Hospitalier Dominicain Saint Martin de Porres Mvog-Bétsi. Elle est de la Région du Centre, ethnie Eton. Elle est mère de quatre enfants dont deux déjà sont décédés. Le premier, son fils aîné est décédé juste après l'accouchement. Elle dit que cet enfant n'a pas crié comme le font la plupart des enfants à la naissance. Le deuxième, Latifah, décède en 2023, des suites d'un cancer de sang (leucémie). La Mère de Latifah est célibataire. Elle a tour à tour connu beaucoup de déceptions dans sa vie relationnelle. Tout d'abord, elle est fiancée à un blanc qui l'aimait pourtant bien. Mais la veille de leur mariage, tout se gâte. Ensuite vient le père de son premier fils décédé après la naissance. Cela ne va pas durer. Par la suite, elle fait la connaissance d'un autre homme, marié cette fois, qui lui fait un garçon et Latifah. Malheureusement, leur relation ne durera pas toujours car pendant la maladie de Latifah, ce dernier disparaît jusqu'aujourd'hui, sans laisser de traces. C'est alors que le père de son premier enfant, après ses aventures sans succès, retourne avec la Mère de Latifah après le départ de cette dernière pour faire lui une autre fille.

4.2. PRÉSENTATION DES DONNÉES DU TEST DE RORSCHACH

Les données issues du test de Rorschach se structureront autour de sept points : la clinique de la passation, la présentation du protocole, la présentation du psychogramme, la présentation de la dimension cognitive du travail du deuil, la présentation de la dimension

affective du travail du deuil, la dimension sociale du travail du deuil et la synthèse des données du Rorschach.

4.2.1. Étude de la clinique de la passation

La productivité de la mère de Latifah est normale, avec beaucoup de commentaires. La passation semble lente, avec des temps par planche supérieurs à une minute. Le traitement du matériel également lent. Les réponses sont données tantôt avec précautions verbales (Je vois quelque chose comme »), tantôt avec des doutes (« On dirait... ça ressemble... »), tantôt avec certitude (« Je vois... »). La relation avec le psychologue est bonne, confiante, et sert d'étayage à la consultante (« Donc je suis admise pour être en psychiatrie ? »).

4.2.2. Protocole de la Mère de Latifah

Nom : **Mere De Latifa**

Age : **35 ans**

Sexe : **Féminin**

Date de passation : **16 avril 2024**

Pl.	PASSATION	ENQUETE	COTATION
I	<p><i>08''</i></p> <p>1. Je vois quelque chose comme une chauve-souris avec une aile abîmée sur le côté. Je ne sais pas trop. Je n'ai aucune idée. J'espère que ce n'est pas mon cerveau.</p> <p><i>01'16''</i></p>	<p><i>C'est tout ça ! Sa couleur noir déjà et puis l'apparence.</i></p>	<p><i>G C'F+ A Ban</i></p>
II	<p><i>12''</i></p> <p>2. (<i>Sourit !</i>) On dirait deux souris assises qui ont bu une bière et qui se tapent les mains. Elles ont des cuisses-là comme des hommes.</p> <p>3. Les tâches rouges du haut, je ne sais pas. Je ne comprends rien là. Je ne sais pas. Mais c'est comme les dessins du pied. Le pied du bébé.</p> <p>4. La tâche rouge du bas ressemble à une goutte d'eau qui tombe.</p>	<p>Voilà une, voilà l'autre, voilà les oreilles. Les pieds-là, je n'ai rien vu (<i>les deux parties latérales noires</i>).</p> <p>Au-dessus comme un dessin. Comme pour un bébé. C'est mal dessiné (<i>Les deux rouges haut extérieurs</i>).</p> <p>Bon, quand l'eau tombe, ça s'éparpille. La forme (<i>Rouge bas</i>).</p>	<p><i>G kan A Sym</i></p> <p><i>D CF+ Hd</i></p> <p><i>D F- Elem</i></p>

	<p>5. Je vois une petite image en bas comme un papillon.</p> <p style="text-align: right;">0'53''</p>	<p>Ici ! la forme à moitié et la couleur aussi (<i>Rouge bas</i>).</p>	<p><i>D FC+ A Ban</i></p>
III	<p>14''</p> <p>6. (Sourit !) Comment dire ça ? Deux personnes qui tiennent quelque chose en main. C'est une masse.</p> <p>7. Les taches rouges, je ne comprends rien. Ça ressemble à quelque chose comme des poumons.</p> <p>8. Et là en haut, la tache rouge du haut, je ne sais pas. Je ne suis pas douée pour les images. Bon, quelque chose qui est comme une queue suspendue. Je ne sais pas trop. Quelque chose qui a une queue. La queue de la souris.</p> <p style="text-align: right;">01'02''</p>	<p>Les voilà ! Je vois la tête, je vois les pieds, je vois les reins (<i>Les deux parties noires latérales</i>).</p> <p>Sa forme. Les poumons animal car je n'ai jamais fait une chirurgie (<i>Rouge médian</i>).</p> <p>Ça peut être un bébé souris car quand je vois le bébé souris, c'est comme ça (<i>Rouge extérieur</i>).</p>	<p>D K H/Obj Ban</p> <p>D CF+ Anat</p> <p>D kan Ad</p>
IV	<p>20''</p> <p>9. Ce truc bizarre-là, moi je ne sais pas trop. Je vois comme toujours une chauve-souris. Ça ressemble à la première image, mais avec une différence. On dirait un film d'horreur.</p> <p style="text-align: right;">0'40''</p>	<p>C'est tout ça. C'est les choses des films d'horreur. C'est tout noir, l'apparence aussi.</p>	<p><i>G ClobF+ A Ban</i></p>
V	<p>20''</p> <p>10. Encore avec les chauves-souris ! Mais celle-ci a les ailes un peu plus longues, avec un trait sur le dos et les pattes minces.</p> <p style="text-align: right;">0'40''</p>	<p>Tout ça ! la couleur et la forme. Les deux à la fois.</p>	<p><i>G C'F+ A Ban</i></p>
VI	<p>10''</p> <p>Comment décrire ça ? Quelque chose qui est bizarre comme ça. Bon, je ne sais pas. C'est quoi ça ? C'est la tête-là, la moustache ? Je me pose des questions. C'est une image nase. Est-ce une</p>	<p>C'est comme une épée implantée sur une petite colline. C'est la forme.</p>	<p><i>Refus</i></p> <p>→<i>Tend Clob</i></p>

	<p>devinette ? Je ne sais pas. Je ne comprends rien-là !</p> <p style="text-align: right;"><i>0'40''</i></p>		
VII	<p>23''</p> <p>11. Comme des morceaux de nuages qu'on a rapprochés pour former un récipient. Je ne sais pas.</p> <p style="text-align: right;"><i>0'40''</i></p>	<p>C'est le tout. Les formes-là et puis la couleur. Nuages noirs.</p>	<p><i>Gbl FC' Frag/Obj</i></p>
VIII	<p>20''</p> <p>12. Enfin une image gaie ! Deux souris sur des côtés. Je vois des couleurs roses, oranges.</p> <p>13. En bas-là, ça ressemble un peu à un papillon.</p> <p>14. Et l'image suivante en bleu, ça ne me dit rien. C'est un morceau de tissus qu'on a teinté.</p> <p>15. Et en haut-là, c'est le dessin d'une colline.</p> <p style="text-align: right;"><i>0'40''</i></p>	<p>Les voilà ! Sa forme uniquement. Les deux couleurs (<i>Les deux parties roses latérales</i>).</p> <p>L'apparence et la couleur (<i>Rose et orange en bas</i>).</p> <p>La couleur (<i>2^e tiers bleu</i>).</p> <p>Sa forme ! Donc je suis admise pour être en psychiatrie ? (<i>Gris en haut</i>).</p>	<p><i>D F+ A Ban</i></p> <p><i>D F+ A</i></p> <p><i>D C Obj</i></p> <p><i>D FC Pays</i></p>
IX	<p>15''</p> <p>16. Ça ressemble à un cocktail (Sourit). Un Cocktail de fruits et de liqueurs qu'on est en train de mettre dans un verre. C'est tout ce que je vois.</p> <p style="text-align: right;"><i>0'40''</i></p>	<p>C'est l'apparence. Les couleurs et la façon dont ça tombe dans le verre.</p>	<p><i>G CF- Bot</i></p>
X	<p>20''</p> <p>17. Qu'est-ce que je peux comprendre dans tout ça ? Ici, c'est comme des araignées, deux araignées en bleu sur les côtés.</p> <p>18. Il y a comme de petites membranes jaunes, je ne sais de quoi.</p> <p>19. Là-bas comme un cours d'eau et les</p>	<p>La forme (<i>Bleu latéral</i>).</p> <p>Qu'est-ce que j'en sais. J'explique ça comment ? Quand il y a un bébé dans le ventre, ça commence souvent comme ça. Comme une tache (<i>Les deux jaunes médians en bas +jaune latéral</i>).</p> <p>Ça ! Tout le vide ci. comme quand Moïse a fendu la mer. J'imagine juste. Quand j'ai vu le film de</p>	<p><i>D F+ A Ban</i></p> <p><i>D F+/- Anat</i></p> <p><i>Dbl F- Elem</i></p>

	<p>bordures-là aussi, je ne sais pas. Ça n'est pas rose quand même.</p> <p>20. En haut, je vois un piquet. Je vois aussi plein de couleurs : orange, jaune, crise, bleue, blanche).</p> <p style="text-align: right;">0'40''</p>	<p>Moïse, ça m'a fait penser à ça (<i>Les deux roses latérales sans gris en haut + toute la lacune centrale entre gris en haut et rose latéral</i>).</p> <p>Là, je ne sais si c'est ça qu'il soutient (<i>Gris médian en haut</i>).</p>	<p><i>Dd F+ Obj</i></p>
--	--	---	-------------------------

Nombre de réponses : 20		Temps de passation : 16mn 59secs		Temps moyen de latence : 16 secs	
Planches (+)			Planches (-)		
PI. III : Parce que c'est deux personnes qui sont solidaires, qui ont un objectif commun et semblent se comprendre.			PI. I : Parce que je n'aime pas les chauves-souris, pour nous c'est un truc de mauvaise augure.		
PI. VII : Parce que ça me fait penser au ciel, aux nuages.			PI. IV : Parce qu'elle est horrible.		

4.2.3. Psychogramme de la Mère de Latifah

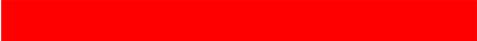
PRODUCTIVITE

R = 20

T = 16'59''

TL moyen = 16''

TYPE D'APPREHENSION

G  30%

D  60 %

Dd  5 %

DETERMINANTS FORMELS

G = 06

D = 12

Dd = 01

Ddbl = 00

Dbl = 01

G% = 30 %

D% = 60 %

Dd% = 5%

Ddbl% = 0%

Dbl% = 5 %

F = 07

F+ = 04

F- = 02

F+/- = 01

F% = 35 %

F+% = 64 %

FACTEURS AFFECTIFS

CF = 03

FC = 02

C = 01

Fclob = 00

E = 00

C'F = 02

FC' = 01

C' = 00

ClobF = 01

EF = 00

K = 01

kob = 00

kan = 02

kp = 00

FE = 00

TRI = 1K/8C ; RC % = 45 %

CONTENUS

H = 01

Hd = 01

(H) = 00

H% = 10 %

A = 08

Ad = 01

(A) = 00

A% = 45 %

Obj = 04

Anat = 02

Elem = 02

Sang = 00

Bot = 01

Géo = 00

Arch = 00

Pays = 01

Sexe = 00

Frag = 01

FACTEURS ADDITIONNELS

IA = 15% Ban = 07 Choix + : III et VII Choix - : I et IV

4.2.4. La dimension cognitive du travail du deuil

L'activité cognitive de la Mère de Latifah est diversifiée. Le mode d'appréhension comprend un éventail assez varié correspondant aussi bien aux capacités d'intuition immédiate d'activité de synthèse (G%), de sens logico-pratique (D%) que d'activité exploratoire sur le mode Dd, DbI. Elle montre peu de capacité de mise en jeu des processus rationnels au profit d'une prévalence de la vie pulsionnelle (F% diminué). Bien qu'elle dispose d'un caractère adaptatif du fonctionnement cognitif (G simple + F+), l'on note cependant une faille plus ou moins importante dans la prise en compte du réel (F+ diminué). On note très peu de mécanisme d'élaboration mentale (1K).

4.2.5. Dimension sociale du travail du deuil

La Mère de Latifah est capable de tenir compte du principe de réalité et d'établir une adaptation sociale grâce à une perception commune du monde extérieur mais le contrôle se trouve amoindri par les sollicitations pulsionnelles sexuelles (F+% diminué, A%). Elle est capable d'identification à l'autre et d'établir des liens avec autrui (1K). Mais, sollicitée par ces éléments d'ordre pulsionnel ou émotionnel, elle ne dispose pas toujours d'une adaptation et d'un maintien suffisant du contrôle rationnel. Les processus secondaires sont défailants et le fonctionnement psychique de la Mère de Latifah est envahi par les processus primaires, ce qui se marque également par l'importance de l'extratensivité (1 K/8C) non contrebalancée par des facteurs de freinage ni des potentialités de mentalisation et d'intériorisation des conflits (1K).

4.2.6. Dimension affective du travail du deuil

Le Type de Résonance Intime extratensif ($K < C$) traduit une affectivité plus labile tournée vers l'extérieur, et qui favoriserait l'adaptation sociale. La Mère de Latifah se montre davantage soumise à son vécu émotionnel et affectif, peut être qualifiée d'émotionnelle et présente davantage de suggestibilité. La présence de Clob dans le protocole traduit un vécu de menace, d'angoisse ; une forte sensibilité de la Mère de Latifah à ce qui éveille des sentiments pénibles et la difficulté à parvenir à y faire face de façon contrôlée. Il faut noter la présence d'anxiété qui se traduit par la présence d'un $IA\% = 15$. La présence de C' pourrait évoquer une composante anxieuse et dépressive.

4.2.7. Synthèse des données du test de Rorschach

La mère de Latifah fait preuve d'une appréhension de la réalité quelque peu défaillante. Elle dispose d'une capacité à s'adapter grâce à l'activité régulatrice de la pensée qui fait cependant défaut lorsqu'elle est trop sollicitée par des éléments d'ordre pulsionnel. L'adaptation sociale apparaît relativement adéquate. L'identité de base semble bien construite et structurée mais garde une fragilité au niveau assises identitaires. L'acceptation de sa féminité et la relation à l'autre dans un contexte sexualisé ne semblent pas être assumées. On peut noter une tendance choc qui reflète un malaise face à l'imgo paternelle et masculine qui se traduit à travers la référence à l'aspect bizarre de la tâche (Pl. IV). L'imprécision de l'appartenance sexuée à la planche VII traduit une difficulté chez la Mère de Latifah à assumer la différence de sexe. Si la relation à la figure parentale semble destructurante, aucun élément ne renseigne sur l'imgo maternelle.

4.3. PRÉSENTATION DES DONNÉES DE L'ENTRETIEN

4.3.1. Thème 1 : La culpabilité vis-à-vis de l'ancêtre

« C'est vrai que ces épreuves-là, m'ont permis de me rapprocher un peu de lui, j'ai constaté que Dieu m'aime beaucoup ».

Bon, on a grandi, on savait que le dimanche il faut aller à la messe, en semaine tu fais tes activités c'était comme ça. Mais dire que j'avais une relation particulière avec Dieu, je ne pense pas. J'ai toujours fait comme tout le monde. Mais c'est devant cette épreuve que je me rends compte que j'ai négligé une voie.

Mon père n'est pas trop traditionnaliste, bien qu'il soit chef, il n'a pas voulu en arriver là, parce que c'est quelqu'un qui sait s'opposer à ce qu'il ne trouve pas logique. Par exemple les cérémonies après le deuil où il faut faire la nourriture et manger sur la tombe. Même à la maison, quand il y'avait deuil, il disait que celui qui est venu pour la tradition peut rentrer et celui qui est venu pour l'enterrement reste.

C'était comme ça ; si tu ne connais pas prier mieux tu restes on ne connaît pas aller toquer. Donc, avec notre père on est coupé de nos traditions.

J'ai eu des grands parents et arrière grands parents qui étaient traditionnellement puissants. Parce que, mon arrière-grand-père était le gardien du village, quand il se réveillait le matin, il se place à la cours, il regarde à gauche et à droite, s'il y a le mal qui vient, il repoussait on ne mourait pas si on n'a pas vieilli, bon ils sont mort avec tout ça. Mais nos parents ont abandonné ces traditions pour suivre la modernité.

Oui notre génération. Certains d'entre nous ont encore des séquelles parfois quand quelqu'un vit ça arrive comme ça là, sans vouloir. On pose un problème tu donnes la solution, les choses naturelles et aussi que le côté traditionnel on n'était pas trop impliqué.

Oui d'après l'histoire, mon père est fils unique, et lui là il a eu seulement deux sœurs. Il a eu un frère qui était décédé tout petit. Apparemment mon grand-père ne voulait pas qu'il ait des garçons, mais des filles seulement qui vont aller en mariage et tout ce qui est au village devait revenir aux oncles. C'est pour cela qu'il a été longtemps malade pendant son enfance ; il a grandi dans la maladie. À un moment donné, il a quitté le village pour venir ici à Yaoundé continuer ses études à l'Université de Yaoundé 1. Tout allait bien et je me dis que ça a commencé à son niveau et lui à son tour a eu plein de

garçons. On est une dizaine d'enfants, parmi lesquels six garçons.

Donc ça commencé sur lui.

4.3.2. Thème 2 : La culpabilité vis-à-vis de la communauté

« À chaque fois qu'elle allait là-bas au village, quand elle rentrait une ou deux semaines après, elle tombait malade, et c'était un problème d'anémie et il fallait transfuser ».

Oui, elle n'avait même pas les problèmes de santé. Soit il y'a une petite fille là-bas, qui se chargeait de sucer le sang comme on dit.

C'est peut-être ça, je ne connais pas Dieu seul sait ce qui se passait.

Le monsieur qui a fait la messe à l'enterrement de ma fille, plus tard m'a contactée pour me faire comprendre que le seigneur lui a montré ceux qui sont en train de me couper la queue. Il dit que ma progéniture qui disparaît là, c'est une personne de ma famille qui est cachée derrière et qu'il faut que je prie beaucoup.

Bon au niveau du village, il y'a aussi une femme-là que son nom apparaît souvent, c'est vrai qu'ils ont toujours leur groupe là. C'est comme ça que mes problèmes ont commencé; parce que je devais me marier, et je devais partir et leurs filles aînées rester là.

Déjà au village, il y a des gens qui n'aiment pas voir les enfants avec les étoiles comme ma fille. Des personnes qu'on sait déjà, on sait qu'on est mal entouré. Parce des gens qui en parlent. Quand le premier est décédé, des gens sont venus dire des choses à ma mère. Elle avant ne voulait pas me dire. Une femme lui a dit ceci : « Ta petite fille Latifah ne doit même plus venir ici. Si on ne la finit pas,

puisque c'est elle qui tient la famille même dans la prière, elle défend sa famille, si on la supprime pas, c'est une chance ».

4.3.3. Thème 3 : La culpabilité vis-à-vis de la famille

Dans ma famille... Je sais quand même qu'il y a une tante là, la sœur aînée à mon père, il lui reste deux sœurs, les deux. Tout ça commence dans le passé, j'étais fiancée à un blanc. Ces deux tantes ont leurs filles qui depuis des années, ne sont pas mariées. Elles voulaient aller en Europe, ça ne donnait pas, chaque année chaque année ; moi je devais me marier avec un français, les deux femmes se sont opposées d'après les dires de celle qui a cherché à trouver, parce qu'elles annulent le mariage à la veille du mariage. Et cette maman là j'étais chez elle pour attendre le jour de mon mariage, presque un mois avant pour me préparer comme c'était un peu comme la maison familiale. Paraît-il elles ont pris le tissu du mariage, elles sont allées faire des pratiques pour gâter mon mariage.

Je crois que cette histoire peut être vraie, parce que plusieurs fois dans les prières, des personnes différentes se sont arrêtées sur moi et m'ont dit la même chose. Bon, on me raconte des choses allant dans ce sens-là, on me demande qui est cette femme-là, parfois je donne son nom on me confirme que c'est elle exactement.

Mon père également est dans les loges. Vous savez quand tu as consommé et que tu dois rembourser, ça devient compliqué. Cela m'a fait passer par beaucoup de situations difficiles. J'ai dû l'affronter, et surtout d'une manière spirituelle. Dans les rêves, je me retrouvais

toujours en train de voler la liste sur laquelle mon père avait déjà écrit les noms. Quand je fuis et il me poursuit, même si je réussis à me cacher, il m'appelle et me dit : « Je vois là où tu es cachée, tu vas me donner la liste-là ».

À cause de tout ça, paraît-il mon petit frère qui me suit a fait l'accident et plusieurs hommes de Dieu ont regardé, comme mon père est le genre qui prend bien soin des pasteurs, ils ne veulent pas le dénoncer. Mon père fait ses choses en silence. Mon petit frère a un pied malade depuis son enfance, à cause de mon père. Il voulait le sacrifier. Mon grand frère également a eu un accident mystérieux comme ça. Pendant qu'il traversait un pont avec sa moto, il s'est retrouvé dans l'eau de manière mystérieuse. Et moi j'ai eu l'accident deux fois ; ce n'est pas seulement le cas de mon petit frère.

« Même une tante dans la famille qui a même vécu avec nous, ne nous veut pas du bien. On l'accuse également d'être en complicité avec notre père pour nous sacrifier ».

4.3.4. Thème 4 : Travail de deuil

Je suis rentrée en courant, la secouer, l'appeler, gronder même. Je me suis dit si elle est en train de partir, il faut que je gronde pour qu'elle revienne vite. Bon j'ai pleuré, j'étais enceinte de celle-ci de sept mois.

On a fait une petite messe autour de la tombe et on l'a habillée de sa robe blanche et tout, avec le drap qu'elle avait à l'hôpital, on l'a enterrée avec quelques effets personnels et on l'a recouverte (*Fond en larmes*). C'est dur parce que même jusqu'aujourd'hui, je n'arrive pas à croire.

« De temps en temps comme maintenant ci, ça me revient fort. Je veux pleurer, mais devant les gens, je me retiens ».

Bon sur le plan professionnel, je n'arrive pas à me concentrer. Beaucoup de mes collègues ont remarqué cela. Je suis évasive. Sur le plan personnel, ça reste là. Je ne suis plus moi-même. J'ai perdu une partie de moi. Parfois, j'ai envie d'aller je ne sais où. Mais quand je regarde mes deux autres enfants, je me dis, je dois m'occuper d'eux.

Quand j'entends le nom Latifah, ça me fait couler les larmes, ça me rappelle ma fille (Fond en larmes).

Ce n'est pas facile. J'ai beaucoup de peines, les gens pensent que je suis forte mais pas du tout. Je fais juste semblant. À l'intérieur, je vais très mal. Devant les gens j'oublie, mais ça me revient quand je parle d'elle comme ça et il y'a de fois quand je suis seule, ses choses qu'elle faisait à la maison, comme quand elle a fait une bêtise ... donc tout ça là ça me manque (fond en larmes).

4.4. ANALYSE DES DONNEES

Quatre thèmes principaux ont permis d'organiser la collecte des données. Il s'agit du lien vertical, du lien horizontal, du lien ontogénétique et la mentalisation, notamment ses aspects cognitifs, affectifs et sociaux.

4.4.1. La culpabilité vis-à-vis de l'ancêtre

Pour ce qui est de la modalité « La culpabilité vis-à-vis de l'ancêtre », les extraits importants du discours de la Mère de Latifah que nous avons pu retenir sont :

« C'est vrai que ces épreuves-là, m'ont permis de me rapprocher un peu de lui, j'ai constaté que Dieu m'aime beaucoup ».

Bon, on a grandi, on savait que le dimanche il faut aller à la messe, en semaine tu fais tes activités c'était comme ça. Mais dire que j'avais une relation particulière avec Dieu, je ne pense pas. J'ai toujours fait comme tout le monde. Mais c'est devant cette épreuve que je me rends compte que j'ai négligé une voie.

Mon père n'est pas trop traditionnaliste, bien qu'il soit chef, il n'a pas voulu en arriver là, parce que c'est quelqu'un qui sait s'opposer à ce qu'il ne trouve pas logique. Par exemple les cérémonies après le deuil où il faut faire la nourriture et manger sur la tombe. Même à la maison, quand il y'avait deuil, il disait que celui qui est venu pour la tradition peut rentrer et celui qui est venu pour l'enterrement reste. C'était comme ça ; si tu ne connais pas prier mieux tu restes on ne connaît pas aller toquer. Donc, avec notre père on est coupé de nos traditions.

J'ai eu des grands parents et arrière grands parents qui étaient traditionnellement puissants. Parce que, mon arrière-grand-père était le gardien du village, quand il se réveillait le matin, il se place à la cours, il regarde à gauche et à droite, s'il y a le mal qui vient, il repoussait on ne mourait pas si on n'a pas vieilli, bon ils sont mort avec tout ça. Mais nos parents ont abandonné ces traditions pour suivre la modernité.

Oui notre génération. Certains d'entre nous ont encore des séquelles parfois quand quelqu'un vit ça arrive comme ça là, sans vouloir. On

pose un problème tu donnes la solution, les choses naturelles et aussi que le côté traditionnel on n'était pas trop impliqué.

Oui d'après l'histoire, mon père est fils unique, et lui là il a eu seulement deux sœurs. Il a eu un frère qui était décédé tout petit. Apparemment mon grand-père ne voulait pas qu'il ait des garçons, mais des filles seulement qui vont aller en mariage et tout ce qui est au village devait revenir aux oncles. C'est pour cela qu'il a été longtemps malade pendant son enfance ; il a grandi dans la maladie. À un moment donné, il a quitté le village pour venir ici à Yaoundé continuer ses études à l'Université de Yaoundé 1. Tout allait bien et je me dis que ça a commencé à son niveau et lui à son tour a eu plein de garçons. On est une dizaine d'enfants, parmi lesquels six garçons. Donc ça commencé sur lui.

L'idée principale de cette modalité est que la culpabilité vis-à-vis de l'ancêtre passe par une absence de sentiment de plénitude d'être et de sentiment de profonde assise avec l'être suprême, qu'il soit Dieu ou les ancêtres. Les extraits importants des discours de la Mère de Latifah reflètent pas réellement les indices associés à cette modalité, à savoir ne plus se sentir enfant de Dieu/ancêtre et bénéficier de la protection de son Dieu/ancêtre. Toute chose qui traduit plutôt une rupture du lien vertical avec ses ancêtres et Dieu.

4.4.2. La culpabilité vis-à-vis de la communauté

Pour ce qui est de la modalité « La culpabilité vis-à-vis de la communauté », les extraits importants du discours de la Mère de Latifah que nous avons pu retenir sont :

« À chaque fois qu'elle allait là-bas au village, quand elle rentrait une ou deux semaines après, elle tombait malade, et c'était un problème d'anémie et il fallait transfuser ».

Oui, elle n'avait même pas les problèmes de santé. Soit il y'a une petite fille là-bas, qui se chargeait de sucer le sang comme on dit. C'est peut-être ça, je ne connais pas Dieu seul sait ce qui se passait.

Le monsieur qui a fait la messe à l'enterrement de ma fille, plus tard m'a contactée pour me faire comprendre que le seigneur lui a montré ceux qui sont en train de me couper la queue. Il dit que ma progéniture qui disparaît là, c'est une personne de ma famille qui est cachée derrière et qu'il faut que je prie beaucoup.

Bon au niveau du village, il y'a aussi une femme-là que son nom apparaît souvent, c'est vrai qu'ils ont toujours leur groupe là. C'est comme ça que mes problèmes ont commencé; parce que je devais me marier, et je devais partir et leurs filles aînées rester là.

Déjà au village, il y a des gens qui n'aiment pas voir les enfants avec les étoiles comme ma fille. Des personnes qu'on sait déjà, on sait qu'on est mal entouré. Parce des gens qui en parlent. Quand le premier est décédé, des gens sont venus dire des choses à ma mère. Elle avant ne voulait pas me dire. Une femme lui a dit ceci : *« Ta petite fille Latifah ne doit même plus venir ici. Si on ne la finit pas, puisque c'est elle qui tient la famille même dans la prière, elle défend sa famille, si on la supprime pas, c'est une chance »*.

L'idée principale de cette modalité est que la culpabilité vis-à-vis de la communauté passe par une absence de sentiment d'assurance et de sentiment de confiance. Les extraits importants des discours de la Mère de Latifah ne reflètent pas réellement les indices associés à cette modalité, à savoir ne plus se sentir protégé par sa communauté, ne plus bénéficier du

soutien de sa communauté et n'a plus confiance en sa communauté. Toute chose qui traduit une rupture du lien horizontal avec son village.

4.4.3. La culpabilité vis-à-vis de la famille

Pour ce qui est de la modalité « La culpabilité vis-à-vis de la famille », les extraits importants du discours de la Mère de Latifah que nous avons pu retenir sont :

Dans ma famille... Je sais quand même qu'il y a une tante là, la sœur aînée à mon père, il lui reste deux sœurs, les deux. Tout ça commence dans le passé, j'étais fiancée à un blanc. Ces deux tantes ont leurs filles qui depuis des années, ne sont pas mariées. Elles voulaient aller en Europe, ça ne donnait pas, chaque année chaque année ; moi je devais me marier avec un français, les deux femmes se sont opposées d'après les dires de celle qui a cherché à trouver, parce qu'elles annulent le mariage à la veille du mariage. Et cette maman là j'étais chez elle pour attendre le jour de mon mariage, presque un mois avant pour me préparer comme c'était un peu comme la maison familiale. Paraît-il elles ont pris le tissu du mariage, elles sont allées faire des pratiques pour gâter mon mariage.

Je crois que cette histoire peut être vraie, parce que plusieurs fois dans les prières, des personnes différentes se sont arrêtées sur moi et m'ont dit la même chose. Bon, on me raconte des choses allant dans ce sens-là, on me demande qui est cette femme-là, parfois je donne son nom on me confirme que c'est elle exactement.

Mon père également est dans les loges. Vous savez quand tu as consommé et que tu dois rembourser, ça devient compliqué. Cela m'a fait passer par beaucoup de situations difficiles. J'ai dû l'affronter, et

surtout d'une manière spirituelle. Dans les rêves, je me retrouvais toujours en train de voler la liste sur laquelle mon père avait déjà écrit les noms. Quand je fuis et il me poursuit, même si je réussis à me cacher, il m'appelle et me dit : « *Je vois là où tu es cachée, tu vas me donner la liste-là* ».

À cause de tout ça, paraît-il mon petit frère qui me suit a fait l'accident et plusieurs hommes de Dieu ont regardé, comme mon père est le genre qui prend bien soin des pasteurs, ils ne veulent pas le dénoncer. Mon père fait ses choses en silence. Mon petit frère a un pied malade depuis son enfance, à cause de mon père. Il voulait le sacrifier. Mon grand frère également a eu un accident mystérieux comme ça. Pendant qu'il traversait un pont avec sa moto, il s'est retrouvé dans l'eau de manière mystérieuse. Et moi j'ai eu l'accident deux fois ; ce n'est pas seulement le cas de mon petit frère.

« Même une tante dans la famille qui a même vécu avec nous, ne nous veut pas du bien. On l'accuse également d'être en complicité avec notre père pour nous sacrifier ».

L'idée principale de cette modalité est que la culpabilité vis-à-vis de la famille passe par un sentiment d'appartenance et un sentiment de sécurité au sein de sa famille. Les extraits importants des discours de la Mère de Latifah ne reflètent pas réellement les indices associés à cette modalité, à savoir se sentir intégrée dans sa famille, bénéficier du soutien de sa famille et se sentir en sécurité au sein de cette famille. Toute chose qui traduit une rupture du lien ontogénétique avec sa famille.

4.4.4. Le travail de deuil chez la Mère de Latifah

Pour ce qui est de la modalité « Le travail de deuil », les extraits importants du discours de la Mère de Latifah que nous avons pu retenir sont :

Je suis rentrée en courant, la secouer, l'appeler, gronder même. Je me suis dit si elle est en train de partir, il faut que je gronde pour qu'elle revienne vite. Bon j'ai pleuré, j'étais enceinte de celle-ci de sept mois.

On a fait une petite messe autour de la tombe et on l'a habillée de sa robe blanche et tout, avec le drap qu'elle avait à l'hôpital, on l'a enterrée avec quelques effets personnels et on l'a recouverte (*Fond en larmes*). C'est dur parce que même jusqu'aujourd'hui, je n'arrive pas à croire.

« De temps en temps comme maintenant ci, ça me revient fort. Je veux pleurer, mais devant les gens, je me retiens ».

Bon sur le plan professionnel, je n'arrive pas à me concentrer. Beaucoup de mes collègues ont remarqué cela. Je suis évasive. Sur le plan personnel, ça reste là. Je ne suis plus moi-même. J'ai perdu une partie de moi. Parfois, j'ai envie d'aller je ne sais où. Mais quand je regarde mes deux autres enfants, je me dis, je dois m'occuper d'eux.

« Quand j'entends le nom Latifah, ça me fait couler les larmes, ça me rappelle ma fille (*Fond en larmes*) ».

Ce n'est pas facile. J'ai beaucoup de peines, les gens pensent que je suis forte mais pas du tout. Je fais juste semblant. À l'intérieur, je vais très mal. Devant les gens j'oublie, mais ça me revient quand je parle d'elle comme ça et il y'a de fois quand je suis seule, ses choses qu'elle faisait à la maison, comme quand elle a fait une bêtise ... donc tout ça là ça me manque (*fond en larmes*).

L'idée principale de cette modalité est que le travail du deuil passe par le fait d'accepter de voir le corps de son enfant, le fait d'accepter accompagner le corps de son enfant à la morgue ou au village, le fait de faire usage des temps du passé pour évoquer le disparu, le fait d'accepter d'assister à l'enterrement et d'accepter de pratiquer les rites funéraires, le fait d'évoquer le souvenir de son enfant sans être submergé par les émotions. Les extraits importants des discours de la Mère de Latifah ne reflètent pas réellement les indices associés à cette modalité, à savoir accepter voir le corps de son enfant, accepter emballer le corps de son enfant dans le drap, porter le corps de son enfant pour la morgue ou le village, ranger la maison pour recevoir les connaissances, usage de l'imparfait pour évoquer la mort, usage du passé simple pour évoquer la mort, assister à l'oraison funèbre, accepter voir ensevelir son enfant, accepter de se faire raser les cheveux selon sa culture, accepter de faire le deuil selon leur tradition et évoquer son histoire avec l'enfant sans être submergée par les émotions.. Tout ce manquement traduit une faille dans la mise en place de la mentalisation.

Au niveau du Rorschach, les capacités de mentalisation ont également été évaluées chez la mère de Latifah à travers trois modalités que sont : la mentalisation au niveau cognitif, affectif et social.

4.3.4.1. Travail du deuil au niveau cognitif

Au niveau cognitif, le défaut de mentalisation chez la Mère de Latifah s'est observé par très peu de capacité de mise en jeu des processus rationnels au profit d'une prévalence de la vie pulsionnelle (F% diminué). Bien qu'elle dispose d'un caractère adaptatif du fonctionnement cognitif (G simple + F+), l'on note cependant une faille plus ou moins importante dans la prise en compte du réel (F+ diminué). On note très peu de mécanisme d'élaboration mentale (1K).

4.3.4.2. Travail du deuil au niveau social

Le défaut de mentalisation au niveau social s'exprime chez la Mère de Latifah par un contrôle amoindri des sollicitations pulsionnelles sexuelles (F+% diminué, A%). Même si elle est capable d'identification à l'autre et d'établir des liens avec autrui (1K), sollicitée par des éléments d'ordre pulsionnel ou émotionnel, elle ne dispose pas toujours d'une adaptation et d'un maintien suffisant du contrôle rationnel. Ses processus secondaires sont défailants et son fonctionnement psychique reste envahi par les processus primaires ; d'où l'importance de

l'extratensivité (1 K/8C) non contrebalancée par des facteurs de freinage ni des potentialités de mentalisation et d'intériorisation des conflits (1K).

4.3.4.3. Travail du deuil au niveau affectif

Au niveau affectif, le défaut du travail du deuil observé chez la Mère de Latifah s'exprime par un Type de Résonance Intime extratensif ($K < C$), ce qui traduit une affectivité plus labile tournée vers l'extérieur. Elle se montre davantage soumise à son vécu émotionnel et affectif, peut être qualifiée d'émotionnelle et présente davantage de suggestibilité. La présence de Clob dans le protocole traduit un vécu de menace, d'angoisse ; une forte sensibilité de la Mère de Latifah à ce qui éveille des sentiments pénibles et la difficulté à parvenir à y faire face de façon contrôlée. Il faut noter la présence d'anxiété qui se traduit par la présence d'un $IA\% = 15$. La présence de C' pourrait évoquer une composante anxieuse et dépressive.

4.5. SYNTHÈSE DES ANALYSES

Au terme de cette analyse, l'étude des protocoles et des verbatim se rapportant à nos quatre thèmes (lien vertical, lien horizontal, lien ontogénétique et mentalisation) a permis de comprendre que pour ce qui est de « la culpabilité vis-à-vis de l'ancêtre », l'idée principale était que les liens de croyance vis-à-vis de l'ancêtre passe par une absence de sentiment de plénitude d'être et de sentiment de profonde assise avec l'être suprême, qu'il soit Dieu ou les ancêtres. Les extraits importants des discours de la Mère de Latifah ne reflètent pas réellement les indices associés à cette modalité, à savoir ne plus se sentir enfant de Dieu/ancêtre et bénéficiaire de la protection de son Dieu/ancêtre. Elle semble abandonnée par ses ancêtres et le fait pour elle de ne pas trop s'attarder aux choses religieuses la rend vulnérable : elle ne bénéficie pas de la protection ni des ancêtres, ni de Dieu.

Quant aux liens de croyance vis-à-vis de la communauté, les extraits importants des discours de la Mère de Latifah montre qu'elle n'est pas en sécurité au sein même de sa communauté, de son village. Son sentiment d'appartenance semble mis à mal. Elle reproche à ce village d'être source de ses différents malheurs. Elle regrette d'avoir accepté que sa fille s'y rende. Sa communauté apparaît être source de souffrance pour elle.

Revenant sur les liens de croyance vis-à-vis de la famille, l'on note que la perception que la Mère de Latifah a de sa famille est celle d'un espace scopique, topique. Si elle semble

bénéficiaire de la protection de sa mère qui l'assiste en prière dans ses moments difficiles, elle redoute quand même son père qui semble être son bourreau. En effet, elle attribue la plupart des malheurs de sa famille à ce père qui, selon elle, appartiendrait à une secte qui lui demande de faire des sacrifices. Ce faisant, elle ne se sent plus en sécurité au sein de ladite famille.

Pour ce qui est du « travail du deuil », les extraits importants du discours de la Mère de Latifah montre que si elle a accepté de voir le corps de son enfant, de l'accompagner au village, d'assister à l'enterrement, tout évocation d'un souvenir avec son enfant la submerge dans les émotions. La Mère de Latifah n'a toujours pas réussi à accepter la perte de son enfant. Depuis le départ de cette enfant, ses activités et ses projets ont pris un coup. Au niveau du Rorschach, cette difficulté à accepter le départ de sa fille se traduit par très peu de capacité de mise en jeu des processus rationnels au profit d'une prévalence de la vie pulsionnelle (F% diminué). Elle présente une faille plus ou moins importante dans la prise en compte du réel (F+ diminué), avec un contrôle amoindri des sollicitations pulsionnelles sexuelles (F+% diminué, A%). Ses processus secondaires sont défaillants et son fonctionnement psychique reste envahi par les processus primaires ; d'où l'importance de l'extratensivité (1 K/8C) non contrebalancée par des facteurs de freinage ni des potentialités de mentalisation et d'intériorisation des conflits (1K). Elle se montre davantage soumise à son vécu émotionnel et affectif, peut être qualifiée d'émotionnelle et présente davantage de suggestibilité, avec une forte présence anxieuse et dépressive.

CHAPITRE 5 : INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS

Ce dernier chapitre aborde un aspect essentiel de ce travail, l'interprétation et la discussion relative aux résultats découlant du problème traité. En l'occurrence, celui de « travail de deuil chez une mère ayant perdu un enfant des suites d'un cancer, comme résultant des facteurs sociodynamiques ». Pour commencer, nous allons d'abord faire le rappel des données théoriques et empiriques ; puis, les résultats seront interprétés à la lumière de la théorie sur laquelle s'étaye cette étude ; et enfin nous présenterons la discussion, et la perspective théorique de l'étude. Il sera question de donner un sens, une signification aux résultats obtenus suite à l'analyse des données de recherche.

5.1. RAPPEL DES DONNEES THEORIQUES DE L'ETUDE

Dans cette section, il sera question de rappeler la perspective théorique permettant d'analyser la problématique de deuil en suivant l'évolution de la pensée scientifique. Il s'agit plus particulièrement des travaux sur la culpabilité écran de Dollander et De Tycher (2000) et ceux des liens de croyances de Sow (1977).

5.1.1. La culpabilité écran chez Dollande et De Tichey (2000)

Cournut (1994) à propos de la culpabilité, développe une position féconde. Il pose notamment « qu'un fantasme a autant de valeur traumatique intrapsychique que la réalité événementielle [...] L'événement extérieur dit traumatique n'a de valeur, d'impact que du fait de ses répercussions internes. » (Dollander et De Tichey, 2000, p. 251). Cramer (1999), prenant le contre-pied de Cournut (1994), affirme qu'il y a des sources de traumatismes qui sont purement externes. Dollander et De Tichey (2000) souscrivent entièrement à ce point de vue en affirmant que dans certains cas, les conditions externes de la perte sont d'une violence telle qu'elles peuvent alors devenir traumatiques en soi et rendre beaucoup plus problématique l'élaboration de la culpabilité, si indispensable à un travail de deuil réussi. En reprenant les distinctions opérées par Cournut (1994) entre culpabilité inconsciente fantasmatique (qui n'est jamais mise en avant au début d'une prise en charge) et culpabilité consciente « écran » qui occupe souvent le devant de la scène. Dollande et De Tichey (2000) affirment que la culpabilité devient insurmontable, génératrice d'un risque suicidaire et d'un deuil inévitablement compliqué, lorsque les autoreproches massivement mis en avant par

l'endeuillée sont reliés aux seules conditions externes de la perte, sans que le sujet ne parvienne à les lier à la dynamique fantasmatique inconsciente non résolue, qui va les amplifier et les faire perdurer, faute de pouvoir être analysée.

5.1.2. Les liens de croyance de Sow (1977)

Sow (1977) considère l'individu comme une totalité ordonnée et constituée par une triple relation polaire : verticale, horizontale et ontogénétique. La dimension verticale correspond à la relation phylogénétique (par rapport à l'être ancestral). C'est le pôle majeur. Sur lui repose tout le reste. La dimension horizontale quant à elle renvoie à la relation socioculturelle (par rapport au système des alliances et à la communauté élargie). La dimension ontogénétique est celle de l'existant (par rapport à son individualité étroitement liée à son lignage et à la famille restreinte). Ces pôles ou ces éléments de la personne-personnalité situent respectivement l'individu dans son être, son identité et son existence (Mayi, 2017). Le sujet (Ego) pouvant ainsi se retrouver coupé du phylum génétique qui l'articule à la verticalité, coupés des signifiants culturels et alliances actuelles (identité) qui l'articulent à l'horizontalité, ou coupé de son soi (existence) en rapport avec sa famille restreinte et son lignage. Pour Sow (1977), repris par Mayi (2017), chaque axe présente son type d'agresseur et ses modes spécifiques d'agression, ainsi que des formes cliniques qui lui sont associées.

Cette théorie de Sow (1977) permet de comprendre que la mentalisation en Afrique noire peut être envisagée comme dépendante des interactions entre le sujet (Ego) et les axes qui le constituent. C'est une relation harmonieuse entre la personne-personnalité et ces pôles constituants qui lui procurent une certaine stabilité à la fois psychique et mentale. Lorsque les interactions entre la personne-personnalité et ses axes constituant sont bonnes, celle-ci se retrouve dans un état de bien être à la fois psychique et physiologique auquel on peut inférer une incidence positive sur les fonctions mentales. À l'inverse, l'individu est en trouble à la fois mentalement, mais aussi physiquement. Ce triptyque polaire représente des réalités de cultures qui transcendent le sujet singulier. La perspective africaine, met un accent particulier sur le rôle central de la culture dans la qualité des processus psychiques et physiologiques. Se référant à cette approche de Sow (1977), les symptômes psychosomatiques du deuil pourraient trouver une valeur symbolique dans la rupture du lien avec un pôle constituant de la personnalité. Dans cette perspective, les symptômes du deuil pathologique sont liés à la rupture de lien entre les mères et une ou plusieurs de ses dimensions constituantes en Afrique.

5.2. RAPPEL DES DONNEES EMPIRIQUES DE L'ETUDE

Au niveau des « liens de croyance vis-à-vis de l'ancêtre », la Mère de Latifah semble abandonnée par ses ancêtres et le fait pour elle de ne pas trop s'attarder aux choses religieuses la rend vulnérable : elle ne bénéficie pas de la protection ni des ancêtres, ni de Dieu. Quant au lien horizontal, elle n'est pas en sécurité au sein même de sa communauté, de son village. Son sentiment d'appartenance semble mis à mal. Elle reproche à ce village d'être source de ses différents malheurs. Elle regrette d'avoir accepté que sa fille s'y rende. Sa communauté apparaît être source de souffrance pour elle. Revenant sur la culpabilité vis-à-vis de la communauté, l'on note que la perception que la Mère de Latifah a de sa famille est celle d'un espace scopique, topique. Si elle semble bénéficier de la protection de sa mère qui l'assiste en prière dans ses moments difficiles, elle redoute quand même son père qui semble être son bourreau. En effet, elle attribue la plupart des malheurs de sa famille à ce père qui, selon elle, appartiendrait à une secte qui lui demande de faire des sacrifices. Ce faisant, elle ne se sent plus en sécurité au sein de ladite famille.

Pour ce qui est du « travail du deuil », si la Mère de Latifah a accepté de voir le corps de son enfant, de l'accompagner au village, d'assister à l'enterrement, tout évocation d'un souvenir avec son enfant la submerge dans les émotions. La Mère de Latifah n'a toujours pas réussi à accepter la perte de son enfant. Depuis le départ de cette enfant, ses activités et ses projets ont pris un coup. Au niveau du Rorschach, cette difficulté à accepter le départ de sa fille se traduit par très peu de capacité de mise en jeu des processus rationnels au profit d'une prévalence de la vie pulsionnelle (F% diminué). Elle présente une faille plus ou moins importante dans la prise en compte du réel (F+ diminué), avec un contrôle amoindri des sollicitations pulsionnelles sexuelles (F+% diminué, A%). Ses processus secondaires sont défaillants et son fonctionnement psychique reste envahi par les processus primaires ; d'où l'importance de l'extratensivité (I K/8C) non contrebalancée par des facteurs de freinage ni des potentialités de mentalisation et d'intériorisation des conflits (1K). Elle se montre davantage soumise à son vécu émotionnel et affectif, peut être qualifiée d'émotionnelle et présente davantage de suggestibilité, avec une forte présence anxieuse et dépressive.

5.3. INTERPRETATION DES RESULTATS DE L'ETUDE

Le travail de la recherche a porté sur la place des liens de croyance dans la mentalisation chez une mère ayant perdu un enfant des suites d'un cancer au Centre

Hospitalier Dominicain Saint Martin de Porres. On a cherché à travers l'entretien et le test de Rorschach à mettre en évidence les modalités des liens de croyance et leur retentissement dans le processus de mentalisation. Ladite interprétation va porter sur les modalités suivantes : culpabilité vis-à-vis de l'ancêtre, la culpabilité vis-à-vis de la communauté et la culpabilité vis-à-vis de la famille.

5.3.1. De la culpabilité vis-à-vis de l'ancêtre au travail de deuil

L'idée principale de cette hypothèse est que les liens de croyance vis-à-vis de l'ancêtre, sont un facteur sociodynamique de complication du travail de deuil chez la mère ayant perdu un enfant des suites d'un cancer. Les données issues à la fois des entretiens et du test de Rorschach montrent des ruptures dans le lien vertical de la Mère de Latifah. Elle semble abandonnée par ses ancêtres et Dieu et ne bénéficie par conséquent pas du soutien nécessaire pour faire face aux nouvelles situations qu'elle rencontre. Cela s'observe lorsqu'elle déclare :

J'ai eu des grands parents et arrière grands parents qui étaient traditionnellement puissants. Parce que, mon arrière-grand-père était le gardien du village, quand il se réveillait le matin, il se place à la cours, il regarde à gauche et à droite, s'il y a le mal qui vient, il repoussait on ne mourait pas si on n'a pas vieilli, bon ils sont mort avec tout ça. Mais nos parents ont abandonné ces traditions pour suivre la modernité.

Ou encore :

Oui d'après l'histoire, mon père est fils unique, et lui là il a eu seulement deux sœurs. Il a eu un frère qui était décédé tout petit. Apparemment mon grand-père ne voulait pas qu'il ait des garçons, mais des filles seulement qui vont aller en mariage et tout ce qui est au village devait revenir aux oncles. C'est pour cela qu'il a été longtemps malade pendant son enfance ; il a grandi dans la maladie.

À un moment donné, il a quitté le village pour venir ici à Yaoundé continuer ses études à l'Université de Yaoundé 1. Tout allait bien et je me dis que ça a commencé à son niveau et lui à son tour a eu plein de garçons. On est une dizaine d'enfants, parmi lesquels six garçons. Donc ça commencé sur lui.

Ce sont ces fragilités observées au niveau du lien avec l'être suprême qui justifieraient à coup sûr l'incapacité de la mère de Latifah à faire le deuil de sa fille ; mettent ainsi à mal ses capacités de mise en jeu des processus rationnels au profit d'une prévalence de la vie pulsionnelle et un contrôle amoindri ses sollicitations pulsionnelles. Cela apparaît quand elle déclare : « De temps en temps comme maintenant ci, ça me revient fort. Je veux pleurer, mais devant les gens, je me retiens » ou encore :

Bon sur le plan professionnel, je n'arrive pas à me concentrer. Beaucoup de mes collègues ont remarqué cela. Je suis évasive. Sur le plan personnel, ça reste là. Je ne suis plus moi-même. J'ai perdu une partie de moi. Parfois, j'ai envie d'aller je ne sais où. Mais quand je regarde mes deux autres enfants, je me dis, je dois m'occuper d'eux.

Elle manque de ressources spirituelles pour gérer toute nouvelle situation comme le deuil. Son sentiment de plénitude d'être et de profonde assise avec l'être suprême, qu'il soit Dieu ou les ancêtres, a pris un coup depuis que ses parents se sont écartés des pratiques culturelles propres à leur village. En effet, pour Sow (1977), l'individu comme une totalité ordonnée et constituée par une triple relation polaire : verticale, horizontale et ontogénétique. La dimension verticale correspond à la relation phylogénétique (par rapport à l'être ancestral). C'est le pôle majeur. Sur lui repose tout le reste. Cette dimension de la personne-personnalité situe respectivement l'individu dans son être (Mayi, 2017).

5.3.2. De la culpabilité vis-à-vis de la communauté au travail de deuil

L'idée principale de cette hypothèse est que les liens de croyance vis-à-vis de la communauté, sont un facteur sociodynamique de complication du travail de deuil chez la mère ayant perdu un enfant des suites d'un cancer. Les données issues à la fois des entretiens

et du test de Rorschach montrent une certaine fragilité de ce lien chez notre participante. C'est ce qui semble s'observer lorsqu'elle déclare : « À chaque fois qu'elle allait là-bas au village, quand elle rentrait une ou deux semaines après, elle tombait malade, et c'était un problème d'anémie et il fallait transfuser » ou encore :

Bon au niveau du village, il y'a aussi une femme-là que son nom apparaît souvent, c'est vrai qu'ils ont toujours leur groupe là. C'est comme ça que mes problèmes ont commencé; parce que je devais me marier, et je devais partir et leurs filles aînées rester là.

Le sentiment d'assurance et de confiance de la Mère de Latifah s'est fragilisé depuis que son village est devenu pour elle un lieu qui broie ses enfants. Depuis lors, elle ne bénéficie plus du soutien de sa communauté et c'est sûrement ce qui justifierait son incapacité à accepter le départ de sa fille car ne disposant plus de mécanisme d'élaboration mentale (1K) et d'une bonne adaptation et d'un maintien suffisant du contrôle rationnel. C'est ce qui s'observe lorsqu'elle déclare :

Ce n'est pas facile. J'ai beaucoup de peines, les gens pensent que je suis forte mais pas du tout. Je fais juste semblant. À l'intérieur, je vais très mal. Devant les gens j'oublie, mais ça me revient quand je parle d'elle comme ça et il y'a de fois quand je suis seule, ses choses qu'elle faisait à la maison, comme quand elle a fait une bêtise ... donc tout ça là ça me manque (fond en larmes).

La Mère de Latifa manque de sentiment d'appartenance pour faire face à la situation qu'elle vient de vivre. En effet, Sow (1977) considère l'individu comme une totalité ordonnée et constituée également d'une relation horizontale qui renvoie à la relation socioculturelle (par rapport au système des alliances et à la communauté élargie). Le sujet (Ego) pouvant ainsi se retrouver coupé du phylum qui l'articule aux signifiants culturels et alliances actuelles (identité) qui l'articulent à l'horizontalité. Pour Sow (1977), repris par Mayi (2017), chaque axe présente son type d'agresseur et ses modes spécifiques d'agression, ainsi que des

formes cliniques qui lui sont associées. Sow (1977) fait comprendre que la stabilité et la bonne qualité des liens avec cet axe est à l'origine d'une vie mentale stable et sereine.

5.3.3. De la culpabilité vis-à-vis de la famille

L'idée principale de cette hypothèse est que les liens de croyance vis-à-vis de la famille, sont un facteur sociodynamique de complication du travail de deuil chez la mère ayant perdu un enfant des suites d'un cancer. Les données issues à la fois des entretiens et du test de Rorschach montrent des manquements au niveau du lien ontogénétique de la Mère de Latifah avec sa famille. Cette famille, plutôt que d'être une aire transitionnelle, est pour cette femme un espace scopique, un lieu de manifestation de la pulsion de mort. C'est du moins ce qui ressort quand elle déclare :

Dans ma famille... Je sais quand même qu'il y a une tante là, la sœur aînée à mon père, il lui reste deux sœurs, les deux. Tout ça commence dans le passé, j'étais fiancée à un blanc. Ces deux tantes ont leurs filles qui depuis des années, ne sont pas mariées. Elles voulaient aller en Europe, ça ne donnait pas, chaque année chaque année ; moi je devais me marier avec un français, les deux femmes se sont opposées d'après les dires de celle qui a cherché à trouver, parce qu'elles annulent le mariage à la veille du mariage. Et cette maman là j'étais chez elle pour attendre le jour de mon mariage, presque un mois avant pour me préparer comme c'était un peu comme la maison familiale. Paraît-il elles ont pris le tissu du mariage, elles sont allées faire des pratiques pour gâter mon mariage.

Ou encore quand elle ajoute :

Mon père également est dans les loges. Vous savez quand tu as consommé et que tu dois rembourser, ça devient compliqué. Cela m'a fait passer par beaucoup de situations difficiles. J'ai dû l'affronter, et

surtout d'une manière spirituelle. Dans les rêves, je me retrouvais toujours en train de voler la liste sur laquelle mon père avait déjà écrit les noms. Quand je fuis et il me poursuit, même si je réussis à me cacher, il m'appelle et me dit : « *Je vois là où tu es cachée, tu vas me donner la liste-là* ».

La Mère de Latifah ne bénéficie pas du sentiment d'appartenance et de sécurité au sein de sa famille. Elle ne se sent pas intégrée dans sa famille, ne bénéficie du soutien de cette famille et se sent en insécurité au sein. Toute chose qui traduit une rupture du lien ontogénétique avec sa famille et la rend davantage soumise à son vécu émotionnel et affectif. C'est du moins ce qu'on observe quand elle déclare : « C'est dur parce que même jusqu'aujourd'hui, je n'arrive pas à croire. De temps en temps comme maintenant ci, ça me revient fort. Je veux pleurer, mais devant les gens, je me retiens (fond en larmes)» ou encore lorsqu'elle ajoute : « Quand j'entends le nom Latifah, ça me fait couler les larmes, ça me rappelle ma fille (Fond en larmes) ».

Ce n'est pas facile. J'ai beaucoup de peines, les gens pensent que je suis forte mais pas du tout. Je fais juste semblant. À l'intérieur, je vais très mal. Devant les gens j'oublie, mais ça me revient quand je parle d'elle comme ça et il y'a de fois quand je suis seule, ses choses qu'elle faisait à la maison, comme quand elle a fait une bêtise ... donc tout ça là ça me manque (fond en larmes).

La Mère de Latifah est ici confrontée à une situation paradoxale : la figure parentale censée la protéger et protéger ses enfants est source d'angoisse et de stress pour elle. Sow (1977), en considérant l'individu comme une totalité ordonnée et constituée par une triple relation polaire : verticale, horizontale et ontogénétique, mettait en exergue l'importance que revêt chaque sur la personne-personnalité (Mayi, 2017). Le sujet (Ego) pouvant ainsi se retrouver coupé de son soi (existence) en rapport avec sa famille restreinte et son lignage. Sow (1977) fait comprendre que la stabilité et la bonne qualité des liens avec ces axes est à l'origine d'une vie mentale stable et sereine. Au niveau des vécus de conscience de

l'individualité, les différentes dimensions constituantes décrites de l'identité de soi, se manifestent selon l'axe considéré. C'est une relation harmonieuse entre la personne-personnalité et ces pôles constituants qui lui procurent une certaine stabilité à la fois psychique et mentale. Lorsque les interactions entre la personne-personnalité et la famille constituant sont bonnes, celle-ci se retrouve dans un état de bien être à la fois psychique et physiologique auquel on peut inférer une incidence positive sur les fonctions mentales. À l'inverse, la Mère de Latifah est en trouble à la fois mentalement, mais aussi physiquement.

De manière globale, les liens de croyance de notre participante ne favorisent pas le développement de ses processus de mentalisation.

5.4. DISCUSSION DES RESULTATS DE L'ETUDE

Au terme des analyses précédentes, les résultats obtenus à l'aide de nos deux instruments de collecte sont :

Premièrement, l'absence de sentiment de plénitude d'être et du sentiment de profonde assise avec l'être suprême, est un facteur de complication du travail de deuil chez la mère. En d'autres termes, plus la relation qu'une mère entretient avec son être suprême est bonne, plus elle a de fortes chances de gérer les situations de deuil qui surviennent au cours de sa vie. Ce résultat confirme notre prédiction de départ à savoir que les liens de croyance vertical avec l'être suprême rendent compte des capacités de mentalisation chez la mère ayant perdu un enfant des suites d'un cancer. Chez la Mère de Latifah, ce sentiment a disparu depuis que son père a choisi bafouer les traditions qui leur sont propres au profit de la modernité. Lorsqu'elle déclare :

Oui d'après l'histoire, mon père est fils unique, et lui là il a eu seulement deux sœurs. Il a eu un frère qui était décédé tout petit.

Apparemment mon grand-père ne voulait pas qu'il ait des garçons, mais des filles seulement qui vont aller en mariage et tout ce qui est au village devait revenir aux oncles. C'est pour cela qu'il a été longtemps malade pendant son enfance ; il a grandi dans la maladie.

À un moment donné, il a quitté le village pour venir ici à Yaoundé

continuer ses études à l'Université de Yaoundé 1. Tout allait bien et je me dis que ça a commencé à son niveau et lui à son tour a eu plein de garçons. On est une dizaine d'enfants, parmi lesquels six garçons.

Donc ça commencé sur lui.

L'on se rend compte qu'il y a un certain nombre d'alliances tissées par le grand-père de la Mère de Latifah avant même sa venue au monde. Ces alliances dont elle ne connaît ni les tenants, ni les aboutissants, continuent d'œuvre au sein de la famille.

Deuxièmement, l'absence du sentiment d'être accepté par son groupe, par sa communauté est un facteur de complication du travail de deuil chez la mère. En d'autres termes, plus une mère a un sentiment d'assurance et d'appartenance au sein de sa communauté, plus elle est susceptible d'accepter la perte d'un enfant. Ce résultat confirme notre hypothèse de départ à savoir que le lien de croyance horizontal rend compte des capacités de mentalisation chez la mère ayant perdu son enfant des suites d'un cancer. Ce résultat va également dans le sens des travaux de Mayi (2017) pour qui, la mentalisation comme un processus psychodynamique visant à amoindrir l'impact des automatismes psychologiques et psychobiologiques sur le sujet ; à les réorienter en leur donnant des tournures positives, c'est-à-dire favorables à ce dernier et à sa communauté ; à les éliminer afin d'adopter des solutions adéquates, mais qui dans leur visée sont définitivement toujours plus humaines. Cette approche de la mentalisation le situe dans une approche adlérienne de l'épanouissement du sujet en rapport avec sa communauté. Ceci permet d'aborder de plus en plus les faits de mentalisation comme impliquant la communauté et la culture.

C'est ce qui ressort des déclarations de la Mère de Latifah:

Bon au niveau du village, il y'a aussi une femme-là que son nom apparaît souvent, c'est vrai qu'ils ont toujours leur groupe là. C'est comme ça que mes problèmes ont commencé; parce que je devais me marier, et je devais partir et leurs filles aînées rester là.

En effet, pour Mayi (2017), Plusieurs éléments du point de vue culturel permettent de saisir la mentalisation sous une perspective plus nuancée dans la conception africaine. Ces

éléments sont, chez les *kamyt*, les éléments de saisie du composé humain, de la structure écologique de base de l'univers et la place du corps et de la corporéité en Afrique noire.

Troisièmement, l'absence du sentiment de confiance et de sécurité qu'une mère reçoit au sein de sa famille est un facteur sociodynamique de complication du travail de deuil. En d'autres termes, plus une mère est en parfaite harmonie avec sa famille directe, plus elle est susceptible d'accepter toute situation de perte qui la concerne. Ce résultat confirme également notre hypothèse de départ à savoir que le lien de croyance ontogénétique, à travers le renforcement du sentiment d'appartenance et de sécurité, rend compte des capacités de mentalisation chez la mère ayant perdu un enfant des suites d'un cancer. Dans cette même optique, Dejours (1997) pense les failles dans le processus de mentalisation sont la conséquence de l'histoire infantile des relations entre l'enfant (l'endeuillé) et ses parents. Or, pour le cas d'espèce, la relation que la mère de Latifah a eue avec son père n'est pas structurante du tout. Ce père a fini par devenir pour elle une source de frustration, une source d'angoisse.

La famille de la Mère de Latifah cesse d'être pour elle un espace transitionnel au sens de Winnicott (1957) et devient plutôt scopique et topique. On comprend donc pourquoi elle déclare :

Mon père également est dans les loges. Vous savez quand tu as consommé et que tu dois rembourser, ça devient compliqué. Cela m'a fait passer par beaucoup de situations difficiles. J'ai dû l'affronter, et surtout d'une manière spirituelle. Dans les rêves, je me retrouvais toujours en train de voler la liste sur laquelle mon père avait déjà écrit les noms. Quand je fuis et il me poursuit, même si je réussis à me cacher, il m'appelle et me dit : « *Je vois là où tu es cachée, tu vas me donner la liste-là* ».

Autrement dit, Dejours (1997) pense que les impasses de la relation aux parents avec l'enfant se concrétisent dans l'échec de la subversion de certaines fonctions corporelles qui restent sous le primat du physiologique, faute d'avoir été suffisamment subverties au profit de l'expressivité libidinale de l'intersubjectivité. C'est ce qui l'amène, selon De Tychey, Diwo et

Dollander (2000, p. 8), à parler de « forclusion de la fonction » hors de l'ordre érotique pour désigner l'échec de la subversion libidinale d'une fonction biologique. Cet échec de la subversion libidinale se repère sur le plan clinique par les maladroites du corps, les rigidités, les inexpressivités... Selon lui, la décompensation somatique ne cheminerait pas à l'aveugle dans le corps mais se dirigerait de manière élective vers la fonction forclosée de l'agir expressif ; elle surviendrait lorsque, dans la dynamique intersubjective, l'autre viendrait demander au sujet quelque chose qui l'obligerait à mobiliser la fonction forclosée. Il en résulterait chez le sujet confronté à son impuissance, sa frigidité, sa rigidité l'activation d'une violence compulsive vectorisée contre l'objet fauteur de trouble mais qui, barrée par l'inhibition, déclencherait la décompensation. L'inhibition joue là un rôle important car sans sa présence, la décompensation aurait peut-être pris la forme clinique d'un passage à l'acte compulsif (De Tychey, Diwo & Dollander, 2000).

De manière générale, les résultats montrent que les liens de croyance de cette mère ont participé à la complication du travail de deuil chez elle. En effet, selon Sow (1977), l'appréhension de la mentalisation en Afrique Noire intègre et met l'accent sur la culture. En considérant l'individu comme une totalité ordonnée et constituée par une triple relation polaire (verticale, horizontale et ontogénétique), Sow (1977) estime que ces éléments de la personne-personnalité situent respectivement l'individu dans son être, son identité et son existence (Mayi, 2017). Selon lui, le sujet (égo) pouvant ainsi se retrouver coupé du phylum génétique qui l'articule à la verticalité, coupé des signifiants culturels et alliances actuelles (identité) qui l'articulent à l'horizontalité, ou coupé de son soi (existence) en rapport avec sa famille restreinte et son lignage.

Sow (1977) fait ainsi comprendre que la stabilité et la bonne qualité des liens avec ces axes est à l'origine d'une vie mentale stable et sereine. Or, chez la Mère de Latifah, on retrouve la rupture avec le phylum génétique à tous les niveaux. C'est ce qui ressort de son discours lorsqu'elle déclare :

À cause de tout ça, paraît-il mon petit frère qui me suit a fait l'accident et plusieurs hommes de Dieu ont regardé, comme mon père est le genre qui prend bien soin des pasteurs, ils ne veulent pas le dénoncer. Mon père fait ses choses en silence. Mon petit frère a un pied malade depuis son enfance, à cause de mon père. Il voulait le

sacrifier. Mon grand frère également a eu un accident mystérieux comme ça. Pendant qu'il traversait un pont avec sa moto, il s'est retrouvé dans l'eau de manière mystérieuse. Et moi j'ai eu l'accident deux fois ; ce n'est pas seulement le cas de mon petit frère.

Ainsi donc, l'on peut conclure avec Sow (1977) que la mentalisation en Afrique noire doit être envisagée comme dépendante des interactions entre le sujet (Ego) et les axes qui le constituent. C'est une relation harmonieuse entre l'individu et ces pôles constituants qui lui procurent une certaine stabilité à la fois psychique et mentale. Lorsque les interactions entre la personne-personnalité et ses axes constituant sont bonnes, celle-ci se retrouve dans un état de bien être à la fois psychique et physiologique auquel on peut inférer une incidence positive sur les fonctions mentales. À l'inverse, l'individu est en trouble à la fois mentalement, mais aussi physiquement. Ce triptyque polaire représente des réalités de cultures qui transcendent le sujet singulier.

5.5. IMPLICATIONS DE L'ETUDE

La prise en compte de ces résultats permet de faire quelques implications sur le plan théorique et pratique.

5.5.1. Implications théoriques de l'étude

L'analyse des résultats a révélé que la culpabilité écran est un facteur essentiel de complication du travail de deuil. La culpabilité vis-à-vis de la famille reste cependant la modalité lourde de cette étude, puisqu'elle est validée à tous les niveaux de son opérationnalisation. Ainsi donc, une étude prenant en compte cette dimension est susceptible d'apporter de nouvelles connaissances sur la manière donc le lien ontogénétique rend compte des processus de mentalisation chez la mère ayant perdu son enfant des suites d'un cancer. Il s'agira plus particulièrement de mettre en exergue les sous dimension du lien de croyance ontogénétique telles que théorisées par Ovambe Mbarga (2022) à savoir le sentiment d'assurance ; le sentiment de confiance ; le sentiment de plein existence ; le sentiment d'appartenance ; le sentiment d'un "amour vrai" et le sentiment d'une sécurité familiale sacrée.

D'autre part, cette étude a permis de se rendre compte que la théorie de la mentalisation telles qu'élaborées par Hanus et Bacqué (2000) présentent un certain nombre de limites. Selon cette théorie, la mentalisation permet de comprendre la succession des étapes inconscientes du travail de deuil (Bacqué, 1995) autant que celles de l'adaptation consciente au changement en général. Cette théorie énumère trois étapes nécessaires à l'élaboration mentale : la mise en représentation, la symbolisation et la mentalisation (Lecours, Bouchard, 1997).

Selon cette théorie, la mise en représentations passe par le fait de « voir le mort ». Ce qui contribue à une prise de conscience par le biais des représentations formées à partir de l'image crue du mort. Mais parfois, ajoutent Hanus et Bacqué (2000), les mécanismes de déni permettent de refuser l'objectivité de la mort, malgré la vision du cadavre. La mise en représentation passe également par le fait de « prononcer le mot « mort », utiliser l'imparfait et le passé pour évoquer le défunt ». Pour ces auteurs, ces indices montrent que les premières représentations mentales de la mort et de l'être chéri mort sont en voie de constitution.

La symbolisation démarre avec les rites funéraires et leur acceptation (Bacqué, 1997). Ils constituent les prémisses d'une abstraction de la mort et d'une certaine maîtrise de cette idée tant refusée par l'inconscient. Les difficultés de symbolisation bloquent le deuil avant la phase dépressive caractérisée par la culpabilité. Quand seules les représentations crues émergent, sans prise de distance, la mort de l'endeuillé apparaît comme une échappatoire, rarement choisie directement, dans le suicide, mais plus indirectement dans les nombreux courts-circuits de la symbolisation ; ils aboutissent progressivement à une mort par somatisations sans passage par l'appareil psychique. Ainsi, la mère qui a symbolisé le départ de son fils est celle qui a accepté d'assister à la levée, celle qui a accepté d'assister à l'enterrement et qui a également accepté de pratiquer les rites funéraires.

Dans la dernière étape (la mentalisation), l'endeuillé pourra dès lors évoquer son histoire avec le défunt sans être submergé par les émotions. Le processus dynamique du travail du deuil permet d'envisager le futur. L'interaction entre les événements sociaux qui entourent le deuil et les mouvements intrapsychiques de l'endeuillé est donc claire (Bacqué, 2003a). Dans le cadre de ce travail, la mère qui a mentalisé la perte est celle qui évoque son histoire avec le défunt sans être submergée par les émotions. Or, chez la Mère de Latifah, la réalité est tout autre. Elle évoque parfois son souvenir avec l'enfant sans être submergée par les émotions. Pourtant, en interne elle étouffe. Selon Hanus et Bacqué (2000), cet indice

suffirait pour statuer sur l'état d'acceptation de l'endeuillée. D'où l'importance des outils projectives (Rorschach et TAT) qui vont évaluer la mentalisation selon trois dimensions : cognitive, affective et sociale.

5.5.2. Implications pratiques de l'étude

Tout au long de sa vie, chaque être humain est confronté à une perte qui le prépare à la perte ultime, celle de sa propre vie. Toute perte significative entraîne un travail de deuil dont la nature est proportionnelle au degré d'attachement porté à l'objet perdu. D'une durée moyenne de deux ans, le travail de deuil est un phénomène naturel évolutif conduisant à se détacher affectivement de l'être perdu ou autre perte. Il existe différentes formes d'évolution pathologique du deuil, formes liées à un blocage intrapsychique se manifestant avant, pendant ou après la perte avérée. Pour les aider à cheminer dans leur travail de deuil, l'adulte a principalement besoin d'être écouté alors que l'enfant se doit d'être sollicité à raconter. D'un point de vue clinique, ce travail apporte une touche particulière à l'accompagnement des endeuillés. Jusqu'ici les facteurs de complication du deuil étaient la relation préexistante entre le défunt et l'endeuillé (Hanus & Bacqué, 2020) ; les circonstances brutales ou atypiques de décès (Stroebe, 1987) ; la manière dont le décès est annoncé (Hanus & Bacqué, 2020) ; l'âge de l'endeuillé (Lannen et alii, 2008) ; le cumul des pertes (Hanus & Bacqué, 2020) ; l'impact de la santé (Hanus & Bacqué, 2020) ; le statut professionnel de l'endeuillé (Bacqué & Hanus, 2020) ; l'environnement ; les blessures narcissiques et les rêves de désirs irréalisés des parents (Ngnombouowo Tenkué, 2023). Désormais, la prise en charge des endeuillés va prendre en compte les liens de croyances. Il s'agira dans un premier temps, de renforcer le lien vertical entre l'endeuillé et l'Être suprême (Ovambe Mbarga, 2022). Cela passe par le renforcement du sentiment de plénitude d'être ; du sentiment de profonde « assise » ; du sentiment de continuité onto-phylogénétique ; du sentiment d'avoir une protection sans faille.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Ce travail part de la question de recherche suivante : « Quels sont les facteurs sociodynamiques de la complication du travail du deuil chez une mère ayant perdu son enfant des suites d'un cancer ? » En parcourant la littérature sur la perte d'un être cher, l'on apprend avec Hanus (2009) que le deuil est un traumatisme, un des plus grands dans le parcours de nos vies habituelles ; personne ne saurait y échapper. Ce « poids » du deuil dépend avant tout de la nature de la relation préexistante et des fonctions qu'assurait celui qui est perdu. Il dépend aussi de la force ou de la fragilité relatives de la personne en deuil, de sa fragilité habituelle sur le plan physique (maladie, infirmité, handicap, etc.), psychologique (anxiété, dépression, troubles psychopathologiques, maladie mentale), sociale (chômage, désinsertion, émigration, marginalisation, délinquance) mais aussi de sa fragilité passagère au moment de ce grand traumatisme. Dans une vie, il est rare de ne connaître qu'un seul deuil: d'ordinaire, les pertes se succèdent et s'accumulent (Hanus, 2009).

Bacqué et Hanus (2020) estiment que les effets de la perte d'un être cher sont observés chez la plupart des personnes, dans des circonstances toujours dramatiques, mais pas nécessairement traumatiques. Lorsque le deuil est correctement surmonté, il renforce le goût de la vie que cette perte a mis en question et donne le sentiment d'avoir des forces pour faire face aux épreuves inévitables. Mais il existe des deuils bien difficiles comme la perte ou la mort d'un enfant, les accidents, les suicides, les morts avant et autour de la naissance et d'autres. Certains peuvent se compliquer ou devenir même pathologiques (Hanus, 2009). En effet, la perte d'enfant, qu'il s'agisse des suites d'un accident, d'une maladie, d'un suicide ou d'un assassinat, constitue un événement particulièrement traumatique pour les parents (Dollander, 2000). Elle génère des avatars de tous les degrés dans le travail de deuil auquel elle va confronter le parent, en particulier la mère endeuillée (Dollander & De Tychey, 1999).

La théorie de la mentalisation a permis de comprendre la succession des étapes inconscientes du travail de deuil (Bacqué, 1995) autant que celles de l'adaptation consciente au changement en général. Trois étapes sont nécessaires à l'élaboration mentale (Lecours, Bouchard, 1997) : la mise en représentations, la symbolisation et la mentalisation. Pendant l'étape de la mentalisation, l'endeuillé pourra dès lors évoquer son histoire avec le défunt sans être submergé par les émotions. Au cours de notre stage de perfectionnement réalisé auprès du psychologue de l'hôpital des sœurs de Mvog-Bétsi, nous avons observés des

comportements qui semblent s'inscrire en marge cette théorie. En effet, la plupart des mères ayant perdu leur enfant des suites d'un cancer consultaient pour les motifs suivants : plusieurs années après (la moyenne étant de 2 ans pour ces femmes), elles refusent d'accepter la mort (leurs proches affirment qu'elles vont de temps en temps au cimetière voir comment leur fils a dormi) et recherchent active le disparu ; elles ont des préoccupations constantes au sujet du défunt ; elles sont incapables de croire vraiment à la disparition, pourtant elles ont vu mourir leur enfant ; des pleurs incoercibles à chaque fois qu'on évoque son histoire avec le défunt. Elles se culpabilisent de n'avoir pas su protéger leur progéniture, d'avoir laissé la porte ouverte aux mauvais esprits qui ont enlevé leur enfant ; de n'être plus en harmonie avec la famille. Le tableau clinique que présente la plupart de ces mères cumule pour ainsi dire tous les indicateurs de deuil compliqué, tels qu'ils ont été formalisés initialement par Prigerson et al (1995, 1999) et repris par Bacqué (1997).

Hanus et Bacqué (2020) relèvent plusieurs facteurs de complication du deuil dont le premier est la relation préexistante entre le défunt et l'endeuillé. Comme deuxième facteur de complication, nous avons les circonstances brutales ou atypiques de décès. Pour Stroebe (1987), « Lorsque la perte est brutale, les endeuillés qui ont le moins confiance en leur capacité de contrôle de la situation s'effondrent dans la dépression. » (Hanus & Bacqué, 2020, p. 48). La manière dont le décès est annoncé peut constituer un traumatisme. L'âge de l'endeuillé également peut compliquer le travail du deuil. La perte d'un enfant est également source de souffrance. Les deuils répétés fragilisent la capacité de l'individu à supporter les coups portés par la vie. Le statut professionnel joue également un gros rôle dans la complication du deuil. L'environnement peut également être un facteur de complications.

En ce qui concerne les facteurs qui rendent la perte d'un enfant plus insurmontable que les autres deuils, en particulier pour les mères, Covington et Theut (1993) notent que pour les mères, l'enfant reste davantage investi comme une partie de leur corps et de leur propre self, de sorte qu'au décès s'ajoute une perte de leur propre self, ce qui accentue leur hémorragie narcissique. Livneh, Antonak, Maron (1995) pensent de leur côté que la mort d'un enfant va à l'encontre des attentes relatives au cycle de la vie. Cette position est assez proche du point de vue freudien classique repris par Hanus (1994), selon lequel le fait de procréer permet à un être humain d'accepter sa propre finitude à travers la réalité de son prolongement par sa descendance. L'angoisse devant son propre néant ne peut donc qu'être exacerbée quand la réalité vient contredire cet espoir. Livneh, Antonak et Maron (1995) soulignent également le poids d'un autre facteur qui va rendre ce deuil plus difficile, à savoir

l'incapacité à avoir pu protéger leur enfant, ce qui contribue à augmenter l'intensité de leur sentiment de culpabilité et de désespoir (Ngnombouowo Tenkué, 2022).

Bourgeois (1996) parle d'un événement dévastateur, source d'un incurable chagrin. Ginette Raimbault (1996) note que la mort d'un enfant reste un scandale. Bacqué (1997) adopte un point de vue similaire quand elle déclare que la perte d'un enfant s'avère de nos jours, catastrophique [...]. Actuellement l'enfant est rare et précieux. Les parents l'ont non seulement désiré mais ont véritablement dessiné à l'avance son avenir. Pour elle, s'il vient à mourir, c'est donc avec lui l'ensemble des projets d'une famille qui est anéanti. Hanus et Sourkes (1997) insistent eux aussi sur l'extrême difficulté du travail de deuil. Car la mort d'un enfant s'il est encore jeune entraîne une blessure narcissique en relation pour une part avec l'intense culpabilité qu'elle détermine, s'il meurt d'une maladie ou d'un accident on se reproche de ne pas l'avoir assez protégé, s'il meurt d'une maladie maligne comme une leucémie les parents ne peuvent s'empêcher de penser inconsciemment qu'ils lui ont transmis un mal fatal et bien plus encore s'il s'agit d'une affection congénitale grave. Les sentiments de culpabilité sont particulièrement importants lors de la mort d'un enfant et c'est la raison essentielle qui rend ce deuil à la fois si douloureux et si difficile. (Dollander & de Tychey, 1999 :167).

La mort d'un enfant est un cataclysme familial qui confronte violemment chacun des membres de la famille à une perte de l'un des leurs, donc les conséquences psychiques de ce deuil sont multiples (Coq, Romano & Scelles, 2011). Tous les spécialistes de la clinique du deuil (Bacqué 1992, 1997 ; Bacqué & Hanus 2000 ; Bourgeois, 1996 ; de Broca, 1997 ; Fauré, 1995 ; Grinberg, 1992 ; Hanus, 1994, 2000, Ireland 2001) s'accordent à reconnaître l'importance du traitement de la culpabilité et des conflictualités qui la génèrent pour parvenir à la mentalisation effective du deuil. Toutefois, on se rend bien compte que la plupart de ces travaux s'intéressent davantage aux facteurs internes à l'endeuillé (culpabilité consciente, culpabilité inconsciente, conflictualité interne, etc.), laissant ainsi de côté sa dimension socioculturelle. Pourtant, à en croire Sow (1977) qui considère l'individu comme une totalité ordonnée et constituée par une triple relation polaire : verticale, horizontale et ontogénétique.

Sow (1977) fait comprendre que la stabilité et la bonne qualité des liens avec ces axes est à l'origine d'une vie mentale stable et sereine. Au niveau des vécus de conscience de l'individualité, les différentes dimensions constituantes décrites de l'identité de soi, se

manifestent selon l'axe considéré. Les liens de croyances au sein d'un couple antithétique est ce qui définit l'essentiel du cadre théorique de la pensée psychopathologique de cet auteur. Il est l'ancrage dans la conception de la genèse et de la signification du deuil chez les mères ayant perdu un enfant des suites d'un cancer.

Pour répondre à la question de recherche, nous avons formulé l'hypothèse générale de recherche suivante : « Les liens de croyance sont un facteur de complication de deuil chez la mère ayant perdu son enfant des suites d'un cancer ». L'objectif étant d'explorer les facteurs sociodynamiques de complication de deuil chez la mère ayant perdu son enfant des suites d'un cancer. Pour vérifier cette hypothèse, nous avons choisi comme site de recherche, le Centre Hospitalier Dominicain Saint Martin de Porrès de Mvog Betsi. Il s'agit d'une structure sanitaire qui fournit des soins de qualité aux malades et des examens non réalisables à domicile pour des raisons techniques et sociales. Les données ont été collectées auprès d'une mère ayant perdu son fils des suites d'un cancer au Service des Soins Palliatifs.

L'étude s'est appuyée sur un paradigme compréhensif et est de type qualitatif. Les données ont été collectées à la fois à l'aide de l'entretien clinique de recherche et du test projectif du Rorschach. Nous avons choisi de procéder par l'analyse qualitative, plus précisément l'analyse de contenu pour les données issues des entretiens et à l'approche française de Rauch de Traubenberg pour les protocoles de Rorschach. Au terme des analyses précédentes, les résultats obtenus à l'aide de nos deux instruments de collecte sont :

Premièrement, l'absence du sentiment de plénitude d'être et du sentiment de profonde assise avec l'être suprême, est un facteur de complication de deuil chez la mère ayant perdu son enfant des suites d'un cancer. En d'autres termes, plus la relation qu'une mère entretient avec son être suprême est bonne, plus elle a de fortes chances de gérer les situations de deuil qui surviennent au cours de sa vie. Ce résultat confirme notre prédiction de départ à savoir que les liens de croyance vertical avec l'être suprême rendent compte des capacités de mentalisation chez la mère ayant perdu un enfant des suites d'un cancer. Chez la Mère de Latifah, ce sentiment a disparu depuis que son père a choisi bafouer les traditions qui leur sont propres au profit de la modernité.

Deuxièmement, l'absence du sentiment d'être accepté par son groupe, par sa communauté est un facteur de complication de deuil chez la mère ayant perdu son enfant des suites d'un cancer. En d'autres termes, plus une mère a un sentiment d'assurance et

d'appartenance au sein de sa communauté, plus elle est susceptible d'accepter la perte d'un enfant. Ce résultat confirme notre hypothèse de départ à savoir que le lien de croyance horizontal rend compte des capacités de mentalisation chez la mère ayant perdu son enfant des suites d'un cancer.

Troisièmement, la perte du sentiment de confiance et de sécurité qu'une mère reçoit au sein de sa famille est un facteur de complication de deuil chez la mère ayant perdu son enfant des suites d'un cancer. En d'autres termes, plus une mère est en parfaite harmonie avec sa famille directe, plus elle est susceptible d'accepter toute situation de perte qui la concerne. Ce résultat confirme également notre hypothèse de départ à savoir que le lien de croyance ontogénétique, à travers le renforcement du sentiment d'appartenance et de sécurité, rend compte des capacités de mentalisation chez la mère ayant perdu un enfant des suites d'un cancer.

De manière générale, les liens de croyances (vertical, horizontal et ontogénétique) sont un facteur sociodynamique de complication du travail de deuil chez une mère ayant perdu son enfant des suites d'un cancer. Le lien de croyance ontogénétique reste cependant la modalité lourde de cette étude, puisqu'elle est validée à tous les niveaux de son opérationnalisation. Ainsi donc, une étude prenant en compte cette dimension est susceptible d'apporter de nouvelles connaissances sur la manière donc le lien ontogénétique rend compte des processus de mentalisation chez la mère ayant perdu son enfant des suites d'un cancer. Il s'agira plus particulièrement de mettre en exergue les sous dimension du lien de croyance ontogénétique telles que théorisées par Ovambe Mbarga (2022) à savoir le sentiment d'assurance ; le sentiment de confiance ; le sentiment de plein existence ; le sentiment d'appartenance ; le sentiment d'un "amour vrai" et le sentiment d'une sécurité familiale sacrée.

Sur le plan pratique, ce travail apporte une touche particulière à l'accompagnement des endeuillés. Jusqu'ici les facteurs de complication du deuil étaient la relation préexistante entre le défunt et l'endeuillé (Hanus & Bacqué, 2020) ; les circonstances brutales ou atypiques de décès (Stroebe, 1987) ; la manière dont le décès est annoncé (Hanus & Bacqué, 2020) ; l'âge de l'endeuillé (Lannen et alii, 2008) ; le cumul des pertes (Hanus & Bacqué, 2020) ; l'impact de la santé (Hanus & Bacqué, 2020) ; le statut professionnel de l'endeuillé (Bacqué & Hanus, 2020) ; l'environnement ; les blessures narcissiques et les rêves de désirs irréalisés des parents (Ngnombouowo Tenkué, 2023). Désormais, la prise en charge des

endeuillés va prendre en compte les liens de croyances. Il s'agira dans un premier temps, de renforcer le lien vertical entre l'endeuillé et l'Être suprême (Ovambe Mbarga, 2022). Cela passe par le renforcement du sentiment de plénitude d'être ; du sentiment de profonde « assise » ; du sentiment de continuité onto-phylogénétique ; du sentiment d'avoir une protection sans faille.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abraham, K. (1924). *Les états maniaco-dépressifs et les étapes prégénitales d'organisations de la libido*. Payot.
- Abraham, N. et Torok, M. (1972). *Pour introduire l'instinct filial*. Flammarion.
- Ainsworth, M-D. (1985). Patterns of attachment. *The Clinical psychologist*, 38 (2), 27-29.
- Ait-Kaci, F. (2014). La parole à l'épreuve des dommages corporels en phase avancée du cancer. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 3(118), 49-58.
- Amar, S. (2019). *L'accompagnement en soins palliatifs : approche psychanalytique*. Dunod.
- American Psychiatric Association. ([APA], 2000). *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders IV-TR* (4e éd.). American Psychiatry Association.
- Anzieu, D. (1966). La dynamique des groupes [Groups dynamics]. *Bulletin de psychologie*, 19(19-20), 1164-1172.
- Anzieu, D. (1985). *Le moi-peau*. Dunod.
- Anzieu, D. (1987). Les signifiants formels et le moi-peau. Dans D. Anzieu (dir.), *Les enveloppes psychiques* (D. Anzieu éd.), 1-22. Dunod.
- Aulagnier, P. (1975). *La violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé*. Presses Universitaires de France.
- Azoulay, C et Verdon, B. (2020). *Manuel du Rorschach et du TAT-Intrprétation psychanalytique*. Dunod.
- Bacqué, M-F. (1992). *Le Deuil à vivre*. Odile Jacob.
- Bacqué, M-F. (1995)., *psychologie, cancers et société*. L'Esprit du temps.
- Bacqué, M-F. (1997). *Deuil et santé*. Odile Jacob.
- Bacqué, M-F. (2023). *Le deuil*. Presses Universitaires de France.
- Bacqué, M-F. et D. Merg-Essadi. (2013). Des corps immémoriaux... devenir du corps de l'enfant mort autour de la naissance. *Corps*, vol. 11, p. 57-67.
- Bacqué, M-F. et Hanus, M. (2000). *Le deuil*. Presses Universitaires de France.

- Bergeret, J. (1986). *Psychologie pathologique, théorique et clinique* (4^e éd). Masson.
- Bergeret, J. (1989). *Névrose ; psychanalyse ; structure ; psychique ; symbolisation ; triade*.
Revue française de psychanalyse.
- Bergeret, J. (1990). *Clinique, théorique et technique. Les interrogations du psychanalyste*.
Presses Universitaires de France.
- Bergeret, J. (1991). Etude comparée des conceptions de l'imaginaire et de la mentalisation :
réflexion sur leur opérationnalisation au test de Rorschach. *Bulletin de la Société
française du Rorschach et des méthodes projectives*, 35, 45-66.
- Bergeret, J. (1996). *Toxicomanie et personnalité*. Presses Universitaire de France.
- Bergeret, J. (2014). *La violence fondamentale*. Dunod.
- Bergès, J. (1995). *Freud, la violence et la dépression*. Presses Universitaires de France.
- Bion, W. R. (1959). Attaques contre les liens. *Le Journal international de psychanalyse*, 40,
308-315.
- Bion, W. R. (1961). *Expériences en groupe et autres documents*. Tavistock Publication.
<https://doi.org/10.4324/9780203359075>
- Bion, W. R. (1962). *Aux sources de l'expérience*. Presses Universitaires de France.
- Bion, W. R. (1983). *Aux sources de l'expérience*. (F. Robert, Trad.) (5^e édition). Presses
Universitaires de France.
- Blanchet, A. (1985). *L'entretien dans les sciences sociales*. Dunod.
- Bleger, J. (1979). Psychanalyse du cadre psychanalytique. Dans *Crise, Rupture et
dépassement* (pp. 255-285). Dunod.
- Bourgeois, H. (1996). l'affirmation de la création dans l'expérience chrétienne. *Recherche de
sciences religieuses*, 84 (4), 497-518.
- Bowlby, J. (1958). La nature du lien de l'enfant à sa mère. *Le Journal international de
psychanalyse*, 39, 350-373.
- Bowlby, J. (1961). *The Adolf Meyer lecture : childhood mourning and its implications for
psychiatry*. The American journal of psychiatry.
- Bowlby, J. (1969). *Perte et attachement*. Héloïse Junier.

- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss. Vol. 3 : loss, sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Brunet, L. (1997). Adaptation de deux instruments de mesure de la symbolisation et comparaison entre des enfants psychotiques et non psychotiques. *Revue québécoise de psychologie*, 18 (1), 61-77.
- Casoni, D et Brunet, L. (2003). Culpabilité, honte et dynamique criminelle. Au sujet des fonctions anti-pulsionnelles et anti-narcissiques du sur-moi. *Revue française de psychanalyse*, 5 (67), 1561-1565. <https://doi.org/10.3917/rfp.675.1561>
- Chabert, C. (1983). *Le Rorschach en clinique adulte. Interprétation psychanalytique* (2e éd. Corrigée 1997). Dunod.
- Chabert, C. (1995). Contribution des méthodes projectives dans la recherche en psychologie clinique et en psychopathologie, Dans *La recherche clinique en psychopathologie* (O. Bourguignon, M. Bydlowski, éd.), 93-110, Paris, PUF.
- Chabert, C. (1998). *Psychanalyse et méthodes projectives*. Dunod.
- Chabert, C. (2020). *manuel de Rorschach et du TAT: interprétation psychanalytique*. Dunod.
- Chabert, C. et Verdon, B. (2011). *Psychologie clinique et psychopathologie* (1^e éd). Presses Universitaires de France.
- Chabert, C. Louët, E. Azoulay, C. et Verdon, B. (2020). *Manuel du Rorschach et du TAT : Interprétation psychanalytique*. Dunod.
- Collins et coll. (2004). Design reseach : theoretical and methodological issues. *Journal of the learning sciences*, 3, 15-42.
- Coq, J-M., Romano, H. et Scelles, R. (2011). La mort d'un enfant : processus de deuil dans le groupe familial. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 6(59), 356-361.
- Corbière, M. et Larivière, N. (2014). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. Presses de l'Université du Québec.

- Covington, N. et Theut, K. (1993). Reaction to perinatal loss : a qualitative analysis of the nation maternal and infant health survey. *American journal of orthopsychiatry*, 63, 215-222.
- De Martel, C. et al. (2020). Global burden of cancer attributable to infections in 2018: a worldwide incidence analysis. *The Lancet Global Health*, 8(2), 180-190.
- De Tychev, C., Diwo, R. et Dollander, M. (2000). La mentalisation : approche théorique et clinique projective à travers le test de Rorschach. *Bulletin de Psychologie*, 23, 57-76.
- Debray, R. (1991). Réflexions actuelles sur le développement psychique des bébés et le point de vue psychosomatique. *Revue Française de Psychosomatique*, 1, 41-57.
- Debray, R. (2001). *Épître à ceux qui somatisent*. PUF
- Debret, J. (2020). *Les normes APA françaises : Guide officiel de Scribbr basé sur la septième édition (2019) des normes APA*. Scribbr.**
- Debroux, P., De Noose, L. et Malempré, M. (2017). *Manuel du test de Rorschach Approche formelle et psychodynamique*. De Boeck.
- Dejours, C. (1988). Souffrance et plaisir au travail. L'approche par la psychopathologie du travail. *Travailler*, 1 (35), 17-30. <https://doi.org/10.3917/trav.035.0017>
- Dejours, C. (1989). Travail et santé mentale : de l'enquête à l'action. *Prévenir*, 19, 3-19.
- Dejours, C. (1995). Doctrine et théorie en psychosomatique. *Revue française de psychosomatique*, 1 (7), 59-80.
- Dejours, C. (1997). Le « choix de l'organe » en psychosomatique : une question périmée ?, 3, 3-18. www.persee.fr/doc/clini_1265-5449_1997_num_3_1_1096
- Diwo, J. (1997). *La fontaine du Roy*. ePID.
- Dong, T. (2016). *Drépanocytose et dépersonnalisation : clinique de la souffrance du jeune adulte homozygote ; une étude de cas au Cameroun*. [Thèse de Doctorat inédite]. Université de Yaoundé I, Yaoundé, Cameroun.
- Ébalé Moneze, C. (2019). *La psychologie sociale au Cameroun*. Monange.

- Emmanuelli, M. et Azoulay, C. (2009). *Nouveau manuel de cotation des formes au Rorschach*. Dunode.
- Erikson, E. (1972). *Adolescence et crise : la quête de l'identité*. Flammarion.
- Fauré, A. (1995) *blessures d'humanitaire*. Balland.
- Ferlay, J. et al (2020). *observation mondiale du cancer: cancer today*. Lyon: centre international de recherche sur le cancer.
- Fonagy, P. (1996, novembre). *Le rôle de la mentalisation dans l'attachement, dans le développement affectif, et dans le trouble de la personnalité état-limite*. [Communication]. Colloque sur la mentalisation, Vaucresson, France.
- Fortin, M. F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. Chenelière Education.
- Freud, S. (1895). *Etudes sur l'hystérie*. Presses Universitaires de France.
- Freud, S. (1896). *Nouvelles remarques sur les névroses de défense*. Presses Universitaires de France.
- Freud, S. (1900). *L'interprétation des rêves*. Hogarth Press.
- Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Gallimard.
- Freud, S. (1911). *Formulations concernant les deux principes du fonctionnement mental*. Hogarth Press.
- Freud, S. (1912). *Totem et tabou. Interprétation par la psychanalyse de la vie sociale des peuples primitifs*. Dunod.
- Freud, S. (1914) Pour introduire le narcissisme. Dans *La vie sexuelle*. P.U.F.
- Freud, S. (1915). *Métapsychologie*. Flammarion.
- Freud, S. (1917). *Deuil et mélancolie*. Cairn Pro.
- Freud, S. (1920). Au-delà du principe de plaisir. Dans *Essais de psychanalyse*, 41-115, Payot.
- Freud, S. (1921c). *Psychologie des foules et analyse du moi*. Payot.
- Freud, S. (1923). *Le moi et le ça*. Payot.
- Freud, S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Cairn Pro.

- Freud, S. (1929). *Le malaise dans la culture*. Presses Universitaires de France.
- Gighlione, R. et Blanchet, A. (1991). *Methodes et outils pour l'analyse des verbalisations*. Dunod.
- Ginette, R. (1996). *Lorsque l'enfant disparaît*. Odile Jacob.
- Giordano, Y. (2003). *Conduire un projet de recherche : une perspective qualitative*. Edition management et société.
- Hanus, M. (1994). *Le deuil dans la vie*. Maloine.
- Hanus, M. (2009). Deuil et résilience : différences et articulation. *Frontières*, 22 (1-2), 19–21.
<https://doi.org/10.7202/045022ar>
- Hentz, P. (2012). Case study: The method, dans P.L. Munhall (dir.), *Nursing Research: A Qualitative Perspective, 5e éd.* Sudbury, Jones & Bartlett Learning, p. 359-369.
- Kaës, R. (2014). *Les alliances inconscientes*. Dunod.
- Klein. (1967). *Essais de psychanalyse*. Payot.
- Kupermann, D. (2015). Les enfants de Freud : propos sur le refoulement et le clivage. *Topique*, 130, 77-86.
- Lacan, J. (1975). *Le sinthome*. Ducan & Valas.
- Lacan, J. (1978). *Le moment de conclure*. <https://www.valas.fr>.
- Lacan, J. (2001). Note sur l'enfant à Jenny Aubry (1969). Seuil.
- Laplanche, J. et Pontalis, J. B. (1967). *Voocabulaire de la psychanalyse*. Quadrige.
- Larivière, N. et Corbière, M. (2014). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes. Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. Presses de l'Université du Québec.
- Lecours, S. (2005). Niveaux de fonctionnement mental et psychothérapie psychanalytique. *Psychothérapies*, 25(2), 91-100.
- Lecours, S. et Bouchard, M-A. (1997). Dimensions of mentalisation : outlining level of psychic transformation. *International Journal of Psychoanalysis*, 78, 855-875.

- Livneh, H. et al. (1995). *The psychosocial consequences of living environment instability on maltreated children*. Pub Meet.
- Luquet, P. (1981). Le changement dans la mentalisation. *Revue Française de Psychanalyse*, 45, 1022-1028.
- Maamri, A. (2015). *Sciences de la santé*, ISSN : 2421-8936. <https://www.net>.
- Mallinckrodt, B. (2000). Attachement, social competencies, social support and psychological distress. *Journal of counseling psychology*, 52(3), 358-367.
- Marty, P. (1991). *Mentalisation et psychosomatique*. Les Empêcheurs de tourner en rond.
- Marty, P. et Fain, M. (1964). Perspective psychosomatique sur la fonction des fantasmes. *Revue française de psychanalyse*, 28, 609-622.
- Mayer, J. D. et al. (2000). Capacités humaines : intelligence émotionnelle. *Revue annuelle de psychologie*, 59 (1), 507-536.
- Mayi, M. B. (2017). *Quatre essais de psychopathologie africaine*. Dianoïa.
- Mbatbaïna Pala, R. et al. (2022). Perte d'objet et résilience chez l'orphelin d'âge scolaire de SOS village d'enfants de N'Djamena : une analyse sociodynamique. *Revue Al-Marifa*, 1 (1), 149-158. ISSN 2790-5055
- Mgbwa, V. (2012). *Perte d'objet et état dépressif de la femme en situation d'Akus en pays Béti*. [Thèse de Doctorat Ph.D, Université de Yaoundé 1]. Inédit.
- Ngnombouowo Tenkué J. (2019). *Satisfaction pulsionnelle et compulsion de répétition: la tendance à reproduire les actes répréhensibles chez l'enfant TDAH* [Mémoire de master, Université de Yaoundé 1]. Inédit.
- Ngnombouowo Tenkué J., Mgbwa V. et Roskam, I. (2022). Trouble Déficitaire d'Attention avec Hyperactivité, subjectivation et symbolisation : une analyse sociodynamique. *Revue des Lettres, Langues et Sciences de l'Homme et de la Société*, 013, 463-477.
- Ngnombouowo Tenkué J., Mgbwa V. et Roskam, I. (2023). Excès d'interdits institutionnels: le risque pour l'enfant TDAH. *Revue de la FALSH*, 47, 72-89.
- Ovambe Mbarga, G. B. (2016). *Etat acrophobique et vécu traumatique au parcours du combattant chez les recrues de l'armée camerounaise : une étude de cas*. [Mémoire de Master inédit]. Université de Yaoundé I, Yaoundé, Cameroun.

- Parkers, M. (1975). What becomes of redundant world models ? a contribution to the study of adaptation to change . *British journal of medical psychology*, 48 (2), 131-137.
- Parkers, M. (1986). *Bereavement: studies of grief in adult life*. Second édition. London : Tavistock publications.
- Pedinielli, J.-L. (2006). *La recherche en psychologie clinique*. Armand Colin.
- Poirier, Clapier-Walladon et Raybaut. (1996). Investiguer les creux du discours par la technique d'entretien de mise au carré. *Recherche qualitatives*, 37 (1), 21-56.
- Pontalis, J.-B. (1963). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Presses Universitaires de France.
- Prigerson, H. et al (1995). *Inventory Complicates Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss*. NIH.
- Quartier, V. (2003). Problématique de l'agir et CAT. *Psychologie clinique et Projective*, 9(1), 131-148. DOI 10.3917/pcp.009.0131.
- Rausch de Traubenberg N. (1997). *Le Rorschach en clinique infantile*. Dunod.
- Rausch de Traubenberg N. et Boizou, M.-F. (1977). *Le Rorschach en clinique infantile*. Dunod.
- Richelle, J. (2017). *Manuel du test de Rorschach. Approche formelle et psychodynamique*. De Boeck.
- Robert, A. D. et Bouillaguet, A. (1997). *L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels*. Presses Universitaires de France.
- Roman, P. (1997a). *La méthode projective comme dispositif à symboliser*. Dans P. Roman (dir.), *Projection et symbolisation chez l'enfant* (p. 39-51). Presses universitaires de Lyon.
- Rorschach, H. (1947). Etudes en techniques projectives : la fiabilité d'un test de Rorschach à choix multiples. *Journal de psychologie appliquée*, 31 (2), 199-211. <https://doi.org/10.1037/h0063054>
- Rorschach, H. (1947). *Psychodiagnostic*. Presses Universitaires de France.

- Rorschach, H. (1996). *Psychodiagnostic. Méthode et résultats d'une expérience diagnostique de perception. Interprétation libre de formes fortuites.* (A. Ombredane & A. Landau, Trad.) (9e édition). Presses Universitaires de France.
- Roussillon, R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation.* Presses de l'Université de France.
- Soares, I. (1996). La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*, 19(2), 151-188.
- Sow, A. I. (1977). *Les structures anthropologiques de la folie en Afrique noire.* Payot.
- Stroebe, W. (1987). Productivity loss in brainstorming groups : Toward the solution of a riddle. *Journal of persality and social psychology*, 53(3), 497-509.
- Tsala Tsala, J.-P. (2004). L'ascenseur et l'escalier - la lutte contre le SIDA au Cameroun. *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 1 (3) 139-156, DOI: 10.1080/17290376.2004.9724837.
- Tsala Tsala, J.-P. (2006). *La psychologie telle quelle : perspective africaine.* Presse de l'UCAC.
- Van Campenhoudt, L. et Quivy, R. (2011). *Manuel de recherche en Sciences sociales.* Dunod.
- Winnicott, D. W. (1947). *Le bébé en tant que personne.* Payot.
- Winnicott, D. W. (1951). *Objets transitionnels et phénomènes transitionnels.* Payot.
- Winnicott, D. W. (1956). La tendance antisociale. Dans D.W., WINNICOTT (dir). *De la pédiatrie à la psychanalyse.* Payot.
- Winnicott, D. W. (1957). *La capacité d'être seul et de se sentir seul.* Payot.
- Winnicott, D. W. (1960). *La théorie de la relation parents-nourrissons.* Karnac Books.
- Winnicott, D. W. (1962). *Intégration de l'égo et développement de l'enfant.* Dans Les processus de maturation et de l'environnement facilitateur (1^e éd). Karnac Books.
- Winnicott, D. W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse.* Payot.
- Winnicott, D. W. (1971). *Jeu et réalité, l'espace potentiel.* Gallimard.

Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et réalité, l'espace potentiel*. Gallimard.

Winnicott, D. W. (2002). *Jeu et réalité*. Gallimard.

Winnicott, D. (1953). Transitional objects and transitional phenomena . *the international journal of psychoanalysis*, 34,89-97.

ANNEXES

Annexe 1 : Attestation de recherche

<p>REPUBLIQUE DU CAMEROUN Paix- Travail - Patrie</p> <p>UNIVERSITE DE YAOUNDE I</p> <p>FACULTE DES ARTS, LETTRES ET SCIENCES HUMAINES</p> <p>DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE</p>		<p>REPUBLIC OF CAMEROON Peace- Work - Fatherland</p> <p>UNIVERSITY OF YAOUNDE I</p> <p>FACULTY OF ARTS, LETTERS AND HUMAN SCIENCES</p> <p>DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY</p>
<p>Yaoundé, le 26 décembre 2023</p>		
<p>MBOUOFEHUIÉ Éloditte Matricule : 19X525 Tel : +237 651 50 80 32 eloditembouofehuie@gmail.com</p>		
<p>Le Coordonnateur du Laboratoire de Psychologie du développement et du mal développement À La Sœur Directrice du Centre Hospitalier Dominicain Saint Martin de Porres, Mvog-Bétsi, Yaoundé</p>		
<p><u>Objet</u> : Demande de stage</p>		
<p>Ma sœur,</p>		
<p>Avec la professionnalisation des enseignements inhérente au système LMD et dans l'objectif de finaliser son mémoire intitulé « <i>Lien de croyance et mentalisation : approche clinique et projective chez les mères ayant perdu un enfant des suites d'un cancer</i> », sous la direction du Pr MGBWA Vandelin, Professeur au Département de Psychologie, Madame MBOUOFEHUIE Éloditte, Matricule 19X525, étudiante de Master 2 Psychologie, option Psychopathologie et clinique, se doit de mener une investigation sur le terrain.</p>		
<p>Ainsi, j'ai l'honneur de venir auprès de votre bienveillance solliciter la mise en stage pour une durée de six (06) mois cette étudiante qui a opté pour un stage académique dans la structure dont vous avez la charge.</p>		
<p>Veuillez agréer Ma Sœur, l'expression de ma parfaite considération.</p>		
<p>Fait à Yaoundé, le _____</p>		
<p>Le Coordonnateur du laboratoire de Psychologie du développement et du mal développement</p>		
<p>PD. Le Coordonnateur Adjoint</p>		
		

CENTRE HOSPITALIER DOMINICAIN
SAINT MARTIN DE PORRES
MVOG-BETSI YAOUNDÉ
CAMEROUN



ENSEMBLE POUR REMETTRE L'HOMME DEBOUT
DANS SA DIMENSION INTEGRALE

DIRECTION MEDICALE ANNEE : 2024

AUTORISATION DE COLLECTE DES DONNEES

Je soussigné Dr EBUNE, L. Jackson, Directeur Médical du CENTRE HOSPITALIER DOMINICAIN SAINT MARTIN DE PORRES autorise:

MADAME MBOUOFEHUIE ELODITTE

Etudiante en Mater II Psychologie option Psychopathologie et clinique, à l'Université de Yaoundé I à réaliser une collecte de données dans notre Centre Hospitalier pour son mémoire de fin d'Etude sur le thème : **LIEN DE CROYANCE ET MENTALISATION : APPROCHE CLINIQUE ET PROJECTIVE CHEZ LES MERES AYANT PERDU UN ENFANT DES SUITES D'UN CANCER.** » pour une période de 06 mois.

Au cours de ce séjour, l'intéressée devra respecter scrupuleusement le règlement en vigueur dans le-Centre.

Yaoundé le 12 JUN 2024



Le Directeur Médical



CENTRE HOSPITALIER DOMINICAIN
St. Martin de Porres
Dr. EBUNE, L. Jackson
Directeur Médical

Centre Hospitalier Dominicain; B.P. 185, casier 281, procure Yaoundé, Cameroun
Tél : 6 55 93 12 51; email : chdsmp.mvogbetsi@gmail.com

FORMULAIRE DU CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ

Je soussignée, Mme

Accepte de participer aux travaux de Master de MBOUOFEHUIE Éloditte, Masterante, Université de Yaoundé I, département de psychologie, dont le sujet intitulé « **Liens de croyance et mentalisation : une approche clinique et projective chez une mère ayant perdu son enfant des suites d'un cancer** » a pour objectif principal de comprendre comment les mères ayant perdu un enfant des suites d'un cancer gèrent l'après-coup de l'événement. Les seules conditions pour y participer sont d'être mère et avoir perdu un enfant des suites d'un cancer au cours des trois dernières années et être accompagnée par le psychologue du CHDSMP pour deuil compliqué. Ledit Mémoire est dirigé par le Professeur Vandelin MGBWA de l'Université de Yaoundé I. l'étude n'implique aucun risque et la participation se fait sur base volontaire et n'est pas rémunérée.

Vous avez le droit de ne pas y participer ou de stopper votre participation à n'importe quel moment, sans aucune justification. Les données sont traitées de manière anonyme et confidentielle.

- J'ai bien compris l'objectif de cette étude ;
- J'ai reçu toutes les réponses aux questions que j'ai posées ;
- Les risques et bénéfices m'ont été présentés et expliqués ;
- J'ai bien compris que je suis libre d'accepter ou de refuser d'y participer ;
- Mon consentement ne décharge pas l'investigatrice de la recherche de ses responsabilités, je conserve tous mes droits garantis par la loi.

J'accepte librement de participer à cette étude dans les conditions précisées.

Fait à Yaoundé, le 18/04/2024

L'étudiante

MBOUOFEHUIE Éloditte, UYI

La participante

Annexe 3 : Grille d'analyse des entretiens

Annexe 4 : Contenu d'entretien avec la Mère de Latifah

Étudiante : La mère de Latifa, moi je préfère t'appeler ainsi. Alors, qu'est-ce qui s'est réellement passé pour qu'aujourd'hui on se retrouve sans Latifa ?

Mère 1 : C'est allé trop vite.

Étudiante : C'est-à-dire quoi ?

Mère1 : Déjà, j'ai dormi cette nuit-là avec l'enfant. Elle chauffait. Le lendemain matin, comme je ne partais pas au travail tôt, je l'ai observé ; j'ai constaté que ça n'allait pas. L'enfant continuait à chauffer. Je lui ai quand même donné le Panadol, ce qui a baissé sa température. Après quelques temps, la fièvre l'a encore envahie. J'ai encore donné le Panadol. Finalement, je suis allée en ville parce que j'avais d'abord rendez-vous ce matin avec un partenaire. J'ai dû abrégé notre conversation car j'ai fait comprendre à ce partenaire que j'avais laissé un enfant malade à la maison. De mon retour, je l'ai directement amenée dans une clinique non loin de nous, derrière le Château. J'ai expliqué tout ce qui s'est passé.

L'infirmière qui m'a reçue a soupçonné la grippe et lui a donné un antipaludéen. La fièvre a baissé, mais l'enfant devenait de plus en plus fatiguée. Elle n'avait plus de fièvre. Je repars donc le lendemain pour expliquer cet épisode de fatigue. L'infirmière me dit que c'est normal, qu'il s'agit des effets secondaires des antibiotiques qu'elle a prescrites à l'enfant et que ça allait passer. J'ai laissé. Le deuxième jour, je pars au travail en laissant ma fille avec ma mère et ma petite sœur. Je laisse l'enfant toujours fatiguée. Il est vrai, je commençais déjà à m'inquiéter, puis qu'elle est du genre très vaillante, agitée comme un garçon. Mais elle était toute pâle et fatiguée. Je suis quand même allée au travail car j'étais rassurée de la présence de ma maman et ma petite sœur. Arrivée là-bas, ma petite sœur me fait comprendre que maman souhaiterait que j'amène Latifa à l'hôpital, que façon elle est toujours fatiguée là, n'est pas bon signe.

Je leur demande donc de l'amener à Nicolas Barré, le temps pour moi de les y retrouver, puisque je travaille non loin de là, à Coron. Quelques minutes plus tard, je rappelle et ma petite sœur me dit qu'ils sont encore à la maison on se prépare. Je prends le taxi, je descends une fois à la maison et on amène Latifa à l'hôpital. Arrivé là-bas elle était déjà bien fatiguée, très fatiguée même. On a d'abord fait les examens, et s'est rendu compte que l'enfant est anémiée, et a du palu. Il fallait la transfuser. C'est un problème qu'elle a eu déjà trois fois ; ça devait être la quatrième fois qu'elle devait être transfusée. À sa naissance, on avait diagnostiqué un cancer de sang chez elle et de temps en temps, on devait la transfuser. Je commence donc à appeler pour voir des donneurs.

Plus tard, au moment de transfuser, on nous apprend qu'il n'y'a pas son groupe sanguin. C'est à cet instant que je suis hors de moi car c'est après avoir perdu tout le temps qu'on nous l'annonce. Nous partons à la fondation Chantal Biya. Arrivées là-bas, ils me demandent de faire les examens. Je leur montre tout ce qu'on avait déjà fait. L'enfant inquiétait déjà parce que sur le chemin, elle me serrait les dents, ce que j'ai expliqué au personnel de la fondation, qui me demande de filer directement à Mvog-Betsi, un centre hospitalier qui a également une banque de sang. C'est comme ça que je ressors, et là, il fallait trouver un taxi pour nous y conduire ; je ne trouve pas de taxi ni de moto. On traverse la route qui donne à Mokolo, là on prend une moto qui nous laisse à Mvog-Betsi, J'étais déjà embêtée parce que dans le taxi pour la Fondation, elle serrait les dents. J'ai mis mon doigt pour arrêter ; à un moment elle s'endort totalement, et quand elle s'en dort comme ça, je la touche et je constate que son cœur bat toujours. Je l'appelle, elle ne réagit pas ; mais, quand même le cœur bat et elle respire.

Quand on arrive à Mvog-Betsi, elle ne réagit pas, elle est couchée là. On pose des questions, je ne sais pas ce qu'on écrivait ; je m'approche d'elle, je l'appelle et elle ne répond pas. Je reste là, je me dis qu'il y'a espoir. Quand on part des urgences, on nous installe dans la chambre. Il y'a une infirmière là que, si j'avais tous mes sens ce jour-là, elle et moi allions nous retrouver d'abord au sol. En pédiatrie, je viens avec le médicament à administrer avant de placer le sang, elle dit me : « je sais ; j'ai déjà vu je viens ». J'attends, je regarde ma fille comme ça, elle est là elle ne réagit pas, elle ne fait rien, elle n'ouvre même pas les yeux, elle ne parle pas. Je retourne voir l'infirmière et lui dis que ma fille va mal. Elle me répond : « *Il y'a même quoi, mais j'arrive ; vous ne voyez pas que j'ai le travail ?* » Elle était en train d'écrire de remplir un registre. C'est comme ça qu'elle prend le

médicament, se lève et vient. Je tourne le dos. Et là mon cœur se met à battre et murmure que si quelque chose arrive seulement à mon enfant, on va faire ça ici, parce que j'avais déjà mesuré ma force.

C'est comme ça que, finalement elle vient. Quand elle arrive, elle tire le tabouret ; elle s'assoit. J'étais placée là, je regardais, elle a mis la première injection parce qu'elle avait encore le cathéter sur la main. Après, elle prend un deuxième pour administrer, je vois ma fille qui commence à bouger un genre là, bouger la poitrine et le ventre. C'est comme ça qu'elle la laisse et s'en va. Ma petite sœur aussi, comme elle était allée se placer au couloir, n'avait pas la force de demander ce qui se passe. Je regarde ma fille qui est tranquillement couchée, elle ne réagit plus. Je sors de la chambre et ne vois personne. J'y retourne. J'avais quand même espoir, je me disais peut-être qu'elle s'est encore endormie. Deux autres infirmières sont venues, une a regardé l'enfant parce que l'autre avait laissé la seringue sur ma fille. Elles l'ont regardée et sont reparties, personne ne m'a rien dit. Après, il y'a un médecin qui est arrivée posément, est venue vers ma fille et a placé le stéthoscope sur sa poitrine, puis a touché l'enfant. Elle m'a regardée et m'a demandé de la suivre. Je me lève et je veux laisser ma fille avec ma petite sœur. Elle dit non, qu'on vienne toutes les deux. Quand on arrive à son bureau, on trouve que la première infirmière n'était plus là. Le bureau était vide. Elle me dit : « Ta fille n'est plus » (fond en larmes) C'était le deuxième enfant que je perds.

Étudiante : Comment ça.

Mère1: Lorsque je suis allée accoucher, c'était mon premier accouchement, je suis allée au village pour rejoindre ma mère qui ne se sentait pas bien. Je ne voulais pas rester à Yaoundé parce que je vivais seule. J'ai pris un congé de maternité, je suis allée accoucher et le même jour, celui-là est mort comme ça. Il est né sans pleurer. Bon toute suite, on n'a pas réagi, c'est à un moment-là qu'on a commencé à réanimer, à forcer les pleurs de l'enfant, il est était déjà mort. J'ai de mauvais souvenirs avec mon village.

Étudiante : Est-ce que la mère de Latifa voit une petite négligence de la part du corps médical, c'est-à-dire que si, étant déjà à Mvob-Betsi, avec tout ce qu'elle a eu à faire, les choses se passaient avec une rapidité peut-être on aurait sauvé Latifah ?

Mère1: Je me dis, peut-être on aurait fait quelque chose. Mais le temps qu'on a perdu à Nicolas Barré, c'est ce temps-là qui me gêne en fait ; parce que s'ils avaient vite déclaré qu'il n'y a plus son groupe sanguin, puisqu'elle est AA, on serait peut-être parti à temps et aurait fait quelque chose. C'est vrai que quand il y'a problème, finalement la solution ne vient pas.

Étudiante : Alors quand on vous amène dans le bureau et vous dit : « Latifa n'est plus » qu'est-ce qui se passe ?

Mère1: Je suis rentrée en courant, la secouer, l'appeler, gronder même. Je me suis dit si elle est en train de partir, il faut que je gronde pour qu'elle revienne vite. Bon j'ai pleuré, j'étais enceinte de celle-ci de sept mois [**Accepter de voir le corps**]. C'est là où j'ai appelé ma famille, ils sont venus très rapidement et ont rempli les formalités pour qu'on nous libère le corps. Comme je n'avais pas le moral pour répondre aux questions, c'est ma petite sœur qui a rempli la fiche. La famille est venue, on a pris le corps de l'enfant, on est parti la même nuit au village puisqu'il se faisait déjà tard.

Étudiante : Et entre temps qui portait le corps ?

Mère1: Il y'a ma tante qui est venue, la sœur aînée à mon père, elle est à la cité verte. Quand ma petite sœur appelait, elle était à la maison avec mes cousins qui étaient lui rendre visite, donc ils sont venus une fois en voiture ; elle a pris le corps de l'enfant, nous sommes d'abord passés à la maison parce que, comme on devait aller au village toute de suite là, il fallait prendre certains affaires de Latifah et peut-être une robe qu'on pouvait mettre sur elle. Ma fille est devenue raide comme un poisson congelé. En route pour le village, comme on l'avait emballée avec un drap, j'ai sentis son corps qui avait recommencé à chauffer ; elle était redevenue flexible. Au village, elle pouvait déjà bouger. Par contre, elle était raide. Je me suis dit que peut-être qu'elle peut se réveiller. « *Ça fait mal hein !* »

Étudiante : Alors quand vous dites « le corps était raide après il est devenu flexible », comment est-ce que cela s'explique ?

Mère1: Je ne sais pas, moi je n'ai pas compris. Bon, j'étais en train de pleurer, je suis tombée sur elle et j'ai constaté qu'elle était comme ça ; j'ai commencé à crier que voilà ma fille qui est en train de se réveiller. Les gens pensaient que je délirais ; on est seulement venu me tirer mais je sentais son corps qui était déjà flexible. Mais est-ce que ça se fait ?

Étudiante : Je ne sais pas. Seuls les médecins, les pédiatres, peuvent mieux répondre à cette question. Dites-moi, quand vous arrivez au village ça se passe comment ?

Mère1: Bon je suis arrivée là, comme c'était la nuit, la nouvelle est vite partie. Il y'avait plein de gens à la maison parce que mon papa est chef du village ; et dès qu'on a entendu quelqu'un pleurer, les gens sont arrivés et là toute de suite tout le monde était déjà là. Je suis arrivée, c'est le lendemain qu'on a enterré, le temps de creuser, d'enterrer, on a invité un homme de Dieu ; c'est lui qui s'en est occupé et on a fait ce qu'on pouvait.

Étudiante : Ça veut dire quoi ? Chez vous ça se passe comment ? Est-ce que la maman de l'enfant l'accompagne au moment de l'enterrement ? Après ça se passe comment ?

Mère1: On ne me laissait même plus m'approcher d'elle.

Étudiante : Donc tu voulais quand même t'approcher mais on t'en empêchait ?

Mère1: je voulais, par contre on m'empêchait. On a fait une petite messe autour de la tombe et on l'a habillée de sa robe blanche et tout, avec le drap qu'elle avait à l'hôpital, on l'a enterrée avec quelques effets personnels et on l'a recouverte (*Fond en larmes*). C'est dur parce que même jusqu'aujourd'hui, je n'arrive pas à croire [**Accepter de participer aux rites funéraires**].

Étudiante : C'est-à-dire quoi ?

Mère1: De temps en temps comme maintenant ci, ça me revient fort. Je veux pleurer, mais devant les gens, je me retiens [*Fond en larmes à l'évocation du nom de sa fille*]. Elle a eu un an depuis le 23 février, et tout le mois là je revoyais toute notre vie, toute notre histoire. Quand j'étais enceinte d'elle à cinq mois, j'ai eu un accident de circulation ; je rentrais du travail, j'étais sur la moto, c'était un peu tard vers 22h30. Une voiture, c'est du moins ce qu'on me raconte puisque moi-même je ne me souviens de rien jusqu'aujourd'hui, à vive allure m'a percutée. J'ai perdu connaissance ; on nous a mis dans une clinique ici à la Vallée Ekounou. Elle s'était accrochée à la vie. Je lui avais dit : « Toi et moi, on a une histoire ». Tout le monde connaissait ma fille au quartier, j'ai acheté sa brosse à deux ans, parce qu'elle voulait déjà se brosser, avec son frère aîné de cinq ans. C'est quand elle est morte que j'ai su que tout le quartier la connaissait, beaucoup des gens sont venus me saluer « la petite fille qui disait bonjour là ? » On dit que ce qui est bien ne dure pas. Une gentillesse, tu donnes quelque chose à Latifa, elle ne peut pas manger sans partager. Quand elle a en main comme ça le premier réflexe c'est de couper et donner à quelqu'un qui est à côté.

Étudiante : alors depuis que Latifa est partie, qu'est-ce qui a changé dans votre vie ?

Mère1: Bon sur le plan professionnel, je n'arrive pas à me concentrer. Beaucoup de mes collègues ont remarqué cela. Je suis évasive. Sur le plan personnel, ça reste là. Je ne suis plus moi-même. J'ai perdu une partie de moi. Parfois, j'ai envie d'aller je ne sais où. Mais quand je regarde mes deux autres enfants, je me dis, je dois m'occuper d'eux.

Étudiante : c'est-à-dire quoi ?

Mère1: Quand j'entends le nom Latifah, ça me fait couler les larmes, ça me rappelle ma fille (*Fond en larmes*).

Étudiante : Ça vous fait couler les larmes ?

Mère1: Ce n'est pas facile. J'ai beaucoup de peines, les gens pensent que je suis forte mais pas du tout. Je fais juste semblant. À l'intérieur, je vais très mal. Devant les gens j'oublie, mais ça me revient quand je parle d'elle comme ça et il y'a de fois quand je suis seule, ses choses qu'elle faisait à la maison, comme quand elle a fait une bêtise ... donc tout ça là ça me manque (*fond en larmes*).

Étudiante : Donc chaque fois que vous ressentez l'envie de pleurer vous jouez toujours au dur ?

Mère1: je le fait en cachette.

Étudiante : et pourquoi ?

Mère1: Parce qu'à son grand frère j'ai dit que Latifa est partie au ciel quand et tout le temps il me dit : « Allons chercher Latifa au ciel ». Un jour, je lui ai dit on va vivre sans Latifa, Dieu a dit que Latifa doit rester là-bas et nous on va vivre ici ; il dit elle doit vivre ici, qu'il va aller dire à Dieu de laisser Latifa.

Étudiante : Et chaque fois qu'il en parle, qu'est-ce que ça vous fait ?

Mère1: Je ne peux pas pleurer devant lui, parce que quand il parle déjà trop je dis : « *Samuel, il faut laisser Latifa. Quand Dieu voudra, il va nous donner une autre Latifa ; tu as déjà une autre petite sœur occupe-toi de Mégane. Tu as compris ? On va s'occuper de ta nouvelle petite sœur à deux tu as compris ?* » Je l'embrouille comme ça et je dis va jouer et il part je reste seule et je pleure. Ma fille avait la leucémie. Elle était suivie à la Fondation Chantal Biya.

Étudiante : Au-delà du fait que, l'hôpital vous dise que c'est la leucémie qui a tué Latifah, comment est-ce que vous expliquez le départ de cette enfant ? Est-ce qu'il y avait des signes qui annonçaient ou c'était aussi une surprise comme dans la plupart du temps ?

Mère1: Elle était potelée, très active plus qu'un garçon, ce n'était pas facile de remarquer, c'est quand c'est arrivé, qu'elle est déjà calme là, que tu sens que ça ne va pas. Elle était toujours agitée, même dans la nuit. Les deux jouaient, très heureux ensemble ; très attachés surtout, toujours ensemble et ils s'aimaient beaucoup. Donc, je ne peux pas dire que j'ai vu. Certes, elle a eu souvent les problèmes d'anémie, elle a été transfusée trois fois au paravent, à cause de sa maladie. Mais ce n'est pas ça qui l'a tuée. C'est ce qu'on me dit. À chaque fois qu'elle allait là-bas au village, quand elle rentrait une ou deux semaines après, elle tombait malade, et c'était un problème d'anémie et il fallait transfuser [**Lien horizontal**].

Comme je l'avais remarqué dans le passé, j'avais décidé qu'elle ne partirait plus là-bas. Mais comme ma petite sœur aime les enfants et qu'elle reste au village, c'est comme ça qu'elle s'est retrouvée encore à partir au village ; elle savait que je ne permettais plus ça, mais puisque l'enfant insistait en pleurant que grand-père et grand-mère avec les autres dans la voiture, c'est comme ça qu'ils sont partis. Quand elle est revenue, ça a fait seulement deux semaines le même problème a recommencé.

Étudiante : Est-ce à dire que quand elle ne partait pas au village, il n'y avait pas des problèmes d'anémie ?

Mère1: Oui, elle n'avait même pas les problèmes de santé. Soit il y'a une petite fille là-bas, qui se chargeait de sucer le sang comme on dit. C'est peut-être ça, je ne connais pas Dieu seul sait ce qui se passait [**Lien horizontal**].

Étudiante : Alors avec ça, si elle a fait ça une première fois, une deuxième fois qu'est-ce que maman a fait, au-delà de ce que l'enfant veut aller au village, est-ce que sa grand-mère était au courant ?

Mère1: Moi j'ai juste fait la remarque, bon mon père lui croit en Dieu, et il dit que nous on mystifie tout ; bon ces choses-là... ma mère par contre, prie. Mais dans la famille, il y'a des gens qui aiment Dieu, d'autres qui ne sont pas vraiment attachés. Moi-même quand je ne vais pas à l'église comme je suis là, je les laisse partir, le dimanche ; quand j'ai les possibilités de partir je pars, je ne les éloigne pas de la voie de Dieu, comme on nous a montré. Ceux qui sont allés regarder, demander, disent qu'on a dit qu'on a pris l'enfant dans la sorcellerie.

Étudiante : Comment ça ?

Mère1: Le monsieur qui a fait la messe à l'enterrement de ma fille, plus tard m'a contactée pour me faire comprendre que le seigneur lui a montré ceux qui sont en train de me couper la queue. Il dit que ma progéniture qui disparaît là, c'est une personne de ma famille qui est cachée derrière et qu'il faut que je prie beaucoup [**Lien horizontal**]. Il m'a fait comprendre également que j'ai défié l'ennemi, que ma mère est quelqu'un de bien et l'ennemi n'aime pas, que j'ai des étoiles. Voilà pourquoi l'ennemi veut m'affaiblir, en enlevant l'enfant. Il m'a confiée à un autre pasteur avec qui je pouvais prier, on a même commencé mais moi je n'aime pas parler de ces choses avec les pasteurs, parce que moi je

connais prier. C'est vrai que ces épreuves-là, m'ont permis de me rapprocher un peu de lui, j'ai constaté que Dieu m'aime beaucoup [**Lien vertical**].

Étudiante : C'est-à-dire qu'avant la relation avec Dieu n'était pas...

Mère1: Bon, on a grandi, on savait que le dimanche il faut aller à la messe, en semaine tu fais tes activités c'était comme ça. Mais dire que j'avais une relation particulière avec Dieu, je ne pense pas. J'ai toujours fait comme tout le monde. Mais c'est devant cette épreuve que je me rends compte que j'ai négligé une voie [**Lien vertical**].

Étudiante : Et la tradition, quel est le rapport avec la tradition ?

Mère1: Mon père n'est pas trop traditionaliste, bien qu'il soit chef, il n'a pas voulu en arriver là, parce que c'est quelqu'un qui sait s'opposer à ce qu'il ne trouve pas logique. Par exemple les cérémonies après le deuil où il faut faire la nourriture et manger sur la tombe. Même à la maison, quand il y'avait deuil, il disait que celui qui est venu pour la tradition peut rentrer et celui qui est venu pour l'enterrement reste. C'était comme ça ; si tu ne connais pas prier mieux tu restes on ne connaît pas aller toquer. Donc, avec notre père on est coupé de nos traditions.

Étudiante : Au niveau du village, quels sont les rapports avec les villageois ?

Mère1: bon le village, je ne peux pas dire, parce que si quelqu'un a un problème avec moi, ce n'est pas tout le village. Ma mère a été appréciée parce que la première fois qu'elle s'est plaint d'une femme qui lui a dit des choses, on a blâmé la femme que depuis qu'elle est venue ici, elle ne s'est jamais chamaillé avec une femme. Elle n'a même jamais fait qu'une maman parle elle répond. Et si elle s'est plaint, ce que vraiment elle s'est sentie offensée, très offensée même parce qu'elle simplifie beaucoup de choses.

Étudiante : Et au niveau de la famille, est-ce que vous vous sentez en sécurité, c'est-à-dire si au niveau de la communauté la relation semble ne pas très bon, au niveau de la famille est-ce que la Mère de Latifah se sent en sécurité, ou alors à l'intérieur de la famille il y a des gens qui ne veulent peut-être pas de son bien ?

Mère1: Dans mon village, comme dans la famille, quand on se voit personne ne manifeste, donc moi, je ne sais pas que je peux avoir un problème avec quelqu'un parce que nous tous on est là, on m'appelle lumière là-bas. Dans ma famille, je ne garde rien, ma mère m'avait dit que les choses spirituelles sont les choses spirituelles. Et c'est comme ça, même si j'ai fait un rêve là et qu'on a bagarré, le lendemain je te vois tout naturellement et je demande c'est comment tu vas ?... c'est comme ça en fait. Je ne manifeste pas. Je sais quand même qu'il y a une tante là, la sœur aînée à mon père, il lui reste deux sœurs, les deux. Tout ça commence dans le passé, j'étais fiancée à un blanc. Ces deux tantes ont leurs filles qui depuis des années, ne sont pas mariées. Elles voulaient aller en Europe, ça ne donnait pas, chaque année chaque année ; moi je devais me marier avec un français, les deux femmes se sont opposées d'après les dires de celle qui a cherché à trouver, parce qu'elles annulent le mariage à la veille du mariage. Et cette maman là j'étais chez elle pour attendre le jour de mon mariage, presque un mois avant pour me préparer comme c'était un peu comme la maison familiale. Paraît-il elles ont pris le tissu du mariage, elles sont allées faire des pratiques pour gâter mon mariage. Je crois que cette histoire peut être vraie, parce que plusieurs fois dans les prières, des personnes différentes se sont arrêtées sur moi et m'ont dit la même chose. Bon, on me raconte des choses allant dans ce sens-là, on me demande qui est cette femme-là, parfois je donne son nom on me confirme que c'est elle exactement [**Lien ontologique**]. Bon au niveau du village, il y'a aussi une femme-là que son nom apparaît souvent, c'est vrai qu'ils ont toujours leur groupe là. C'est comme ça que mes problèmes ont commencé; parce que je devais me marier, et je devais partir et leurs filles aînées rester là.

Étudiante : À ce niveau, est-ce qu'on a peut-être l'impression que Dieu nous a un peu lâchés quelque part?

Mère1: Je ne reproche rien à Dieu. Bon c'est vrai que dans le passé, je ne l'adorais pas. Généralement, on ne connaît pas ça ; si tu as un problème tu pris, si tu as quelqu'un à appeler tu appelles. Avec tout ça, je me rends compte qu'il faut impliquer Dieu dans chaque chose dans ma vie. Il m'arrive de fois de dormir, d'être comme ça-là et me sentir fatiguée, je m'allonge même et je me

réveille, une image passe, on m'a dit que c'est des choses que l'ennemi avait déjà cafouillé. J'ai eu des grands parents et arrière grands parents qui étaient traditionnellement puissants. Parce que, mon arrière-grand-père était le gardien du village, quand il se réveillait le matin, il se place à la cours, il regarde à gauche et à droite, s'il y a le mal qui vient, il repoussait on ne mourait pas si on n'a pas vieilli, bon ils sont mort avec tout ça. Mais nos parents ont abandonné ces traditions pour suivre la modernité.

Étudiante : Mais est-ce que vous vous reprochez d'avoir abandonné vos croyances ?

Mère1: Oui notre génération. Certains d'entre nous ont encore des séquelles parfois quand quelqu'un vit ça arrive comme ça là, sans vouloir. On pose un problème tu donnes la solution, les choses naturelles et aussi que le côté traditionnel on n'était pas trop impliqué.

Étudiante : À ce niveau, pensez-vous que ça peut avoir laissé une faille à l'ennemi, que si peut-être on faisait les choses comme nos parents ont toujours fait, on n'en serait pas là aujourd'hui ?

Mère1: Oui d'après l'histoire, mon père est fils unique, et lui là il a eu seulement deux sœurs. Il a eu un frère qui était décédé tout petit. Apparemment mon grand-père ne voulait pas qu'il ait des garçons, mais des filles seulement qui vont aller en mariage et tout ce qui est au village devait revenir aux oncles. C'est pour cela qu'il a été longtemps malade pendant son enfance ; il a grandi dans la maladie. À un moment donné, il a quitté le village pour venir ici à Yaoundé continuer ses études à l'Université de Yaoundé 1. Tout allait bien et je me dis que ça a commencé à son niveau et lui à son tour a eu plein de garçons. On est une dizaine d'enfants, parmi lesquels six garçons. Donc ça commencé sur lui.

Étudiante : donc c'est lui qui a commencé à faiblir avec la tradition ?

Mère1: oui

Étudiante : Est-ce que à votre niveau il y a une culpabilité, c'est-à-dire est-ce que vous vous dites si je n'avais pas fait telle chose, Latifa serait encore en vie? Est-ce qu'il quelque chose que vous regrettez comme actes ?

Mère1: Heureusement non. J'ai toujours su prendre soin de mes enfants, parce que Latifa me donnait beaucoup de sourires, de même que son grand frère. Mais Latifa était particulière, elle était comme si elle était un peu divine, c'est vrai que j'ai finalement commencé à l'appeler Divine, comme le faisait déjà sa grand-mère. Elle était particulière ; elle avait parfois des réactions comme une personne adulte. Si elle fuit quelqu'un, cela veut dire que la personne est vraiment compliquée. Après sa mort, une prophétesse m'a regardée et m'a dit ceci : « Tu as perdu ta fille ; elle est morte pour te défendre parce que tes ennemis sont redoutables et elle n'avait pas encore la capacité de savoir les gérer. Elle t'a trop défendue ». Je me demande pourquoi ma fille faisait ça.

Étudiante : Alors est-ce à dire que son départ va impacter sur le devenir de la famille, c'est-à-dire est-ce qu'aujourd'hui quand on pense à faire d'autres enfants, on se dit qu'ils risquent passer par le même couloir, ou alors on est déterminé à avoir de petites Latifa et de petits Samuel puisque Latifa décède quand Mégane est déjà dans le ventre?

Mère1: Ce que pense l'ennemi ne m'intéresse pas. Moi-même je sais que quand je m'implique, les choses évoluent. C'est arrivé parce qu'il y a des choses que je ne considérais pas trop. Maintenant que je sais tout, je prends quand même la peine dans le cadre spirituel de prier, de protéger ma famille. J'ai dit à Dieu que c'est lui qui donne, il ne m'a pas donné pour que l'ennemi vienne prendre. Ici sur terre, en dehors de moi, personne d'autre n'a le droit, même s'il se donne quelle raison, il n'a pas le droit. Donc je vais faire mes enfants comme je veux ; je ne suis pas stérile. Donc entre l'ennemi et moi, c'est une guère déjà déclarée ; je ne peux pas quand même accepter que ma vie soit comme ça.

Étudiante : Et leur père, comment est-ce qu'il a aussi pris la nouvelle ?

Mère1: C'est l'une des choses qui faisait que Latifa ne devait pas partir. Quand j'avais fait l'accident, j'étais enceinte d'elle de sept mois et son père nous a laissées à l'hôpital. Dès qu'on nous a transférées à Mvog-Betsi, il nous a installées et il m'a dit qu'il partait chercher l'argent.

Jusqu'aujourd'hui, on ne s'est plus revu. Donc Latifa et moi, étions seulement à deux. C'est vrai que ma famille m'a soutenue.

Étudiante : Est-ce que avant ça il y'avait un problème ?

Mère1: Non. Peut-être pensait-il que j'allais mourir ou alors je serais totalement méconnaissable. J'avais trop de blessures ; j'étais vraiment méconnaissable et lui peut-être il ne pouvait plus vivre avec une femme aussi abîmée. Donc il est parti. À mon lieu de service quand cet accident est arrivé, mon patron a pris sur lui les charges.

Étudiante : Et celui qui est là maintenant, ça s'est passé comment ?

Mère1 : Dieu sait comment il fait ses choses, je n'ai pas eu de chance avec les hommes.

Étudiante : Est-ce que ce n'est pas la continuité de ce que le village avait commencé ?

Mère1 : Je ne sais pas. Maintenant j'ai dit à Dieu que je suis consciente d'être sa fille, qu'il fasse de moi ce qu'il veut ; s'il veut que sa fille reste comme ça, qu'il me donne seulement les moyens de ne pas me plaindre. Mais pour ma dernière fille, son père est là mais je ne veux pas les promesses. Si un jour ça arrive ça va arriver. Pour la petite histoire, c'est mon ancien fiancé qui est le père de ma dernière fille. Il s'est marié et puis s'est retrouvé en train de divorcer, avec quatre enfants. Je lui avais reproché de m'avoir laissée, ça fait mal, ce n'est pas facile. Il fallait annuler le mariage vendredi alors que les gens savaient qu'ils devaient venir samedi. Et je n'ai pas pu tout annuler ; il y'a quand les gens qui sont venus, j'ai même eu des cadeaux sans être mariée et c'est la même personne qui revient.

Étudiante : Peut-être qu'il s'était trompé de chemin et pourquoi ne pas revenir à la case départ ?

Mère1 : Puisque c'est lui-même que j'attendais. Je n'exige rien ; je ne demande rien ; il a déjà reconnu l'enfant.

Étudiante : Revenons au décès de Latifah. Est-ce que vous vous dites : « C'est parce que l'enfant est allée sur leur territoire, que les sorciers ont eu tous les droits de la tuer ?

Mère 1 : Oui, ils se donnent beaucoup de droits, puisqu'ils font leur vie comme ça.

Étudiante : Mais à ce niveau, est-ce qu'il n y a pas eu une faille quelque part ?

Mère 1 : Déjà au village, il y a des gens qui n'aiment pas voir les enfants avec les étoiles comme ma fille. Des personnes qu'on sait déjà, on sait qu'on est mal entouré. Parce des gens qui en parlent. Quand le premier est décédé, des gens sont venus dire des choses à ma mère. Elle avant ne voulait pas me dire. Une femme lui a dit ceci : « *Ta petite fille Latifah ne doit même plus venir ici. Si on ne la finit pas, puisque c'est elle qui tient la famille même dans la prière, elle défend sa famille, si on la supprime pas, c'est une chance* ». Mon père également est dans les loges. Vous savez quand tu as consommé et que tu dois rembourser, ça devient compliqué. Cela m'a fait passer par beaucoup de situations difficiles. J'ai dû l'affronter, et surtout d'une manière spirituelle. Dans les rêves, je me retrouvais toujours en train de voler la liste sur laquelle mon père avait déjà écrit les noms. Quand je fuis et il me poursuit, même si je réussis à me cacher, il m'appelle et me dit : « *Je vois là où tu es cachée, tu vas me donner la liste-là* ».

À cause de tout ça, paraît-il mon petit frère qui me suit a fait l'accident et plusieurs homme de Dieu ont regardé, comme mon père est le genre qui prend bien soin des pasteurs, ils ne veulent pas le dénoncer. Mon père fait ses choses en silence. Mon petit frère a un pied malade depuis son enfance, à cause de mon père. Il voulait le sacrifier. Mon grand frère également a eu un accident mystérieux comme ça. Pendant qu'il traversait un pont avec sa moto, il s'est retrouvé dans l'eau de manière mystérieuse. Et moi j'ai eu l'accident deux fois ; ce n'est pas seulement le cas de mon petit frère. Même une tante dans la famille qui a même vécu avec nous, ne nous veut pas du bien. On l'accuse également d'être en complicité avec notre père pour nous sacrifier.

Étudiante : Alors, dites-nous, si chemin faisant on a besoin de continuer cet entretien, serez-vous toujours disposée ?

Mère 1 : Ce sera avec plaisir !

Étudiante : Merci pour ce temps que vous nous avez accordé

Mère 1 : C'est à moi de vous remercier. Je me sens soulagée.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	1
DEDICACE	2
REMERCIEMENTS	3
RESUME	4
ABSTRACT	5
LISTE DES TABLEAUX	6
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	7
LISTE DES ANNEXES	2
INTRODUCTION GÉNÉRALE DE L'ÉTUDE	3
0. 1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE	4
0. 2. FORMULATION ET POSITION DU PROBLÈME	8
0. 3. QUESTIONS DE RECHERCHE	10
0. 4. OBJECTIF DE L'ETUDE	10
0. 5. ORIGINALITÉ ET PERTINENCE DE L'ETUDE	10
0. 5. 1. Originalité de l'étude	10
0. 5. 2. Pertinence de l'étude	11
0. 6. DÉLIMITATION DE L'ETUDE	11
1.6.3.1. La perte d'objet.....	13
1.6.3.2. Le travail du deuil.....	13
1.6.3.3. Approche clinique et projective.....	15
1.6.3.4. La culpabilité écran	15
CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE	18
CHAPITRE 1 : ANGOISSE DE MORT CHEZ LA MÈRE ENDEUILLÉE	19
1.1. LA RELATION D'OBJET	19
1.1. 1. Le concept d'objet.....	19
1.1. 2. L'objet libidinal.....	20
1.1. 3. L'objet partiel.....	21

1.1. 4. L'objet petit <i>a</i>	22
1.1. 5. L'Objet transitionnel	24
1.2. LA PERTE D'OBJET	25
1.2.1. Les formes de manque d'objet	27
1.2.2. Perte d'objet comme rupture du lien	31
1.2.3. Les complications du deuil.....	32
1.2.4. Facteurs de complication du deuil.....	34
1.2.5. La perte d'un enfant.	35
1.2.6. Conclusion.....	35
CHAPITRE 2 : LE TRAVAIL DU DEUIL	36
2.1. LE TRAVAIL DU DEUIL.....	36
2.1.1. Le travail du deuil selon le modèle freudien	36
2.1.2. L'angoisse de séparation et de perte d'objet selon Klein.....	37
2.1.3. Le travail du deuil selon Bacqué et Hanus	40
2.1.3. 1. <i>L'étape de choc ou le blocage somato-psychique</i>	40
2.1.3. 2. <i>Les comportements de recherche et la régression</i>	41
2.1.3. 3. <i>L'agressivité et la colère</i>	41
2.1.3. 4. <i>L'expression du chagrin du deuil</i>	42
2.1.3. 5. <i>La terminaison du travail du deuil</i>	44
2.2. LA MENTALISATION COMME TRAVAIL DE DEUIL.....	45
2.2. 1. Le point de vue de Sow	45
2.3. LA THÉORIE DU DEUIL.....	47
DEUXIEME PARTIE : CADRE METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE	52
CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE	53
3. 1. RAPPEL DE LA QUESTION DE RECHERCHE	53
3. 2. HYPOTHESES DE L'ETUDE	53
3.2.1. Hypothèse générale (HG)	53

3.2.2.	Les hypothèses de recherche (HR)	53
3. 3.	VARIABLES DE L'ETUDE	Erreur ! Signet non défini.
3. 4.	RAPPEL DE L'OBJECTIF GENERAL	54
3. 5.	SITE DE RECHERCHE	54
3.5.1.	Présentation de la structure de l'hôpital	55
3.5.1.1.	<i>Historique du CDHSMP</i>	55
3.5.1.2.	<i>Généralité sur le CDHSMP</i>	56
3.5.1.3.	<i>Organisation (organigramme)</i>	57
3.5.1.4.	<i>Fonctionnement du CHDSMP</i>	57
3.5.1.5.	<i>Mission de la structure</i>	58
3.5.2.	Présentation du service dans lequel les données ont été collectées	58
3.5.2.1.	<i>Présentation de l'USP du CHDSMP</i>	58
3.5.2.2.	<i>Ressources humaines</i>	58
3. 6.	PARTICIPANTE À L'ÉTUDE	59
3.6.1.	Recrutement de la participante	Erreur ! Signet non défini.
3.6.1.1.	Caractéristiques de la participante à l'étude	Erreur ! Signet non défini.
3.6.1.2.	Critères d'inclusion	Erreur ! Signet non défini.
3.6.1.3.	Critères d'exclusion	Erreur ! Signet non défini.
3. 7.	MÉTHODE DE RECHERCHE	60
3.7.1.	L'étude de cas	60
3. 8.	LA COLLECTE DES DONNÉES	61
3.8.1.	L'entretien clinique	62
Sous-thème 1 :	Absence de sentiment de plénitude d'être;	63
Sous-thème 2 :	Absence de sentiment de profonde « assise »;	63
Sous-thème 1 :	Absence de sentiment d'assurance ;	63
Sous-thème 2 :	Absence de sentiment de confiance.	63
Sous-thème 1 :	Absence de sentiment d'appartenance	63
Sous-thème 2 :	Absence de sentiment de sécurité.	63

Sous-thème 1 : La mise en représentation : Accepter voir le corps de son enfant ; Accompagner le corps de son enfant à la morgue ; Usage des temps du passé pour évoquer le disparu.....	63
Sous-thème 2 : La symbolisation : Accepter d’assister à l’enterrement ; Accepter de pratiquer les rites funéraires.....	63
Sous-thème 3 : La mentalisation : Évocation le souvenir de son enfant sans être submergé par les émotions.....	63
3.8.2. Le test de Rorschach.....	65
3.8.3. Difficultés rencontrées au cours de la collecte des données.....	67
3.8.4. Considérations éthiques.....	68
3.9. L’ANALYSE DES DONNEES.....	68
3.9.1. L’analyse de contenu.....	68
3.9.1.1. L’analyse thématique.....	68
3.9.2. Le compte rendu de l’examen psychologique du Rorschach.....	69
3.9.2.1. L’étude de la clinique de la passation.....	69
3.9.2.2. L’étude de la dimension cognitive du travail de deuil.....	69
3.9.2.3. L’étude de la dimension sociale du travail de deuil.....	70
3.9.2.4. L’étude de la dimension affective du travail de deuil.....	70
3.9.2.5. La conclusion ou la synthèse.....	71
CHAPITRE 4 : PRESENTATION ET ANALYSE DES DONNEES.....	72
4.1. PRÉSENTATION DE LA PARTICIPANTE.....	72
4.2. PRÉSENTATION DES DONNÉES DU TEST DE RORSCHACH.....	72
4.2.1. Étude de la clinique de la passation.....	73
4.2.2. Protocole de la Mère de Latifah.....	73
4.2.3. Psychogramme de la Mère de Latifah.....	77
4.2.4. La dimension cognitive du travail du deuil.....	78
4.2.5. Dimension sociale du travail du deuil.....	78
4.2.6. Dimension affective du travail du deuil.....	78
4.2.7. Synthèse des données du test de Rorschach.....	79
4.3. PRÉSENTATION DES DONNÉES DE L’ENTRETIEN.....	79
4.3.1. Thème 1 : Culpabilité vis-à-vis de l’ancêtre.....	79
4.3.2. Thème 2 : Culpabilité vis-à-vis de la communauté.....	81
4.3.3. Thème 3 : Culpabilité vis-à-vis de la famille.....	82

4.3.4.	Thème 4 : Travail de deuil	83
4.4.	ANALYSE DES DONNEES	84
4.4.1.	La culpabilité vis-à-vis de l'ancêtre.....	84
4.4.2.	La culpabilité vis-à-vis de la communauté.....	86
4.4.3.	La culpabilité vis-à-vis de la famille	88
4.4.4.	Le travail de deuil chez la Mère de Latifah.....	89
4.5.	SYNTHESE DES ANALYSES	92
CHAPITRE 5 : INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS		94
5.1.	RAPPEL DES DONNEES THEORIQUES DE L'ETUDE	94
5.1.1.	La culpabilité écran chez Dollande et De Tichey (2000)	94
5.1.2.	Les liens de croyance de Sow (1977)	95
5.2.	RAPPEL DES DONNEES EMPIRIQUES DE L'ETUDE	96
5.3.	INTERPRETATION DES RESULTATS DE L'ETUDE	96
5.3.1.	De la culpabilité vis-à-vis de l'ancêtre au travail de deuil.....	97
5.3.2.	De la culpabilité vis-à-vis de la communauté au travail de deuil	98
5.3.3.	De la culpabilité vis-à-vis de la famille	100
5.4.	DISCUSSION DES RESULTATS DE L'ETUDE.....	102
5.5.	IMPLICATIONS DE L'ETUDE	106
5.5.1.	Implications théoriques de l'étude	106
5.5.2.	Implications pratiques de l'étude	108
CONCLUSION GÉNÉRALE		109
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....		115
ANNEXES		125
TABLE DES MATIÈRES.....		138