

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Université Mentouri de Constantine

Faculté des Sciences Humaines et Sociales

Département de psychologie et des sciences de l'éducation

N° d'ordre :.....

N° de série :.....

# Le deuil face à la mort violente d'un proche

Etude des réactions de deuil

## *Mémoire*

En vue de l'obtention du diplôme de Magister

*En psychologie clinique*

Option :

Psychologie traumatique

Réalisé par :

BENHARKAT Imène

Dirigé par :

Mme le Professeur **ROUAG Abla**

Membres du jury :

Date de soutenance le : .....2005

<b>Pr : HAROUNI Moussa,</b>	<b>Président.</b>	- Université Mentouri de Constantine
<b>Pr : ROUAG Abla,</b>	<b>Rapporteur.</b>	- Université Mentouri de Constantine
<b>Pr : MAACHE Youcef,</b>	<b>Examineur.</b>	- Université Mentouri de Constantine
<b>M. C : KHEBBEB Akila,</b>	<b>Examineur.</b>	- Université Badji Mokhtar de Annaba

Année Universitaire : 2004 - 2005

## **Remerciements**

*A Madame le Professeur Rouag Abla,*

*Trouvez ici l'expression de nos sincères et très vifs remerciements non seulement pour avoir accepté de diriger notre mémoire de magister mais aussi pour votre disponibilité, votre dévouement et votre rigueur scientifique.*

*Grâce à vos encouragements et à votre générosité, ce travail a pu être mené à son terme. Sachez que nous vous serons éternellement reconnaissante.*

*A tous les membres du jury,*

*Pour avoir accepté de juger ce travail; sachez que nous vous serons reconnaissantes pour toujours.*

*A toute l'équipe du service de médecine légale du CHU de Constantine.*

*Trouvez ici l'expression de mes sincères remerciements.*

*A toutes les familles des victimes,*

*Vous avez accepté de nous faire part de votre douleur ; soyez en très chaleureusement remerciées pour nous avoir permis d'aborder avec vous des problèmes touchant très souvent à votre vie intime. Sachez que nous vous serons éternellement reconnaissante.*

*Nos remerciements à tous ceux qui ont pris part de près ou de loin à la réalisation de ce travail.*

*Je dédie ce travail,*

*A*

*Mon père et ma mère*

*Ma sœur et mon frère*

*Toute la famille et mes amies*

*Imène*

# **Table des matières**

Introduction	1
Problématique	2
Hypothèses de travail	7

## **Première partie : Approche théorique**

### **Chapitre I : La mort**

1. Définitions de la mort	10
2. La classification de la mort	13
2.1- Les morts naturelles	13
2.2- Les morts suspectes	14
2.3- Les morts violentes	14
3. Les attitudes et comportements face à la mort	17
3.1- Les sociétés face à la mort	18
3.2- L'attitude de l'individu face à la mort	21
3.2.1- L'attitude de l'adulte face à la mort	21
3.2.2- L'enfant et la mort	26
4. Les rituels de la mort	29
4.1- Définition du concept "Rite"	30
4.2- La fonction des rites	32
4.3- Les rituels funéraires	33
5. La mort dans les religions monothéistes	36
5.1- L'attitude des religions monothéistes face à la mort	38
5.2- Les rituels funéraires dans la religion musulmane	42
5.3- La religion et les morts violentes	46
6. La mort et les rituels funéraires dans la culture Algérienne	48

## **Chapitre II : Le deuil**

1. Définitions du ‘‘deuil’’	56
1.1- Définitions générale du concept	56
1.2- Le deuil en psychologie	59
2. Le travail de deuil	61
2.1- Définition du travail de deuil	61
2.2- Les étapes du deuil selon les auteurs	63
2.2.1- Les étapes du deuil selon Michel Hanus	63
2.2.2- Les étapes du deuil selon Marie Frédérique Bacqué	68
2.2.3- Les étapes du deuil selon Alain de Broca	72
2.3- Les différentes approches sur le processus du deuil et ses mécanismes	79
2.3.1- Le processus du deuil selon Mélanie Klein	79
2.3.2- Le processus du deuil selon Michel Hanus	83
2.3.3- Le processus du deuil selon Gérard Bayle	86
2.4- Le deuil chez l’enfant	89
3. Les complications du deuil	90
3.1- Les deuils compliqués	92
3.1.1- Le deuil différé	92
3.1.2- Le deuil inhibé	93
3.1.3- Le deuil chronique	93
3.1.3- Le deuil anticipé	94
3.2- Les deuils pathologiques	95
3.2.1- Le deuil dépressif	96
3.2.2- Le deuil maniaque	98
3.2.3- Le deuil hystérique	98
3.2.4- Le deuil obsessionnel	99
3.2.5- Le deuil somatique	100
4. Les facteurs aggravant le travail de deuil	102
4.1- Les facteurs physiques et psychologiques liés à l’endeuillé	102
4.2- Les variables socioculturelles	104
4.3- Les circonstances du décès	105
5. La prise en charge des endeuillés	105

## **Chapitre III : Le traumatisme psychologique**

1. Définition générale du concept de traumatisme	111
2. Les modèles explicatifs du traumatisme psychologique	112
2.1- Le modèle psychanalytique	112
2.2- Le modèle comportemental	113
2.3- Le modèle biologique	113
2.4- Le modèle cognitif	114
2.5- L'approche phénoménologique	115
3. L'événement traumatique	116
3.1- Définition de l'événement traumatique	116
3.2- Les caractéristiques de l'événement traumatique	117
4. Les conséquences du traumatisme	120
4.1- La classification des troubles liés au psychotraumatisme	120
4.1.1- Les troubles immédiats	121
4.1.2- La phase post-immédiate	123
4.1.3- La phase chronique	123
4.2- Description clinique du syndrome psychotraumatique	126
4.2.1- La névrose traumatique	127
4.2.2- La classification du DSM IV	130
5. Le psychotraumatisme chez l'enfant	133
6. La prise en charge psychologique du psychotraumatisme	135
6.1- Les soins immédiats	135
6.2- Les soins post-immédiats	136
6.3- Le suivi psychologique	140
7. La relation entre le traumatisme, la mort et le deuil	143
7.1- La différence entre le traumatisme et le deuil selon le DSM IV	144
7.2- Les facteurs à risque liés aux circonstances du décès	146
7.2.1- La mort par suicide	148
7.2.2- Le deuil en l'absence de la dépouille du défunt	149
7.2.3- La mort d'un enfant	150

## **Deuxième partie : Approche méthodologique et pratique**

### **Chapitre IV : La méthodologie**

1. Rappel des hypothèses	155
2. La pré-enquête	156
2.1- La pré-enquête : définition	156
2.2- L'objectif de la pré-enquête	156
2.3- L'entretien de recherche	157
2.4- La grille d'entretien	158
2.5- Le déroulement de la pré- enquête	158
2.6- Les résultats de la pré-enquête	160
3. L'enquête : le recueil des informations	161
3.1- La population	161
3.2- La technique utilisée : le questionnaire	163
3.2.1- La construction du questionnaire	164
3.2.2- La description du questionnaire	164
3.2.3- Le testing du questionnaire	166
3.2.4- La passation du questionnaire	167
3.3- Contraintes et difficultés du terrain	171
4. Le traitement des informations	171
4.1- les tris à plat	172
4.2- les tris croisés	172

### **Chapitre V : Présentation et analyse des résultats**

1- Présentation des tris à plat	173
2- Interprétation des résultats des tris à plat	194
3- Présentation et interprétation des tris croisés	199
4- Récapitulatif des tris croisés	281
5- Analyse des résultats	283
Conclusion Générale	300
La bibliographie	303
Annexes	310

## **Introduction**

Au fil des temps la conception de la mort a connu des changements successifs liés très souvent aux diverses mutations qu'ont connues les sociétés humaines. Désormais et grâce aux progrès des sciences médicales et de l'amélioration de la qualité de vie qui ont prolongé l'espérance de vie des individus notamment dans les sociétés modernes occidentales, la mort est de moins en moins considérée comme une fatalité ou un événement naturel faisant partie de la vie normale. Au contraire, elle est vécue aujourd'hui comme une agression ou une violence à laquelle l'Homme n'arrive pas à faire face, bien qu'en un siècle, écrit M. F. Bacqué, « les mourants sont plus âgés qu'ils ne l'ont jamais été... nous sommes passés d'une époque où la moitié des décès avait lieu avant 55 ans à une époque (à partir de 2000) où la moitié des décès a lieu après 80 ans et un quart à plus de 87 ans. Ce déplacement de l'âge des morts, souligne l'auteur a, cependant un effet pervers : s'il banalise la mort des anciens, il rend plus rare la mort du jeune et du coup il accentue l'état de choc de la famille tout en développant des syndromes post-traumatiques nécessitant une aide spécialisée » (2001. p214).

En plus de ce constat, les spécialistes ont relevé un éloignement des traditions ancestrales dont font partie les rites mortuaires et de séparation qui jouaient un rôle fondamental dans l'accompagnement des mourants et du même coup, dans l'apaisement des souffrances engendrées par la perte d'un être cher. Toutes ces attitudes n'ont fait qu'aggraver l'état des survivants qui ont de plus en plus de difficultés à accepter le décès de leur proche, ce qui est à l'origine de complications et de pathologies du deuil.

Afin d'expliquer la recrudescence de ce phénomène lié à la mort, les chercheurs occidentaux ont traité ce thème dans ses divers aspects médicaux, psychologiques, anthropologiques... et ce, pour comprendre et cerner les causes et les facteurs qui sont à l'origine de ces complications. L'absence de recherches sur ce sujet dans la société Algérienne nous a poussé à choisir l'étude du deuil afin de connaître les conséquences que peut engendrer la disparition d'un être cher et plus particulièrement les réactions du deuil face à la mort violente d'un proche.

En effet, la mort lorsqu'elle est attendue, suite à une maladie par exemple, permet au processus de deuil de commencer parfois même avant le décès, ce qui facilite

relativement l'acceptation de la perte et contribue d'une manière considérable à l'amélioration de l'état des endeuillés.

Par contre, dans le cas des morts violentes et plus généralement lors des décès inattendus et brutaux telle que la mort subite (ex : l'arrêt cardiaque), le deuil qui est un processus qui se déclenche normalement après chaque perte d'une personne ( d'un objet aimé ou d'un idéal), risque d'être entravé par cette disparition du fait justement, de l'effet de surprise qu'elle crée et qui va être dans certains cas, une source de complications plus ou moins graves de l'état de l'endeuillé. C'est pour ces raisons que la plupart des spécialistes qualifient les morts violentes de traumatiques susceptibles de bloquer le travail de deuil et de ce fait, être à l'origine de graves pathologies.

A ce sujet C. Fauré écrit : « si dans le cas d'une longue maladie la mort est une issue presque "logique" et compréhensible, la mort brutale, elle, échappe à toute explication...Elle prend tellement de court l'individu que les moyens de se préserver sont paralysés par la soudaineté de l'événement. » (1995. p35). De son côté M. F. Bacqué ajoute que « plus la perte est inattendue, plus le deuil risque de se compliquer » (2000.p98).

Nous pouvons avancer donc, que la nature de la mort – violente ou subite- est un facteur susceptible d'entraver ou même de bloquer le travail de deuil. Selon les spécialistes du domaine du deuil, d'autres facteurs personnels tels que l'âge de l'endeuillé, son niveau d'instruction, son état de santé mental ou physique..., ou bien ceux liés au défunt comme son âge, peuvent être également à l'origine de graves complications de ce processus, rendant ainsi difficile, si ce n'est impossible l'amélioration de l'état de l'endeuillé. D'où la nécessité d'une prise en charge précoce des sujets à risque.

## **Problématique**

Au cours de son existence, l'être humain est confronté à des situations qui peuvent menacer momentanément ou durablement son intégrité physique et son équilibre mental. Ces événements diffèrent selon les agents qui les provoquent et peuvent aller de simples situations stressantes ou frustrantes de la vie quotidienne telles que la promiscuité et le rythme accéléré de la vie moderne, à des situations menaçantes, violentes, destructrices appelées "événements traumatiques". Parmi ces derniers nous pouvons citer les accidents collectifs ou individuels tels que les accidents de la circulation ou les accidents aériens, les catastrophes naturelles comme les séismes, les inondations...etc. Ou bien encore les violences humaines à l'image de viols, des agressions physiques, les assassinats... qui vont déclencher un choc violent susceptible de bouleverser fortement et totalement la vie de l'individu. Par sa violence et sa soudaineté, l'événement traumatique va déborder les défenses du moi, empêchant ainsi le sujet d'y faire face et de réagir d'une manière adéquate afin d'éviter les éventuelles complications de son état de santé physique et mentale.

Pour toutes ces raisons, plusieurs chercheurs se sont penchés sur ce sujet pour définir et cerner la problématique du psychotraumatisme, afin de connaître, pour mieux prévenir ses conséquences.

A ce propos, S. Freud dira que « le traumatisme résulte de l'effraction du pare excitation due à un afflux d'excitations venu de l'extérieur et qui provoque –au niveau économique- un envahissement et un débordement de l'appareil psychique » (Cité par Mazet Ph, Houzel. D. 1996).

Quant aux psychiatres Américains, ils l'ont lié à « l'expérience d'un sujet qui a vécu un événement ou un ensemble d'événements qui ont été accompagnés de la mort, d'un danger de mort, de blessures graves ou d'une menace envers l'intégrité physique, pour le sujet lui-même ou envers d'autres personnes. Dans ces situations le sujet ressent une peur intense ainsi qu'un sentiment de détresse ou d'horreur » (Plantaire. F. 2003. [www.spp.asso.fr](http://www.spp.asso.fr)).

Cela rejoint l'avis de L. Crocq qui souligne que « le traumatisme psychique est occasionné par un événement soudain et violent menaçant un sujet qui ne s'y attendait pas et c'est une rencontre tragique avec la mort qui agresse son intégrité physique et mentale ». (2003. [www.enm.justice.fr](http://www.enm.justice.fr))

Même si ces différentes approches ne sont pas unanimes sur une même définition de l'événement traumatique, elles se rejoignent sur certaines de ses caractéristiques à savoir, sa violence et sa soudaineté qui prennent de court la personne, la déstabilisent et mettent en échec ses capacités défensives et adaptatives. Mais en réalité, ces critères ne sont pas à eux seuls suffisants pour dire que tel événement est traumatisant ou pas puisque d'autres facteurs peuvent entrer en jeu pour favoriser l'apparition du traumatisme. Ces derniers qui englobent l'état constitutionnel du sujet qui subit la situation, son histoire, sa structure, son état physique et psychologique, ainsi que ses croyances, sa culture...etc, peuvent expliquer pourquoi un même événement déclenche un traumatisme chez une personne alors qu'une autre s'en sort indemne. Ces facteurs vont déterminer également les différentes réactions que nous pouvons observer à la suite de l'événement traumatique.

A ce propos, les auteurs ont répertorié d'une manière générale trois types de réactions, à la suite d'un événement traumatisant à savoir les réactions de stress, les réactions différées et celles liées à l'état de stress post- traumatique qui évoluent en trois phases distinctes : premièrement, la phase immédiate qui relève de la réaction de stress et qui généralement ne dure pas plus de quelques dizaines de minutes, à moins que la situation menaçante ne perdure ou ne se renouvelle. La seconde phase post-immédiate survient quelques heures après l'événement traumatisant et peut durer jusqu'à une semaine ou dix jours et se traduit par le retour plus ou moins rapide à l'état normal. Cependant nous pouvons observer des décharges émotives différées telles que les agitations, les pleurs..., ou bien des accès neurovégétatifs à l'exemple de pâleur, de tachycardies...etc. Enfin, la phase chronique qui apparaît quelques jours ou quelques mois après la phase post immédiate et qui se manifeste par l'installation de la névrose traumatique ou le syndrome psychotraumatique qui comprend d'une part, des symptômes dits "de répétitions" et des symptômes non spécifiques tels que l'anxiété, les symptômes phobiques..., et d'autre part, une altération de la personnalité qui s'avère gênante et invalidante pour le sujet. (Crocq L. 2000. p57)

Sur ce point, tous les spécialistes sont d'accord pour dire que ces réactions peuvent concerner toute victime d'un événement traumatique, qu'elle soit blessée physique ou rescapée indemne, ainsi que les témoins et les impliqués qui peuvent être touchés par le stress et le traumatisme.

Nous avons choisi d'étudier l'une des conséquences extrêmes de l'événement traumatisant à savoir la mort qui est définie par N. Sillamy comme la cessation définitive des fonctions vitales d'un organisme et la fin de la vie ou la disparition définitive et irréversible de la personne. Or, la mort peut être naturelle dans la mesure où elle survient suite à une maladie par exemple, ou tout simplement par vieillesse. Ou bien elle est qualifiée de violente quand elle survient subitement suite à un accident, à un crime ou à un suicide.

Mais quelle que soit sa nature ou ses circonstances, la mort d'un être cher va infliger une blessure violente à ses proches qui vont se retrouver enlisés dans une période de désarroi et de souffrance et dont la vie va être complètement bouleversée, que ce soit sur le plan physique, psychologique, intellectuel ou social. C'est ce qui pousse certains auteurs tels que L. Bailly ou C. Fauré à considérer toute perte d'un proche comme traumatisante.

Pour faire face à ce traumatisme le moi met en place un processus de réparation appelé le "travail de deuil" qui est un processus normal mais complexe qui doit tendre normalement vers la guérison psychique.

D'après M. Létourneau, le travail de deuil se déroule en quatre étapes : la phase d'engourdissement qui débute dès l'annonce de la nouvelle du décès où l'endeuillé est en état de choc momentané et n'arrive pas à y croire et dont la durée varie de quelques heures à quelques jours.

Vient ensuite la phase de perturbation qui est caractérisée par l'acceptation rationnelle du décès et qui est accompagnée de la recherche physique du défunt car la perte n'est pas acceptée émotivement. Cette période dure environ trois mois et est suivie par la phase de désespoir. Cette dernière consiste en la reconnaissance intellectuelle et émotive de la permanence de la perte et peut être à l'origine de l'apparition de la plupart des troubles observés dans la période du deuil. Ces troubles peuvent être d'ordre somatiques (insomnie, anorexie...), affectifs (tristesse, culpabilité...) ou bien comportemental (agitation, fatigue...etc) et peuvent durer environ une année.

Enfin, arrive la phase de réorganisation où l'endeuillé apprend à vivre sans la personne perdue car il développe à nouveau de l'intérêt pour le monde extérieur et réussit à créer des nouveaux liens d'attachement. Selon l'auteur, tout le processus du deuil dure en moyenne entre un an et demi à deux ans.

Cependant il arrive que ce processus soit interrompu provoquant ainsi une perturbation de l'état de l'endeuillé que les auteurs appellent la "complication" ou la "pathologie du deuil", qui est un phénomène en constante recrudescence dans les pays occidentaux qui est dû, d'après M. F. Bacqué et C. Fauré, à la perte des rituels ancestraux qui accompagnaient la mort. Ces rituels permettaient dans un passé récent aux endeuillés d'évacuer toutes leurs souffrances grâce à des repères religieux et sociaux qui font du deuil une étape nécessaire à tout individu pour lui permettre d'éviter les désordres causés par la mort, tout en ménageant sa santé mentale en le rassurant par une gestuelle obligatoire et commune à tous.

D'autre part, les chercheurs ont constaté que certains facteurs entrent en jeu et troublent ou compliquent le déroulement du deuil normal et peuvent être liés soit aux circonstances de la mort, comme par exemple la nature violente du décès, soit à des critères personnels touchant l'endeuillé et qui concernent notamment son état de santé avant le décès, son lien de parenté avec le défunt, sa personnalité antérieure...etc. De ces données, les spécialistes ont pu répertorier un certain nombre de symptômes et de réactions susceptibles de les renseigner sur la survenue éventuelle des complications du deuil et ce, afin de les prévenir.

Pour ce qui est de notre pays qui vit depuis plus d'une décennie une recrudescence de la violence sociale, nous avons remarqué que le taux de morts violentes a augmenté d'une manière importante, notamment dans les accidents de la circulation où les chiffres officiels font part de 1187 décès uniquement pour les cinq premiers mois de l'année 2004. Les pertes humaines ont augmenté de 7,52% par rapport à la même période de 2003. Quant aux décès liés aux suicides, la gendarmerie nationale a avancé le chiffre de 219 cas pour l'année 1993 et 633 suicidés en 2003. (Le jeune indépendant. 01/07/2004). Sans oublier les meurtres qui ont connu également une augmentation importante ces dernières années avec le terrorisme qui a endeuillé des milliers d'Algériens.

C'est à partir de ces données statistiques inquiétantes que nous nous sommes demandés ce que va être l'impact de ces morts violentes sur les personnes qui les subissent, dans la mesure où ces types de décès font partie des facteurs susceptibles de compliquer le travail de deuil.

Y aura-t-il des différences entre les réactions de deuil qualifiées de “normales” par la littérature occidentale avec celles qui surviennent suite aux morts violentes ?

En plus de la nature de la mort violente, est ce que les facteurs personnels relatifs à l’endeuillé ou au défunt tels que le sexe et l’âge ainsi que les facteurs socio-culturels de l’endeuillé vont-ils influencer positivement ou négativement sur le travail de deuil ?

Si nous prenons également en considération le fait que la société algérienne qui se caractérise par des croyances et des traditions différentes de celles de l’Occident, et qui se manifestent, comme le souligne B. Bensmail, par la croyance au fatalisme et à la volonté de Dieu, est ce que celles-ci vont simplifier ce travail de deuil et faciliter ainsi l’amélioration de l’état des endeuillés ?

Tels sont donc les objectifs que nous nous sommes fixés afin d’étudier le processus du deuil en général et le deuil face à la mort violente en particulier pour essayer d’identifier et d’analyser les réactions des endeuillés algériens en les comparant à celles répertoriées par les données littéraires et aux différents travaux réalisés sur le sujet afin de déceler les différents facteurs susceptibles d’influer sur l’état des endeuillés suite à cet événement tragique.

### **Hypothèses de travail**

Afin de répondre à toutes ces questions nous avons construit les hypothèses suivantes :

#### **1. L’hypothèse principale 1 :**

Les facteurs psycho- sociologiques influent sur les réactions des endeuillés suite à la mort violente d’un proche.

Nous avons décomposé cette première hypothèse principale en quatre hypothèses partielles selon les facteurs pouvant influencer sur le travail de deuil. La première hypothèse sera relative à la variable “sexe”, la seconde sera liée à la variable “âge de l’endeuillé”, la troisième touchera à son niveau d’instruction et sa catégorie socio professionnelle. Enfin une quatrième hypothèse concernera la variable “lien de parenté avec l’endeuillé”.

### **1.1- Les hypothèses partielles :**

- 1- Les femmes expriment plus que les hommes leurs sentiments de douleur liés à la perte violente d'un être cher.
- 2- L'âge de l'endeuillé influe sur ses réactions immédiates et son amélioration suite à la mort violente d'un proche.
- 3- Plus le niveau socioculturel de l'endeuillé est bas, moins son état s'améliore.
- 4- Le décès d'un enfant suite à une mort violente affecte l'état des parents qui s'améliorent difficilement.

### **2. L'hypothèse principale 2 :**

La nature de la mort violente influe sur l'évolution de l'état des endeuillés.

Pour ce qui est de la deuxième hypothèse principale qui traite de l'impact de la nature de la mort violente sur l'évolution de l'état des endeuillés, nous l'avons décomposé en deux hypothèses partielles l'une concerne les meurtres et l'autre les décès consécutifs aux accidents :

#### **2.1- Les hypothèses partielles :**

1. Le décès d'un proche suite à un meurtre empêche l'amélioration de l'état des endeuillés.
2. Les réactions de choc et de sidération sont moins fréquentes dans les cas d'accidents que lors des suicides et des meurtres.

Première partie :  
*Approche théorique*

# Chapitre I : La mort

Avant d'aborder le thème principal de notre étude à savoir "le deuil", nous allons essayer de présenter dans ce chapitre les diverses approches qui touchent au sujet de la mort qui est la principale cause du déclenchement du processus du deuil. Or comme nous allons le voir, le deuil ne concerne pas uniquement la mort d'un proche, mais il peut toucher à d'autres domaines tels que la perte d'un emploi, d'un objet aimé...etc.

## **1. Définition de la mort :**

Le processus de la mort et la question de sa définition ont préoccupé les penseurs depuis l'aube de l'humanité et jusqu'à présent il n'existe pas une explication précise de ce terme pour faire l'unanimité dans les différentes disciplines, que ce soit en philosophie, en psychologie ou en sciences médicales.

Effectivement, l'homme a tendance à opposer la vie à la mort, d'où la définition du Dictionnaires Le petit Robert qui considère le concept de la mort comme étant « la cessation définitive de la vie d'un être humain, d'un animal et par extension, de tout organisme biologique » (1979). Cette explication est générale puisque le terme de "vie" est lui aussi vague et imprécis. Mais comme nous le voyons, la mort n'est pas propre à l'homme, c'est-à-dire qu'elle ne touche pas uniquement les êtres humains, puisqu'elle concerne aussi les animaux, les plantes, les insectes et la nature en général. Cependant il n'y a que les êtres humains qui ont conscience de la mort sans pour autant la connaître. D'après E. Guilane Nachez (1995.[www.nachez.fr](http://www.nachez.fr)) « l'expérience que les vivants ont de la mort, est extérieure au phénomène lui-même. Seule l'apparence de la mort nous est familière et non son "vécu" ». En d'autres termes, nous pouvons dire que les vivants "ne connaissent" pas la mort mais ils ne perçoivent que ses signes extérieurs chez "l'autre" et ceux qui sont morts ne sont plus là pour en parler.

Une autre conception très répandue dans le domaine de la philosophie matérialiste, considère la mort comme étant « l'état dont on ne revient pas ». Certains philosophes soulignent que la mort est « la fin de tout, celle du corps et du principe de conscience ».

Elle serait d'après eux, la disparition du corps ainsi que celle de la pensée, de la mémoire et de la conscience. De ce point de vue, il n'existe rien après la mort. Au contraire, les spiritualistes la définissent comme étant « l'absence de corps physique et l'impossibilité de communiquer avec ceux qui ont en ». Pour ces derniers, les morts sont toujours présents, ils n'ont pas un corps de chair mais possèdent plutôt une enveloppe d'énergie que certains appellent le "corps astral" ou le "corps étherique". D'après eux, « ces morts rodent au milieu des vivants qui n'arrivent pas à leur parler ni à les contacter puisque ces derniers ne les voient pas ». (Cité par M. A. Descamps. 2004. [www.europsy.org](http://www.europsy.org))

De l'avis d'autres auteurs, le sens de la mort diffère selon les cultures et les croyances des sociétés. Pour les croyants, le décès est « la séparation de l'âme et du corps », où se dernier périt et disparaît ; c'est ce qu'ils appellent la "mort corporelle" que nous pouvons observer et constater. Quant à l'âme, elle demeure intacte puisqu'elle est "immortelle" et éternelle. Contrairement à ce courant, les athées pensent que l'âme disparaît avec le corps à jamais.

Comme nous le constatons, toutes les définitions philosophiques sur la mort sont généralement globales et vagues car elles sont dépourvues d'un appui scientifique pour les étayer car elles sont basées sur des suppositions et des croyances individuelles ou religieuses qui ne peuvent être observées, donc non confirmées.

Concernant la définition du Dictionnaire de psychologie (N. Sillamy.2003) la mort consiste en « la cessation définitive des fonctions vitales d'un organisme ». Cette conception s'appuie beaucoup plus sur des données médicales que psychologiques, puisque l'auteur la présente comme étant « l'arrêt du fonctionnement des activités vitales de l'organisme telles que la respiration par exemple ». Par ailleurs Maurice Kellersohn dans son article "La période de déclin" (2003. [www.megapsy.com](http://www.megapsy.com)) souligne que le terme "mort" à un double sens : le premier rejoint la définition donnée par le Dictionnaire de psychologie, à savoir celle de la mort physiologique. A ce propos l'auteur affirme que « la mort est un processus qui met un terme à toutes les activités organiques ainsi qu'aux activités mentales perceptibles et qu'elle est l'opération par laquelle le vivant passe de l'état de vie à l'état de mort physiologique ». Quant au deuxième sens, il désigne l'idée que le sujet se forme de la fonction de la mort dans sa

destinée », c'est-à-dire son comportement en tant que témoin ou acteur devant et dans le "mourir" ainsi que son attitude devant la certitude de périr. Pour M. Hanus, la mort signifie pour lui « la disparition d'une personne chère et sa perte, qui conduit surtout à un travail de deuil ». (1995. p7)

D'une manière générale, nous pouvons dire que les psychologues et les psychanalystes s'intéressent beaucoup plus à la représentation de la mort chez le sujet, à son attitude vis-à-vis d'elle, comment il perçoit la mort des autres et surtout la sienne etc....plutôt qu'à la mort physiologique qui est du ressort des sciences médicales. Nous verrons avec plus de détails le courant psychologique dans les chapitres qui vont suivre.

Du point de vue scientifique, la définition de la mort a connu plusieurs changements. Dans une première phase les chercheurs ont insisté uniquement sur l'arrêt de la respiration puis sur l'arrêt des fonctions vitales telle que la circulation sanguine. Enfin récemment, les progrès de la médecine ont démontré qu'on peut maintenir la respiration et le fonctionnement cardiaque par des moyens artificiels et depuis, les médecins parlent plutôt de "mort cérébrale" ou "encéphalique" qui consiste en la perte irréversible de l'activité cérébrale. Cependant dans certaines circonstances, ce concept de mort cérébrale est parfois remis en question comme dans le cas par exemple, des personnes qui perdent toutes leurs activités mentales "supérieures" tout en conservant des fonctions cérébrales "inférieures" telle que la respiration spontanée. Pour cette raison, certains spécialistes définissent la mort comme étant la perte de la conscience qui correspond à l'arrêt des centres supérieurs du cerveau, principalement le néocortex. (Encyclopédie Encarta. 2004)

En résumé, la mort est définie selon des critères qui sont généralement liés à l'arrêt de certaines fonctions intérieures de l'organisme telles que le battement de cœur, la respiration...appelés "les signes négatifs de la vie", ainsi que la présence de certains signes extérieurs tels que le refroidissement du cadavre, sa pâleur, sa putréfaction... appelés "les signes positifs de la mort".

Toutes ces recherches scientifiques qu'a suscité le sujet de la mort ainsi que ses définitions étaient essentiellement liées au problème des "prélèvements d'organes" sur des cadavres pour sauver des vies en danger de mort. Or, tant que la mort n'est pas

officiellement déclarée et tant qu'il n'y a pas une confirmation de la mort cérébrale, le prélèvement d'organes ne peut se faire.

Les différentes études faites sur la mort ont donné naissance à une nouvelle science appelée la "thanatologie" qui relève de la description clinique de la mort, de la recherche de ses mécanismes et de ses causes tout en s'intéresse aux mourants, à leur vécu de la mort, à celui des leurs proches, ainsi qu'à l'après mort, c'est-à-dire aux techniques de gestion du cadavre (inhumation, crémation...), aux rites funéraires, aux pratiques du deuil, bref à tout ce qui touche à la mort de près ou de loin. (L. V. Thomas. 1994)

Cette science n'a pu être entreprise que récemment car l'évocation de la mort a toujours été considérée comme un sujet tabou, un phénomène embarrassant et intime. Pour l'opinion publique, l'étude de la mort paraît encore souvent comme une pratique indélicate surtout lorsqu'elle survient d'une manière violente comme dans le cas des suicides par exemple qui suscitent souvent des réactions complexes dans l'entourage du défunt.

A ce propos, quelle est la différence entre la mort naturelle et la mort violente ? C'est ce que nous allons voir à présent.

## **2. La classification de la mort :**

Comme nous venons de le citer, l'un des intérêts particulier de la thanatologie réside dans la distinction des causes qui aboutissent à la mort. De ce fait, les spécialistes ont classé trois types ou "formes médico-légales de la mort" qui sont la mort naturelle, la mort suspecte et la mort violente.

### **Les morts naturelles :**

La mort naturelle elle est souvent liée à l'issue fatale d'une maladie pour laquelle la personne décédée était suivie et dont le décès "n'étonne" pas outre mesure. (F. Paysant. 1998. [www.med.univ-rennes1.fr](http://www.med.univ-rennes1.fr))

## **2.2. Les morts suspectes :**

Quant à la mort suspecte elle est liée, selon le médecin légiste F. Paysant, à la personnalité du défunt exemple d'un membre de la mafia ou d'un homme politique, etc... Dans ce genre de mort on ignore la cause du décès c'est donc une disparition imprévue et inexplicable, avec une nuance de mystère, qu'elle survienne chez un individu en pleine santé apparente ou chez une personne atteinte déjà d'une maladie connue mais dont l'évolution n'était pas normalement ou rapidement mortelle. (C. Ceccaldi et M. Durigon. 1979. p40)

## **2.3. Les morts violentes :**

Enfin, concernant les morts violentes qui font l'objet de notre recherche, elles peuvent être, soit d'origine accidentelle, soit criminelle ou bien suicidaire et sont définies comme suit :

### **2.3.1- Les morts accidentelles :**

Dans les morts accidentelles, les sujets sont souvent confrontés à des traumatismes dus à un événement imprévu et fortuit. C'est le cas des accidents de la circulation, de train, de travail, des chutes ou brûlures... . A titre d'exemple, nous citerons les décès provoqués par les accidents de la route, où pour la seule année 2003 on dénombre 7720 tués et 153945 blessés en France et où il y eut 4500 morts et 16200 blessés en Algérie. (Journal télévisé du 05/04/2004)

### **2.3.2- Le suicide :**

Le suicide qui est « l'action de se donner soi-même la mort volontairement, le plus souvent pour se libérer d'une situation devenue intolérable » (N. Sillamy. 2003), est un phénomène que l'on retrouve dans presque tous les pays du monde et semble être motivé par des considérations morales ou sociales comme par exemple pour échapper au déshonneur ou bien pour ne pas être une charge pour autrui...etc. Dans d'autres cas, il est dicté par une affectivité perturbée correspondant à un comportement pathologique

lié souvent à une dépression ou à une mélancolie. Mais il arrive parfois de ne pas trouver une réponse, même minime, au motif de cet acte ou bien de ne pas arriver à déterminer le diagnostic d'un suicide car la mort volontaire peut être camouflée en accident.

Le suicide à longterm a été lié à des troubles psychiatriques puisque Dominique Esquirol en 1838 affirmait que « l'homme n'attend à ses jours que dans le délire » dans le sens où tous ceux qui tentent de se suicider ou se suicident sont des malades mentaux ou comme il les nomme "des aliénés". Jusqu'à présent les psychiatres continuent à voir dans l'acte suicidaire un signe de pathologie. De l'avis d'Esquirol « cet acte est contraire à l'instinct normal de conservation ou de vie » (Cité par M. Bardet. 2000. p6) De son côté, le sociologue E. Durkheim affirme que « le suicide est un mal social et non pas un crime », donc pour lui, le suicide est dû à une mauvaise intégration de l'individu dans la société. C'est donc cette société qui est à l'origine de cet acte et non pas l'individu lui-même.

Il faut souligner cependant, que dans certains pays, l'acte suicidaire est considéré comme normal, faisant partie de ses croyances et des rites, comme c'est le cas par exemple en Inde où, à la mort du mari, les veuves issues des hautes castes se laissent brûler vives sur le bûcher funéraires. Pour elles, il ne s'agit pas d'un suicide, bien au contraire, ce geste est un signe de leur envie de continuer à partager le destin de leur mari. Sachant que la mort n'étant pour les Indous qu'une transformation, une nouvelle étape de la vie où le défunt continue à vivre autrement. Pour M. Hanus, cet acte suicidaire est une réalisation matérielle concrète d'une pensée et d'un désir quasi universel qu'on retrouve au début de tout deuil important : celui de rejoindre la personne perdue dans la mort. (1995. p64)

Concernant enfin la définition donnée par l'Organisation Mondiale de la Santé, le suicide est « un attentat contre sa propre personne, avec un degré variable dans l'intention de mourir » (Cité par M. Bardet. 2000. p4). Cette définition laisse entrevoir une certaine incertitude quant à l'intention du suicidant qui veut ou non se donner la mort, contrairement aux définitions citées plus haut qui considèrent que la personne se donne volontairement la mort ou qu'elle est poussée à se suicider par la société.

Pour ce qui est des pulsions suicidaires, les psychanalystes supposent la présence d'un lien avec la pulsion de mort. Comme l'a souligné S. Freud dans son livre "Au-delà du principe de plaisir", l'être humain vient au monde avec deux types de pulsions : la pulsion de vie ou ce qu'il appelle aussi "pulsion sexuelle" et la pulsion de mort appelée "pulsion du moi". La première vise la liaison libidinale, tandis que la seconde cherche à détacher la libido des objets et le retour inéluctable de l'être vivant à la tension zéro. (1981. p89)

Selon P. Moron, « la mort n'existe pas pour l'inconscient », car elle n'a pas de représentation dans le psychisme (1996. p81). Pour M. Bardet, le désir de mort ne viserait pas un objet "la mort" mais il vise plutôt un "état" qui permet d'apaiser les tensions psychiques qui sont vécues comme douloureuses (2000. p21)

Ce qui revient à dire que le suicidant cherche à atteindre un état de bien-être et de satisfaction. A ce sujet P. Moron écrit « que l'Homme cherche dans la mort le repos, l'annulation des tensions, la satisfaction du désir d'être passif et de dormir » (1996. p81). En d'autres termes, il y a recherche et désir de retour à l'état "inorganique", un état de plaisir où toute tension est absente et non pas la mort au sens de fin de vie, d'un anéantissement (S. Freud. 1981. p80).

### **2.3.3- Les morts criminelles :**

Pour ce qui est de la mort d'origine criminelle, le code pénal la définit comme suit : « le crime est le meurtre ou l'assassinat d'un être humain ».

Il faut savoir que le crime est un phénomène ancien qui existe depuis la nuit des temps et dans toutes les périodes de l'histoire. Rappelons que le meurtre le plus ancien est celui de Abel qui a été tué par son frère Caïn. Dans les sociétés archaïques se genre de mort n'est considéré comme un délit que dans le cas où il touche la famille, la tribu ou le clan. Alors que le meurtre d'un étranger est toléré par le groupe et n'entraîne aucun châtement. Nous constatons que le crime n'a pas disparu avec le temps et les actes criminels sont commis jusqu'à présent, dans toutes les cultures et dans toutes les sociétés du monde, mais sans pour autant être uniformes. D'après E. Campos l'évolution des sociétés ou la spécificité de chaque peuple ont leur importance sur la détermination des comportements prohibés par la loi. Par exemple le mode de vie

pastoral entraîne le vol de bestiaux alors que dans les villes on retrouve d'autres formes de crime tels le trafic de drogues... (1998. p7).

Pour faire face à la criminalité, chaque société a mis en place des règles qui ont pour objectif de punir les criminels et sauvegarder l'ordre social. Généralement les critères de définition des crimes sont liés aux règles pré-établies par la société ainsi qu'à ses valeurs. Ce qui fait que ces critères diffèrent d'une société à une autre ou d'une culture à une autre. Elle peut différer aussi, selon les époques ; c'est ce qui explique par exemple qu'en France, l'avortement était considéré comme un acte criminel mais maintenant il est décriminalisé.

Mais ce qui fait l'unanimité, c'est la gravité des meurtres et des assassinats qui font partie aux atteintes à la vie d'autrui et à leurs prohibitions.

Remarquons que le meurtre est le fait de donner volontairement la mort à autrui, peu importe la nature de l'arme employé : arme à feu, couteaux, cordelette...et lorsqu'il a été prémédité, c'est-à-dire réfléchi, il devient un assassinat. (E. Campos. 1998. p 26)

Tous ces actes sont sanctionnés sévèrement par la loi et dans certains pays, la sanction peut aller jusqu'à la condamnation à mort du criminel, surtout s'il lorsqu'il s'agit d'un assassinat.

Après ce bref aperçu des différents types de la mort, nous allons voir maintenant quelles attitudes ont les hommes lorsqu'ils sont confrontés à la mort. Y a-t-il eu un changement de ces comportements avec le temps ? Si oui, quel est il ?

### **3. Les attitudes et comportements face à la mort :**

La mort est un sujet qui a souvent attiré l'attention de nombreux chercheurs tels que les anthropologues ou les thanatologues comme Thomas Louis Vincent et les sociologues tels que E. Morin, P. Baudry, ou bien les historiens comme P. Ariès qui ont essayé de comprendre et de décrire ce phénomène à travers les attitudes et les comportements des survivants dans différentes sociétés du monde.

Ils ont tenté en premier, de tracer l'évolution de ces attitudes à travers les temps en observant les coutumes et les rituels des différents pays. Et en second lieu, ils ont essayé de décrire les réactions, les comportements et les ressentis de l'individu lorsqu'il est

confronté à la mort. Toutes ces études ont cherché à déterminer l'impact que peut avoir la mort sur la vie de l'homme afin de prévenir d'éventuelles complications qui peuvent survenir à la suite de cet événement.

### **3.1- Les sociétés face à la mort :**

Des recherches faites sur les sociétés archaïques ont démontré que l'homme primitif ne concevait pas la mort comme une cessation de la vie ou comme sa fin.

Selon L. V. Thomas (1994), l'homme préhistorique se représente le temps et l'existence comme circulaire, allant de la vie à la mort et de la mort à la vie, sans rupture réelle au sein du cycle. Il admet des phases et des mutations mais il n'admet pas de suspension du processus car il est persuadé que la vie se poursuivrait bien après la mort du proche.

Dans ces mêmes sociétés, la mort ne suscitait pas le sentiment d'absence ou "d'irremplacement" du défunt puisque l'importance réside dans sa place sociale et institutionnelle ainsi que dans son rôle au sein du groupe. La pensée dominante en ce temps "c'est que le groupe ne meurt pas" et le plus important, c'est que ce dernier garde sa puissance et son énergie. De ce fait, dès qu'un de ses membres décède, il est vite remplacé, même par celui qui l'a assassiné et ce, afin de garder le fonctionnement de la communauté.

De leur côté, les anthropologues sont persuadés que les primitifs croyaient en l'existence d'une vie après la mort et d'un monde où vivent tous les ancêtres et qui se situe au delà de la ligne de l'horizon. Ces croyances semblent être confirmées par la découverte des tombeaux qui contenaient des objets usuels tels que les outils, les armes...en prévision d'une vie renouvelée dans l'au delà, comme c'est le cas par exemple des pharaons en Egypte.

Cette certitude d'une forme de survie a perduré durant des millénaires et a été conservée avec l'apparition des religions monothéistes qui ont entretenu une partie de ces croyances qui consistent en l'immortalité de l'âme.

Puis ces attitudes face à la mort ont évolué au cours des siècles car, comme l'a souligné P. Ariès dans son livre "l'homme devant la mort " (1977), la mort apparaissait au début du moyen âge, comme une nécessité, elle était attendue et acceptée. Les gens à cette

époque pressentaient l'approche de la mort, et croyaient en l'existence de signes annonciateurs de cette mort prochaine et où la personne avait une conviction intime qu'elle allait bientôt mourir. Et lorsque le mourant ressentait son approche, il avait recourt à un nombre de gestes et de rituels dictés par les coutumes. Le premier acte consiste en le regret de la vie où le mourant se remémorait certains moments de sa vie, des êtres et des choses qu'il a aimé. Après vient le pardon des compagnons, des assistants toujours nombreux qui entourent son lit. Enfin vient la prière. Ensuite il ne restait plus qu'à attendre la mort. Tout est effectué d'une manière précise, mais en même temps on n'observait aucune émotion excessive, ni aucune dramatisation de l'événement. Il y avait même une familiarité avec la mort. De l'avis de P. Ariès, l'homme subissait dans la mort l'une des grandes lois de l'espèce et il ne songeait ni à s'y dérober ni à l'exalter. Il l'acceptait simplement avec juste ce qu'il fallait de solennité pour marquer l'importance des grandes étapes que chaque vie devait franchir. Tout le monde participait dans l'accompagnement du mourant, de même que les enfants. La mort était vécue collectivement et naturellement sans aucun tabou. (P. Ariès. 1975, p37)

Par contre si la mort était subite et inattendue, ce que P. Ariès appelle la "mort réptina", elle était considérée comme la marque d'une malédiction, d'une punition divine. Elle faisait peur, donc on n'osait pas en parler.

Une autre caractéristique de cette familiarité avec la mort, consiste en la coexistence entre les morts et les vivants avec la pénétration des cimetières dans les villes ou les villages, au milieu des habitations, alors qu'auparavant, les hommes primitifs éloignaient le mort le plus loin possible de chez eux afin d'éviter sa vengeance.

D'autres transformations sont apparues vers la fin du moyen âge où, après avoir considéré la mort comme un phénomène collectif et naturel, on assista à une personnalisation progressive de celle-ci. Selon P. Ariès nous passons de l'attitude de "nous mourrons tous" à celle de la "mort de soi", ce qui veut dire que les gens à cette époque ont commencé à prendre conscience que la mort de chacun est une «fin de l'individu». La religion a été à l'origine de ces attitudes, notamment en introduisant la notion du jugement dernier et la responsabilité individuelle devant chaque acte où chaque homme est jugé selon le bilan de sa vie, c'est-à-dire selon ses bonnes ou ses mauvaises actions. A cette époque il n'y avait ni jugement ni condamnation et les morts s'endormaient jusqu'au jour du second avènement.

Entre la fin du XV<sup>ème</sup> et XVIII<sup>ème</sup> siècle, la mort sera considérée comme une rupture violente et perd de sa familiarité. Elle devient un fait dramatique où les pleurs sont fréquents et la séparation devient insupportable. P. Ariès parle de "la mort de toi" où le décès de l'autre est difficilement accepté. Ici les gens s'accrochent aux restes des défunts, les visites personnelles aux morts se développent et le souvenir sert d'immortalité au défunt.

Jusqu'au début du XX<sup>ème</sup> siècle, la mort a toujours été un fait social où tout le groupe est censé être atteint par elle et réagit collectivement à la perte, en commençant par la famille la plus proche et en s'étendant jusqu'au cercle le plus large des relations, à tous les membres du groupe ou de la communauté. D'après P. Ariès « ce n'était pas seulement un individu qui disparaissait mais la société qui était atteinte et qu'il fallait cicatriser » (1977. p 269). D'où le rôle et l'objectif des rituels qui persistaient depuis les temps les plus éloignés où le deuil était codifié et fonctionnalisé.

En ce qui concerne les sociétés contemporaines, la mort a connu un changement subit. Selon L. V. Thomas, depuis la fin du siècle dernier la mort est devenue une obscénité par excellence, le mot que l'on ne doit pas prononcer, la chose que l'on ne peut évoquer. Notre système de civilisation est donc le seul qui, depuis une dizaine d'année a cette étrange pudeur devant la mort qui était alors perçue comme un échec de la société et est vécue comme une violence, une injustice malgré les progrès de la science qui ont fait augmenter la durée de vie des personnes. (1977.p2)

Selon M. Hanus, il existe dans notre société d'aujourd'hui deux grandes manières de concevoir la mort : la première tend à ne pas l'accepter et à nier sa réalité. Souvent nous avons tendance à parler de perte ou de disparition au lieu d'utiliser le mot "mort" comme s'il était tabou. A l'inverse, la seconde tendance cherche à banaliser la mort, mais d'après l'auteur, ceci est aussi un moyen utilisé pour accepter ce qui semble être inacceptable. (2003. [www.meci.org](http://www.meci.org).)

Les sociologues quant à eux, parlent d'une perte de familiarité avec la mort puisqu'elle fût banalisée à travers les médias, notamment dans les sociétés où la santé, la maladie et la souffrance sont hautement médicalisées et technicisées. M. F Bacqué ajoute : « on pourrait même caractériser le XX<sup>ème</sup> siècle en occident par sa révolte contre la mort et

par l'impuissance de l'homme à en venir à bout, malgré l'augmentation de la longévité et les progrès de la médecine » (2002. p10)

Ce refus de la mort résulte selon la plupart des auteurs, de l'occultation des rites funéraires où on est passé du deuil "collectif" au deuil "individuel" caractérisé par la solitude, l'incompréhension, voir le refus des symboles proposés par la collectivité pour transcender la perte. Dorénavant l'endeuillé vie seul son deuil et refoule ses émotions alors qu'avant, la douleur était partagée par tous les membres de la communauté, aggravant ainsi les traumatismes liés à la disparition de l'être cher. (M. F. Bacqué.2002. p11)

C'est vrai que dès les premiers signes de la maladie ou de l'affaiblissement, le malade ou l'agonisant est vite transporté à l'hôpital. Il est écarté des vivants et dès que le décès survient, c'est le corps médical puis le service des pompes funèbres qui prennent en charge le défunt. Tout est fait le plus souvent pour épargner les proches. De ce fait, la douleur se montre plus rarement en public et l'endeuillé vie de plus en plus seul sa peine et dans ce cas, les rites du deuil s'individualisent. A ce propos A. Pitelloud souligne « qu'il arrive parfois, que personne ne sait que vous avez perdu quelqu'un et que vous ne pouvez pas être reconnu comme allant mal : il y a donc un déni de la mort » . (2003. [www.lecourrier.ch](http://www.lecourrier.ch)). Tous ces facteurs n'ont fait qu'aggraver le travail de deuil et compliquer sa prise en charge, tel que nous allons le voir dans un chapitre ultérieur.

### **3.2- L'attitude de l'individu face à la mort :**

Après ce bref aperçu sur l'évolution des attitudes des sociétés face à la mort, nous allons voir à présent comment réagit l'individu et quel comportement il adopte lorsqu'il est confronté à la mort, surtout celle d'un proche. Dans le même sens nous essayerons de connaître l'attitude des enfants face à la mort afin d'évaluer ses répercussions sur leur équilibre psychique et mentale.

#### **3.2.1- L'attitude de l'adulte face à la mort :**

D'après M. Kellersohn, le comportement dominant chez l'homme face à la mort reste celui de l'aversion, de l'hostilité, de l'horreur, communément mélangées de peur.

Ces sentiments ont varié et varieront d'intensité selon les individus, les temps, les religions et les cultures. C'est vrai que la plupart d'entre nous évitent de penser à la mort, mais en vain, car le décès imprévu d'un être cher, un accident sérieux, une maladie grave viennent nous rappeler que nous pouvons mourir à tout moment, que notre vie pourrait être radicalement écourtée et que nous ne sommes pas immortels. (2003. [www.megapsy.com](http://www.megapsy.com))

Si nous nous référons à la pensée freudienne sur la mort où il précise : « à nous entendre, nous étions naturellement prêts à soutenir que la mort est l'issue nécessaire de toute vie, que chacun d'entre nous est en dette d'une mort envers la nature et doit être préparé à la payer, donc la mort est naturelle, indéniable et inévitable. En réalité nous avons coutume de nous comporter comme s'il en était autrement. Nous avons manifesté la tendance évidente à mettre la mort de côté, à l'éliminer de la vie. Ne possédons nous pas le proverbe : *“on pense à cela comme à la mort”* ? Comme à sa propre mort bien sûr. C'est que la mort propre est irreprésentable et aussi souvent que nous faisons la tentative, nous pouvons remarquer qu'à vrai dire nous continuons à être là en tant que spectateur devant notre propre mort. C'est pourquoi dans l'école psychanalytique on a pu risquer cette assertion : personne au fond ne croit à sa propre mort ou, ce qui revient au même : dans l'inconscient chacun de nous est convaincu de son immortalité ». (S. Freud.1981.p26). Ce qui revient à dire, que même si consciemment nous savons que la mort est un phénomène naturel, auquel nous ne pouvons pas échapper, inconsciemment, notre propre mort est inconcevable et irreprésentable.

Sur ce point M. Hanus parle de *“refus de la finitude”*, c'est-à-dire qu'au plus profond de lui-même, l'être humain ne peut accepter de fin, de limite, de perte donc de mort. D'après lui, « ce fantasme d'omnipotence est indéracinable ». (M. Hanus.1995. p14)

D'après le psychologue J. Garneau (2001. [www.redpsy.com](http://www.redpsy.com)), il existe trois façons de faire face à la mort :

1- Au minimum, la mort est une réalité à laquelle nous n'aimons pas faire face. Elle fait partie de notre vie, nous acceptons les moments où elle se présente à nous, mais nous n'y revenons pas lorsque les événements ne nous y forcent pas. C'est en gros, l'attitude des personnes pour qui la mort n'est pas vraiment un problème.

2- Au maximum, nous traitons la mort comme une futilité, comme si elle n'avait pas vraiment d'importance ou comme si elle n'était pas réelle. Nous pouvons nier l'une ou l'autre de ses caractéristiques pour y parvenir. Par exemple, la mort perd de sa gravité si nous sommes souffrants. Elle peut même devenir un soulagement ou une libération. Elle perd aussi beaucoup d'importance si nous croyons ressusciter ailleurs dans de meilleures conditions. Elle est alors un passage nécessaire vers une vie meilleure, un peu de la même façon qu'une intervention chirurgicale qui nous guérirait vraiment d'une maladie.

3-Entre ces deux pôles, nous trouvons une panoplie d'évitements plus ou moins massifs où la forme qu'ils prennent est secondaire. Ce qui est vraiment important, c'est le rôle qu'ils jouent dans l'équilibre intérieur de la personne.

Remarquons cependant que les évitements les plus sérieux deviennent des dénis existentiels qui sont nécessaires au maintien de l'équilibre psychique. Tout ce qui les contredit est alors une menace qui provoque une angoisse intense et mobilise toutes les défenses de la personne.

Lorsqu'il s'agit d'un déni de ce genre, c'est toute la personnalité de l'individu qui s'appuie et s'organise en fonction de celui-ci. C'est pour cette raison que la menace est aussi intense, que l'angoisse aussi envahissante et que les défenses sont aussi vigoureuses. Et comme tout repose sur le refus d'une réalité inévitable, la personne souffre évidemment d'une insécurité qui atteint toutes les dimensions de son existence car elle sait confusément que sa sécurité dépend d'une illusion et d'un évitement de la réalité.

L'attitude face à la mort peut aussi différer selon certaines caractéristiques telles que les circonstances et la nature de la mort par exemple. Sur ce point M. Hanus insiste sur le fait que la mort des enfants est souvent ressentie comme "scandaleuse" tant elle est anachronique et tant elle blesse le narcissisme parental. Ce genre de mort ouvre un deuil particulièrement difficile et parfois infaisable. Contrairement à la perte d'une personne âgée parvenue au terme de sa vie, où la mort est plus facilement acceptée par les plus jeunes. De même que la mort accidentelle n'est pas la même que celle due au vieillissement ni à celle qui vient au terme d'une maladie évolutive. Enfin la mort n'est pas la même selon qu'il s'agit de la notre, de celle de nos proches ou d'une personne que nous ne connaissons pas. Si notre propre mort est inconcevable, souligne Freud,

celle d'un proche nous effondre, car d'après lui « nous enterrons avec lui nos espoirs, nos exigences, nous nous refusons à remplacer celui que nous avons perdu, mais en même temps nous nous heurtons et entrons en conflit puisque, d'un côté, cet être constitue une partie de notre moi, mais de l'autre côté, il est aussi pour nous un étranger voir un ennemi. Donc il existe une parcelle d'hostilité capable de stimuler notre désir de mort inconscient et c'est ce qui crée l'ambivalence. D'autre part, nous trouvons légitime la mort des étrangers et des ennemis, ce qui prouve que notre inconscient est plein de désirs meurtriers à leurs égard ». (S. Freud. 1981. p38)

L'étude de Freud sur ce sujet a débuté avec son travail sur les hommes primitifs dans son célèbre livre "totem et tabou" publié pour la première fois en 1912. Selon l'auteur, « les morts étaient considérés par les primitifs comme des ennemis, ils étaient des dominateurs puissants, ils craignaient leur retour et de ce fait ils ont eu recours à une foule de cérémonies destinées à les tenir à l'écart, à les chasser. Ils évitaient de prononcer le nom du défunt de peur qu'il revienne, et ils sont arrivés même à exclure les personnes qui ont eu un contact avec lui car ils le considéraient comme contagieux, comme c'est le cas de la tribu des Maories par exemple. » (S. Freud. 2001. p87).

Toujours d'après Freud, « les primitifs croyaient que tous les morts se transformaient en démons qui ont envie de se venger des vivants en les faisant mourir ou en les rendant malades, car pour eux, on ne meurt que de mort violente, causée soit par la main de l'homme, soit par un sortilège. Même la mort naturelle était considérée par eux comme une mort violente ». (S. Freud. 2001. p90)

Ces conduites sont le résultat d'un sentiment d'ambivalence ressenti envers l'être perdu, et qui « signifie tout simplement que la mort du parent a procuré satisfaction à un désir inconscient qui, s'il avait été assez puissant, aurait provoqué cette mort ». De ce fait un doute pénible apparaît que Freud appelle "le reproche obsessionnel". Cette hostilité est généralement dissimulée derrière un amour tendre, c'est le cas classique de l'ambivalence de l'affectivité humaine. Ce sentiment d'ambivalence est extériorisé par l'homme primitif et attribué au mort lui-même. C'est ce que les analystes appellent "la projection". Sur ce point Freud ajoute « le survivant se défend de n'avoir jamais éprouvé un sentiment hostile à l'égard du cher disparu, c'est pense t-il, l'âme de ce disparu qui nourrit ce sentiment qu'elle cherchera à assouvir pendant toute la durée du deuil. Ces remords se manifestent donc par la crainte, les privations et les restrictions

qu'il s'impose et qui ont un caractère protecteur contre le démon hostile» (S. Freud .2001.p92).

Ce que nous avons appris à travers cette étude sur les hommes primitifs, c'est que S. Freud a réussi à décrire les craintes et les sentiments les plus profonds qu'éprouve la personne lorsqu'elle est confrontée à la mort, ainsi que les mécanismes mis en place pour fuir cette réalité. Ce qui lui a permis également de constater que tous les individus sont concernés par ces attitudes, même si elles ne sont pas toujours apparentes chez les hommes "modernes" car elles sont enfouies dans leur inconscient, contrairement à l'homme primitif.

Toutes ces données nous ramènent à dire que l'attitude face à la mort est identique dans presque toutes les croyances et les cultures, à partir du moment où chaque individu fuit la réalité de la mort, notamment quand il s'agit de la sienne, tandis qu'il admet plus ou moins bien celle des autres, mais avec des différences tels les liens qui l'attachent à ces derniers, ainsi qu'aux circonstances de la mort qui peut être naturelle, violente ou suspecte.

### **L'angoisse de mort :**

Évidemment nous ne pouvons aborder le thème de la mort sans parler de l'angoisse de la mort, même s'il n'existe pas une définition claire et précise de ce concept.

Pour S. Freud l'angoisse de la mort est analogue à celle de l'angoisse de castration qui se joue entre le moi et le surmoi. (1981. p53). Dans cette situation le moi a peur d'être abandonné par le surmoi et de ce fait, perdre sa protection. Selon P. L. Assoun « dans la maladie mortelle ou l'effondrement amoureux, le sujet éprouve que la vieille divinité parentale peut le frapper, cette même autorité parentale qui eut puissance de vie et de mort sur sa personne, qu'il a connu dans les premiers temps de son existence réelle » (1999. p73-74)

C'est cette même puissance qui a été la cause de son angoisse de castration. Rappelons que celle-ci survient lors de la phase phallique et qu'elle est, d'après S. Freud, la réaction à la perte du "phallus", symbole de la toute puissance et par lequel l'enfant garantit la possibilité d'une nouvelle union avec la mère. L'enfant ici, a peur d'être

castré par le père et de perdre son amour. Après cette phase, l'angoisse de castration évolue vers une angoisse morale et sociale.

De l'avis de P. L. Assoun « l'angoisse de mort sert de couverture à l'angoisse de castration ». (2002.p72). Cela peut expliquer la pensée de Freud lorsqu'il souligne que « ce sentiment est supposé être la forme ultime que peut prendre cette angoisse devant le surmoi ». (1990. p 64).

L'angoisse de mort est donc une manière détournée d'exprimer l'angoisse de castration. C'est une réaction, un signal qui exprime la peur des représailles du surmoi et la peur de perdre son amour et sa protection. Pour cela, elle n'a pas de relation directe avec la mort puisqu'il n'existe pas de représentation de celle-ci dans l'inconscient.

En ce qui concerne ce mécanisme, Freud explique que le moi dépouille dans une très large mesure son investissement libidinal narcissique ; donc il s'abandonne lui-même, comme il le fait, dans tel autre cas d'angoisse, pour un autre objet. Quant à sa survenue, elle se produit dans deux conditions comme réaction à un danger extérieur et comme processus interne, par exemple dans le cas de la mélancolie. (1981. p 273)

Le moi s'abandonne parce qu'il se sent haï et persécuté par le surmoi au lieu d'être aimé. Pour lui, vivre est synonyme d'être aimé. En effet le surmoi représente la même fonction de protection qu'avait le père dans la phase œdipienne.

Ceci pour ce qui concerne la personne adulte. Voyons à présent ce qu'il en est pour l'enfant qui n'acquière la notion de mort que progressivement et qui est encore en cours de développement physique et psychique.

### **3.2.2- L'enfant et la mort :**

L'intérêt que porte certains chercheurs à la conception de la mort chez l'enfant est étroitement lié à la question de connaître sa capacité ou non à faire le deuil.

La plupart des études effectuées sur ce sujet, tels que les travaux de R. Cousinet en 1939, M. Wimmer en 1971 et R. Loretto en 1980 ainsi que les travaux de G. Raimbault en 1990, ont démontré que contrairement à l'adulte, l'acquisition du sens de la mort se fait progressivement chez l'enfant.

En effet, avant l'âge de cinq ans l'enfant ne conçoit pas le véritable sens de la mort, et d'après P. Ferrari « avant cet âge l'enfant ne connaît guère de la mort que l'absence.

C'est habituellement entre cinq et dix ans que prend forme ce qui est convenu d'appeler le concept de mort. » (Cité par S. Lebovici. 2002. p 102)

Du même avis, G. Raimbault ajoute que l'enfant définit la mort par sa disparition du champ de vue et sa localisation dans un endroit spécifique tel que le cercueil, la tombe.... Ce qui signifie que toute séparation ou absence physique de la personne et sa disparition de son champ visuel, est considérée par l'enfant comme étant la "mort", mais sans être pour autant une séparation définitive, puisque pour lui, la mort est réversible.

D'autre part et quand il commence à la décrire, il la lie à la cessation de certaines fonctions et activités physiologiques de la personne vivante. Pour lui, la personne est vivante quand elle bouge, mange, boit.... Le mort au contraire, ne peut ni voir, ni bouger, ni manger : "il dort". (Raimbault. 1990. p 34). Ce n'est qu'à partir de l'âge de 6 ans qu'il arrive à distinguer la mort du sommeil. Mais il ne la perçoit pas encore comme inévitable et propre à tous les êtres humains. Même la cause du décès est perçue à cet âge comme due à un accident ou liée à l'agressivité d'autrui.

Chez l'enfant de 7 ans, la mort est encore imaginée plutôt que réelle. Selon A. de Broca, « la mort prend l'aspect d'un être maléfique, celle d'un fantôme ou un monstre qui emporte tous les êtres vivants ». (2001. p139). Dans ce cas, il fait appel à son imagination pour lui donner un sens et pour la personnaliser. Ce n'est qu'à partir de 9 à 12 ans que son véritable sens est acquis.

Mais quelle conception l'enfant doit-il acquérir de la mort?

Pour Loretto « l'enfant doit comprendre que la mort est la fin de la vie, qu'il la trouve effrayante et douloureuse, ou encore lorsqu'il devient capable de la concevoir de façon abstraite, en la décrivant par exemple comme semblable à de profondes ténèbres. » (Cité par M. Hanus. 1995. p262)

Certains auteurs sont de cet avis et estiment que l'enfant accède à ce niveau de conception à partir de 9 ans. A cet âge, il prend conscience de l'universalité et l'irréversibilité de la mort, de même qu'il arrive à décrire ses sentiments et ses peurs, et commence à s'intéresser de plus en plus aux rites funéraires.

D'un avis différent, G. Raimbault considère que l'enfant perçoit la mort comme l'adulte lorsqu'il accède au langage, c'est-à-dire lorsqu'il ressent l'absence de la personne

disparue et éprouve de la douleur et du chagrin suite à cette séparation. Selon l'auteur « ce sont les adultes qui nient que l'enfant comprend ce qu'est la mort et ce, à cause de sa grande labilité, à l'extrême mobilité de son attention et de ses affects. » (1990. p207). C'est son passage du rire aux pleurs à chaque instant, son changement d'humeur, son indifférence apparente qui font croire que l'enfant ne ressent pas la perte ou ne comprend pas sa signification. Seulement tous ces comportements et attitudes sont uniquement des apparences qui n'ont aucun rapport avec ses véritables sentiments. L'enfant n'a pas besoin de connaître le sens de la mort pour ressentir de la douleur et du chagrin. Ses sentiments apparaissent à chaque fois qu'il est séparé de la personne aimée, même si cette séparation est momentanée, surtout lorsqu'il est très jeune.

P. Canoui fait, quant à lui, une distinction entre la conception émotive et intuitive de la mort qui peut apparaître à un âge très précoce "autour de 4 ans" et qui est en relation avec les conséquences de la séparation, sa douleur et son chagrin. Ce qui rejoint le point de vue de G. Raimbault sur la conception intellectualisée qui évolue selon l'âge de l'enfant et qui explique le point de vue de Loretto, Lebovici et A. de Broca sur le fait que l'acquisition du sens de la mort s'effectue d'une manière graduelle avant de rejoindre celui de l'adulte.

Selon l'auteur, il existe quatre phases de la conception intellectualisée de la mort :

- La première phase réside dans l'incompréhension totale, et se situe entre 0 et 2 ans où l'enfant n'a aucune notion de la mort et où tout est lié pour lui, à la satisfaction ou non de ses besoins.
- La deuxième phase qui est appelée la phase abstraite de perception mythique de la mort elle se situe entre 2 et 6 ans. Là, l'imagination entre en jeu pour associer la mort à un méchant, à un être maléfique qui a causé la mort de la personne chère.
- Puis vient la phase concrète de réalisme et de personnification qui s'étend jusqu'à l'âge de 9 ans où l'enfant donne ici de plus en plus d'intérêt aux rites funéraires.
- Enfin, ce n'est qu'à partir de 10 et 12 ans qu'arrive la phase abstraite où la mort est conçue comme la fin de la vie. (P. Canoui. 1994. p363)

Comme nous allons le constater, cette évolution dépend de plusieurs facteurs. D'une part de l'éducation ainsi, que des expériences qu'a eu l'enfant dans la vie, soit à travers les images de la mort véhiculées directement par la télévision, ou bien à travers des images indirectes telles que la vue du cimetière, du cercueil ...qui permettent à l'enfant de se familiariser avec la notion de mort (Lebovici. 2002. p103).

M. Hanus insiste quant à lui, sur le rôle primordial que joue le vécu personnel de l'enfant et son contact avec la mort. En effet, les observations faites par l'auteur ont montré l'importance que peut avoir cette expérience précoce avec la mort qui peut, soit contribuer à une acquisition réaliste et précoce du sens de la mort, ou bien, comme c'est le cas chez d'autres enfants, le sens de la mort n'est acquit que lentement et difficilement et peut être une source de complication du deuil. (1995. p263)

Il ne faut pas oublier aussi le rôle du discours des parents. La majorité des adultes pensent qu'il faut laisser les enfants à l'écart de ces sujets très graves. C'est une manière, selon Hanus, de se protéger soi-même et de cacher son malaise affectif pour ne pas en souffrir. Pourtant, la plupart des auteurs trouvent qu'il est nécessaire d'évoquer le sujet de la mort avec l'enfant, de lui expliquer ce qui se passe avec des mots simples et compréhensibles pour son âge afin qu'il comprenne ce qui se passe autour de lui et qu'il soit rassuré. Car comme l'a évoqué J. F. Boutonier « le plus grand dommage pour l'avenir de l'enfant n'est pas la perte d'un parent, mais le fait qu'aucune parole de son entourage ne soit venue lui permettre de nommer l'événement » (Cité par Thomas. L. V et all. 1977. p 114).

C'est justement, pour toutes ces raisons que l'intérêt de l'éducation joue un rôle déterminant, notamment pour faciliter l'acquisition des rites et coutumes funéraires et dans l'acceptation ou non de la mort.

#### **4. Les rituels de la mort :**

A travers les temps, les sociétés faisaient face aux situations importantes de la vie en accomplissant certains actes ou cérémonies appelés "rites". Ces rites sont appliqués d'une manière bien précise et sont pris très au sérieux par les membres de la communauté. Nous pouvons distinguer d'une manière générale deux types de rites : les "rites de passage" qui sont des actes associés à des événements fondamentaux de la vie

telles que la naissance, la mort ou l'initiation. Et les "rites récurrents" qui rythment l'activité quotidienne comme les prières ou les purifications associées aux repas, aux saisons, etc.

Ces rites diffèrent d'une société à une autre mais ont le même objectif, celui d'entretenir les liens entre les individus de la communauté. Toutes ces conduites ont duré longtemps dans la vie de l'humanité, seulement les sociologues et les anthropologues contemporains ont constaté une certaine occultation particulièrement dans les sociétés dites "développées" où elle a eu un effet assez néfaste sur les individus notamment sur leur relation avec la mort. Comme nous l'avons démontré précédemment, l'attitude des hommes face à la mort a changé à travers les temps. Et de ce fait, nous essayerons de voir en quoi consistent ces changements. Mais avant cela, nous allons définir ce qu'est un rite et quelle est sa fonction.

#### **4.1- Définition du concept du "Rite":**

Etymologiquement le mot "rite" vient du latin "*ritus*" qui désigne ce qui est ordonné, ce qu'il faut faire. D'après le Dictionnaire Le Petit Larousse (2003), il signifie « l'ensemble des règles et des cérémonies qui se pratiquent dans une Église ou dans une communauté religieuse. Un rite est un ensemble de gestes et de paroles codifiés, à valeur symbolique, propres à un groupe culturel. Mais il désigne avant tout un comportement social et collectif. C'est un ensemble des règles fixant le déroulement d'un cérémonial quelconque ».

Pour l'Encyclopédie Encarta (2004) les rites sont des cérémonies solennelles inscrites dans la vie sociale ou religieuse d'une collectivité, au cours desquelles les participants effectuent des pratiques réglées ou prononcent des discours prescrits par la tradition. Les sacrifices, les prières, les transes, les pratiques funéraires sont des exemples traditionnels de ces rites.

De son côté, l'anthropologue Claude Rivière ajoute que « les rites sont un ensemble de conduites et d'actes répétitifs et codifiés, souvent solennels, d'ordre verbal, gestuel et postural, à forte charge symbolique, fondés sur la croyance en la force agissante d'être ou puissances sacrées, avec lesquelles l'homme tente de communiquer en vue d'obtenir un effet déterminé ». (1997. p81)

En d'autres termes, à chaque fois que l'individu se trouve en difficulté ou éprouve un besoin, il a recours à des conduites et des actes codifiés et répétés, qui lui permettent d'établir le lien avec une puissance divine qui va exaucer ses vœux.

Contrairement aux définitions précédentes qui considèrent le rite comme un comportement normal, les psychologues utilisent ce concept pour désigner « un comportement répétitif anormal ou des conduites obsessionnelles de certains malades qui se contraignent à accomplir certains gestes dérisoires comme, par exemple le fait de se laver constamment les mains ». (N. Sillamy. 2003)

Ici les rites concernent les comportements accomplis par le sujet afin d'apaiser son angoisse. Généralement ce sont des comportements pathologiques.

Pour sa part S. Freud a comparé les rites et les obsessions. Selon lui, la plus grande diversité des actes cérémoniaux par rapport à la stéréotypie du rite, réside dans le caractère privé de ceux-ci par opposition au caractère public et collectif des exercices religieux, et c'est surtout cette différence que les petits actes du cérémonial religieux ont un sens et une intention symbolique, tandis que ceux du cérémonial névrotique semblent niais et dénués de sens » (1980. p 86).

Ce qui revient à dire que la différence principale entre les rites et les obsessions réside dans le fait que les conduites obsessionnelles sont individuelles et semblent être dénuées de sens, alors que les rites qui se pratiquent dans un groupe social, ont un objectif symbolique et un sens commun pour tous les membres du groupe.

Ce qui nous intéresse dans cette recherche c'est la définition sociologique et anthropologique du rite. Partant de ce point, nous pouvons dire en résumé, que les rites sont un ensemble de comportements, de paroles et de gestes élaborés dans une société et accomplis par un groupe d'individus dans un ordre bien précis. Ceux-ci peuvent être des gestes ordinaires comme la façon de partager un repas, ou bien ils concernent les moments importants de la vie comme la naissance, la puberté, le mariage... . Souvent ces rites sont inspirés des religions et sont fondés sur des croyances qui dictent aux individus des conduites et des comportements qu'ils doivent suivre. Ces pratiques existent depuis fort longtemps, mais de nos jours, le terme "rite" ou rituel est souvent utilisé de manière plus large pour désigner des comportements stéréotypés sans

connotation religieuse, comme la poignée de main ou le salut d'un officier. (Encyclopédie Encarta. 2004)

Cependant, à quoi servent ces rites et quelle est leur fonction ?

#### **4.2- La fonction des rites :**

Pour ce qui est de l'intérêt des rites, la plupart des auteurs leurs attribuent la fonction de régulation sociale et le maintien des liens entre les différents individus de la communauté. Sur ce point, E. Durkheim affirme que «ce qui est essentiel, c'est que les individus soient réunis, que des sentiments communs soient ressentis et qu'ils s'expriment en actes communs. Tout nous ramène donc à l'idée que les rites sont avant tout les moyens par lesquels le groupe social se réaffirme périodiquement » (cité par M. Segalen. 1998. p14).

Plus précisément et selon les sociologues E. Morin et P. Baudry les rites ont pour fonction et finalité de marquer les ruptures et les discontinuités, des moments critiques, des passages, à la fois dans le temps individuel et dans le temps collectif et social. Ce rituel est efficace car il donne un sens à l'événement, dans la mesure où il permet d'ordonner le désordre et donne un sens à l'accidentel, l'incompréhensible et l'innommable. Et puisqu'il fait sens, il permet à l'homme de maîtriser le mal, le temps et les relations sociales... (2003. [www.gral-r.net](http://www.gral-r.net)). Cette définition nous montre que le rôle essentiel des rituels est celui de donner un sens aux événements qui bouleversent la vie des individus, d'offrir un cadre qui structure les ruptures et les discontinuités provoquées par ces événements, de les limiter dans le temps afin de maîtriser la situation que ce soit pour l'individu ou pour la communauté.

En définitive, le rôle des rites consiste à réguler les relations sociales du groupe autour d'un consensus qui devient par habitude une sorte de règle ou de loi qui régit les différents comportements, actes et paroles des individus afin de faire face à un événement qui les dépasse, exemple la mort. Par la même occasion ils créent des repères qui comblent le désordre provoqué par l'événement.

### **4.3- Les rituels funéraires :**

Nous avons évoqué précédemment, deux types de rituels appelés ‘‘les rites de passage’’ et ‘‘les rites récurrents’’. Or ce qui nous intéresse dans cette étude c’est de connaître les ‘‘rites de passage’’ et plus exactement l’intérêt des ‘‘rituels funéraires’’ qui servent entre autre à faire face à la mort.

#### **4.3.1- Les rites de passage :**

Ce terme a été utilisé pour la première fois par l’anthropologue français Arnold Van Gennep pour désigner les cérémonies marquant le fait qu’une personne passe d’un rôle, d’une phase de sa vie ou d’un statut social à un autre. Ainsi la naissance, la puberté, le mariage et la mort sont les principales étapes de la vie qui s’accompagnent de rituels lors des périodes de transition qui précèdent chacune d’elles. Van Gennep a distingué trois phases cruciales dans tout rite de passage : la phase de séparation durant laquelle l’individu se défait de son statut antérieur, puis celle de la marginalité ou liminalité qui est une période de transition allant souvent de pair avec la suspension des contacts sociaux normaux et enfin la phase de l’agrégation qui correspond à la réadmission de l’individu au sein de la société avec son nouveau statut. (Encyclopédie Encarta.2004)

#### **4.3.2- Les rites funéraires :**

Quant aux rites funéraires, ce sont des pratiques ou des observances relatives à la mort et aux funérailles qui sont complexes car ils concernent à la fois, le défunt et les vivants. Pour ce qui est des rituels qui touchent au défunt, ils consistent généralement en une série d’actions telles que la préparation du corps, les veillées funèbres et les funérailles. Ces préparatifs existent dans toutes les sociétés. Ils vont de la simple toilette à l’embaumement qui permet de lutter contre le phénomène de la décomposition. La toilette est une purification qui protège autant le mort que les vivants, inquiets de la «contagion» de la mort. De même qu’elle vise à magnifier le corps et à masquer, par des parfums et des onguents, la putréfaction.

En ce qui concerne les funérailles, elles consistent en le transport du défunt sur l'emplacement de l'inhumation, de la crémation ou de l'exposition. Ce transport du corps donne fréquemment lieu à une procession strictement réglée où les proches accompagnent le défunt vers le lieu où il doit reposer. Généralement ces rites sont dictés par les traditions religieuses qui imposent des actes et des pratiques qui doivent être faits selon un ordre bien précis. Dans certaines sociétés dites "traditionnelles", on pratique une double obsèques, comme c'est le cas par exemple, chez les Toradjas (tribu Indonésienne), où dans un premier temps le cadavre est exposé sur une plate forme, puis viennent les rites entre la mort et le deuxième enterrement. Cette période peut durer, selon M. Mauss, entre une année et trois ans. « Pendant ce temps le défunt est encore là et risque de ce fait de hanter les vivants. Enfin vient le deuxième service qui correspond généralement à un congé définitif de l'âme du mort. » (1967. p232)

Dans d'autres sociétés, les rites funéraires peuvent commencer avant même la constatation de la mort. Il s'agit ici de prendre en charge le mourant et de l'accompagner jusqu'à son dernier souffle. Certains peuples laissent mourir les agonisants à l'écart du village, ou bien ils les enterrent vivants afin que leur âme ne reste autour d'eux et ne leur cause aucun mal. Les Hottentots, peuple du Sud-ouest africain, ont ainsi pour habitude d'enterrer les personnes âgées ou de les laisser mourir de faim dans un lieu éloigné du village. De même et par crainte d'une éventuelle contamination par la mort, les rites de purification peuvent commencer avant que la mort ne survienne. En Europe, il était courant d'allonger l'agonisant sur un lit de paille au pied de son propre lit, puis de brûler la paille une fois la mort venue, afin d'éviter toute propagation de la mort à ceux qui viendraient occuper la couche du défunt. Certaines autres sociétés éloignent ceux qui se sont occupés du mourant parce qu'ils sont considérés comme impurs. Lorsque la mort est constatée, on facilitait la séparation des éléments constitutifs du défunt qui doivent rejoindre l'au-delà et pour laisser l'âme s'échapper, on ouvrait portes et fenêtres. Ce rite était répandu en particulier en Europe où il n'était pas rare, en France, en Allemagne ou en Suisse, d'ôter une tuile du toit pour faciliter le départ de l'âme. La porte n'était laissée ouverte que quelques instants, pour éviter que l'âme ne revienne. Aussi pour que le mort ne soit pas retenu, les horloges pouvaient être arrêtées, les miroirs recouverts d'un drap, les portraits du défunt retournés contre le mur. (2001. [www.encyclopédia.yahoo.com](http://www.encyclopédia.yahoo.com)).

Pour ce qui est des vivants, les rites leur permettaient d'accepter la nouvelle situation, d'exprimer leur peine publiquement par les cris, les prières, les messages lors des funérailles... D'après M. F. Bacqué, les rites funéraires rendent la mort commune à tous et d'une certaine façon elle devient tolérable. Ils permettent aussi d'apaiser les angoisses des survivants, car selon l'auteur, ils ont un impact profond sur l'inconscient individuel grâce à l'utilisation de symboles, à la répétition des gestes connus des générations antérieures et grâce à l'accès aux émotions archaïques qui lèvent le déni ou le refus du passage et de ses conséquences, permettant ainsi la régulation du travail de deuil. (2002. p 43). De même qu'ils balisent les étapes qui jalonnent ce dernier. Ces rituels sont empreints à la fois de sollicitude et de rejet et ont pour objet d'aider les morts à partir et de protéger les vivants. Seulement les honneurs qu'on rend au défunt témoignent autant de la peur qu'il suscite que du respect qu'on lui doit.

Dans les sociétés occidentales modernes, ces rites funéraires connaissent une considérable simplification notamment avec l'émergence de nouvelles pratiques, comme celle de l'incinération. Mais d'après M. Segalen celle-ci n'a pas arrangé les choses, au contraire « l'incinération laisse chacun mal à l'aise, sans repères pour accomplir les gestes qui apaisent le chagrin des vivants et qui font prendre au défunt sa place parmi les morts, à commencer par une place physique. L'auteur se demande même comment l'endeuillé peut matérialiser la présence de l'être cher, lorsque ses cendres ont été dispersées sans laisser de traces » (1998. p 44). Elle ajoute que le changement réside aussi dans le rétrécissement de la durée du temps de la peine et l'effacement des marques publiques où le rite lui-même est souvent réduit à sa plus simple expression, sans cérémonie religieuse ou même sans paroles autour de la tombe qui permettraient à la peine de se manifester.

Dans les cultures traditionnelles, les rites avaient comme fonction de diminuer la culpabilité et limiter l'angoisse liée au changement. Grâce à leurs répétitions, son exécutant se sent en sécurité. Sans oublier l'importance du groupe qui a le rôle de soutenir l'endeuillé dans son malheur et de l'aider ainsi à dépasser son deuil.

La plupart des chercheurs reconnaissent que tous ces bouleversements sont liés entre autre à l'effondrement des croyances partagées par un groupe d'individus, comme cela a

été le cas dans les sociétés primitives. Tandis qu'aujourd'hui, les gens sont en quête de sens rationnel de la mort et non mystique (M. F. Bacqué.2002. p22)

De tout ce qui précède, nous constatons que la plupart des anthropologues et des sociologues accordent une grande importance aux rituels dans la vie des êtres humains, notamment les rituels funéraires dans l'accompagnement des morts et de leurs familles. Les coutumes liées au décès et au deuil sont des réponses que les sociétés humaines opposent à la mort. Ce qui fait dire à E. Durkheim que « la ritualité tient son efficacité de la solidarisation qu'elle opère entre les vivants car elle permet l'intensification du sentiment d'appartenance ». Ces rites sont donc le fruit d'un compromis qui véhicule des croyances sans lesquelles il n'y a aucun sens pour le groupe. De mêmes qu'elles sont généralement inspirées des religions, y compris les religions monothéistes : l'Islam, le Judaïsme et le Christianisme. D'où notre intérêt de connaître à présent leur position vis-à-vis de la mort en général et des morts violentes en particulier, ainsi que leur contribution dans l'accompagnement des survivants.

##### **5. La mort dans les religions monothéistes :**

Faire face aux événements heureux ou malheureux de la vie, a toujours nécessité l'accomplissement de certains actes, comportements et attitudes appelés communément les rites qui sont généralement basés sur des croyances qui servent de lien entre les individus. Si nous nous référons à la définition du terme "de religion" qui est considérée comme étant un système de croyances et de pratiques fondées sur la relation à un Être suprême, à un ou plusieurs Dieux, à des choses sacrées ou à l'univers tout entier (Encyclopédie Encarta. 2004), nous pourrions constater que c'est elle qui véhicule et dicte les comportements, les rites et les croyances des peuples tout en leur donnant un sens plus ou moins objectif. Dans ce contexte M. Mauss considère que le rite correspond à une représentation religieuse ; il entend par représentation, tous les faits de conscience, y compris les actions. (1967. p 237).

En général, l'être humain croit en l'existence d'une divinité, d'un être puissant qui a tous les pouvoirs bienveillants ou maléfiques sur lui, à qui il doit obéissance et respect pour éviter sa vengeance et sa colère. D'après Freud, ces pratiques existaient chez les hommes primitifs, qui croyaient en la puissance des totems qui représentaient un refuge

sur lequel l'âme serait déposée, afin d'être soustraite aux dangers qui pourraient la menacer. Et lorsque ces derniers lui confiaient leur âme, ils devenaient eux-mêmes invulnérables. (2001.p 165).

Les religions offrent donc un soutien lors des étapes de passage qui ponctuent le cycle de la vie : naissance, adolescence, mariage, mort. Elles sont également apaisantes pour ceux qui y adhèrent puisqu'elles essayent de donner un sens commun à ces événements et d'établir un certain ordre pour pouvoir y faire face.

Sur le sujet de la mort, l'ensemble des religions suppose une survie et une continuité ou une immortalité après le décès de l'individu, ce qui diffère de la théorie philosophique qui conçoit la mort comme un anéantissement de la vie. Selon une étude entreprise par l'anthropologue S. Froidevaux (2002. p788), tous les religieux rencontrés ont été unanimes pour dire que la mort n'est jamais une fin en soi, qu'elle est certes une cessation de la vie ici-bas, mais celle-ci n'est généralement qu'un passage. La mort apparaît donc comme une disparition momentanée ou une métamorphose qui permet à l'être ou à l'esprit de continuer son chemin dans l'au-delà, de ressusciter sous la forme d'un corps spirituel, ou bien comme c'est le cas dans les religions d'Asie, de se réincarner dans une autre vie, sous une autre forme ou une autre identité. Dans un cas comme dans l'autre, la plupart des religions considèrent la mort comme un passage et une naissance à une autre vie (Savard cité par E. Volant. 2003. [www.erudit.org](http://www.erudit.org)).

De ce fait, elles donnent une attention particulière à chaque moment qui entoure la mort, depuis l'accompagnement du mourant jusqu'à l'inhumation du cadavre, sans oublier l'accompagnement de la famille du défunt. Ce qu'on appelle rites funéraires sont alors un moyen nécessaire pour les vivants de dire au revoir au défunt, de se recueillir en famille, de méditer et de circonscrire la douleur de la perte en la transformant par des gestes symboliques et des prières.

Quelle est la position des religions et notamment celle de la religion musulmane face à la mort et quels sont les rituels qu'elles proposent dans ce genre de situation afin d'aider à son acceptation ?

### 5.1- L'attitude des religions monothéistes face à la mort :

Comme nous allons le voir, les trois religions monothéistes : l'Islam, le Christianisme et le Judaïsme ont la même certitude quant à l'inéluctabilité de la mort qui s'exprime dans le langage arabe populaire par exemple, par les expressions suivantes : "Al mawt alina haqq" : la mort a raison de nous, "Al mawt kayna" : la mort existe et "Al mawt maktouba" : la mort est écrite. Cette dernière expression renvoie l'homme à son destin et tacitement à l'omnipotence du créateur. Il faut savoir que ces croyances et ces idées sur la mort sont véhiculées par les livres sacrés qui représentent la parole de Dieu : Coran, Bible et Evangile.

Le comportement des musulmans face à la mort consiste en la croyance d'une vie éternelle après la mort, symbolisée par le paradis et l'enfer. Cette idée d'éternité est consolidée par le verset suivant : « *Comment êtes-vous infidèles envers Allah, alors que vous étiez morts et qu'Il vous a donné la vie, alors qu'ensuite Il vous fera mourir, puis vous ressuscitera, alors qu'à Lui vous serez ramenés.* »<sup>1</sup> (Coran. Sourate : II, Verset 28).

De ce fait, la mort n'est plus redoutée mais envisagée de manière naturelle comme une étape nécessaire du devenir humain. Cette acceptation de la mort en tant que telle permet au musulman de ne pas la nier mais de l'assumer et de la mettre au cœur des croyances afin d'essayer de la maîtriser et de juguler les conséquences plus ou moins dramatiques de ceux qui la subissent, comme par exemple les proches du défunt.

Selon J. P. Loisel et all « l'existence de la foi et corollairement la confiance en la miséricorde divine confère à l'inéluctabilité de l'évènement " mort" une autre dimension. Celle de la soumission et de l'acceptation, mais aussi celle de l'espérance. D'où l'expression populaire qui est véhiculée dans l'entourage des malades et des mourants "hada ma cha'Allah" : 'c'est ce que désire Dieu'. Formule consolatrice, aussi faut-il avoir la foi et la sagesse d'accepter la mort qui se définit comme un passage, une transition, une sorte de vie qui prolonge, d'une façon ou d'une autre, la vie individuelle». (1999. [www.obseques-liberte.com](http://www.obseques-liberte.com)). En effet les musulmans croient en la résurrection

---

<sup>1</sup> القرآن : سورة البقرة (الآية 28) : بسم الله الرحمن الرحيم " (صدق الله العظيم) "  $\Upsilon \text{ } \alpha \zeta \text{ } \dot{\Upsilon} \text{ } \kappa \text{ } \Psi \text{ } \kappa$

des morts et en la rédemption et sur ce point, le livre sacré le Coran mentionne qu'au jour du jugement "yaom el quiema", les morts se lèveront pour être jugés par Dieu : Ceux dont le bien surpasse le mal iront au paradis, les autres seront condamnés aux flammes.

En d'autres termes les musulmans croient en Dieu et en sa puissance, en l'impossibilité de changer les événements. Alors ils acceptent sa volonté et s'y soumettent. Croire en sa parole permet de donner un sens à la mort, d'avoir une représentation de ce qui va se passer après la mort : par exemple il est mentionné que " les morts dans l'au-delà, mangent, boivent et éprouvent des sentiments", il n'y a pas un "non sens", l'individu arrive à imaginer ce qui lui arrivera après sa mort, et ce sont ces représentations véhiculées par la religion qui vont lui permettre de se projeter dans l'après vie, de croire à l'éternité et de ce fait, à se sécuriser.

Pour les juifs aussi la mort n'est pas perçue de manière négative car selon leurs croyances, l'âme est libérée des vices de ce monde et après la mort, elle est proche de Dieu et du spirituel vers lesquels elle aspirait tant, ici bas. La mort est un événement important pour le juif car elle marque le bilan de sa vie, le jour du jugement et de la capitulation des comptes. L'instant dans lequel va se décider une fois pour toutes, le caractère de son existence éternelle ainsi que le fait qu'il serait éternellement réprouvé ou sauvé. C'est pour lui la porte ouverte sur un nouveau monde qu'il appelle " le monde futur ", « la voie vers la béatitude à laquelle aspire tout être de foi et de religion où l'âme sera récompensée par le Jardin d'Eden ». (G. Chollet. 1999. [www.internatif.org](http://www.internatif.org))

Les chrétiens également s'abandonnent à la volonté céleste afin de ne point sombrer dans le désespoir puisque ce dernier sentiment est perçu comme un grave péché qui peut être fatal à celui qui va mourir.

De tout ce qui précède, nous constatons que les trois religions monothéistes croient à une vie éternelle après la mort, et en la résurrection lors du jugement dernier où l'individu sera, soit récompensé pour ses actes en allant au paradis ou au contraire, il sera puni et envoyé en enfer. Il ne faut pas oublier cependant que ces similitudes entre les trois religions sont dues au fait que la religion musulmane est considérée comme une

continuité des deux autres Chrétienne et Juive et qu'elles ont les mêmes principes fondamentaux y compris celui de croire en un unique Dieu seul et miséricordieux.

Par contre s'il existe des différences dans leurs rituels funéraires, celles-ci ne sont pas très importantes. Selon l'étude faite par l'anthropologue S. Froidevaux, il est possible de répartir les différents moments qui entourent la mort comme suit :

1. Les derniers instants ou l'accompagnement du mourant (l'agonie);
2. La toilette du cadavre et la mise en bière;
3. Les obsèques qui se divisent elles-mêmes en trois étapes :
  - 3.1- La levée du corps;
  - 3.2- La cérémonie religieuse ou service funèbre;
  - 3.3- L'enterrement ou la crémation;
4. Les anniversaires et les commémorations funéraires.

Voyons à présent comme se déroulent ces rituels funéraires au niveau de chaque religion puis nous étudierons les différentes étapes de ces rites dans notre religion musulmane.

Concernant les Chrétiens, le malade en fin de vie doit recevoir d'un prêtre les derniers sacrements. Il s'agit du sacrement des malades qui peut être d'ailleurs administré plusieurs fois dans la vie, lors des maladies graves. Il porte essentiellement sur des notions de réconciliation et de départ en paix. Quant à ceux qui accompagnent le mourant, ils sont invités à adopter des attitudes décentes et révérencieuses jusqu'aux derniers instants de la mort.

Après le décès, les soignants ou les employés des pompes funèbres procurent les soins d'hygiène et de conservation et l'habillement. Traditionnellement le corps est porté à l'église et installé dans un cercueil ouvert, les mains jointes ou croisées sur la poitrine. Un cierge allumé et des fleurs sont placés près du cercueil. Ces actes symbolisent pour les Chrétiens, l'illumination et l'éclosion de l'âme dans le monde de l'esprit, aidant ainsi le défunt à se détacher du matériel. Lors de l'enterrement, une prière et une lecture de la Bible sont effectuées par un prêtre pour que l'âme du défunt puisse reposer. (J. P. Loisel et all. 1999.[www.obseques-liberte.com](http://www.obseques-liberte.com))

Chez les juifs, l'agonisant doit, avant l'instant suprême, faire un retour complet sur soi, se repentir afin de mourir innocent, en se remémorant les paroles du roi Salomon qui disait : « Tout va à un même endroit, Tout est poussière et tout va à la poussière ». C'est un précepte qu'on retrouve aussi chez les musulmans. Après la mort, le corps doit être enterré le plus tôt possible (en général dans les 24 heures) en terre juive, consacrée de préférence. Le corps est lavé et enveloppé dans un drap blanc. Le transport du défunt vers le cimetière se fait en plusieurs étapes, mais le corps n'est pas introduit dans une synagogue. Lors du convoi funéraire, seul les porteurs sont placés à l'avant et la famille à l'arrière. Les femmes n'entrent pas dans les cimetières. Elles restent à l'entrée. Le respect dû au mort est capital dans la religion juive où il est prévu pour le défunt de croire en la résurrection de son corps. C'est pourquoi les juifs n'incinèrent pas leurs morts et n'accomplissent pas d'autopsie ou de prélèvements d'organes, car ils y voient une négation de la foi en la résurrection.

Toujours chez les juifs, le deuil est rigoureux pendant une semaine et se prolonge de façon plus atténuée pendant un an. Durant la première semaine de deuil, les proches portent un vêtement déchiré et restent chez eux sans en sortir. Parents et amis ont un devoir de visite pour apporter alimentation et secours. Jusqu'au onzième mois, une prière pour le défunt est récitée tous les jours à la synagogue (l'orphelin récite pendant toute sa période de deuil, le Kaddich, prière en faveur du défunt et la récite au moins une fois par jour) avec une veilleuse allumée. Par la suite, l'anniversaire de la mort est commémoré chaque année.

A quelques détails près, nous retrouvons les mêmes rites chez les musulmans où le soutien et l'attention prodigués au mourant sont considérés comme des actes essentiels. À l'heure de l'agonie par exemple, on lui donne à boire un verre d'eau pour le purifier intérieurement. Puis l'entourage lui tourne la tête dans la direction de la Mecque et l'incite à prononcer la ‘‘ Shahâdâ’’ qui est une attestation de foi afin de lui faciliter l'interrogatoire auquel deux anges le soumettront dans le tombeau. Le corps est alors lavé et parfumé puis enveloppé dans un linceul blanc. Lors des funérailles, il est fortement recommandé chez les musulmans d'aider à porter la civière. D'où la citation de l'imam Muslim, témoin du prophète "Rendez visite aux malades et suivez les convois funèbres, cela vous rappellera la vie future".

Quant aux cérémonies qui suivent l'enterrement, elles varient selon les coutumes qui englobent le repas funéraire, les visites au cimetière et l'aumône. En Islam, il n'existe pas de costume de deuil et au deuxième jour après l'enterrement, les femmes viennent au cimetière pour faire l'aumône à l'intention du défunt. Au troisième jour, les lecteurs du coran viennent à la maison pour réciter les sourates du Coran. Hommes et femmes siègent séparément pour recevoir les condoléances. Les musulmans considèrent cette cérémonie comme le dernier service qu'ils peuvent rendre à leur proche, et comme une opportunité de se rappeler combien la vie est courte sur cette terre. De même que les Juifs, les Musulmans croient en la résurrection du corps, et de ce fait ils refusent et interdisent systématiquement la crémation. Contrairement à ces deux religions, les Chrétiens, même s'ils croient à la résurrection du corps et au jugement dernier, pratiquent l'incinération des corps. Tous ces rites aident la famille à accepter la séparation et de ce fait à faire son deuil.

#### **5.2- Les rituels funéraires dans la religion musulmane :**

Après ce bref aperçu sur les différentes étapes des rites funéraires dans les trois religions monothéistes (Islam, Judaïsme, et Christianisme), voyons à présent d'une manière détaillée les sept étapes des rites musulmans, d'après une description faite dans un article intitulé « L'Islam » (J. P. Loisel et all. 1999. [www.obseques-liberte.com](http://www.obseques-liberte.com))

Les auteurs de ce travail écrivent « devant la perte irréparable d'un individu, c'est le groupe tout entier qui essaye de faire face à la mort et ce, en ayant recourt à un système codifié, dicté par le Coran et la Sunna qui s'oppose à la perturbation destructrice créée par l'événement ». Selon eux, « il s'agit d'une sorte de riposte collective ou d'un mécanisme d'énergie visant à atténuer le désarroi consécutif à l'évènement ainsi que le sentiment de froid que véhicule la mort lorsqu'elle survient. Tout un arsenal de symboles réconfortants se met en place pour repousser, voire anéantir l'aspect terrifiant de la mort. Par la croyance et le côté sacré, le rite acquiert une fonction hautement apaisante et sécurisante.». (1999.[www.obseques-liberte.com](http://www.obseques-liberte.com)).

Ainsi, comme nous l'avons mentionné plus haut, c'est la foi et la croyance en Dieu qui procure un soutien et permet l'acceptation de cet événement douloureux. Tout se résume dans cette phrase courante chez tous les musulmans sans exception : "c'est à

*Dieu que nous appartenons et c'est à lui que nous retournerons".* Pour ce faire, différentes étapes sont nécessaires :

En Islam, la toilette du mort est l'élément le plus important des rites funéraires car les croyants considèrent que la mort " souille " tout ce qu'elle approche ou ce qu'elle atteint et qu'il n'est convenable de rencontrer Dieu qu'en état de pureté. Dans l'agonie, bien des impuretés ont pu se produire et il convient de ne rencontrer la face du Seigneur qu'en état de pureté absolue. Cela explique l'importance de ce rite qui vise à éliminer totalement cette impureté présente, tant chez le cadavre que chez ses proches, voire toute la maisonnée, et qui consiste en la toilette du mort en raison de sa vertu purificatrice. En effet, quelques minutes après la mort, une prétoilette est pratiquée par le plus intime du défunt, souvent dans le décès, car l'Islam préconise la pudeur et la chasteté. Le corps ne peut être vu que par les plus proches. Remarquons que la toilette d'une femme est effectuée par des femmes, celle d'un homme par des hommes. Seules exceptions, le mari peut laver sa femme et une mère peut laver son fils jusqu'à l'âge de six ans.

Agé ou jeune, entier ou non, le corps d'un défunt doit être lavé, à l'exception des martyrs qui sont " nettoyés par leur propre sang " selon la religion. La prétoilette met donc le corps du défunt en "conformité" avant qu'il ne soit confié à l'Imam pour la toilette rituelle proprement dite. Concernant la femme, c'est en général la vieille des connaissances qui se charge de ce rituel.

Quant à la toilette proprement dite, elle se déroule en trois étapes :

1. Le nettoyage du corps
2. Les ablutions rituelles avec prières spéciales
3. L'onction de parfums.

Pour cela, le corps doit être dirigé face à l'est, tête à l'ouest. A la différence des pratiques occidentales où l'on empêche les écoulements et les dégagements gazeux, les musulmans bouchent tous les orifices, sauf la bouche, non pas pour protéger l'environnement des émanations, mais pour protéger l'âme contre toute impureté extérieure pouvant rentrer par les orifices durant la période où elle est sensée être encore à l'intérieur du corps. La toilette est donc en partie motivée par la volonté de défendre l'âme du défunt.

Dès que possible, l'imam vient au domicile du défunt pour réciter à l'oreille droite puis à l'oreille gauche, la prière dite de Shahâdâ: "il n'y a de Dieu qu'Allah" dite à l'oreille droite et "Mahomet est le prophète d'Allah" dite à l'oreille gauche. La formule est également ainsi récitée aux oreilles du nouveau-né dès sa naissance. Soulignons que c'est cette même formule qui est répétée quotidiennement par le croyant. Après la toilette, le corps est enveloppé dans un suaire blanc appelé "linceul" ou "El Kfen". Ce dernier est une bande de tissu d'un mètre de large environ, et d'une longueur de 9 m à 11,50 m. En théorie, le musulman est enterré 'nu' dans ce linceul avec quelques clous de girofle et aspergé de parfum. Enfin, quatre bandelettes maintiennent le linceul enroulé autour du corps. La première se place aux chevilles, la seconde aux genoux, la troisième au niveau des bras et de la poitrine et la dernière pince le linceul au-dessus de la tête. Le corps est alors encensé trois fois, puis placé dans un drap de la maison, toujours blanc.

Dans certaines familles on brûle l'encens derrière le défunt. L'eau qui a servi à la toilette est jetée au loin. Les torchons et carrés de tissu sont détruits. Le seau et autres ustensiles sont rapportés à la mosquée. La bassine dans laquelle a chauffé l'eau est purifiée avec de l'eau et de la farine. Celui qui la nettoie doit réciter trois fois la 36<sup>ème</sup> sourate : "je reconnais qu'il n'y a qu'un seul Dieu et que Mohamed est son prophète".

Lorsque "les services funéraires" arrivent au domicile du défunt avec la civière, les obsèques sont déjà bien entamées. La lumière n'a pas été éteinte dans la chambre mortuaire depuis l'instant de la mort. Le corps est saisi par le drap dans lequel il est enveloppé et déposé, couché sur le côté droit de telle sorte qu'il pourra regarder vers La Mecque. Ce détail est d'une importance capitale pour le musulman qui voit dans son application une condition incontournable pour le réveil au jugement dernier.

Avant que le corps ne soit inhumé, on célèbre la prière funéraire qui est obligatoire. Cette prière est généralement récitée par un Imam au cimetière, juste avant l'inhumation, ou bien dans la mosquée en même temps que la prière du "Dohér" (midi). Les participants restent debout et doivent accomplir la prière sincèrement. L'imam commence par le récit de "la Fatiha", chapitre premier du Coran, précédé par "Allah Akbar". Ensuite, l'invocation "Allah Akbar" est reprise, suivie de la prière dite

‘‘abrahamique’’. Une troisième fois il dit "Allah Akbar" et fait des invocations pour le défunt ou ‘‘prière du mort’’.

Une quatrième fois, l'imam dit "Allah Akbar" puis procède au salut final qui consiste à dire successivement vers la droite, puis vers la gauche, la phrase suivante ‘‘Es Sale mou alayekoum oua Rahmatou Allah’’ ( ‘‘Que la paix et la clémence de Dieu soit sur vous’’.) Les musulmans considèrent qu'il faut aller au plus vite enterrer les défunts. L'ensevelissement du mort se fait directement dans la terre. Il est descendu dans la tombe par ses coreligionnaires, tête la première. Tous les nœuds du linceul sont dénoués car ils sont censés gêner la sortie de l'âme du corps. Ensuite la fosse est rebouchée par leur soin, chacun manipulant quelques pelletées de terre. L'imam pose alors une pierre sur la tombe pour marquer l'emplacement du défunt, côté tête. En se plaçant derrière la tombe, il adresse une dernière prière au défunt sans la participation de la communauté, soit l'exhortation intime du défunt.

Après l'enterrement, la famille prépare un repas qui sera destiné à l'âme du défunt. D'autres repas sont organisés le 3<sup>ème</sup> jour, le 7<sup>ème</sup> jour, puis le 40<sup>ème</sup> jour et enfin au premier anniversaire du décès. Là également, tout dépend des traditions familiales et non pas de rites religieux.

Concernant le deuil, il ne doit pas affecter la vie courante de la famille au delà de trois jours. Toutes les condoléances se pratiquent pendant ces trois jours et pas au-delà, sauf dans le cas où quelqu'un se déplace de loin. Il est de bon ton, pour un musulman, de s'y astreindre. Le visiteur emprunte souvent la formule de politesse : "Que Dieu augmente ta récompense, t'accorde l'endurance et pardonne à ton regretté" à laquelle répond la famille : "Amen, que Dieu te récompense et t'évite tout mal".

Il est dit que la première chose à faire par les survivants, c'est de régler les dettes du défunt. «L'âme du croyant est esclave de sa dette jusqu'à son règlement » a dit Al Boukhari, témoin du prophète. Il arrive que la famille ne puisse pas honorer les engagements pris par le défunt ou qu'elle n'ait pas les moyens de pourvoir aux obsèques dont les frais sont aussi considérés comme sa dernière dette. Ici, c'est la communauté qui se mobilise en conséquence pour que son âme soit libre de toute dette, l'aumône étant alors considérée comme un mérite pour celui qui l'accorde.



*c'est comme s'il avait tué tous les Hommes. Et quiconque lui fait don de la vie, c'est comme s'il faisait don de la vie à tous les Hommes...* » (Sourate V. Verset 32)<sup>1</sup>

A ce sujet G. Le Bon écrit que « le droit criminel qui est réglé par le Coran et les interprétations du Coran, a pour base, comme le code de Moïse, la peine du talion : *''œil pou œil, dent pour dent''* » (1969. p 302). En d'autres termes, lorsqu'il y a crime, la famille de la victime se vengeait en tuant le coupable ou un autre membre de sa famille, soit le père sinon le fils ou le petit-fils. La loi du talion avait l'avantage, selon G. Le Bon, de restreindre beaucoup le nombre des meurtres, mais elle présentait l'inconvénient d'entraîner une série de revanches. Pour cette raison on lui a substitué la compensation pécuniaire *''El Dia''* payée aux parents de la victime. *''El Dia''* est une somme d'argent fixée en général par les anciens du groupe ou par la famille de la victime.

Quant au châtement prévu par l'Islam envers l'assassin, il diffère selon si l'acte est volontaire, prémédité ou non. Dans le premier cas, la peine est celle de la mort, à moins que l'héritier du défunt n'accepte le prix du sang. Et lorsque le crime est involontaire, le coupable ou sa famille doivent payer à la famille du défunt *''El Dia''*. Cette pratique peut être accompagnée obligatoirement de 60 jours successifs de jeûn afin que Dieu puisse pardonner au coupable son acte inhumain.

Pour ce qui est de la position de la religion Musulmane à l'égard du suicide, E. Durkheim nota que « rien n'est plus contraire que le suicide à l'esprit général de la civilisation Mahométane » (Cité par B. Bensmail. 1993. p97)

Sur ce point B. Bensmail écrit que « le respect de la vie humaine est une obligation et le suicide est formellement condamné car se donner la mort, c'est ne pas admettre une situation ou un état. C'est donc un refus de se soumettre à ce qui a été décrété par Dieu, c'est une révolte, un sacrilège contre la volonté divine » (1993. p97)

---

<sup>1</sup> القرآن : سورة المائدة (الآية 32) : بسم الله الرحمن الرحيم "  $\overset{\sim}{\underset{\sim}{\text{K}}}$   $\overset{\sim}{\underset{\sim}{\text{ĭ}}}$   $\overset{\sim}{\underset{\sim}{\text{ũ}}}$   $\overset{\sim}{\underset{\sim}{\text{ũ}}}$  "  $\overset{\sim}{\underset{\sim}{\text{ŪK}}}$   $\overset{\sim}{\underset{\sim}{\text{ə}}}$   $\overset{\sim}{\underset{\sim}{\text{γĭ}}$  "  $\overset{\sim}{\underset{\sim}{\text{Ū}}}$   $\overset{\sim}{\underset{\sim}{\text{γ}}}$   $\overset{\sim}{\underset{\sim}{\text{ŪũKĭŪŌ}}$   $\overset{\sim}{\underset{\sim}{\text{ŪKĭ}}$   $\overset{\sim}{\underset{\sim}{\text{Ū}}}$   $\overset{\sim}{\underset{\sim}{\text{γ}}}$   $\overset{\sim}{\underset{\sim}{\text{ŪũKŪŌ}}$   $\overset{\sim}{\underset{\sim}{\text{ũ}}}$   $\overset{\sim}{\underset{\sim}{\text{əŪ}}$   $\overset{\sim}{\underset{\sim}{\text{ĭ}}$   
(صدق الله العظيم)



sont installées tout au long des grandes plaines du littoral ainsi que sur les hauts plateaux telliens du Constantinois.

Toute cette « mosaïque ethnique » comme aime à la souligner le sociologue P. Bourdieu, est issue d'une société traditionnelle d'organisation clanique et tribale, d'origine Berbérophone et Arabophone et qui est régie essentiellement par le droit musulman et un droit coutumier propre à chacune de ces communautés de type patriarcal. (1970. p6)

De son côté B. Bensmail souligne que « la société traditionnelle algérienne s'articule sur deux grands axes ou piliers fondamentaux : l'Islam et une organisation sociale représentée par la famille élargie patrilinéaire qui est basée sur la cohésion, la solidarité et la discipline, indispensables pour la survie du groupe. » (1993. p97)

Dans le même ordre d'idée, l'auteur ajoute que « l'Islam est le principal facteur de cohésion communautaire qui rassemble et réunit tous les musulmans dans le même idéal et efface les différences de classes sociales ou de races. » (1991. p74)

En effet, en Algérie la foi et la piété véhiculées par la religion sont vécues et pratiquées dans la sincérité où la soumission à la volonté Divine, la patience devant les épreuves, la souffrance, la mort et la résignation sereine devant l'inéluctable, sont autant de qualités de sublimation, fort différentes du "fatalisme" au sens péjoratif de passivité qui lui est habituellement prêté. D'après ce psychiatre « l'intériorisation de ces principes religieux apaise et sécurise l'individu et permet de canaliser les conflits. » (1991. p74)

Dans cette référence à la volonté Divine qui est une donnée constante chez le musulman, « la vie terrestre est considérée par ce dernier comme une épreuve...avec ses joies, ses peines et ses douleurs dans laquelle l'Homme naît, s'épanouit, décline et meurt, avant d'entrer dans la vraie vie qui l'attend dans l'au-delà... . Pour cela l'Islam considère la vie et la mort, comme un phénomène normal et inévitable. Le croyant doit les accepter avec sérénité et dignité car elles sont inscrites dans sa destinée... » (1987. p986)

Pour ce qui est du rôle de la famille traditionnelle, B. Bensmail rappelle qu'en Algérie, « la veuve, l'orphelin, le malade ou l'handicapé sont intégralement pris en charge par le groupe où la cohésion à toute épreuve s'appuie sur la discipline, la hiérarchie et l'adhésion totale aux valeurs traditionnelles. Or depuis quelques années et plus

exactement depuis l'indépendance, insiste l'auteur, la société Algérienne où se voient tous les degrés de transition et de juxtaposition entre le mode de vie traditionnel (généralement conservé dans les campagnes) et moderne de type occidental (dans certains milieux citadins) a connu des changements plus ou moins prononcés de la mentalité tribale qui s'appuyait sur le rôle important que jouait la famille élargie dans la gestion et l'organisation de la vie quotidienne avec ses joies et ses peines. »(1991. p75)

Si nous avons insisté sur ces quelques traits culturels de la société Algérienne et ces quelques préceptes de l'Islam qui lui sont associés, c'est pour montrer justement, l'importance que joue la cohésion et la solidarité familiale, ainsi que le sens que donne la religion à la mort, qui sont autant de facteurs positifs pouvant aider les individus à surmonter les épreuves difficiles de la vie et notamment celle du décès d'un proche. Chez les croyants Algériens, la mort est non seulement considérée comme un processus naturel de la vie, comme nous l'avons cité précédemment, mais elle est vécue par le groupe entier dans une atmosphère souvent sereine, basée sur des rituels bien codés dont G. Le Bon dira que « les enterrements musulmans se font presque avec autant de pompe que les mariages » (1969. p 286)

Même si ces rites funéraires sont pour la plupart basés sur les recommandations de la religion musulmane, nous remarquons également qu'ils diffèrent d'une région à une autre, selon les traditions qui les sous-tendent. Dans les quelques récits succincts élaborés par M. Gaudry, dans son livre sur "le mode de vie de la femme Chaouia de l'Aurès" (1998. p131-134), elle écrira au sujet des rituels funéraires de cette communauté : « Dès que l'Aurassienne décède, les vieilles femmes lui ferment les yeux et la bouche et procèdent à sa toilette funéraire. Sur une planche spéciale, le corps est débarrassé de ses bijoux et vêtements puis lavé et parfumé avec de l'encens, des clous de girofle, de l'eau de rose et du safran.

Pendant ce temps des parents et voisins se procurent de la cotonnade blanche et neuve "le Kfen", destiné à la confection du costume funéraire. Après la toilette les femmes habillent la défunte, voilent son visage à l'aide d'un foulard, l'enveloppent dans le linceul en forme de sac que cousent les vieilles et l'étendent sur une civière où une couverture a été préalablement étalée, la tête déposée sur un coussin rempli de terre ou de feuilles d'olivier. Des foulards plus ou moins beaux sont déployés sur elle. Une fois ce travail accompli dans un rituel bien codé, elles se regroupent autour de la défunte

pour la pleurer. Toutes se lèvent pour redoubler de lamentations à chaque fois qu'une nouvelle visiteuse pénètre en gémissant dans la chambre mortuaire. Dans certaines tribus comme chez les Beni bou Slîman par exemple, elles s'égratignent frénétiquement le visage pour témoigner de leur affliction. Cette coutume ainsi que les réactions par les cris et les lamentations sont vivement déconseillées par l'islam, car comme nous l'avons évoqué précédemment, ces comportements sont le signe d'insoumission à la volonté Divine.

Quant aux hommes, rajoute l'auteur, ils se groupent dans une autre chambre ou bien s'installent dehors à quelques mètres de la maison.

Tous ces visiteurs sont ce jour là et quelquefois même pendant plusieurs jours, nourris par la famille en deuil, à laquelle, de leur côté, ils offrent des aliments.

Remarquons que chez certaines communautés comme les Mozabites par exemple, ce sont les voisins et non la famille du défunt qui préparent le repas funéraire pendant les trois jours qui suivent le décès.

Lorsque le cortège funéraire quitte la maison, les vieilles femmes manifestent parfois leur douleur par des You-you, tandis que les hommes récitent la "Shahâdâ" : « La Ilaha illa Allah oua Mohamed rasôul Allah », puis les Tôlba entonnent la "Borda" qui est un poème d'El Boussiri consacré à la louange du prophète et dont le récit se poursuit jusqu'au cimetière.

Au contraire chez les Kabyles et les Arabes nous ne retrouvons pas ces mêmes rituels. Dans les familles Kabyles par exemple, au lieu des youyou, les femmes entonnent dans leur dialecte des chants religieux au moment de la levée du corps quand la dépouille est sur le pas de la porte de la maison, elles lui jettent derrière, des poignées de dattes et de bonbons en guise d'offrande. Puis une fois seules, elles procèdent à la purification de l'endroit où était étendu le défunt, en y éparpillant du sel.

Chez les Arabes et selon les traditions de chaque famille, soit la levée du corps se fait dans un brouhaha de cris ou de fortes lamentations, soit elle se fait dans un silence absolu où seuls des versets Coraniques seront récités. Sinon au milieu d'entonnements de la "Shahâdâ" faites par les hommes qui lèvent le corps du défunt à la place duquel, on allume une bougie pour y "chasser son âme".

Enfin, une autre différence des rituels funéraires en Algérie réside dans l'accompagnement par les femmes du défunt jusqu'au cimetière. Tandis que chez les Kabyles et les Arabes ce rite est strictement interdit aux femmes, jusqu'au lendemain matin où elles doivent obligatoirement s'y rendre, mais seules sans la compagnie des hommes. Au contraire chez les Chaouias, les femmes assistent du début jusqu'à la fin de l'enterrement.

M. Gaudry raconte au sujet de l'inhumation, qu'elle débute aussitôt après le décès et consiste à creuser la fosse avec tous les rites que nous avons observé et décrit dans la partie qui traite des rituels funéraires dans les religions monothéistes. Chez les Chaouias il existe certaines croyances qui font que lorsque la terre creusée résiste, c'est de bon augure car cela prouve que celui ou celle qui s'en va fut juste et bon durant sa vie et il ou elle sera récompensé(e) ; si le terrain est mou on tire le pronostic contraire. (1998.p134)

Après l'ensevelissement du corps les hommes ferment la tombe après avoir jeté quelques poignées de dattes (ou de terre selon la tradition). Les parents reçoivent les condoléances des assistants puis tout le monde se retire. A Tagoust un village de l'Aurès, la superstition veut que chacun doit rentrer chez lui d'un chemin différent de celui qu'il a pris en allant au cimetière. Enfin près de la tombe, l'Imam reste seul avec le défunt, lui parle, lui prodigue des conseils car c'est à ce moment, dit on, qu'il ressuscite.

Une autre caractéristique des traditions Chaouia réside dans le fait que lorsqu'il s'agit de la tombe d'un homme, ils plantent deux pierres plates appelées "Lahda", l'une au niveau de la tête et l'autre au niveau des pieds. Si la tombe abrite les restes d'une femme, ils ajoutent une troisième pierre entre les précédentes. Chez les Abdaoui, une tribu Aurassienne, les trois pierres sont parallèles, par contre chez les Ouled Daoud, la troisième est perpendiculaire aux autres.

Enfin, dans les sept jours qui suivent le décès, tout le linge de la famille doit être lavé. Nous retrouvons ces mêmes pratiques dans la plupart des traditions Algérienne. De même que tous le linge du défunt sera distribué aux nécessiteux. Ces rituels ressemblent aux rituels de purifications observés dans certaines tribus et cultures Africaines qui cherchent par ces gestes à éviter d'être contaminé par la mort.



Dans le cas où le défunt a été assassiné la coutume est d'assurer sa vengeance. Celle-ci s'effectue par le parent mâle le plus proche. Toutefois, quand la veuve est sans famille, il arrive qu'elle y contribue, soit en payant un étranger afin qu'il l'exerce à sa place, soit en posant comme condition préalable à son remariage l'accomplissement même de cette vengeance par le prétendant.

Ces pratiques qui étaient courantes dans un passé récent dans l'Algérie profonde, ont été remplacées par le code pénal algérien qui stipule dans l'article 261 relatif au meurtres volontaires: « que tout coupable d'assassinat, de parricide ou d'empoisonnement, est puni de mort » (1971. p 90)

Quant aux meurtres involontaires, l'article 288 souligne que « quiconque, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements, commet involontairement un homicide, ou en est involontairement la cause, est puni d'un emprisonnement de six mois à trois ans et d'une amende de 1000 à 20 000 DA ». Cette peine est portée au double lorsque « l'auteur du délit a agi en état d'ivresse ou a tenté, soit en prenant la fuite, soit en modifiant l'état des lieux, soit par tout autre moyen, d'échapper à la responsabilité pénale ou civile qu'il pouvait encourir. » (Art. 290. 1971. p 99)

Mais ceci n'empêche pas que dans ces derniers cas, la famille du responsable du décès doit rendre visite à la famille endeuillée afin de demander le pardon et d'apporter aide matérielle 'El Dia' et consolation.

En conclusion nous pouvons dire que le sujet de la mort a toujours suscité un sentiment d'angoisse et d'incompréhension chez la majorité des personnes qui n'arrivent pas à imaginer ou à se représenter leur propre mort, jusqu'au jour où elles sont confrontées au décès d'un proche ou d'un être cher ; là, il se manifeste chez eux des réactions de fuite et des attitudes de rejet ou même de déni. Ce phénomène s'est accentué depuis quelques décennies et notamment avec les progrès des sciences médicales qui ont fait reculer le taux de morbidité chez les adultes ainsi que le taux de mortalité infantile. Ainsi la mort qui était considérée dans les sociétés primitives, comme étant un processus normal de la vie tel celui de la naissance par exemple, est devenue aujourd'hui un sujet tabou capable de bouleverser complètement la vie des individus qui la subissent. Pour faire face à cet événement, les sociétés primitives ainsi

que les traditionnelles qui lui ont succédées, ont élaboré un certain nombre de coutumes et de rites funéraires dont l'objectif primordial consiste en l'accompagnement serein du mourant ainsi que l'apaisement des angoisses des survivants. Or aujourd'hui, l'attitude des sociétés occidentales vis-à-vis de la mort a connue des changements. Comme l'ont démontré les spécialistes en la matière, la mort est devenue de plus en plus traumatisante et ce, à cause de leur négligence pour ces croyances ancestrales et notamment celles qui relèvent des traditions funéraires qui offraient jadis aux endeuillés, un cadre socialement reconnu pour l'expression naturelle des émotions et procuraient le soutien et l'appui dont a besoin le survivant pour affronter la douleur engendrée par la perte de son proche.

Seulement, même si l'être humain fuit la réalité de la mort, le décès d'un proche va se charger de lui rappeler qu'aucune personne au monde n'est immortelle et que cette perte ne passera pas sans laisser de traces ou de séquelles du fait de la séparation et la disparition définitive de l'être cher qui va être à l'origine de l'apparition de la douleur et de la souffrance qui sont les signes concrets du commencement d'un processus interne appelé "travail de deuil".

De ce fait, nous allons aborder dans le chapitre suivant la question du deuil qui est la conséquence et la répercussion directe qu'engendre la perte d'un proche.

## Chapitre II : Le deuil

Un des événements malheureux de la vie qui bouleverse et laisse des séquelles importantes dans la vie de l'individu est la perte d'une personne proche telle que les parents ou les enfants. A ce sujet, la plupart des auteurs sont unanimes pour dire que la perte d'un être cher, surtout si elle est liée à la mort, est la pire des épreuves que puisse rencontrer un être humain.

Comme nous l'avons mentionné dans le chapitre précédent, la mort suscite des comportements et des attitudes spécifiques à chaque société et à chaque individu qui pourraient leur permettre de maîtriser et de dépasser des ressentiments plus ou moins douloureux. A ce propos les théoriciens s'accordent à dire que la perte d'une personne chère, quelle que soit sa nature, va inaugurer une période appelée "deuil" qui est à l'origine de l'apparition de ces comportements et qui a comme objectif d'amener l'endeuillé à une situation d'apaisement et de bien-être. Mais qu'est ce qu'un deuil ? Et comment peut il aider le sujet à dépasser son état de souffrance ?

Nous allons donc essayer de répondre à ces questionnements dans ce présent chapitre tout en essayant d'expliquer l'intérêt de ce processus, son cheminement ainsi que ses complications appelées communément "le deuil pathologique".

### **1. Définitions du "deuil" :**

#### **1.1- Définition générale du concept :**

Avant d'aborder les différentes définitions du concept de "deuil" proposées par les spécialistes en psychologie et en psychanalyse, nous citerons d'abord celle du Dictionnaire "Le Petit Larousse" (2003) qui le définit comme étant un nom masculin, du latin "*dolere*" qui signifie "souffrir" et comprend quatre sens :

1. Perte, décès de quelqu'un. *Il y a eu un deuil dans sa famille*
2. Ensemble de signes extérieurs liés à la mort d'un proche et consacrés par l'usage (port de vêtements noirs ou sombres, en particulier.).
3. Douleur, tristesse causée par la mort de quelqu'un.

4. *Fam.* Faire son deuil de quelque chose, renoncer à quelque chose, se résigner à en être privé.»

Comme nous allons le constater tout au long de cette étude, le terme de deuil regroupe plusieurs sens : il désigne à la fois le décès d'une personne, ou bien l'affect et les sentiments qui apparaissent suite à la mort de cette personne. Mais il désigne également l'aspect et les signes extérieurs observés auprès des personnes qui ont perdu quelqu'un et qui généralement portent des vêtements sombres.

D'autre part, et si nous nous référons au langage familier, le mot "deuil" signifie le renoncement à un projet ou à un objet. Soulignons à cet effet qu'il n'existe qu'un seul mot dans la langue française pour exprimer ces différents sens du deuil. Sur ce point Michel Hanus le qualifie de « polysémique », c'est-à-dire une notion qui a plusieurs sens et qui englobe à la fois la perte, le chagrin et l'état dans lequel se trouve l'endeuillé. Ce qui nous fait dire " C'est le deuil de mon père " : voilà la nature de la perte. " Je suis en deuil ", voici le chagrin. " Nous porterons le deuil ", il s'agit de l'état." (M. Hanus et Marie-Frédérique Bacqué. 2003. [www.pfg.fr](http://www.pfg.fr)). Par contre, les anglais utilisent un terme pour chaque signification à savoir « "Bereavement" qui désigne la perte ou la séparation, "Grief" qui signifie la peine, le chagrin et la douleur et enfin "Mourning" qui traduit le processus du deuil et la réaction affective qui suit la perte » (P. Hardy. 2003. [www.senon-online.com](http://www.senon-online.com)).

Certaines caractéristiques du deuil précitées ont été longtemps utilisées au cours des périodes les plus reculées, comme l'a démontré M. Hanus dans son livre "Les deuils dans la vie" (1995. p 25) : « Depuis les temps historiques les plus reculés, le sens premier du deuil est de signifier l'ensemble des comportements et des conduites sociales, individuelles et collectives commandées par la mort d'une personne, dès lors qu'elle a une quelconque importance sociale. ». Et dans son article sur "l'épreuve du deuil" (2003. [www.funeraire.ca](http://www.funeraire.ca)) l'auteur précise que le deuil désigne nécessairement les réactions sociales entraînées par la mort d'une personne, qui se manifestent par l'ensemble des usages, coutumes, rites et restrictions imposés impérativement en cette circonstance.

Quant à Pierre Glaudes et Patrick Marot, ils ont montré dans leur analyse sur « Le deuil dans la littérature » (2003, [www.univ-tlse2.fr](http://www.univ-tlse2.fr)), que celui-ci est lié principalement à la douleur qu'engendre la perte. Ils écrivent : « Selon sa signification la plus ancienne, c'est une affliction, une tristesse profonde, un aspect lugubre qui, par spécialisation, a désigné en français, dès le Moyen Âge, le chagrin causé par la disparition d'un être cher ... ».

Comme nous le remarquons, la définition du mot "deuil" a évolué à travers le temps. Il a désigné d'abord les rituels, les usages et les coutumes pratiqués suite à la mort d'une personne. A cette époque, plus la personne est connue et a de l'importance dans sa communauté, plus les manifestations du deuil prennent de l'ampleur. Ces manifestations sont une démonstration de chagrin et représentent les sentiments des endeuillés.

Les pratiques du deuil diffèrent aussi d'une société à une autre, puisque chaque pays possède sa culture propre représentée justement par ces usages, ces rites, ces traditions, ces pratiques et ces comportements. Tous ces aspects seront développés ultérieurement dans notre recherche.

Dans une deuxième phase, le deuil est défini comme étant un affect douloureux, un sentiment pénible causé par la mort de quelqu'un. Mais ici, ce n'est plus la personne qui a une importance sociale, comme ça été le cas dans la définition précédente, mais plutôt un être cher, qui a de l'importance pour celui ou ceux qui l'ont perdu. C'est la relation affective qui surgit donc est au premier plan.

Le concept de deuil a connu un changement dans l'étude de S. Freud sur "deuil et mélancolie" en 1915, où il le définit comme « une réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction venue à sa place, comme la patrie, la liberté, un idéal... ». (S. Freud. 1968. p148)

Selon S. Freud, cette terminologie englobe une signification plus large que celle décrite par les précédents auteurs, car ici le deuil dépasse la mort. Mais de l'avis de M. Hanus « c'est la séparation qui le détermine lorsqu'elle s'accompagne d'une perte, même si l'objet perdu n'est pas mort... » (M. Hanus. 1995. p19). dans ce cas, il s'agit d'un renoncement à une personne aimée, mais aussi à un objet, à une pensée, à un idéal auquel on tient, et qui a une valeur et de l'importance pour celui qui le perd. C'est ce

que les psychanalystes appellent les liens ‘‘d’attachement’’ où la perte va provoquer de la douleur.

De son côté, S. Freud s’est longtemps interrogé sur la douleur du deuil. Il s’est demandé dans un texte intitulé ‘‘éphémère destinée’’ « pourquoi le détachement de la libido, de ses objets doit il être un processus douloureux ?... » (Cité par M. Hanus. 2002. p58). En essayant de trouver une réponse à ces questionnements, il a introduit dans son étude sur ‘‘l’inhibition, symptôme et angoisse’’ en 1926, une nouvelle notion, qu’il a appelé ‘‘Travail de deuil’’, processus que nous développerons ultérieurement.

L’étude du deuil a suscité également l’intérêt de plusieurs chercheurs après S. Freud. Et c’est pour connaître l’évolution de ce terme, que nous citerons les différentes définitions qui montrent comment la psychologie a vu s’affiner cette notion.

### **1.2- Le deuil en psychologie :**

Selon le Dictionnaire de la psychanalyse (R. Chemama et B. Vandermersch. 1998) : « Le terme deuil désigne à la fois le fait de perdre un être cher et la réaction à cette perte. Cette réaction se caractérise par un affect douloureux, une suspension d’intérêt pour l’extérieur, une inhibition. ».

Cette définition est générale et rejoint celle donnée par le Dictionnaire littéraire Larousse, puisque ses auteurs considèrent le deuil comme étant la perte ou le décès d’une personne avec les affects et les attitudes qui sont consécutifs à cette perte. Ces réactions ont été limitées uniquement à l’affect de douleur, à l’inhibition et à la suspension d’intérêt pour l’extérieur.

D’après R. Régner et L. St Pierre : « Le deuil se caractérise par l’ensemble des réactions psychologiques et physiques ressenties à la mort d’une personne significative, ainsi que par le travail de détachement et d’adaptation qui suit. ». (2004. [www.reposeenpaix.com](http://www.reposeenpaix.com))

Contrairement à la définition précédente, les auteurs précisent que ces réactions englobent toutes les réactions psychologiques et physiques, de même qu’il consiste en un travail de détachement qui suit le décès d’une personne qui a de l’importance pour l’individu et qui lui permet d’accepter cette situation et de s’y adapter.

Quant à Nathalie Jacob (1998. [www.3sympatico](http://www.3sympatico)) elle définit le deuil comme « le processus d'adaptation aux différentes pertes qui surviennent dans notre vie. L'expression deuil nous fait généralement penser à la mort d'un de nos proches. Mais bien d'autres expériences dans nos vies nous mettent dans un état de déséquilibre. Comme la perte d'un travail, la retraite, la maladie, la perte de notre autonomie, la perte d'amis, une séparation comme le divorce, le départ d'un enfant de la maison, etc. ». L'auteur élargi ainsi le concept de deuil à des situations autres que la mort, qui vont, elles aussi perturber l'équilibre de l'individu. La perte peut être définitive et irréversible, c'est le cas du décès ou de la mort. Ou bien elle est provisoire comme par exemple lors des divorces ou des déménagements où il peut y avoir un espoir de retrouvaille. Dans ce cas, on parlera de séparation.

Pour Laurence Bounon le deuil n'est pas une pathologie mais au contraire c'est un processus psychique d'adaptation à la perte appelé aussi le "travail de deuil". (2003. [www.perso.wanadoo.fr](http://www.perso.wanadoo.fr)). L'auteur insiste sur le fait que le deuil est un processus tout à fait normal qui résulte de la perte et qui permet à l'individu d'accepter et de s'adapter à cette perte.

Enfin, de l'avis d'Alain de Broca que nous partageons d'ailleurs pour son objectivité : « Le mot deuil sous-entend de nombreux sens, puisqu'il désigne l'événement aigu que représente le décès d'un être cher ainsi que les signes extérieurs du deuil consacrés par la coutume. Il évoque la période après le décès, appelée travail de deuil, mais il fait aussi référence à des sentiments ou à des notions de psychologie, de psychanalyse, voir même à des notions médicales ». (2001.p5).

Comme nous le voyons, le sens du deuil est beaucoup plus centré actuellement sur le travail intérieur que doit établir la personne suite à une perte, que sur les aspects socioculturels.

Même si le sens donné au deuil a tendance de nos jours à s'éloigner de la mort, cette dernière, lui reste toujours liée en raison de son irréversibilité et de son intensité.

## **2. Le travail de deuil :**

### **2.1- Définition du travail de deuil :**

Après ces différentes définitions du mot "deuil", nous nous intéresserons dans cette partie à la signification du concept de "travail de deuil" qui a été introduit, comme nous l'avons souligné précédemment, pour la première fois par Sigmund Freud en 1915 dans son étude sur le « deuil et la mélancolie » avant de connaître d'autres développements en 1926 dans son analyse sur « l'angoisse, douleur et deuil ».

D'après ce psychanalyste, le travail de deuil : « apparaît sous l'influence de l'épreuve de réalité, qui exige d'une manière impérative que l'on se sépare de l'objet qui n'est plus. Dès lors la fonction du deuil est de travailler à ce retrait des investissements hors l'objet dans toutes les situations où l'objet était doté d'un investissement élevé. » (1990.p102). Ce qui implique qu'au cours du deuil, la confrontation avec la réalité oblige le sujet à se détacher et à se séparer de l'objet aimé perdu et de découvrir ainsi qu'il n'existe plus. D'un point de vue économique, une partie de la libido qui se dirigeait sur l'objet est libérée et retournée sur le moi. « C'est ce qui produit le repli narcissique, car la libido ainsi soustraite du monde extérieur n'assure plus la prise sur la réalité ». (1998. Encyclopédia Universalis).

Or, selon S. Freud, la perte de cet objet, qui était auparavant investi libidinalement et narcissiquement est vécue comme une menace pour le sujet lui-même, qui ressent qu'une partie de lui-même est perdue ou risque de l'être dans le deuil. La douleur apparaît alors comme une des expressions de la blessure narcissique que la perte des objets aimés inflige. A ce propos, M. Hanus a insisté sur le fait que « nous sommes en danger d'être à notre tour entraînés dans la mort par cette partie de nous-même intimement liée à l'objet. » (2002. p17)

Tandis que S. Freud explique que « dans le deuil, nous devons décider, soit à mourir avec l'objet, soit à survivre en nous séparant de lui ». M. Hanus affirme que pour rester en vie, il faut entrer dans le travail de deuil, « dont l'objectif premier et immédiat est de nous maintenir en vie. » (1995. P26)

Comme nous allons le constater, la plupart des auteurs se sont inspirés de la théorie freudienne pour élaborer leurs définitions du "travail de deuil".

Selon Laplanche. J et Pontalis J. B (1978) : « Le travail de deuil est un processus intrapsychique consécutif à la perte d'un objet d'attachement et par lequel le sujet réussit progressivement à se détacher de celui-ci. »

Quant à M. Hanus (2002. p19), il le définit comme étant « un travail psychique nécessaire pour accepter la réalité de la perte et y faire face ». Pour lui, le travail de deuil est un processus d'adaptation, car il fait passer le sujet d'une "perte subie à une perte acceptée" (1995. p 21).

Nous voyons donc que ces deux derniers auteurs, sont d'accord sur l'objectif de ce processus psychique et de ce travail mental, qui est d'accepter la perte de l'objet aimé ; cette perte qui était inattendue et soudaine.

Toujours de l'avis des deux auteurs, l'acceptation de cette perte nécessite le détachement, la séparation d'avec l'objet perdu, qui ne peut s'effectuer que progressivement. Or ces auteurs ne nous montrent pas en quoi consiste ce travail et comment il s'établit.

Dans le Dictionnaire de la Psychanalyse, R. Chemama et B. Vandermersch précisent que « le travail de deuil est un processus par lequel le sujet lutte contre la réaction dépressive entraînée chez lui par la perte d'un être cher. » (1998). Il est ainsi un moyen de défense contre la dépression qui résulte de la perte de l'être cher.

Pour M. F. Bacqué, ce processus est « constitué d'opérations mentales qui permettent de dénouer progressivement les liens avec l'objet. » (2000. p45). Cette conception est inspirée du travail de Erich Lindemann (1944) qui estime que « le sujet doit détacher son investissement libidinal de tous les liens établis avec le défunt. Ces liens affectifs reposent essentiellement sur des souvenirs d'événements qui peuvent être réels, mais également fantasmatiques. Leur dénouement passe par la mentalisation : un travail psychique d'intégration de toutes les représentations réelles et fantasmatiques de la personne. » (Cité par M. F. Bacqué. 2002. p70)

Contrairement aux autres psychanalystes, E. Lindemann, s'est intéressé au travail de deuil chez les sujets qui ont perdu une personne chère par la mort. Selon lui, ce

processus consiste à revivre toutes les situations et tous les événements réels ou fantasmatiques, qui lient le sujet avec le défunt, pour pouvoir les intégrer.

Ainsi, pour lui toutes les situations partagées avec le défunt doivent être “démontées en pensée et en souffrance” afin de pouvoir s’en détacher.

Enfin, pour Michelle Létourneau le travail de deuil est « un travail de désinvestissement de l'être perdu, par son retrait émotif, pour rendre possible l'établissement de nouveaux liens d'attachement, soit la possibilité de réinvestir d'autres objets d'amour. ». Elle ajoute « que c'est un processus dynamique qui évolue selon des phases distinctes et bien souvent prévisibles. » (2001. [www.aqps.qc.ca](http://www.aqps.qc.ca)).

Comme nous le constatons, la plupart des auteurs s'accordent à dire que l'objectif et la finalité du “travail de deuil” consistent à se détacher de l'objet aimé, pour pouvoir se réinvestir dans de nouvelles relations. Ce processus qualifié de “douloureux” se fait progressivement. Comme dans tout processus, il existe un stade de départ et un autre d'arrivée tel que l'a souligné L. Bounon (2003. [www.perso.wanadoo.fr](http://www.perso.wanadoo.fr)).

Cependant nous pouvons nous demander quelles sont les étapes de ce processus du deuil ? Est ce que tous les auteurs sont d'accord sur le déroulement de ce processus ?

Pour y répondre, nous nous référerons aux différents travaux de Michel Hanus, Alain de Broca, M. F Bacqué qui se sont penchés sur ce sujet.

## **2.2- Les étapes du deuil selon les auteurs :**

Jusqu'ici nous nous sommes attelées à définir le concept de “deuil” ainsi que celui du “travail de deuil” selon les différents points de vue des auteurs. À présent nous allons nous intéresser aux différentes étapes qui composent le travail de deuil en nous référant à différents auteurs.

### **2.2.1- Les étapes du deuil selon Michel Hanus :**

Le psychanalyste M. Hanus, dans son livre “les deuils dans la vie” (1995. p 95-115) décrit trois moments essentiels dans le travail de deuil : l'état de choc, suivi de l'état dépressif et enfin la période de rétablissement.

### 2.2.1.1- L'état de choc :

Selon l'auteur, il existe deux temps durant cette période inaugurale de choc :

D'abord la sidération, l'abattement, la stupéfaction, l'engourdissement et le refus, qui sont les premières réactions à l'annonce de la perte. Ce refus de la réalité donne l'impression qu'il va annuler l'événement et changer la réalité. « Ainsi nous garderons l'espoir que la personne puisse bientôt nous revenir » écrit-il. (M. Hanus. 1995. p 98)

Puis vient la décharge émotionnelle qui accompagne la recherche de la personne perdue, où le cri représente la première décharge des affects pénibles que l'annonce du deuil vient déterminer. Le cri représente un début de prise en compte, même minime, de la réalité où le moment de sidération est en voie de dépassement.

Cet état de choc, entraîné par l'annonce de la perte d'une personne chère, « est à la fois psychique et bien souvent, de manière sournoise, physique » souligne l'auteur. (M. Hanus.1995. p96)

Certaines personnes s'évanouissent et expriment ainsi leur refus de la situation, mais toutes se sentent mal, éprouvent une forte impression de malaise, de tension intérieure, de la peine, de la douleur et parfois même de la révolte et de la colère.

Quant au vécu somatique, il se traduit par les manifestations fonctionnelles de tous les grands états émotionnels : tachycardie, hypotension, oppression thoracique, gêne respiratoire....En plus, il y a perte de l'appétit, du sommeil, de tout désir en particulier sexuel ainsi que la sensation d'une intense fatigue. Mais le choc somatique peut aller plus loin, surtout lorsque l'expression du désarroi psychique est inhibée. La maladie peut se réveiller de manière aigue à ce moment là, comme dans le cas de la goutte, de l'asthme, la douleur de l'ulcère...etc.

Mais ces réactions diffèrent d'une personne à l'autre. Il y a ceux qui crient ou pleurent, d'autres paraissent froids ou semblent adaptés. Ces derniers reconnaissent la réalité de la mort dans leurs propos. Mais c'est dans leur cœur, dans leur affectivité qu'ils la refusent. Dans certains cas, il s'agit davantage de la peur de ne trouver ni consolateur, ni consolation suffisamment apaisante.

Ce retard des affects, cette asthénie des sentiments est compatible avec le deuil normal, à condition qu'ils finissent par céder et laisser la place à l'expression de la peine, du chagrin et de la souffrance.

Afin de pouvoir franchir cette étape, cette tension émotionnelle pénible doit se décharger, à travers le cri, la survenue des pleurs, des lamentations, des gémissements. Et comme l'a démontré M. Hanus : « ils sont aussi la première expression du chagrin, prélude à la dépression qui va venir s'installer ». (1995. p100)

D'après lui, l'absence de cette décharge va bloquer le travail de deuil, car le début, avec le choc et le refus, il n'en est que le préliminaire obligé de ce processus du deuil, où le travail de deuil n'apparaît pas.

### **2.2.1.2- L'étape centrale ou l'état dépressif du deuil :**

Cette étape est constituée par une authentique dépression qui s'installe plus ou moins rapidement après la survenue du décès qui va durer des mois et parfois même d'avantage dans les deuils compliqués et pathologiques.

De l'avis de M. Hanus, cette phase ne peut débiter qu'après la période tourmentée du choc, où la perte a déjà pu être acceptée, même partiellement, dans la réalité car toutes les situations où le refus est maintenu, par exemple dans le cas d'absence d'affliction ou de l'élection précipitée et prématurée d'un objet de remplacement, rendent l'endeuillé indisponible au travail de deuil au travers de la dépression. (1995. p104)

Il s'agit ici d'un véritable état dépressif, tant sur le plan clinique que psychologique, où l'on observe l'humeur dépressive, la douleur intérieure, le désintéret...etc, nous pouvons affirmer que toute la symptomatologie du tableau clinique de la dépression est présente.

Cette souffrance dépressive du deuil est l'expression et la conséquence du travail de désinvestissement qui s'opère nécessairement après la perte : « c'est l'essence même du travail de deuil » insiste M. Hanus. Ce travail de désinvestissement s'effectue de la manière suivante :

Chacun des souvenirs et des espoirs doit être remémoré puis confronté au décret de la réalité afin d'être désinvesti. Chaque détail doit être nécessairement associé à l'idée de la disparition "il n'est plus", ce qui entraîne à chaque fois, chagrin, tristesse et nostalgie. Certains souvenirs importants doivent revenir plusieurs fois à la conscience avant de pouvoir prendre le statut de souvenirs.

Cet excès d'énergie va se transformer d'une part, en douleur, et d'autre part, il va alimenter les pulsions hostiles. L'affligé reproche à l'objet perdu de l'avoir abandonné, il éprouve à son égard de la colère et parfois même du mépris. Pour se protéger de ces émois désagréables et pernicieux, il a recours à l'idéalisation : il va accentuer les qualités du disparu dont il ne dira que du bien.

Quant au retrait des investissements, il entraîne un sentiment de solitude et un repli sur soi. L'état dépressif s'accompagne d'importantes inhibitions : « l'endeuillé est occupé de son objet, vit replié sur lui-même ; rien ne l'intéresse plus. Toute son attention et toute son énergie se concentrent sur l'objet ». Il n'est pas encore disponible pour nouer de nouveaux liens objectaux. (M. Hanus.1995. p106)

Il est ainsi évident que le travail de deuil se réalise progressivement, peu à peu avec le temps.

### **2.2.1.3- La fin du deuil ou la période de rétablissement :**

Cette période débute lorsque le sujet se tourne vers l'avenir, s'intéresse à de nouveaux objets, est capable de ressentir de nouveaux désirs et de les exprimer. Ce retour vers l'extérieur commence habituellement dans les rêves où l'endeuillé s'étonne de se tourner vers de nouvelles entreprises. (M. Hanus.1995. p111)

L'état dépressif se dissipe, la douleur et la peine vont en diminuant, le sujet éprouve du soulagement. En même temps, la lassitude diminue et les inhibitions cessent peu à peu. La mise en place d'une nouvelle relation et la mise en œuvre d'un nouveau projet, indiquent que le travail de deuil se termine, lorsqu'ils apparaissent vers la fin de la période dépressive et du retrait libidinal. Lorsque toutes ces manifestations se font dans les premiers jours du deuil, elles constituent manifestement une mesure défensive. Dans ce cas, le nouvel objet est substitutif, car il permet de continuer à vivre la même relation, même si l'objet est différent. De ce fait, l'autre n'est pas reconnu vraiment pour lui-même. Quant aux investissements de la fin du deuil, ils sont plus tempérés, moins brutaux et moins massifs ; l'autre y est reconnu. (M. Hanus.1995. p112).

La fin du deuil est progressive, même lorsque les désirs se manifestent de nouveau et qu'ils recommencent à se réaliser dans de nouvelles relations. Le travail de détachement continue encore. Les représentations associées au disparu sont moins nombreuses et

moins fréquentes, mais elles persistent et ne disparaîtront plus, même après la fin du deuil. Elles sont devenues moins poignantes et moins douloureuses. Peu à peu ces souvenirs tristes et nostalgiques s'estompent, pour ressurgir périodiquement dans certaines circonstances qui réveillent le passé. Même après un deuil normal, il existe une certaine reviviscence des souvenirs accompagnés de tristesse au moment de la date d'anniversaire de la perte. (M. Hanus. 1995. p113)

Selon M. Hanus « le deuil, même normal, est une blessure dont nous guérissons mais qui laisse en nous des traces, une cicatrice. Tout porte à penser que ce désinvestissement n'est jamais tout à fait complet et qu'il ne peut pas l'être. Une partie de l'énergie libidinale lui reste à jamais attachée et disparaît donc avec lui ». (1995. p114)

En résumé, le travail de deuil, selon M. Hanus, se déroule en trois étapes qui se succèdent, mais qui se chevauchent : l'étape centrale, qui est considérée comme étant le cœur même du travail de deuil qui ne peut débuter sans que l'endeuillé ne commence à prendre conscience – dans la phase de choc - à la réalité de la perte. Et cela en exprimant sa douleur et son chagrin. Quant à l'étape de rétablissement, elle ne peut aboutir au détachement de l'objet perdu, que lorsque le travail de désinvestissement est accompli dans la période centrale. C'est ce qui explique la difficulté de l'accomplissement du travail de deuil.

Mais d'une manière générale nous pouvons dire que la perte d'un être cher désorganise l'équilibre de la personne en deuil, que ce soit sur le plan intellectuel, physique ou affectif. Le sujet, sous le choc de la nouvelle du décès et même des jours ou des mois après, n'arrive plus à réfléchir, à prendre des décisions. Il manque de concentration. La douleur engendrée par la perte laisse apparaître aussi une multitude de symptômes, de comportements et de sentiments tels que la tristesse, la colère, la culpabilité, les pleurs, les cris, un désintérêt pour les activités courantes de la vie, un ralentissement physique, des insomnies, un manque d'appétit, un repli sur soi...etc. Toutes ces réactions expriment la souffrance de l'endeuillé ainsi que l'avancement du travail de deuil. Sur le plan libidinal, le moi retire son investissement de l'objet aimé perdu. C'est ce qui crée cette souffrance. L'endeuillé va, petit à petit, pour ne pas être submergé par l'afflux d'énergie qui en découle, se rappeler involontairement chaque souvenir, chaque détail

vécu avec la personne décédée, pour pouvoir se désinvestir. Et lorsque le travail sera effectué, le sujet pourra reprendre le cours de sa vie et se réinvestir à nouveau dans de nouvelles relations.

Ceci concerne le point de vue de M. Hanus sur la question du travail de deuil. Voyons à présent comment la psychologue M. F. Bacqué conçoit les étapes du deuil et s'il y a une différence entre son approche et celle du psychanalyste M. Hanus.

### **2.2.2- Les étapes du deuil selon Marie Frédérique Bacqué :**

De l'avis de la psychologue M. F. Bacqué, le travail de deuil s'effectue en cinq phases distinctes : la première est appelée la "phase de sidération", puis vient celle "du déni et de la révolte", puis celle de la "dépression", ensuite celle de "la mort physique et psychologique" et enfin la "période de l'adaptation". (2000. p56-61)

#### **2.2.2.1- La phase de sidération :**

D'après l'auteur, l'annonce de la nouvelle de la disparition d'une personne proche provoque la sidération qui touche toutes les fonctions organiques.

L'endeuillé sous le choc, refuse d'accepter la nouvelle. Il a l'impression que le temps s'est arrêté : il est paralysé.

Le refus de la mauvaise nouvelle apparaît soit par le biais de la parole : « ce n'est pas possible, je ne peux pas y croire ! etc.... ». Soit à travers les cris qui constituent, selon M. F. Bacqué et M. Hanus, une tentative de régression immédiate à un stade où il suffisait à l'enfant d'appeler sa mère absente, pour qu'elle vienne le rassurer par sa présence.

Ce refus est accompagné de tentatives de recherche du défunt. D'après Bacqué "ces tentatives sont instinctives". L'endeuillé n'acceptant pas et ne croyant pas à la disparition de l'être aimé, attend et guette son retour, puis ne le voyant pas venir, il part à sa recherche ou retourne sur les lieux du drame. Toujours selon l'auteur, « on voit surgir des tentatives de recherche, d'abord comportementales, puis verbales et enfin symboliques (quête de souvenirs et d'objets) ». (2000. p57)

Le point de vue de Bacqué rejoint celui de M. Hanus en ce qui concerne l'impact de l'annonce de la nouvelle de la perte sur l'endeuillé, qui est caractérisé par l'état de choc et de sidération. Seulement, elle a omis de préciser que chaque individu réagira différemment puisqu'il y a ceux qui vont exprimer leur douleur à travers les cris, les pleurs et la lamentation, et ceux qui semblent être adaptés ou paraissent froids.

### **2.2.2.2- La phase du déni et de révolte :**

Cette phase survient après la phase de sidération afin de protéger le sujet de l'impact massif et brutal de la nouvelle. Sur ce point, l'auteur explique : « lorsque l'aspect vain de ses tentatives de recherche peut enfin parvenir à sa conscience, il reste hébété, victime alors d'une immense fatigue et d'une intense douleur intérieure. » (M. F. Bacqué. 2000. p 58)

Quant au déclenchement du travail de deuil, il est lié à l'apparition des pleurs : « on ne pourra parler de l'installation du travail de deuil que lorsque les pleurs commencent ». Ce qui confirme la thèse de M. Hanus qui considère que le début du travail de deuil est lié à l'acceptation, même partielle, de la réalité qui se fait à travers l'expression du chagrin et de la souffrance qui se manifestent par les cris, les pleurs, les lamentations ou les gémissements.

M. F. Bacqué n'a fait que rapporter les conséquences de la première phase mais elle n'a pas expliqué le comment et le pourquoi du sentiment de révolte.

### **2.2.2.3- La phase dépressive :**

Dans cette étape, M. F. Bacqué prend en considération l'influence et la contribution que peuvent avoir les facteurs biologiques (hormones) et culturels sur la production des larmes. C'est ce qui explique, d'après elle, que les femmes pleurent plus que les hommes et que certaines personnes ne pleurent pas du tout. Les larmes sont un moyen pour exprimer les émotions et les affects qu'éprouve l'endeuillé, car « ils permettent une décharge des tensions en réalisant le contre coup de la mauvaise nouvelle ».

Nous remarquons que M. F. Bacqué rejoint l'avis de M. Hanus sur l'importance de l'étape dépressive dans le travail de deuil. Cet « état réactionnel s'installe avec le retour du principe de réalité ». (M. F. Bacqué. 2000. p58)

L'auteur classe les symptômes de la dépression en trois sphères : somatique, intellectuelle et affective :

- Sur le plan somatique nous retrouvons les troubles de l'appétit (ex : l'anorexie transitoire) qui révèlent généralement la perte du plaisir et de l'intérêt à manger ; une baisse de l'énergie et un désintérêt soudain pour toutes les occupations et les activités de la vie quotidienne. Cette fatigue est accentuée par les troubles du sommeil où l'endeuillé a du mal à dormir. Il est perturbé par les rêves et parfois même par les cauchemars, qui concernent le défunt.

- Quant à la sphère intellectuelle, « nous constatons chez l'endeuillé un affaiblissement des performances cognitives, une difficulté à se concentrer et une perte de la mémoire à court terme ... », car comme l'a souligné M. Hanus auparavant, toute l'énergie et l'attention de l'endeuillé est centrée sur le défunt. De ce fait, rien ne peut l'intéresser et c'est ce qui renforce souvent son isolement et en même temps lui permet progressivement de se détacher de l'être aimé. (M. F. Bacqué.2000. p59)

- Les troubles de la sphère affective se caractérisent par le chagrin et la tristesse. Ils apparaissent à chaque fois que l'on évoque le disparu. Nous retrouvons aussi chez l'endeuillé le sentiment de culpabilité qui exprime ses insatisfactions et ses regrets envers le disparu où le sujet s'en veut de ne pas avoir pu prévenir ou éviter sa mort. Cette culpabilité peut parfois se transformer en colère et même en révolte contre tout ce qui a pu contribuer, de près ou de loin, à la mort de la personne aimée.

Enfin l'auteur ajoute : « seul la concentration dont l'endeuillé fait preuve dans son isolement montre le travail psychique auquel il se livre pour se détacher de son objet ». Dans cette période d'isolement et de retrait, il va reprendre mentalement tous les actes accomplis en commun, tous les souvenirs, pour réduire la quantité d'énergie qui y était attachée. Ce travail se fait progressivement et à long terme.

#### **2.2.2.4 - La phase de la mort physique et de la mort psychologique :**

Dans cette phase, l'accent est mis sur la différence entre la « mort physique » et la « mort psychologique ». La « mort physique » concerne la disparition physique de la

personne décédée. Tandis que la « mort psychologique » consiste en l'acceptation de la réalité de la perte qui est due à la confrontation avec l'absence et le non retour de l'être aimé. Mais comme nous l'avons vu précédemment, l'endeuillé ne veut pas croire et accepter l'irréversibilité de la perte, mais en même temps il doit abandonner son monde antérieur et apprendre à vivre sans la personne chère. « Cette brusque confrontation avec soi-même peut s'avérer dangereuse car, dans le même temps, des phénomènes normaux mais inhabituels risquent de perturber la réalité au point que l'endeuillé se croit parfois fou » (M. F. Bacqué. 2000. p59).

Il a l'impression de voir ou d'entendre le défunt et de reconnaître sa silhouette. Ces épisodes font croire momentanément au sujet que le défunt est encore en vie. Mais rapidement, la réalité reprend le dessus. Ce qui provoque alors une douleur morale insupportable. Cependant, et malgré la difficulté de cette étape, seule la mort psychologique va conduire à l'abstraction du disparu au sein des représentations mentales du survivant et permettra de ce fait de s'investir dans de nouveaux liens d'attachement.

Cette nouvelle phase décrite par M. F. Bacqué correspond au processus de désinvestissement décrit par M. Hanus, où l'endeuillé se remémore d'une manière involontaire tous les moments qu'il a partagé avec l'objet perdu et qui sont confrontés à la réalité afin d'être désinvestis. Comme nous l'avons vu précédemment, Hanus estime que « chaque détail doit être associé à l'idée de la disparition "il n'est plus", ce qui entraîne à chaque fois, chagrin, tristesse et nostalgie. Mais c'est ce qui permet aussi d'accepter et de s'adapter à la disparition ce que M. F. Bacqué appelle "la mort psychologique" ».

#### **2.2.2.5- La phase d'adaptation :**

Cette période commence lorsque l'endeuillé accepte son nouvel état sans l'objet perdu. Les symptômes de la dépression disparaissent petit à petit. De ce fait, l'endeuillé commence à retrouver son goût de la vie, son énergie. Il retourne à sa vie sociale. Il est alors « accessible à un réaménagement : l'accumulation des photos disparaît, les souvenirs sont classés, les objets personnels peuvent être donnés, l'espace du mort est réutilisé par les vivants ». (M. F. Bacqué. 2000. p60)

Certains interdits culturels sont là pour prévenir de nouveaux investissements et des choix prématurés, notamment dans le cas du remariage, où « la plupart des sociétés laissent un délai relativement long, une année étant la période la plus fréquemment indiquée, avant le retour à une activité sociale ». (M. F. Bacqué. 2000. p60)

Mais malgré tous ces changements positifs, certains symptômes ou émotions peuvent ressurgir, surtout lors des anniversaires du décès ou lors des fêtes car la fin du deuil ne signifie pas l'oubli du disparu. Le deuil permet à l'endeuillé de vivre avec la perte. Mais il ne sera plus jamais comme avant : ce deuil le rendra plus mature et prêt à affronter de nouvelles situations.

Contrairement à M. Hanus, l'auteur à pris en considération l'influence de la culture sur les réactions et comportements des endeuillés. Pour elle, les rites ou les interdits visent à encadrer et à protéger l'endeuillé de certaines décisions qui peuvent lui nuire, comme dans le cas du remariage. De même qu'ils lui permettent, comme nous l'avons vu, lorsque nous avons parlé des rituels de la mort dans le premier chapitre, de ne pas se sentir seul dans cette épreuve douloureuse, d'être entouré et protégé afin de pouvoir dépasser cet état.

Il nous semble intéressant de voir un troisième avis sur ce sujet afin de mieux saisir et déceler les différentes réactions que peut avoir une personne à la suite de la perte d'un être cher suivant les étapes de ce processus et ce, dans le but détecter l'origine des complications du deuil.

### **2.2.3- Les étapes du deuil selon Alain de Broca :**

D'après le médecin pédiatre A. de Broca, l'endeuillé va traverser une période de "spirale" où des moments d'amélioration succèdent à des moments sombres et tristes, durant plusieurs mois. Les différentes étapes de cette spirale du travail de deuil commencent toujours par une phase de "choc initial" suivie d'une étape de "sentiment de culpabilité" puis celle de "l'inconfort général" et enfin une phase appelée "la cicatrisation". (2001. p 10- 22)

Voyons comment cet auteur a analysé ces différentes phases.

### **2.2.3.1- La phase de choc initial :**

C'est lors de cette phase qui suit l'annonce de la mort que l'individu, confronté à cette nouvelle, va réagir de plusieurs manières. L'auteur a divisé cette période en cinq étapes successives qui sont :

#### **a)- La sidération :**

Comme cela a été décrit par les précédents spécialistes, la sidération est considérée comme la première étape qui suit l'annonce du décès. A ce moment, la personne reste figée, hébétée, elle est incapable de présenter une quelconque réaction. Ce processus qui a pour objectif la sauvegarde du sujet, se manifeste par le refus de la nouvelle du décès. Mais il va permettre d'accueillir mentalement l'information petit à petit, car l'intensité des émotions risquerait d'entraîner le sujet vers la mort. Nous constatons donc que la sidération est un moyen de défense qui permet de protéger le sujet de ses affects pénibles.

#### **b)- Le déni :**

A ce propos, A. de Broca explique que le déni est une réaction de refus complet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante qui survient systématiquement devant un stress majeur. Car pour l'endeuillé, un événement grave 'ne peut arriver qu'aux autres'.

#### **c)- L'incrédulité :**

Ici la personne est partagée entre la connaissance, -c'est le travail de son cerveau rationnel devant une information claire-, et le refus d'y croire - ici c'est le travail de ses affects qui refusent cette éventualité-. ». (A. de Broca. 2001. p12)

#### **d)- La colère et l'agressivité :**

Durant cette phase, la colère créée par cette annonce devient de plus en plus intense. L'individu va réagir avec agressivité envers tout l'environnement immédiat et surtout envers ceux qui lui ont annoncé la nouvelle du décès. A travers ce comportement d'agressivité et de colère, il va essayer « de repousser la réalité hors de lui, en espérant que cette nouvelle ne l'atteindra pas ou ne le submergera pas. » (A. de Broca. 2001. p 12)

### **e)- Le choc véritable ou initial :**

Cette dernière sous étape décrite par A. de Broca, est appelée aussi "instant d'éternité", car selon lui, lorsqu'un décès est annoncé, l'endeuillé est placé hors du temps : il n'a plus de repères temporels, ni spatiaux. Pendant un moment le sujet ne sait plus quel jour il est, où il est, qu'est ce qu'il fait ; il a l'impression que le temps s'est arrêté. Toutes phrases dites, tous gestes vont ainsi se fixer pour toujours dans sa mémoire et pourront, s'ils sont mal entendus ou mal perçus, être la source de questionnements ou de pointes irritatives pendant de longs mois. Ils rendront plus difficile encore la cicatrisation.

Sous l'état de choc, nous retrouvons chez l'endeuillé un risque suicidaire : la question du suicide est constante dès l'annonce du décès, mais elle est souvent fugace. Et lorsque cette idée persiste plusieurs jours, elle est le signe d'une souffrance liée à une personnalité sous jacente dite "pathologique". (A. de Broca. p 13)

### **2.2.3.2- La phase de culpabilité :**

Tel que son nom l'indique, le sujet souffre d'un sentiment de culpabilité qui peut être très destructeur, car dès qu'il survient, il se nourrit de tous les reproches entendus, que ce soit des reproches que se fait la personne vis-à-vis d'elle-même, comme par exemple : « j'ai omis de faire quelque chose pour l'empêcher de mourir ». Ou bien des reproches adressés par l'environnement, par certaines phrases qui paraissent apparemment banales mais qui peuvent être mal comprises et mal interprétées par l'endeuillé qui croira qu'on le culpabilise. Ou bien quand on lui adresse des phrases plus accusatrices telles que : «il aurait dû faire quelque chose pour éviter sa mort ». Enfin, les reproches peuvent être liés au fait que l'endeuillé ne s'est pas senti écouté. Il s'imagine que tout ce qu'il a dit n'est pas digne d'être évoqué, qu'il est anormal de se faire tant de soucis puisque tout le monde réfute ou dénie ses questionnements et sa souffrance.

Tous ces reproches vont augmenter et renforcer le sentiment de culpabilité et de ce fait, ils vont le fragiliser, surtout lorsque cette culpabilité va s'associer à une culpabilité réelle, comme par exemple dans le cas d'un accident de voiture où le conducteur était responsable de la mort de ses passagers. Ce processus peut amener l'endeuillé à se

mépriser et parfois si fortement, que la seule issue de sa souffrance semble être la mort par le suicide.

Pour l'auteur, le sentiment de culpabilité est l'élément central autour duquel peut se fixer tout deuil.

### **2.2.2.3- La phase de l'inconfort général :**

Cette étape est constituée d'une phase dépressive, suivie de la phase des rêves et des cauchemars et enfin celle de la somatisation.

#### **a)- La dépression :**

Toujours selon A. de Broca, la dépression est secondaire au deuil qui constitue l'élément causal psychologique traumatisant. (2001. p 17)

L'auteur a comparé la symptomatologie de la dépression liée au deuil et celle de la dépression majeure. D'après lui, dans ce type de dépression "secondaire", l'état de tristesse est prédominant alors que le ralentissement psychique et physique est peu marqué. Quant à l'anxiété, elle est intense mais la réactivité aux événements extérieurs persiste. L'endeuillé est en constante quête de réassurance, d'où l'importance pour lui d'être entouré par sa famille.

Mais ce qui est constaté aussi, c'est son incapacité à s'adapter aux stress, même mineurs, de la vie quotidienne.

Ce type de dépression va durer de nombreuses semaines, voire des mois avec de grandes variations dans l'intensité, au jour le jour.

Son évolution dépendra aussi de la structure de la personnalité de l'endeuillé et surtout de ses défenses au moment du décès.

#### **b)- les rêves, les cauchemars et les idées bizarres :**

Ces manifestations surviennent la journée ou la nuit, souvent au bout de quelques semaines après le décès alors que l'endeuillé croyait avoir dépassé un peu sa souffrance. Ceci perturbe sa vie quotidienne et modifie totalement sa qualité du sommeil en lui donnant l'impression d'être devenu fou, ce qui augmentera sa fatigue.

Ces cauchemars et ces idées bizarres sont dus, selon Broca, au relâchement des défenses et à l'accumulation de la fatigue qui vont permettre à l'inconscient de revenir aux portes du conscient. Toutes ces manifestations peuvent durer de nombreuses années.

### **c)- La somatisation**

Le corps va lui aussi se défendre et traduire la souffrance psychique par des symptômes et des maux physiques, sans que cela soit pour autant un signe de maladie psychiatrique. La psyché se défend par ce qu'on appelle "le phénomène de conversion" qui est considéré comme l'un de nos meilleurs moyens de défense.

### **2.2.3.3- La phase de cicatrisation :**

Celle-ci sera atteinte lorsque l'endeuillé va trouver un nouvel équilibre et lorsqu'il pourra regarder sa cicatrice sans ressentir une très grande tristesse. Quand son sentiment de culpabilité sera levé, il acceptera tout doucement que l'être perdu prenne la place "d'ancêtre" prêt à l'aider. Selon l'auteur, « ce phénomène est très ritualisé dans les sociétés ancestrales où les traditions consacrent les défunts comme définitivement ancêtres et laissent la charge aux vivants de s'occuper d'eux-mêmes ». (A. de Broca. 2001. p 21)

En résumé, nous pouvons dire que A. de Broca a une approche médicale de par sa formation, pour analyser le processus du deuil et schématiser ses étapes sans pour autant ignorer les autres approches qui ont étayé et enrichi son étude. L'auteur compare les étapes du travail de deuil à ceux du processus de la cicatrisation d'une plaie. Selon lui, lors d'une blessure grave, les premières secondes qui la suivent sont vécues dans la sidération de la sensorialité où le blessé ne ressent pas immédiatement la douleur, comme si l'information ne passait pas entre la plaie et le cerveau. Par la suite, le sujet refuse de regarder la plaie pour ne pas savoir ce qui se passe : c'est la phase du déni. Malgré la douleur, la vue de la plaie et du sang, il a du mal à croire que ce traumatisme ait eu lieu. On parle ici de la phase d'incrédulité.

Très rapidement, un sentiment de colère contre soi, contre l'autre, contre la fatalité, va surgir, faisant ainsi écho à cette douleur physique de plus en plus ressentie et permettant aussi d'exprimer son chagrin et son inquiétude.

Pour ce qui est du sentiment de culpabilité, il est surtout lié à la certitude que le sujet aurait pu éviter cet accident.

Quant à la dépression et ses complications, A. de Broca, dans sa métaphore écrit: lorsqu'une plaie survient sur un terrain cutané sain et sur une personne dont le processus de cicatrisation se réalise sans perturbation, on constate une amélioration rapide mais entrecoupée de phases de stagnation qui sont tout à fait normales. Ce temps est légitime et il ne sera pas possible d'en faire l'économie. Cependant, si le terrain cutané était déjà défaillant à cause d'une ancienne cicatrice par exemple, ou bien d'une plaie trop importante, la cicatrisation devient difficile et peut même être retardée et nécessiter de ce fait une aide médicale. Il en est un peu de même avec la dépression, qui devrait naturellement diminuer avec le temps, lorsque la personnalité antérieure de la personne est bonne et lorsque celle-ci est entourée affectivement.

Enfin, lorsque les deux berges de la plaie se rejoignent poursuit-il, les vaisseaux apportent de nouveau le sang, où le retour à la vie. Mais le tissu cicatrisé ne ressemblera plus au tissu précédent (avant la blessure). La différence, avec le temps, s'amenuisera mais elle restera toujours visible, rappelant de ce fait combien la personne traumatisée a été marquée par ce drame. C'est le cas avec la "plaie" psychique. Comme l'évolution de toute cicatrice, la réorganisation psychique va durer toute une vie.

Cependant, nous avons constaté que l'auteur a donné beaucoup d'importance aux sentiments qu'éprouve la personne tout au long de son deuil, mais sans pour autant expliquer le processus de leur apparition. D'après lui, le sentiment de culpabilité constitue le nœud central de tout deuil, peut être à cause de son potentiel très destructeur qui peut s'exprimer par le suicide. Mais remarquons que son point de vue n'a pas été suffisamment argumenté. Par contre, M. Hanus et M. F. Bacqué considèrent que la décharge des tensions émotionnelles et l'accès au stade dépressif sont l'essence même du travail de deuil sans lesquels l'endeuillé ne s'en sortira pas. Ces derniers se sont basés sur la théorie freudienne du deuil, pour justifier leur opinion.

Concernant la dépression, A. de Broca précise qu'elle est réactionnelle ou secondaire, c'est-à-dire qu'elle est due à un facteur déclenchant ou bien à un "traumatisme" qui est le "deuil". Cet avis est partagé par les psychiatres H. I. Kaplan et B. J. Sadock qui

rappellent qu'il ne s'agit pas d'un véritable trouble dépressif. Par contre, une évolution vers un épisode dépressif majeur est possible chez des individus prédisposés. (1992. p122).

Nous verrons plus tard, la différence entre la dépression réactionnelle liée au deuil et la véritable dépression appelée "dépression majeure".

Au sujet de la phase d'incrédulité, M. Létourneau parle plutôt de la "réalisation rationnelle de la mort". Ce qui veut dire que tous les faits objectifs montrent que la personne chère est décédée (comme la présence de la dépouille du défunt). D'où l'importance, de l'avis de la psychiatre Elisabeth Kübler-Ross (2000. [www.actualitesolidarite.com](http://www.actualitesolidarite.com)), de voir le corps du défunt et de pouvoir lui parler, car d'après elle, le deuil ne peut pas démarrer si la personne ne s'est pas trouvée en sa présence. Malgré cela, le sujet continue à fuir cette réalité, et tel que l'a souligné M. Hanus dans son livre "Les deuils dans la vie", « ce refus lui donne l'impression qu'il va annuler l'événement et changer la réalité. Donc, il garde l'espoir que la personne va bientôt revenir » (1995. p 98).

Enfin, un autre point évoqué par l'auteur et qui rejoint l'avis de la psychologue M. F. Bacqué, c'est celui de l'importance des rituels et la présence de l'entourage pour reconforter et aider le sujet tout au long de la période du deuil. Ces pratiques, comme ils l'ont précisé, sont surtout observées dans les sociétés primitives et de cultures traditionnelles.

En conclusion, nous pouvons dire que malgré les différents points de vue des auteurs, quant aux étapes du processus du deuil qui s'échelonnent de trois jusqu'à cinq étapes) et de leur intitulé (pour M. Hanus : stade choc, pour M. F. Bacqué : phase de la sidération...), le contenu de chaque période est à peu près le même chez la plupart d'entre eux.

Mais la question que nous nous posons consiste à comprendre ce qui rend possible le travail de deuil et quels sont les mécanismes mis en jeu dans le travail de deuil ?

C'est ce que nous allons développer dans la partie suivante.

### **2.3- Les différentes approches sur le processus du deuil et ses mécanismes :**

Tout au long du travail de deuil et même avant son commencement, de multiples mécanismes psychiques sont déployés afin de protéger et d'atténuer la violence et l'intensité de la douleur liée à la perte d'une personne chère et ce sont eux qui vont déterminer la finalité de ce travail de deuil.

Pour ce faire, nous allons citer trois analyses différentes, celles de Mélanie Klein, George Bayle et M. Hanus, montrant le déroulement du processus du deuil et ses mécanismes.

#### **2.3.1- Le processus du deuil selon Mélanie Klein :**

M. Klein considère que le deuil de l'adulte est comparable à l'état qu'il a vécu au cours de sa première enfance, lors de sa séparation d'avec la mère et précisément lors de la période du sevrage.

En effet, lorsqu'une personne subit une perte ou une séparation, il y aura une reviviscence du deuil originel et une réactivation de la position dépressive. Mais en quoi consiste cette dernière et quel est son lien avec le phénomène du deuil ?

A ce sujet, nous résumerons le déroulement de cette position, décrite par M. Klein dans son livre "Essais de psychanalyses" (1972. p341-369), afin de mieux comprendre le processus du deuil.

Lors de cette période, l'enfant ressent de la souffrance et de l'inquiétude car il a peur de perdre ses "bons objets" (tel le sein de la mère), qui représentent l'amour, la bonté et la sécurité. Il croit les avoir perdus parce qu'il n'a pas pu résister à ses fantasmes avides et destructeurs et à ses pulsions agressives envers eux.

Entre temps, au fur et à mesure que s'établit la relation de l'enfant avec le monde extérieur, se déroulent les processus d'intériorisation : l'enfant incorpore ses parents. Ils sont, pour sa pensée, des objets "internes". Et grâce à ces intériorisations, un monde intérieur s'édifie dans sa pensée inconsciente, ce monde correspond à ses expériences réelles, mais il est aussi modifié par ses propres fantasmes et pulsions.

« Toutes ces situations, ces gens, ces événements intériorisés deviennent inaccessibles pour le jugement et l'observation de l'enfant et échappent à la vérification perceptive à

laquelle on peut recourir lorsqu'il s'agit du monde tangible et palpable des objets ». C'est ce qui va créer les doutes, les incertitudes et l'angoisse que seule la réalité extérieure peut réfuter. Selon l'auteur, c'est la présence de la mère et tous les plaisirs qu'elle procure à son enfant qui vont lui prouver que l'objet aimé (intérieur et extérieur) est indemne de toutes blessures et qu'il ne s'est pas changé en vengeur.

Ce sont les processus de l'introjection et de la projection, régis par l'agressivité et l'angoisse qui sont à l'origine de la peur d'être persécuté par les "mauvais objets" et aussi par la peur de perdre les "bons objets". M. Klein donne à ces craintes et à ces incertitudes de perdre les objets aimés et ses désirs de les retrouver, le nom de "nostalgie" de l'objet aimé. D'après elle, ce qui constitue la position dépressive, c'est la persécution et les défenses caractéristiques qui s'y opposent d'une part, et la nostalgie de l'objet aimé, d'autre part. (1972. p346)

Une fois cette position atteinte, le moi déploie les défenses maniaques qui sont constituées d'une part, par des fantasmes de la toute puissance qui ont pour objectif de maîtriser les mauvais objets et de réparer l'objet aimé, ainsi que la négation partielle et temporaire de la réalité. Et d'autre part, de permettre de supporter la menace d'un désastre ressenti comme imminent lorsque la position dépressive atteindra son point culminant. Sans oublier l'idéalisation qui est aussi une partie essentielle de la position maniaque.

Cependant, la toute puissance qui est liée au désir de maîtriser l'objet, de l'emporter sur lui, de "triumpher", font naître un sentiment de culpabilité qui paralyse souvent tous les efforts et entraîne une méfiance et un sentiment de persécution, car l'enfant a peur à son tour, du désir de vengeance et de triomphe de l'objet aimé. Lorsque les mécanismes maniaques échouent, le moi va se défendre d'une manière obsessionnelle en répétant certaines actions. Et lorsqu'un équilibre finit par s'instaurer entre l'amour et la haine et que les divers aspects des objets sont mieux unifiés grâce aux preuves et contres preuves fournies par l'épreuve de la réalité extérieure, cela permet à l'enfant de dominer ses tendances hostiles et d'augmenter sa foi dans ses tendances constructrices dans la réalité psychique. De ce fait, il va dépasser cette position dépressive.

La résolution de la phase dépressive dans l'enfance, va jouer un rôle primordial dans les deuils de l'adulte, surtout lorsqu'il est lié à la disparition définitive de l'objet aimé. D'après M. Klein, la douleur ressentie après la perte réelle d'une personne aimée est considérablement accrue par certains fantasmes inconscients selon lesquels les « bons » objets internes sont perdus, eux aussi. La personne en deuil sent que ses « mauvais » objets internes prédominent et que son monde intérieur est en danger d'éclatement. Ce qui veut dire qu'à chaque fois qu'une personne perd un être cher, les bons objets sont également détruits. Là-dessus, l'auteur ajoute que « la position dépressive précoce et avec elle, les angoisses, la culpabilité, l'affliction et la sensation de perte provenant de l'allaitement, du sevrage, de la situation oedipienne et de toutes les autres sources, sont activées à nouveau ». (1972. p 351)

La douleur provient donc en partie de la nécessité de renouer des liens avec le monde extérieur et de revivre sans cesse la perte éprouvée, mais aussi, et grâce à cela, de reconstruire anxieusement le monde intérieur que l'on sent menacé de déchéance et d'effondrement : la personne en deuil doit rétablir et réintégrer son monde intérieur.

Un sentiment de triomphe apparaît : la mort de la personne aimée est perçue comme une victoire. Mais comme cela a été décrit dans la position dépressive, ce sentiment va augmenter la culpabilité du sujet.

Chaque fois que surgit la haine de la personne aimée et perdue, sa foi dans l'objet décline et le processus de l'idéalisation est entravé. Sa haine est accrue par sa crainte qu'en mourant, celle-ci chercherait à le punir et à le frustrer. De la même manière, il avait jadis l'impression que sa mère, à chaque fois qu'il en était séparé et qu'il a désiré sa présence, était morte pour lui infliger punition et frustration. Seulement, lorsque la haine est ressentie pleinement et que le désespoir est à son comble, l'amour de l'objet se fait jour et la personne en deuil se met à sentir de plus en plus profondément que la vie intérieure et extérieure est appelée à continuer malgré tout, et qu'elle peut conserver en soi l'objet aimé et perdu. A ce stade du deuil, la souffrance peut devenir productive.

C'est progressivement et en retrouvant sa confiance dans les objets externes et les valeurs de toutes sortes, que la personne en deuil peut raffermir sa confiance dans l'être mort. Ainsi, elle peut supporter de nouveau l'idée que cet être n'était pas parfait, sans pour cela perdre la confiance et l'amour qu'elle ressent à son égard, ni craindre sa vengeance. (M. Klein.1972. p 353)

La nostalgie de l'objet d'amour perdu implique aussi une dépendance à son égard, mais celle-ci est d'une espèce qui finit par stimuler la réparation et la protection de l'objet. Elle est créatrice car elle est régie par l'amour, tandis que la dépendance fondée sur la persécution et la haine est stérile et destructrice.

Une des différences entre la position dépressive précoce et le deuil normal est la souffrance que ressent le bébé, même si sa mère est auprès de lui. Par contre, chez l'adulte, la souffrance est éveillée par la perte réelle d'une personne réelle, car lui, il a déjà établi sa "bonne" mère à l'intérieur de lui-même et c'est ce qui lui vient en aide pour supporter cette perte accablante. Le jeune enfant lutte au contraire, de toutes ses forces contre la peur de perdre cette "bonne" mère interne aussi bien qu'externe, car il n'a pas encore réussi à l'établir sûrement à l'intérieur de lui-même. Dans cette lutte, la relation de l'enfant à sa mère, la présence réelle de celle-ci, sont d'un grand secours. De la même manière, si la personne en deuil est entourée de gens qu'elle aime et qui partagent sa souffrance, et si elle peut accepter leur sympathie, la restauration de l'harmonie dans son monde intérieur s'en trouve favorisée et ses craintes et sa détresse sont plus rapidement réduites.

Dans le deuil normal, le sujet recommence à intérioriser et à installer avec la personne réelle qu'il a perdu, ses parents aimés qui sont dans sa pensée, ses "bons" objets intérieurs. Son monde intérieur, ce monde qu'il a bâti depuis les premiers jours de sa vie a été détruit dans ses fantasmes lorsque la perte réelle a eu lieu. Inversement, c'est la reconstruction du monde intérieur qui va caractériser le succès du travail de deuil.

C'est en réinstallant à l'intérieur de son corps ses bons parents aussi bien que l'être qu'il vient de perdre et en reconstruisant son monde intérieur désagrégé et rempli de dangers, qu'il surmonte sa souffrance, retrouve la sécurité et parvient à l'harmonie véritable et à la paix. (M. Klein. 1972. p 369)

En résumé, nous pouvons dire que le dénouement du travail de deuil chez l'adulte dépend essentiellement du déroulement et de la résolution de la position dépressive infantile. Si l'enfant a pu surmonter sa dépression et a réussi à établir solidement ses bons objets, et surtout s'il a été bien entouré par sa mère durant son enfance, il sera

mieux préparé dans l'avenir pour affronter de nouvelles pertes et de nouvelles séparations.

Mais le modèle explicatif de M. Klein a suscité certaines critiques, concernant le processus et les mécanismes de la position dépressive : selon Jean Begoin, ce modèle ne tient pas suffisamment compte de la nature pathologique de ces processus qui peuvent être, en réalité, très éloignés des processus normaux du développement. Le reproche qui a été fait M. Klein, c'est de considérer tous les bébés comme psychotiques, d'où la difficulté de différencier la dépression de la position dépressive. (2002. p 43)

Contrairement à M. Klein, l'auteur considère que « le soi et l'objet fonctionnent de façon distincte depuis le début de la vie ». Toutefois, J. Begoin partage l'avis de M. Klein ainsi que celui de S. Freud sur le fait que le travail de deuil consiste en la réussite du sujet à établir la personne aimée perdue dans le moi.

Après avoir donné un petit aperçu sur le déroulement du processus de deuil selon M. Klein, nous allons voir maintenant quel est le point de vue de M. Hanus sur ce point.

### **2.3.2- Le processus du deuil selon Michel Hanus :**

D'après l'auteur, l'attitude générale dans les premiers moments du deuil consiste à refuser de reconnaître la réalité matérielle et surtout psychique de la perte. Le sens de la réalité (qui est une des fonctions essentielles du moi), vacille et s'accompagne de mouvements régressifs rapides et profonds du fonctionnement psychique, délaissant ainsi provisoirement le principe de réalité »(1995. p117)

Ce qui est refusé en général, c'est le contenu intérieur de la perte, c'est à dire l'affliction et le travail de deuil. La manifestation émotionnelle extérieure du chagrin montre que ce travail est en train de s'effectuer et que le refus va être dépassé.

Selon lui, l'épreuve de réalité n'existe pas dès le début du deuil. Tant que l'objet est là, présent, objet de perception, l'épreuve de réalité n'est pas nécessaire. C'est l'absence de cet objet satisfaisant, son départ, sa perte et le deuil qui le réclament et le font advenir. Ce qui veut dire, que lors d'une perte, le sujet reste attaché à la satisfaction, sans tenir compte de la réalité de la perte. En l'absence de l'objet, les représentations de la satisfaction sont réinvesties sur le mode hallucinatoire ou sur un mode onirique.

Cependant, l'épreuve de réalité établit qu'elles sont insuffisantes à procurer une véritable satisfaction, qui est normalement obtenue avec le retour de l'objet réel. Elle permet donc, de délimiter dans la réalité deux espaces : celui qui est conforme au monde extérieur ou « réalité extérieure » et celui qui ne l'est pas : « réalité intérieure ». Au début, seuls les liens avec l'objet réel sont rompus où il existe un surinvestissement objectal et narcissique de l'objet interne. (M. Hanus. 2002. p 27)

C'est bien parce qu'il est si pénible et si difficile d'accepter la réalité que la douleur est là. Cette douleur permet de garder et de se rattacher à la réalité et à la vie. Mais elle exprime également les tensions fonctionnelles extrêmes à l'intérieur du moi : entre la partie du moi qui régresse jusqu'au "moi plaisir" de la petite enfance et l'autre partie qui, sous l'influence d'un Sur moi et d'un idéal du moi mature, reste attaché à la réalité (moi réalité).

Ce conflit interne, entre refus et acceptation, entre la rébellion et la soumission au principe de réalité est l'indice d'un mouvement intérieur de régression du moi à l'orée du deuil. (M. Hanus. 1995. p121)

D'après M. Hanus, il existe trois modèles qui ont décrit ce mouvement régressif. Celui de M. Mahler qui souligne que le moi retourne à la dyade symbiotique. Celui de B. Grunberger qui démontre qu'il y a une régression au narcissisme primaire. Et enfin, celui de S. Freud qui a décrit la régression à l'identification primaire.

Ce que nous constatons, c'est que M. Hanus partage l'avis de Freud lorsqu'il a écrit : « Il se peut que cette identification soit la condition sans laquelle le Ça ne saurait renoncer à ses objets ». Car d'après lui, si le deuil est un renoncement et une soumission à la réalité, sa condition est une identification qui sert de substitut à l'objet perdu et où celui-ci est introjecté dans le moi pour faciliter ou rendre possible son abandon sans lequel le Ça n'accepterait pas de le faire. Quand le moi adopte les traits de l'objet d'amour, il semble rechercher à s'imposer à l'amour du Ça, en remplaçant l'objet qu'il a perdu. (S. Freud. 1981. p 170 et 241)

Le travail de deuil ne consiste donc pas seulement à se détacher de l'objet perdu, mais surtout à transformer la relation qu'il avait avec lui en une nouvelle identification. Le destin du travail de deuil dépendra aussi de la nature des identifications selon qu'elles

vont se révéler surtout positives ou bien négatives et néfastes. Dans les deuils normaux, les identifications anciennes sont réactivées et de nouvelles sont constituées : elles intéressent principalement les qualités positives du disparu dont l'endeuillé se rend en quelque sorte possesseur, assumant un héritage psychologique. (M. Hanus.1995. p 171)

Le travail de deuil va s'effectuer sur l'objet interne, car la réalité interne l'emporte provisoirement sur l'externe. Dans le même temps, le mode d'investissement se modifie : comme il n'est plus possible de retrouver l'objet dans la réalité, cela entraîne un surinvestissement, un renforcement libidinal des représentations et figurations de l'objet perdu : il sera investi nostalgiquement. Et cela se fait à travers l'évocation des souvenirs, la recherche des traces, des indices, des photos...Il arrive enfin que la relation avec l'image intérieure en vienne à se télescoper, à subvertir le lien à la réalité dans le cas des hallucinations de deuil. Mais bientôt, l'endeuillé se rend compte qu'il s'est abusé pour souffrir de nouveau, car c'est bien là le caractère essentiel de tout ce commerce renforcé avec l'objet intérieur : essayer de retrouver l'objet perdu (plaisir ou bien soulagement) pour constater que ce n'est pas réellement possible (souffrance). Le travail de deuil s'effectue de ce mouvement d'évocation du disparu et ces oscillations affectives entre soulagement et souffrance. Il implique donc à la fois un début suffisant d'acceptation de la réalité, de soumission à la réalité et le renforcement de l'intériorisation de la relation avec l'objet. S. Freud précise, dans son article "deuil et mélancolie" que chacun des souvenirs et des attentes, pris un à un, dans lesquels la libido était attachée à l'objet, est mis en position, surinvesti, et sur chacun est effectué le détachement de la libido". (M. Hanus. 1995. p150)

D'où l'intériorisation de l'objet perdu qui permet un détachement progressif de ce dernier et son terme sera la séparation.

Ceci en ce qui concerne le point de vue de M. Hanus, voyons à présent comment G. Bayle explique le processus du deuil et quels sont les mécanismes selon lui, entrant en jeu dans ce processus.

### **2.3.3- Le processus du deuil selon Gérard Bayle :**

G. Bayle dans son article ‘‘Métapsychologie et devenir des deuils pathologiques’’ (2002. p136), a décrit les différents mécanismes qui entrent en jeu lors d’un deuil.

Pour lui le temps du déni de la douleur correspond à une isolation sensorielle du point d’effraction. Le but de cette manœuvre défensive est de colmater la fuite libidinale, donc de faire comme si l’objet disparu était encore là. Il faut créer une néoformation du moi qui maintiendra cette croyance et jouera en quelque sorte le rôle de bouchon contre un excès de perte libidinale en s’appliquant au point même de cette perte, là où l’arrachement s’est constitué. Selon lui, phénoménologiquement et fonctionnellement, il se constituera un clivage du moi qui devra être entretenu par d’importants efforts. Il en résultera une amputation partielle d’une partie du moi qui sera fonctionnellement isolée de l’ensemble de celui-ci : l’être cher est maintenu présent, vivant et actif, il poursuit son existence. Cette ‘‘néoformation’’ est isolée du reste du moi grâce à un barrage constitué par des contre investissements qui s’opposent à toute pénétration d’élément de la réalité de la perte, et ce afin qu’elle ne soit pas infiltrée par une logique secondarisée qui réintroduirait l’idée de la perte et rendrait vaine la manœuvre défensive du déni.

Ces contre investissements sont nommés « contre investissements narcissiques ». Quant au reste du moi, il s’inscrit en faux contre un tel délire, mais c’est intellectuellement qu’il le fait, car toute la charge affective, ou presque, reste contenue dans la partie clivée. (G. Bayle.2002. p140)

Mais cette situation ne peut pas durer, car elle n’a pu être contenue en urgence que par une formation délirante partielle. De ce fait, le destin de ce clivage est, soit celui de la reprise de la douleur qui renverra au point de départ sur le mode d’un traumatisme en deux temps, soit la douleur distillée, fractionnée, qui renvoie au travail de deuil classique comme l’a décrit S. Freud. Ou bien alors, son destin est celui qui résulte d’un maintien quasi absolu de cette formation clivée, isolée.

Cependant, l’énergie du moi n’étant pas inépuisable, les ponctions qu’elle subit affaiblissent ses fonctions, donc la barrière des contre investissements du refoulement va être dégarnie ou, du moins, impossible à renforcer, rendant difficile la maîtrise des désirs refoulés qui pourront passer plus facilement. De ce fait, la douleur va céder la

place à l'angoisse. Cette excitation peut prendre, à un moment ou un autre, un aspect régressif signant le retour du refoulé infantile. Ses manifestations seront variées : insomnies, régressions orales canalisées par les rituels sociaux et religieux (on pense au repas de funérailles), mais aussi parfois elle peuvent conduire à une explosion maniaque, rendue possible par ce défaut de défenses aux frontières du Ça et du moi et par le défaut de secondarisation du moi si faible.

Or, loin de n'avoir que des effets excitants regrettables, cette libido qui envahi le moi défensivement amoindri du côté du refoulement, lui permet de se ressourcer, de s'alimenter, de se renforcer ! Grâce à ce renforcement énergétique, on approche d'un équilibre. Le travail de deuil va pouvoir se faire petit à petit, le moi détourne à son profit la libido autrefois dévolue à l'objet. Il se renforce sur des activités auto érotiques, se réinvestit lui-même en tant qu'objet d'amour.

C'est un temps de grands remaniements personnels favorisés par cet investissement de soi, et la reprise des rêves donne un bon reflet d'une relance des aller- retour des "régressions formelles" : c'est un mouvement de réinvestissement des traces des souvenirs, donc de soi. En ce sens, le rêve signe le début du travail du deuil au sortir d'une période traumatique, et non pas sa fin.

Ce renforcement du moi peut permettre d'aborder en après coup successif et en le fragmentant, l'impact de la perte, inabordable en masse et d'un seul coup. Chaque évocation de l'objet reçoit un surinvestissement douloureux tolérable avant d'être abandonnée. C'est le travail habituel du deuil. Quant au clivage, il est appelé à disparaître à mesure que le travail de deuil se fait.

En résumé, pour se protéger, le moi se clive en deux parties, la première partie constitue une "néoformation", isolée de la réalité grâce au barrage des contre investissements narcissiques. Ici, la perte est complètement déniée comme si l'être cher est encore en vie. La deuxième, concerne l'autre partie du moi qui est toujours consciente, régie par le principe de réalité, et qui essaye de lutter contre cette néoformation. L'évolution du clivage fonctionnel est, soit la mélancolie, car le barrage n'a pas pu tenir et a cédé brutalement. Soit le maintien chronique de ce clivage, amputant ainsi le moi d'une partie de ses potentialités. Ou bien, il permet par son efficacité le commencement du travail de deuil.

De tout ce que nous venons d'évoquer, nous pouvons conclure que la plupart des psychanalystes, que ce soit les classiques tels que S. Freud et M. Klein, ou bien les contemporains tels que M. Hanus et G. Bayle, considèrent que le bon déroulement du deuil dépend de la maturité du moi et sa capacité à faire face aux frustrations, aux séparations et aux deuils de la petite enfance. D'après eux, chaque nouveau deuil va réactiver les processus et les mécanismes archaïques des premières séparations d'avec l'objet d'amour ainsi que les angoisses et les peurs liées à cette perte. C'est ce que M. Klein a mentionné dans son livre intitulé "Développement de la psychanalyse" (1976, p 205) où elle écrit : « toutes les fois que le chagrin surgit, il fait revivre les premières angoisses à l'égard des objets endommagés ou détruits. Les sentiments de culpabilité et l'angoisse de persécution –la position dépressive infantile- sont réactivés dans leur pleine force. Le deuil inclut donc la répétition de la situation émotionnelle expérimentée au cours de la position dépressive. ». M. Klein précise que cette régression se fait jusqu'à la position dépressive ou le sujet doit intégrer à nouveau l'image de ses parents perdus.

Quant à M. Hanus qui s'inspire des travaux de S. Freud, il parle plutôt d'un mouvement régressif qui va jusqu'aux positions narcissiques où s'est constitué le sens de la réalité, entraînant ainsi la reviviscence des sentiments inconscients de culpabilité, les angoisses dues à la séparation ainsi que la mise en place des mécanismes de défenses propres à cette période qui résident essentiellement dans l'identification primaire.

Pour ce qui est de la réaction relative à la non reconnaissance de la réalité de la perte, M. Klein a omis de la mentionner. Par contre, M. Hanus et G. Bayle considèrent que c'est la première réponse qu'a le sujet lorsqu'il apprend la nouvelle du décès. G. Bayle affirme que ce sont les deux mécanismes du clivage et du déni qui sont à l'origine de cette réaction. M. Hanus trouve quand à lui qu'ils font partie surtout des mécanismes pathologiques du deuil. Ce dernier préfère parler de refus pour désigner la situation de non acceptation –temporaire- de la nouvelle de la perte. Mais tous les deux sont d'accord sur l'importance et la nécessité de ce mécanisme, quel que soit son nom, pour permettre à l'endeuillé d'aborder la perte petit à petit, puisque qu'il est impossible de le faire d'un seul coup, sans que cela provoque des conséquences fâcheuses.

Si pour la plupart des auteurs les mécanismes du deuil prennent leur racine dans l'enfance des individus, nous nous demandons comment va réagir l'enfant face à la perte d'une personne chère et quelles seront ses conséquences sur sa santé physique et mentale, surtout lorsqu'il est encore en phase de développement et qu'il n'a pas encore acquit le sens de la mort. C'est ce que nous allons savoir dans la partie qui suit.

#### **2.4- Le deuil chez l'enfant :**

Pour ce qui est de l'enfant, les avis divergent sur sa capacité à faire un travail de deuil. Certains pensent qu'il est capable de faire un deuil semblable à celui de l'adulte dès l'âge de six mois. S. Lebovici qui est de cet avis affirme dans son article sur "Le travail de deuil chez l'enfant" (2002. p104) qu'un tel processus est possible à cet âge. Par ailleurs, il existe chez lui certaines particularités telle que l'anxieux qui est liée à l'idée d'avoir à subir de nouvelles pertes. De même qu'il peut se sentir plus coupable que l'adulte endeuillé notamment si on lui fait des reproches.

D'autres auteurs tels que G. Rochelin et B. Shambaugh, estiment que le travail de deuil chez l'enfant est différent de celui de l'adulte et certains vont même jusqu'à dire qu'il n'est possible qu'après le dépassement du stade de l'adolescence lorsque le détachement approprié avec les images parentales s'est effectué.

Quant à M. Hanus, il juge que l'enfant fait son deuil à sa manière. A ce sujet il écrira « qu'avant un an, il n'y a pas de deuil proprement dit, mais cela ne veut pas dire que le bébé ne se rend pas compte de la séparation et ne souffre pas. ». Le deuil implique une différenciation entre le moi de l'enfant et son objet, en d'autres termes le sujet doit accéder à la relation objectale, à la reconnaissance de la perte, à la maîtrise suffisante du concept de la mort ainsi qu'à une soumission au principe de réalité. Cependant, ces conditions nécessaires ne sont pas acquises par l'enfant contrairement à l'adulte. Selon M. Hanus, le deuil de l'enfant est toujours en partie compliqué car il survient en période de croissance. A. de Broca ajoute qu'en cas de deuil chez l'enfant, les dépenses nécessaires à l'élaboration de ce travail vont devoir être prise au détriment des autres fonctions et c'est ce qui favorise les complications du deuil.

Seulement, il peut être facilité par la présentation franche du décès en lui permettant de participer aux funérailles, d'exprimer spontanément ses émotions et lui procurer de nouvelles relations qui ne vont pas lui interdire le souvenir et l'évocation de la mort. Contrairement à ce que certains adultes pensent, cacher le décès d'un proche à un enfant procure plus de tort que de bien, car il perçoit la douleur de ses parents et l'absence de la personne décédée. Lui mentir ou lui cacher la vérité ne fera que laisser libre cours à ses fantasmes et à ses peurs. Ce qui l'empêchera ainsi de faire son deuil.

### **3. Les complications du deuil :**

La perte d'un être cher se vit souvent dans la tristesse et la douleur. D'après les spécialistes, cette douleur est nécessaire pour que le sujet s'habitue à vivre sans la personne aimée à laquelle il était très attaché. Cependant, le travail de détachement demande beaucoup d'énergie et de temps et un passage nécessaire à travers toutes les étapes du deuil citées précédemment.

Mais il arrive qu'il ne puisse pas se résoudre spontanément et que les réactions, qui étaient normales dans un premier temps, persistent et handicapent le travail de détachement, entraînant ainsi des conséquences graves sur le plan physique, psychologique ou comportemental de l'endeuillé.

Certaines études ont montré qu'en France 5% des deuils se compliquent ou deviennent pathologiques. Selon M. Hanus, s'il y a 520.000 à 525.000 morts chaque année et si l'on compte deux endeuillés par personne disparue, cela fait plus d'un million d'endeuillés par an, dont près de 50.000 personnes souffrant d'un deuil compliqué ou pathologique. (2003. [www.funeraire.ca](http://www.funeraire.ca))

C'est ce qui nous amène à nous poser les questions suivantes : qu'est ce qu'un deuil compliqué ou pathologique ? Quels sont les critères qui permettent de les distinguer du deuil normal ? Pour y répondre, nous nous sommes référées aux auteurs qui ont traité ce sujet.

D'une manière générale et d'après les chercheurs, plusieurs facteurs- que nous verrons avec plus détail dans la prochaine partie qui s'intitule 'les facteurs aggravant le deuil'- peuvent interférer et rendre le deuil difficile. Ces difficultés ou complications se

manifestent à travers les réactions, les symptômes et les comportements de l'endeuillé, qui vont, soit perdurer dans le temps, soit se transformer en des réactions pathologiques. En effet, les travaux de Holly Prigerson et son équipe (1995) ont permis d'établir les critères du deuil compliqué, qui se caractérise par la présence de sept symptômes au moins, persistants six mois après le décès d'un proche- sachant que l'endeuillé commence à se sentir mieux 4 à 6 mois après la perte-. (Cité par M. F. Bacqué. 2002. p145).

Les critères recensés sont les suivants :

1. Le refus d'accepter la mort.
2. La recherche active du disparu.
3. Le fait de se languir, de désirer ardemment la personne perdue.
4. Des préoccupations constantes au sujet de la personne perdue.
5. Une incapacité à croire vraiment à sa disparition.
6. Le sentiment d'être toujours assommé, frappé de stupeur par le décès.
7. Les pleurs incoercibles.

Les cognitivistes dans ces cas parlent de "pathologie du deuil" et non pas de "deuil compliqué", alors que d'autres auteurs tels que M. Hanus ou M. F. Bacqué font la différence entre ces deux concepts. A ce propos M. F. Bacqué explique que le "deuil compliqué" est dû à un déroulement inhabituel, mettant souvent en défaut sa chronologie, mais sans aboutir à une maladie mentale caractérisée. Quant au "deuil pathologique", il entraîne des modifications graves de l'état mental telle qu'une décompensation d'une personnalité névrotique ou psychotique, appelée "deuil psychiatrique" qui est un développement d'un comportement dangereux pour le sujet. (2000. p 72). Les auteurs considèrent que le deuil dans ce cas, constitue un mode d'entrée dans la maladie, une décompensation de l'équilibre selon la structure antérieure de la personnalité.

En résumé, le deuil compliqué est lié à la durée des symptômes et à leur persistance dans le temps, mais cela nous renvoie à la problématique de la durée du deuil normal, car si on considère que chaque personne passe les étapes de son deuil à son rythme, comment pouvons nous discerner le deuil normal du pathologique ?

Pour connaître justement cette différence entre le deuil normal et le deuil pathologique, entre le deuil pathologique et le deuil compliqué, nous nous sommes rapprochées des travaux élaborés par des spécialistes dans ce domaine tels que Bacqué, Hanus et Bayle qui ont essayé de démontrer les critères selon lesquels nous pourrions les différencier.

### **3.1- Les deuils compliqués :**

Comme nous l'avons vu lorsque nous avons évoqué les processus du deuil et ses mécanismes, le recours aux mécanismes primitifs tels que le déni, l'identification primaire etc... permet de protéger le moi contre la violence et l'intensité des réactions affectives qui pourraient le submerger. Ces mécanismes lui permettent ainsi de se détacher de l'objet aimé perdu sans trop poser de 'problème'. Là nous pouvons parler de deuil normal.

Cependant, il arrive que ces moyens défensifs ne puissent pas être dépassés. Ils vont donc conduire à des complications importantes dans le déroulement du deuil et vont rendre de ce fait son dépassement difficile, si ce n'est impossible. Ces complications peuvent prendre plusieurs formes tels que le deuil différé, le deuil post-traumatique, le deuil chronique...selon les mécanismes ou les processus mis en jeu.

#### **3.1.1- Le deuil différé :**

Concernant le deuil différé, M. F. Bacqué explique que certaines personnes ne manifestent aucune réaction de tristesse à la suite du décès, comme si rien ne s'était passé. Cette attitude traduit un déni de la réalité de la perte. Ici le mécanisme du déni qui était au début du deuil un moyen normal de défense, s'est prolongé dans le temps et s'est maintenu, comme si l'endeuillé prolonge la présence de son disparu pendant un certain temps et ce, de manière hallucinatoire. Par contre G. Bayle lie les complications du deuil au maintien du clivage fonctionnel ainsi qu'au déni. D'autre part, certaines situations peuvent favoriser le déni de la mort, tel le cas par exemple de l'absence de la confrontation avec le cadavre du décédé lorsqu'il a disparu et qu'on n'a pas pu reconnaître le corps, ou bien lors de l'absence de participation aux funérailles. (2002. p146). Le deuil se fera essentiellement lorsque le déni sera levé et que l'endeuillé

arrivera à exprimer ses affects. Sinon il n'apparaîtra que lorsque ce dernier subira une nouvelle perte.

### **3.1.2- Le deuil inhibé :**

C'est une autre forme de deuil qui fait que le sujet ne nie pas la nouvelle de la perte mais refuse les émotions et la douleur qui y sont liées. Selon M. F Bacqué dans "le deuil inhibé", il y a une absence d'affliction et une omission des affects qui vont bloquer le travail de deuil, laissant place ainsi aux difficultés affectives relationnelles et aux attitudes d'échec qui s'observent à travers l'insensibilité affective. Celle-ci empêche tout attachement et renforce l'isolement, sans pour autant nuire à la vie sociale et professionnelle du sujet. Selon M. Hanus, cette attitude traduit une crainte d'une nouvelle situation de deuil. D'autres personnes au contraire, réussissent à lier de nouvelles relations, de nouveaux attachements, mais brusquement et sans raison apparente se détachent, sans éprouver la moindre peine, comme si elles voulaient se venger de l'autre par déplacement.

Cependant et comme le souligne notre auteur, «l'absence des affects n'est pas définitive puisque nous pouvons observer des débordements émotionnels et une douleur affective subite lors des dates d'anniversaires ou même lors d'une simple irruption de souvenirs. » (1995.p150).

### **3.1.3- Le deuil chronique :**

Dans d'autres cas de figure<sup>s</sup> les manifestations et les symptômes du deuil ne s'atténuent pas mais ils persistent sans décroître au-delà de la durée normale. On parle ici d'une prolongation du deuil qui peut parfois durer toute une vie : c'est ce que M. F Bacqué appelle "le deuil chronique ou inachevé" qui relève de plusieurs causes :

**a-/** Le deuil peut être bloqué par l'ambivalence. Il s'agit là d'une complication de la phase dépressive du deuil, sans pour autant être une pathologie. D'après M. Hanus, ces complications vont survenir de l'intensité de l'hostilité et de la haute charge de l'agressivité déjà présente avant la perte de l'objet aimé. Ici le deuil va réactualiser les dangers de l'ambivalence du fait que l'objet n'est plus là pour le rassurer. Ainsi, ne

pouvant pas éprouver l'agressivité consciemment, ni même ressentir la culpabilité puisqu'elle est trop intense. Cette agressivité va, soit s'orienter vers l'endeuillé lui-même par le biais de "l'identification négative", soit il va la projeter vers l'extérieur pour s'en protéger et tenter de se soulager. Seulement ce sentiment peut revenir sous forme de dangers issus de l'autre, surtout s'il a été projeté sur l'objet perdu. Là, le sujet craint la vengeance du disparu puisque selon ses croyances, il est responsable de sa disparition. A ce moment l'endeuillé essaiera de repousser toute tentative d'identification au disparu et tentera d'honorer sa mémoire pour atténuer sa colère.

Cependant toutes ces tentatives échouent laissant place à des comportements perturbés, négatifs et à des tendances autodestructrices, telle que la prise de risques sur le plan physique dans la conduite. D'autres contractent des maladies somatiques sévères ou se suicident.

Tous ces comportements visent finalement à réaliser une identification au disparu, comme si, en s'identifiant à sa maladie, l'endeuillé voulait assumer celle de son défunt pour le protéger et lui éviter la mort. De l'avis de M. Hanus ce mécanisme n'est pas structurant, mais au contraire, il est négatif et destructeur puisqu'il est une manière de se faire du mal.

**b-/** La prolongation du deuil peut également être liée à des circonstances extrêmes de la perte, comme la violence de la mort par exemple ou bien un deuil post-traumatique. En effet, lors de ces deuils, la phase de sidération peut se prolonger car la personne a été frappée par un double traumatisme du fait qu'elle a manqué de mourir et en même temps elle a été témoin du décès d'un proche ou d'un inconnu. A ce sujet M. F. Bacqué affirme que la perte d'un proche dans un contexte traumatique, augmente l'état de sidération qui conduit généralement au blocage du processus du deuil.

#### **3.1.4- Le deuil anticipé :**

Le deuil anticipé est une autre forme de deuil qui peut conduire à des complications. Car il arrive que suite à une annonce brutale d'un diagnostic mortel d'un proche, à une très longue maladie ou bien à un grave changement physique telles que l'amputation d'un membre ou la perte d'un organe etc...., apparaissent toutes les manifestations

observées lors d'un travail de deuil, comme si la mort s'est réellement produite. C'est ce qui caractérise le "deuil anticipé" où le sujet vit la menace de mort de l'être aimé comme un abandon qui va déclencher, non pas la dépression classique du travail de deuil, mais plutôt un détachement, une anesthésie émotionnelle, bref une indifférence totale envers la personne malade qui se sent livrée à elle-même et délaissée. Dans ce cas, le sujet anticipe la mort de son proche sans pour autant faire son deuil. Et lorsque ce dernier décède, aucun affect triste ou expression de chagrin n'est observé et le deuil sera inapparent. Pourtant, l'endeuillé risque plus tard de développer une dépression chronique ou bien un accès dépressif majeur lors d'une réactivation du manque de l'autre ou suite à une autre perte.(M. F. Bacqué. 2002. p110)

Voici en bref, les différentes formes du deuil compliqué ainsi que les principales causes de leur apparition.

Voyons à présent quels sont les critères des deuils pathologiques et leurs différents types ou du moins les plus fréquemment étudiés par certains chercheurs.

### **3.2- Les deuils pathologiques :**

Pour ce qui est des deuils pathologiques, les psychanalystes considèrent qu'ils sont dus à la constitution de la personnalité antérieure de l'endeuillé. A ce sujet M. F. Bacqué parle de "prédisposition" au deuil pathologique, car d'après elle, il ne s'agit pas d'accentuation des manifestations et des symptômes normalement rencontrés suite à la perte de l'objet aimé, ni même des circonstances dans lesquelles le deuil s'est produit, mais il s'agit plutôt de la constitution même de la personnalité, du type des relations qu'a noué le sujet avec ses objets d'amour dans la petite enfance et de sa capacité ou non à aménager sagement ses pulsions. En effet, ces sujets répondent aux frustrations de la réalité par des mécanismes de défense primaires qui sont spécifiques à la phase orale et anale. Seule la présence de l'objet qui leur renvoie une bonne image, leur permet une certaine adaptation avec leur environnement. Cependant sa défaillance ou sa disparition va rompre l'équilibre de la personnalité en la faisant basculer dans la pathologie.

Sur ce point G. Bayle (2002. p151) ajoute que si le passé du sujet l'y a prédisposé, le travail de deuil finira par se faire, mais tout dépend de la fonctionnalité psychique antérieure, des capacités de refoulement, de l'accès à la position dépressive (M. Klein) et du degré de fixation aux premiers stades du développement (S. Freud).

Donc tout est lié à la manière dont le sujet a pu progresser et se développer dans son enfance, de son accès à la relation objectale, de sa capacité à faire face aux frustrations et aux séparations, donc de la constitution et de la structure de sa personnalité.

Sur le plan clinique, plusieurs types de troubles psychiatriques peuvent survenir durant la période du deuil et témoigner ainsi d'un deuil pathologique, y compris chez des personnes qui, en apparence n'ont présenté auparavant aucun signe ou symptôme d'une affection psychiatrique. Nous citerons les deuils hystériques, obsessionnels, maniaques...mais la forme la plus observée et la plus fréquente est celle du deuil dépressif ou comme S. Freud l'appelle "le deuil mélancolique".

### **3.2.1- Le deuil dépressif :**

Comme nous l'avons constaté, la survenue de la dépression est nécessaire et normale au cours du deuil, seulement il existe des différences entre " la dépression véritable" et la dépression du deuil. Cette différence a été déjà mise en évidence par S. Freud en 1915. Selon lui, la première différence se situe au niveau du sentiment de l'estime de soi où dans la mélancolie, il est anéanti et où existe un immense appauvrissement du moi. Dans le deuil, c'est le monde qui est devenu pauvre et vide. (1915. p152). Au contraire, les auteurs contemporains ont constaté que tout état dépressif peut s'accompagner d'une telle diminution de l'estime de soi. La différence paraît être, d'après M. Hanus, une question d'intensité. La seconde différence est que dans le deuil, nous savons "qui" nous avons perdu. Tout ce qui concerne la personne est conscient tandis que le mélancolique sait "qui" il a perdu mais ne sait pas "ce qu'il a perdu" en cette personne. C'est une perte de l'objet soustraite à la conscience. Ce qui revient à dire que dans le deuil, l'objet est perdu dans la réalité extérieure, donc cette perte est consciente. Par contre dans la mélancolie, la perte est inconsciente puisqu'elle concerne l'objet intérieur.

Par ailleurs, certaines réactions du deuil tels que l'irritabilité, les sentiments de solitude, les idées de culpabilité, le désir et la peur de mourir, rendent difficile la distinction entre le syndrome dépressif majeur et les réactions normales du deuil.

M. Hanus (1995.p 183) pense que l'intensité excessive des sentiments de culpabilité ainsi que les idées de damnation, sont en faveur d'un état mélancolique où l'ambivalence provoque des désirs inconscients de mort de l'objet d'amour et entraîne d'une part une idéalisation du disparu, et d'autre part des reproches agressifs envers soi. La perte de l'objet renvoie à la perte du moi où l'endeuillé estime qu'il n'a pas été suffisamment bon pour retenir le défunt et l'aimer ; le suicide devient alors l'unique solution pour y échapper. (M. F. Bacqué. 2000. p79)

Or, si nous nous référons au point de vue de H. I. Kaplan et B. J. Sadock qui se sont basés sur les critères du DSM III-R affirment que l'évolution du deuil est en général favorable en moins d'un an, mais une évolution vers un épisode dépressif majeur est possible chez des individus "prédisposés". (1992. p122)

Cette approche psychiatrique démontre que la présence d'un tel syndrome qui se manifeste par des sentiments dépressifs et des symptômes associés comme la perte d'appétit, la perte de poids et les insomnies, est tout à fait normale lors d'un deuil à condition qu'elle ne dépasse pas un an. En revanche des idées morbides, d'indignité, un handicap fonctionnel prolongé important et un ralentissement psychomoteur marqué, indiquent que « le deuil à été compliqué par la survenue d'une dépression majeure » (1992. p 408)

Cet avis est similaire à celui de l'approche cognitive comportementale qui estime que si l'état de stress et de dépression persiste au-delà d'une année après le décès d'un proche, on est dans la pathologie. (J. Cottraux.1990. p124). Ce qui veut dire que la survenue des troubles anxieux ou de l'humeur après une période définie, celle d'une année, sont les signes de la pathologie du deuil. A titre d'exemple, les études faites par l'équipe de San Diego (Zisook et all.) consacrées au suivi prospectif de 350 veufs et veuves confirment cette idée puisque les résultats de cette recherche ont permis de faire les constatations suivantes : que la dépression est présente dans 25% des cas au deuxième mois suivant le décès. Qu'elle se manifeste dans 23% des au bout du 7<sup>ème</sup> mois et dans 16% des cas au 12<sup>ème</sup> mois contre 4% des cas dans l'échantillon de contrôle. Ceci nous amène à dire,

que si la durée de la dépression persiste sans décroître au-delà d'une année, l'endeuillé se retrouve dans la pathologie.

### **3.2.2- Le deuil maniaque :**

Il existe une autre forme de deuil pathologique bien que peu fréquente, c'est celle du "deuil maniaque". Il s'agit là d'un état d'excitation psychique et motrice, d'exaltation de l'humeur et d'euphorie morbide. En somme, son tableau clinique ne diffère pas de celui d'un accès maniaque aigu typique, mais il présente comme même quelques particularités dont nous citerons l'existence d'un temps de latence entre la perte et la réaction maniaque. Pendant ce temps l'endeuillé paraît faire face à la situation mais en fait cette attitude cache un grand effort de répression des émotions où le maniaque nie le deuil ainsi que le lien qu'il avait avec le défunt. Il fait comme s'il n'avait jamais compté pour lui et c'est ce qui fait que les affects vont s'inverser en leur contraire : la joie remplacera la tristesse et le triomphe sur la mort remplacera le désespoir. Lorsque la réalité ne peut plus être niée, le deuil maniaque versera alors dans la dépression grave. Cette inversion rapide de l'humeur est l'une des caractéristiques du deuil maniaque.

### **3.2.3- Le deuil hystérique :**

Dans le deuil hystérique, les premières réactions paraissent normales pendant quelque temps, mais certaines personnes vont présenter une violente crise émotionnelle avec décharge motrice. L'extériorisation de la souffrance prend ici une forme excessive et importante qui peut devenir parfois une véritable crise névropathique. Quant à la phase dépressive, elle s'installe progressivement et n'atteint son intensité que peu à peu comme si l'endeuillé ménage à la fois sa peine et en même temps la prolonge. Cet état peut s'étendre sur plusieurs années.

Toutes ces manifestations cachent un refus et un déni de la disparition de l'objet d'amour. Cependant n'étant pas son processus privilégié, l'hystérique va conserver et cultiver la représentation du défunt dans son imaginaire grâce aux souvenirs, aux fantasmes et aux rêves. A l'entendre, l'endeuillé ne nie pas la mort de son être cher, il la reconnaît et montre même sa souffrance, en particulier dans sa dépression et ses symptômes. Seulement il ne fait que penser à son défunt. Mais au lieu de se souvenir

pour se séparer de lui, comme dans le cas du deuil normal, il s'en souvient pour continuer à entretenir une relation intérieure avec lui. Nous pouvons observer ces conduites chez les personnes par exemple qui passent des heures à parler avec leurs morts, ou qui se comportent comme s'ils n'ont pas disparu... . C'est grâce à l'identification que l'hystérique parvient à conserver cette relation.

D'après M. F. Bacqué, l'identification au défunt englobe aussi bien ses particularités physiques, ses comportements ou bien les symptômes précédant sa mort. Elle existe lors du deuil normal et concerne certaines habitudes du défunt, certains traits distinctifs de son caractère. Par ailleurs lors d'un deuil hystérique l'identification porte surtout sur les symptômes et les éléments de la maladie de l'objet perdu, réalisant ainsi une conversion.

Nous retrouvons aussi chez l'hystérique une grande fréquence de comportements autodestructeurs. Selon M. Hanus, les patients expriment à travers eux leur désir de rejoindre le défunt qui peut même aller au suicide notamment pour ceux à qui le sentiment d'abandon est insupportable. Le deuil réactive pour ces derniers le premier échec affectif, celui de l'amour œdipien. (M. F. Bacqué.2000. p81). L'hystérie en elle-même est qualifiée par M. Hanus, comme "un deuil œdipien pathologique"

L'évolution du deuil hystérique est difficile à déterminer car tout dépendra de la force des désirs autodestructeurs et la force des processus d'identification perturbés. Pour certains, l'évolution ne sera pas favorable : aucun autre investissement objectal, aucune relation n'est établie. D'autres par contre, vont renouer peu à peu de nouvelles relations sur le même mode précédent avec le risque d'une nouvelle réactivation et aggravation de la maladie s'il y a de nouveau, une séparation ou un deuil.

#### **3.2.4- Le deuil obsessionnel :**

Contrairement au deuil hystérique, les manifestations du deuil obsessionnel ne sont pas bruyantes. L'endeuillé est abattu, asthénique préfère s'occuper de l'organisation des funérailles, régler les détails administratifs et matériels du disparu. Cependant, la mort de l'être cher va aussitôt réactiver les désirs agressifs émis à son encontre, cela entraînera une forte culpabilité car ses désirs de mort, d'après M. F. Bacqué (2000.

p84), vont se heurter à la réalisation de celle-ci. De ce fait, les reproches apparaissent en majorité envers l'endeuillé lui-même et par lesquels il ne cesse de se torturer durant des années. Mais ces reproches visent aussi d'autres personnes qui ont entouré le défunt, en particulier le médecin ou l'équipe soignante, qui sont tenus pour responsables de sa mort. Sans oublier le défunt puisqu'il l'a abandonné. Une grave dépression apparaîtra par la suite, s'exprimant essentiellement par l'abattement, la lassitude, le manque de goût et d'intérêt pour les autres. Sa vie intérieure se bloque sur l'unique souvenir de la mort, sous forme d'une phrase qui s'impose et qui ne cesse de se répéter d'une manière obsédante telle que : « il s'est suicidé, on l'a tué... ». Ce blocage paraît jouer un rôle défensif à l'encontre des affects, comme si en bloquant l'évocation des souvenirs, l'endeuillé se protège contre le réveil des émotions douloureuses. (M. Hanus.1995. p201)

L'évolution de ce deuil obsessionnel est le maintien d'une longue période d'état dépressif où l'endeuillé s'enferme dans un état d'inhibition et d'apragmatisme et où la vie est dominée par les auto reproches. Les tentatives de suicides sont rares dans les deuils obsessionnels puisque l'agressivité retournée contre soi est littéralement distillée à cause de l'épuisement psychique qui ralentit profondément le sujet en l'empêchant pendant un temps de passer à l'acte.

Il arrive cependant qu'on ne se rende pas compte des complications ou de la pathologie du deuil qu'après une seconde perte, puisqu'une partie des affects douloureux avait été bloqué.

### **3.2.5- Le deuil somatique :**

En plus des complications psychiatriques observées habituellement sur des personnalités fragiles, le deuil peut favoriser aussi l'aggravation de certaines maladies organiques chroniques telles que l'asthme, le diabète, l'hypertension..., ou la décompensation, chez des personnes auparavant saines, d'une affection somatique préexistante ou bien même de la survenue de décès précoce. Sur ce point M. Hanus explique qu'il semble que le deuil agit comme un révélateur d'un état organique antérieurement perturbé mais non connu, en particulier dans le cas des maladies cardiaques.

Certains chercheurs dont D. R. Jones et P. O. Goldbald, cités par M. F. Bacqué, ont même tenté d'établir le lien entre la perte d'un être cher et l'apparition du cancer. Leurs études ont montré une légère augmentation du cancer chez les sujets qui ont perdu un conjoint, mais celle-ci n'est pas significative. En revanche, ils ont noté que le taux de mortalité des veuves qui ont perdu leur conjoint d'une mort inattendue, est plus élevée en comparaison avec les femmes qui n'ont pas perdu leur conjoint.

Si l'on se réfère à l'approche physiopathologique, l'apparition ou l'aggravation de certaines maladies somatiques est due à des modifications endocrinologiques. Selon cette approche, les agents de stress vont augmenter considérablement la sécrétion d'adrénaline qui va rester plusieurs jours voire des semaines, élevée après le choc. Ces réactions entraînent des effets cardiaques et vasculaires qui peuvent être néfastes si elles sont excessives sur un organisme déjà fragile.

Des enquêtes épidémiologiques ont montré une surmortalité significative chez les personnes en deuil, en particulier chez les hommes car ces derniers prennent de plus en plus de risques qui peuvent conduire à la mort. D'après M. Hanus, ces comportements sont dus au fait que les hommes et notamment les plus âgés, ne savent pas manifester leurs émotions douloureuses, contrairement aux femmes. C'est ce qui les pousse à transférer leur douleur sur un excès de travail, un abus d'alcool ou de tabac, d'où les risques de mortalité. La gravité de certains symptômes de la dépression telle que l'anorexie qui va entraîner un amaigrissement et une perte des forces physiques, peut aussi accroître le risque de pathologies somatiques.

Pour conclure, nous pouvons dire que les grands risques de complications du deuil sont surtout liés à la dépression qui prend une ampleur importante, notamment dans le deuil pathologique qui se termine assez souvent par le suicide. Par ailleurs, il semble difficile de faire la distinction entre le deuil normal et le deuil compliqué, et entre le deuil compliqué et le deuil pathologique. Malgré la diversité des critères d'évaluation telles que la durée du deuil, l'intensité des réactions et des symptômes ou bien la présence ou l'absence de certains mécanismes, la difficulté demeure présente dans la manière de faire la part entre le normal et le pathologique, dans la mesure où il existe plusieurs facteurs qui entrent en jeu et peuvent entraver le bon déroulement du travail de deuil. C'est ce que nous allons voir maintenant, avant d'entamer le sujet de la prise en charge.

#### **4. Les facteurs aggravant le travail de deuil :**

De l'avis des spécialistes, la qualité de la résolution du deuil dépend de l'interaction de plusieurs facteurs qui sont liés, soit à la personne en deuil, soit aux circonstances du décès, soit au défunt en personne. D'après M. F. Bacqué on retrouve les variables physiques qui englobent le sexe et l'âge de l'endeuillé, les variables socioculturelles qui comportent les pratiques religieuses et l'environnement social où évolue l'endeuillé sans oublier la nature du décès ainsi que l'âge du défunt.

Pour mieux comprendre ce processus nous allons essayer de cerner les variables pertinentes qui semblent influencer sur le travail de deuil.

#### **4.1- Les facteurs physiques et psychologiques liés à l'endeuillé :**

En ce qui concerne les facteurs physiques et psychologiques, ils englobent à la fois les variables du sexe de l'endeuillé, de son âge et de sa personnalité.

##### **4.1.1- La variable sexe :**

Certaines études comme celle de I. Glick et autres ont montré qu'à la suite du décès d'un proche, les hommes présentent un taux de mortalité supérieur à celui des femmes du même âge. D'après l'auteur, cela est lié à certains comportements masculins tels le tabagisme et l'alcoolisme qui favorisent l'ébranlement de leur santé. (Cité par M. F. Bacqué. 2000. p92)

Une autre étude faite sur les hommes et les femmes qui ont perdu leurs conjoints a montré que les veufs présentent des signes de dépression plus tardifs mais plus intenses que chez les femmes. Cette différence entre les deux sexes n'apparaît pas sur le coup ni même deux mois après le décès. Ce n'est que deux à quatre ans plus tard que les veufs paraissent plus déprimés que les veuves surtout s'ils ne se sont pas remariés. D'après M. F. Bacqué ce phénomène est dû au fait que les femmes trouvent dans leur environnement social le soutien nécessaire pour la résolution du deuil, contrairement aux hommes chez qui, la perte de leurs épouses signifie pour eux la perte de l'unique

moyen d'extériorisation affectif du fait qu'elles sont le seul "vecteur" destiné à recevoir leurs émotions. C'est ce qui les pousse à s'isoler. (M. F. Bacqué. 2000. p93)  
Même si les femmes semblent présenter plus fréquemment des plaintes que les hommes, cela n'implique pas un plus grand risque de complications. Bien au contraire, cela permet l'expression de leur douleur. De ce fait, les auteurs avancent que la variable sexe constituera un facteur de risque lorsqu'elle est combinée à l'isolement social.

#### **4.1.2- La variable âge :**

Pour ce qui est du facteur de l'âge, les auteurs s'accordent à dire qu'il est difficile si ce n'est impossible de tester sa relation avec le deuil. A cet effet ils ont établi des hypothèses et émis des observations sur des couples âgés et des couples jeunes qui ont perdu leur conjoint. Les résultats de ces études ont montré que l'événement du "deuil" est moins attendu par les jeunes que par les plus âgés d'où leurs réactions immédiates plus intenses que chez les plus âgés. Deux mois après le décès, les jeunes veufs ont présenté une symptomatologie post-deuil très intense, avec de nombreuses manifestations de culpabilité, qui suivent un véritable choc émotionnel. Seulement après 18 mois ces réactions se sont relativement améliorées laissant place à une éventuelle réadaptation.

Pour ce qui est des endeuillés les plus âgés, le déni semble l'emporter dans un premier temps, tandis que les réactions exacerbées apparaissent beaucoup plus tardivement soit 18 à 24 mois après le décès. Ces derniers paraissent, selon M. F. Bacqué, réprimer leurs émotions dans un premier temps, mais en réalité ils présentent une symptomatologie évoluant à bas bruit et visiblement marquée par le déni. (2000. p99)

Mais la question que les chercheurs se posent c'est de savoir si ces troubles ne sont pas liés aux pathologies normales du vieillissement ? D'où la nécessité d'être prudent dans l'interprétation de ces résultats.

#### **4.1.3- La personnalité de l'endeuillé :**

Certains auteurs, tels que Parkes en 1962, parlent de personnalité prédisposée au deuil pathologique alors que d'autres se méfient de ce concept et restent très prudents dans

leur jugement. M. Hanus préfère parler de “personnes à risque”. Selon lui, certaines personnes sont sujettes à ressentir plus durement les effets traumatisants du deuil car elles sont fragiles de manière habituelle, ou fragilisées temporairement par des circonstances particulières, que se soit sur le plan physique ou mental ou bien dans le cadre de l’insertion sociale. Ces sujets sont soit des malades physiquement ou mentalement, soit qu’ils présentaient des troubles de la personnalité sans pathologie mentale déclarée, soit que ce sont des gens solitaires et isolés.

Sur ce point, A. de Broca ajoute qu’une personne pathologique vit plus difficilement le deuil que toute autre personne. Pour lui toutes les phases du deuil sont souvent accentuées en intensité et en durée. (2001. p169).

#### **4.2- Les variables socioculturelles :**

##### **4.2.1 - La religion :**

Des enquêtes menées par questionnaires ont permis de constater que la majorité des endeuillés en Amérique et en Angleterre reconnaissent à la religion une aide morale considérable à la suite d’un deuil puisqu’elle offre un système de croyances réconfortant. De même qu’elle apporte un soutien objectif par la présence de la communauté. (M. F. Bacqué. 2000. p100)

En effet, et comme nous l’avons évoqué dans le premier chapitre de cette étude relatif à “la mort”, la religion et plus exactement ses rituels funéraires procurent à l’endeuillé un soutien psychologique incontestable et donne un sens à la mort. Comme le souligne Van Gennep « les rites d’agrégation viennent rassurer les vivants en tentant implicitement de montrer qu’un individu qui faisait partie de leur monde, le quitte pour aller s’agréger à un autre monde, celui des morts, diversement représenté selon les peuples et les civilisations et selon les religions dogmatiques ou populaire » (Cité par M. F. Bacqué. 2002. p55). Ces rites permettent donc de donner des réponses à ce qui attend les survivants, comme c’est le cas par exemple des religions monothéistes qui admettent la résurgence de l’âme et la croyance à la vie après la mort. De ce fait, la mort n’est plus considérée pour les croyants comme un néant, mais plutôt comme une étape, une transition pour une autre vie meilleure.

#### **4.2.2- L'environnement social :**

L'effet du soutien de l'environnement social est comparable à celui que procure la religion. Des études ont démontré que plus l'endeuillé est entouré par sa famille, ses amis...plus il se sentira, protégé. Par contre ce sont les endeuillés isolés qui présentent le plus de dépression car il est admis que la vie communautaire et la famille élargie procurent plus de sécurité à ses membres qui se sentent solidaires lors d'événements douloureux comme la maladie, la mort....etc.

A ce propos, M. F. Bacqué rappelle que « se sont les célibataires qui ont beaucoup plus de mal à dépasser le deuil que les endeuillés mariés puisque ces derniers sont plus entourés, notamment par leurs jeunes enfants qui semblent contribuer à distraire leurs parents de leur peine. » (2000. p 102)

#### **4.3- Les circonstances du décès :**

En plus des facteurs liés à la personne en deuil, les difficultés liées au deuil peuvent provenir aussi des circonstances tragiques de la perte tels que les accidents, les catastrophes, les assassinats, les suicides où la perte est difficilement acceptée par la famille du défunt. Sans oublier la difficulté liée au lien de parenté qu'avait l'endeuillé avec la personne disparue comme dans le cas du deuil d'un enfant.

Nous verrons avec plus de détails l'impact de ces facteurs sur la vie de l'endeuillé dans un prochain chapitre.

#### **5. La prise en charge des endeuillés :**

Tous les décès n'ont pas la même importance ni la même signification pour la personne en deuil et cela est liée à la nature des liens qui l'unissaient à l'être perdu, aux circonstances de la séparation et à la prédisposition physique et psychologique à y faire face. Cette situation va se résorber progressivement avec le temps, tout en laissant des traces qui seront, soit bénéfiques pour la personne qui se sentira plus mûre et plus apte à faire face aux nouvelles situations de la vie. Là, nous pouvons dire que le travail de deuil a été réussi. Au contraire, dans les deuils compliqués et pathologiques la personne

va se renfermer de plus en plus sur elle-même et n'arrivera pas à dépasser ses difficultés.

Dans ce cas, les praticiens préconisent une prise en charge des endeuillés afin de les aider à dépasser leur deuil et à reprendre le cours normal de leur vie.

En quoi consiste cette prise en charge ? Est-elle destinée à tous les endeuillés ?

Comme nous l'avons souligné tout au long de cette étude, le deuil n'est pas une maladie mais un processus naturel et involontaire qui touche tous les individus qui ont subi une perte au cours de leur vie. C'est pour cette raison que les praticiens tels que M. Hanus et A. de Broca ont suggéré de prendre en charge certaines personnes à risque où il existe une grande probabilité que leur état aboutisse à des complications. Ces groupes à risque se composent généralement d'enfants, de malades physiques et mentaux, des endeuillés ayant subi un décès par suicide et des endeuillés isolés ou dépendants. Sans oublier les sujets qui ont perdu un être cher par mort brutale, dans des catastrophes par exemple. Cette prise en charge est généralement préconisée entre la 4<sup>ème</sup> et la 8<sup>ème</sup> semaine qui suit la disparition du proche, sauf dans le cas des situations exceptionnelles, comme les catastrophes, où l'intervention doit être immédiate. (M. Hanus. 1995. p307)

Certaines techniques thérapeutiques peuvent être proposées comme la relaxation qui contribue à aider l'endeuillé à se décontracter ; les thérapies médicamenteuses sont préconisées, soit lorsque le sujet souffrait auparavant d'une pathologie sous jacente, soit qu'elles sont proposées dans les moments difficiles, lors des passages de crises particulières comme dans le cas d'insomnies graves accompagnées de crise d'angoisse aiguë ou dans le cas de la dépression qui persiste pendant plusieurs semaines, voire des mois (A. de Broca. 2001. p175).

Une autre technique est de plus en plus utilisée par les praticiens contemporains est celle de l'Aide en groupe, qui se pratique soit par le biais des associations pour personnes endeuillées qui procurent en premier lieu une écoute empathique et un soutien moral. Ce sont des moments de partage et non pas des situations de psychothérapie, mais qui offrent beaucoup de réconfort pour les endeuillés.

Soit par des groupes de parole qui permettent à l'endeuillé d'exprimer ses sentiments. D'après A. de Broca, « le miroir des autres avec leurs propres souffrances en écho, les aide à apprécier en quoi leurs propres difficultés peuvent se dénouer ou pas. Il permet

aussi de réduire l'éventuelle marginalisation que de fait, l'endeuillé subit et donc, aide à la resocialisation, premier pas du travail de deuil vers la cicatrisation. » (2001.p179). Nous voyons donc que c'est à travers l'image des autres que l'endeuillé prend conscience de ses difficultés et qu'il n'est pas le seul à les vivre. Ici, il ne se sent plus isolé, ce qui permet son amélioration.

Ces groupes de parole peuvent être des groupes de soutien d'un soir où les endeuillés ne se reverront plus après. Ou bien, ils s'organisent en un cercle fermé durant près d'une année.

Toutes ces aides vont permettre de détecter les personnes en grande difficulté qui nécessitent une prise en charge individuelle et spécialisée comme les thérapies familiales, les thérapies d'inspiration psychanalytique...etc. qui auront comme objectifs d'aller au plus profond de la personne afin de mieux l'accompagner.

Mais l'écoute bienveillante de l'endeuillé reste le meilleur moyen préconisé par certains praticiens, surtout au tout début de la prise en charge, sans qu'elle ne s'inscrive dans un cadre thérapeutique. Elle met à sa disposition des informations sur l'importance des manifestations émotionnelles et leur expression, la nécessité et l'universalité du deuil, l'éventualité de complications afin de les prévenir et permettre leur prise en charge à temps.

De tout ce qui précèdent, le deuil est une phase indispensable par laquelle doit passer chaque individu et ce, quelque soit son âge. Ce processus naturel de la vie survient à chaque fois que la personne subit une perte d'un être cher, d'un état social ou d'un idéal...et notamment lorsque celle-ci est définitive comme c'est le cas de la mort d'un proche.

Tout deuil va entraîner des réactions plus ou moins importantes chez l'endeuillé, que ce soit sur le plan affectif (choc, tristesse, colère, culpabilité...) ou sur le plan physique (fatigue, plaintes somatiques...), ou comportemental (agitation, pleurs, lamentations, isolement...), ou bien encore sur le plan cognitif (distraction, perte de la mémoire, mauvaise concentration...). Cependant toutes ces manifestations ne peuvent être observées en même temps et chez la même personne, pour la simple raison que chaque individu réagit à sa manière. Pour cela, les auteurs ont essayé de répertorier les différents symptômes dont les plus fréquents, pour les classer selon leur variation dans le temps.

C'est donc une moyenne de réactions et de manifestations observées dans les heures, les jours, les mois et même les années qui ont suivi le décès d'une personne proche.

Même si ces réactions paraissent spectaculaires et graves, elles font partie du deuil normal et resteront présentes aussi longtemps que le travail de deuil durera. Or, c'est sur cette durée justement que les chercheurs ne se sont pas mis d'accord pour la fixer. Selon Lindemann (1944), le deuil peut durer de quelques semaines jusqu'à plusieurs mois, tandis que pour Létourneau, il dure en moyenne entre une année et demie et deux ans. Selon certaines études sociologiques, la période du deuil dans les sociétés traditionnelles est fixée à un an. Mais si l'on se réfère à A. de Broca « on ne finit pas un travail de deuil, mais on se développe avec... ; la cicatrice sera présente au cours des années, visible si l'endeuillé la laisse entrevoir, informative pour celui qui la voit ». (2001. p22).

Toutes ces variétés temporelles peuvent être dues à l'interaction de plusieurs facteurs : biologiques, hormonaux, sociaux...etc. Cependant la plupart des théoriciens insistent sur l'importance de la personnalité antérieure de l'endeuillé et de sa capacité à affronter l'événement. Ça peut inclure également son âge, son histoire, ses moyens de défenses, sa relation avec le défunt ...etc. Autant de variables et de facteurs qui modifient les réactions et leur intensité, d'un individu à un autre.

Ce que nous déduisons, c'est que l'endeuillé doit passer par plusieurs phases afin de pouvoir se détacher de la personne perdue et de se réinsérer socialement. Seulement chaque individu a sa manière et son propre rythme pour effectuer son deuil.

Malgré leur divergence d'opinions sur la durée du deuil normal, tous les auteurs affirment tous que si avec le temps, l'intensité des réactions ne diminue pas et que certains symptômes persistent, cela peut conduire à la non résolution du deuil qui peut induire une complication ou ce qu'ils appellent "les deuils compliqués" et "les deuils pathologiques". Par contre, leur disparition signifiera que l'endeuillé accepte l'irréversibilité de la perte qui coïncide avec la fin du processus de détachement et que l'évocation du défunt ne le fasse plus souffrir comme avant. Il faut savoir cependant que faire le deuil d'une personne aimée ne signifie aucunement son oubli, mais au contraire, cela signifie qu'on apprend à vivre en son absence tout en gardant son amour pour elle,

qui est désormais "attachée au passé" et en même temps de pouvoir s'investir de nouveau dans de nouvelles relations. (Selon M. F. Bacqué. 2000. p 61)

Mais une question reste cependant posée : quand pourrons nous parler de traumatisme, notamment lorsque nous savons que la perte d'un être cher est à l'origine de tous ces remaniements intérieurs et de tous ces symptômes et réactions ? Mais avant de répondre à cette question définissons d'abord ce qu'est qu'un traumatisme et quelle est sa relation avec la mort et le deuil engendrés par cette dernière, ainsi que ses conséquences sur les personnes qui ont vécu de près ou de loin un événement traumatisant en général, puis celles qui ont vécu la mort violente d'un proche en particulier.

## Chapitre III : Le traumatisme

Nous devons la notion de “névrose traumatique” à H. Oppenheim qui a décrit en 1889 les séquelles psychiques occasionnées par les accidents du chemin de fer. Mais avant lui, Duchesne en 1847 et Eriksen en 1866 croyaient que les commotions cérébrales provoquées par le choc de l'accident étaient à l'origine de ces troubles psychiques, d'où leur appellation “ railway brain” ou “ railway spine” qui signifient “cerveau ou moelle épinière du chemin de fer”. Quant à J. Charcot en 1884 et H. Page en 1883, ils ont considéré que ces séquelles étaient dues à un choc émotif puisque que leurs observations avaient démontré que certaines personnes présentaient le même tableau clinique que les sujets précédents, qui avaient subi un choc physique minime. J. Charcot a lié ce traumatisme à l'hystérie et à la neurasthénie “hystéro neurasthénie traumatique”. Par contre P. Janet et S. Freud étaient du même avis pour souligner que le traumatisme qui était à l'origine de l'hystérie, était de nature sexuelle. Ce n'est qu'en 1897, que S. Freud s'aperçoit qu'il ne s'agit pas d'une véritable scène de séduction mais plutôt de fantasmes. Depuis, il a délaissé l'étude de la névrose traumatique pour s'occuper des névroses de transfert.

Ce n'est qu'avec la survenue des guerres dans la première moitié du 20<sup>ème</sup> siècle que l'intérêt pour la névrose traumatique a repris et que S. Freud a fini par la différencier des autres névroses. C'est alors que l'allemand Honigman proposa le terme de “névrose de guerre” pour désigner les troubles observés chez les soldats et qui coïncidaient en tout point à la névrose traumatique des accidents de chemin de fer. Seulement cette entité a été mise de côté après la deuxième guerre mondiale, pour réapparaître en 1980 aux Etats Unis sous l'appellation de “l'état de stress post-traumatique” dans la troisième version du Manuel de diagnostique des troubles mentaux (DSM) et ce, sous l'influence des retombées de la guerre du Vietnam. L'objectif de ces études a consisté en la recherche et la définition d'une approche d'aide et de soutien psychologique aux victimes de cette guerre.

Mais avant d'aborder ce sujet, nous allons voir en premier lieu la définition du concept de traumatisme ainsi que ses conséquences sur la vie des individus qui le subissent.

## **1. Définition générale du concept de ‘traumatisme’ :**

Étymologiquement le concept ‘traumatique’ vient du grec tardif ‘*traumatikos*’ qui veut dire « qui concerne les blessures, bon pour les blessures ». Mais ‘*traumatikos*’ est aussi dérivé de ‘*trauma*’ qui signifie blessure, une affection dans l’organisme et au figuré, dommage et désastre » (F. Marty. 2001. p11).

C’est ce mot qui a été emprunté par les médecins au 19<sup>ème</sup> siècle pour désigner le concept de traumatisme et qui sera appliqué à la pathologie chirurgicale et défini comme étant « la transmission d’un choc mécanique violent exercé par un agent physique extérieur sur une partie du corps et provoquant une blessure (traumatisme ouvert) ou une contusion (traumatisme fermé) ». (L. Crocq. 2000 (b). p6).

Puis par extension il est utilisé par les psychiatres pour définir les phénomènes qui se produisent au sein du psychisme d’un individu lorsque ce dernier est exposé à un événement soudain et violent qui menace brutalement son intégrité physique et mentale.

Quant au Dictionnaire Larousse (2003) il le définit comme étant :

1. Un ensemble de lésions locales provoquées par l’action violente d’un agent extérieur et les troubles qui en résultent.
2. Un événement qui, pour un sujet a une forte portée émotionnelle et qui entraîne chez lui des troubles psychiques ou somatiques par suite de son incapacité à y répondre immédiatement de façon adéquate.

Nous avons donc deux significations du concept du traumatisme : l’une médicale et concerne des lésions organiques dues à une cause extérieure tels que les traumatismes crâniens provoqués par une chute ou un coup donné sur la tête ...etc. L’autre est psychologique et désigne l’événement qui provoque un choc émotionnel dû à l’incapacité du sujet à répondre à cette agression.

Pour ne pas confondre ces deux sens, médical et psychologique, L. Crocq utilise le concept de ‘traumatisme psychique’ ou ‘psychotraumatisme’.

Dans la littérature nous avons répertorié cinq modèles qui ont tenté d’expliquer et de définir le processus selon lequel se crée le traumatisme. Il s’agit des modèles psychanalytique, biologique, comportemental, cognitif et enfin le modèle phénoménologique qui est le plus récent.

## **2. Les modèles explicatifs du traumatisme psychologique :**

### **2.1- Le modèle psychanalytique :**

D'un point de vue psychanalytique, le terme de traumatisme ou trauma est défini dans le Vocabulaire de la psychanalyse de Laplanche et Pontalis comme étant « l'événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique ». Les auteurs ajoutent que « le traumatisme se caractérise par un afflux d'excitations qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maintenir et d'élaborer psychiquement ces excitations » (Laplanche et Pontalis.1978. p499)

Cette définition est inspirée de celle de S. Freud pour qui « le traumatisme est l'expérience vécue qui apporte, en l'espace de peu de temps, un si fort accroissement d'excitation à la vie psychique, que sa liquidation ou son élaboration par les moyens normaux et habituels échoue. Ce qui ne peut manquer d'entraîner des troubles durables dans le fonctionnement énergétique » (Cité par Laplanche et Pontalis.1978. p499)

Nous pouvons donc dire que les psychanalystes ont donné à la notion de traumatisme une signification purement économique et énergétique, dans le sens où ils considèrent que dans un court laps de temps, il y a irruption d'un événement venant de l'extérieur qui provoque un surcroît d'excitation et une grande surcharge d'énergie qui ne peut s'écouler d'une manière directe, par abréaction par exemple ou par voie associative qui va rompre la protection du psychisme "le pare excitation", débordant ainsi ses défenses et le mettant en difficulté. Dans ces conditions et par défaut de verbalisation, l'afflux d'excitation est canalisé vers des fonctionnements archaïques préverbaux, dans les agir et dans les comportements. Si elle n'est pas déchargée, cette excitation reste en quelque sorte stockée indéfiniment dans le psychisme et anime des comportements parasites, répétitifs, souvent dommageables pour le sujet et dont le sens reste mystérieux. (J.F Rabain. 2004. [www.psymaro.ma.com](http://www.psymaro.ma.com))

De ce fait, les symptômes observés vont jouer un rôle d'abréaction. Ils vont être les moyens utilisés par le moi pour maîtriser le traumatisme.

## **2.2- Le modèle comportemental :**

Selon le modèle comportemental, le traumatisme résulte d'un mauvais apprentissage des réponses, dans le sens où dans un premier temps il y a un stimulus qui provoque une réaction normale d'angoisse et par une généralisation du processus d'apprentissage, une série de stimuli, antérieurement neutres vont devenir pathogènes. Ils deviennent capables en dehors de la situation initiale, d'enclencher à leur tour des réactions d'angoisse pour leur propre compte. L'anxiété enclenchée par ces stimuli pathogènes peut entraîner des conduites d'évitement qui perdurent lorsque s'installe l'état de stress post-traumatique. (G. Lopez. 2002. p18). Dans cette situation, de nombreux stimuli (lieux, bruits, objets, couleurs, ...etc.) sont associés à l'événement traumatique selon le modèle de conditionnement classique (stimulus- réponse) et vont secondairement provoquer la même réponse anxieuse que l'évènement déclenchant. (A. Sabouraud-Séguin. 2002. p93)

Ce premier stimulus est qualifié par Mowrer comme étant une situation d'horreur qui provoque des réactions émotionnelles angoissantes

De ce fait, nous pouvons dire que la névrose traumatique est due, selon ce modèle explicatif, à une généralisation pathologique des réponses consécutives à l'événement initial et qui, dans une situation normale provoquent des réponses adaptées.

## **2.3- Le modèle biologique :**

Ce modèle suppose que ce sont les perturbations hormonales qui sont à l'origine de l'état de stress post-traumatique. Tous les stimuli dangereux nécessitent une mobilisation intense du système végétatif pour fuir ou combattre un danger, et cette réponse est tout à fait normale. Seulement il a été observé qu'après l'installation de l'état de stress post-traumatique, les sujets présenteraient une augmentation de cette réaction pour un stimulus de danger réel ou supposé. (A. Sabouraud-Séguin. 2002. p 84)

Dans ces cas, G. Vila souligne qu'il existe un accroissement de la transmission noradrénergique ainsi qu'une perturbation dans les systèmes hormonaux. (1999. p 83).

De son côté J. Cottraux parle de vulnérabilité génétique et biologique car selon lui, « certains sujets ont des réponses du système cardiovasculaire exagérées dues à une hypersécrétion de la noradrénaline ». (1990. p192)

Cependant plusieurs critiques ont été faites à ce modèle, dans la mesure où il ne s'applique qu'au phénomène neurophysiologique de stress plutôt qu'au phénomène psychologique du trauma, sachant que ces réactions vont disparaître avec l'absence du stimulus.

#### **2.4- Le modèle cognitif :**

Ce modèle élaboré par de Barlow en 1988 démontre que lorsqu'un événement déstabilisant survient dans la vie d'un individu, ce dernier va présenter une réaction de stress. Il s'agit, selon lui, d'une véritable alarme. Cette réaction se traduit biologiquement par une augmentation du taux des hormones qui proviennent du système hypothalamo-hypophyso-surrénalien et d'une augmentation de sécrétion de la noradrénaline. De ce fait, soit le sujet restera sidéré sur place, soit il s'enfuira, soit il demandera du secours en urgence. Ces réactions de stress sont d'intensité suffisante pour déclencher de fausses alarmes, soit immédiates, soit différées. La moindre sensation physique sera interprétée comme l'annonce du retour de la crise. La vulnérabilité psychologique se développe et le sujet entre dans le cycle des alarmes apprises et pense que la crise initiale risque de survenir à tout moment et que si elle revient, il ne pourra pas la contrôler. Sa mémoire à long terme va stocker ce schéma de danger. Ce qui explique le maintien de l'angoisse et des anticipations de catastrophe personnelle. Des monologues intérieurs et des images mentales vont traduire ces attentes négatives. (Cité par Cottraux. 1990. p 50)

Selon Cottraux, ce schéma, qui a été décrit par Barlow, « va s'inscrire dans le système neuronal et créer un réseau qui relie le souvenir de l'événement, les significations qui lui ont été attribuées, les réponses physiologiques de l'émotion, les images mentales et le comportement qui en résulte » (1990. p194). De ce fait, nous pouvons dire que plus l'effet d'un traumatisme est important et prolongé, plus le réseau sera utilisé, plus il sera stable et sensible à toute perception qui paraîtra ou sera interprétée comme dangereuse. Ce que nous constatons aussi, c'est que ce modèle a intégré les différents points de vue des modèles comportementaux et biologiques pour expliquer le traumatisme.

## **2.5- L'approche phénoménologique :**

Pour les spécialistes contemporains en psychologie traumatique, le traumatisme psychique est considéré comme « un processus psychique d'effraction et de débordement du psychisme. Ce dernier a ses défenses rompues par les stimulations violentes et urgentes apportées par la situation d'agression où il se trouve incapable d'y faire face et de la maîtriser. ». (L. Moragues. 2001. p17).

L. Moragues ajoute que « cette effraction met le sujet face à l'image de la mort, l'irreprésentable de la mort, le réel de la mort de soi, la pulsion de mort ou encore à la jouissance absolue. ». Comme nous l'avons vu dans le premier chapitre sur la mort, l'être humain ne conçoit pas sa propre mort car il se croit immortel. Même la mort n'a pas de représentation dans son inconscient et de ce fait, se trouver face à elle va l'ébranler et mettre fin à cette illusion d'immortalité, mettant en cause, comme l'a souligné L. Bailly « les assises même du narcissisme, qui va se trouver à jamais modifié ». (1996. p 18). Selon L. Crocq (1997. p51), l'effondrement du narcissisme apparaît à travers celui du sentiment de toute puissance ainsi que de la sécurité que possède le moi. Sur ce point S. Lemitre ajoute que « l'événement traumatique va, non seulement attaquer l'idée d'immortalité et l'illusion d'invulnérabilité que chacun entretient en soi depuis les phases initiales du développement de la psyché mais aussi les règles et les lois qui, introjectées, ont servi à la construction de l'instance surmoïque » (2001. p7).

En effet, cet événement traumatique va contribuer à l'effondrement de la croyance que l'environnement physique est solide et protecteur ainsi que la conviction que l'humanité est bonne et que les gens ne sont pas tous si mauvais ni agressifs.

Donc nous pouvons dire que la situation traumatique va altérer non seulement la relation qu'a le sujet avec lui-même mais aussi celle de sa vie sociale ; d'où l'émergence des conduites délinquantes ou de retrait social et de repli relationnel.

Même si nous avons l'impression que les conceptions actuelles du traumatisme ne sont pas les mêmes que celles des anciens théoriciens tels S. Freud, Ferenczi...qui donnaient beaucoup plus d'importance à l'aspect économique du traumatisme ainsi qu'aux traumatismes d'origines sexuelles, en réalité elles ne sont pas contradictoires. Bien au contraire, elles se complètent en ajoutant des éléments qui nous paraissent assez

importants comme dans le cas des perturbations hormonales, des mauvais apprentissages et surtout celui de la confrontation avec le réel de la mort.

Malgré les différents points de vu sur la définition du concept de traumatisme, la plupart des auteurs sont d'accord sur le fait qu'il y a derrière chaque traumatisme un point de départ, un événement déclencheur. Mais quel est cet événement et qu'est ce qui le caractérise ? Telles sont les questions que nous allons développer dans l'étude suivante qui relate les différentes approches sur l'événement traumatique ainsi que ses caractéristiques.

### **3. L'événement traumatique :**

#### **3.1- Définition de l'événement traumatique :**

Comme nous l'avons constaté précédemment, le concept de "traumatisme" a toujours été lié à celui de "l'événement traumatique". C'est ce qui pousse certains auteurs à dire « que tout traumatisme a un point de départ visible appelé "un événement traumatique", sans quoi toute la symptomatologie et la problématique post-traumatique n'aura pas lieu d'être. » (H. Souki. 2002. p33).

Mais qu'est ce qu'un "événement" et dans quelle mesure peut-il devenir traumatique ?

Selon le Dictionnaire Larousse (2003), le mot "événement" vient du latin "Evenir" qui signifie "arriver", ce qui se produit, arrive ou apparaît. Or l'événement, selon H. Souki, peut être qualifié d'heureux, de malheureux, d'inattendu, d'exceptionnel ou de commun. (2002. p33). Donc, il ne concerne pas uniquement les situations négatives de la vie mais touche également aux événements heureux telles que les réussites, les naissances...etc.

Pour ce qui est de la définition de l'événement traumatique, le DSM IV souligne que dans ce cas précis, « le sujet a fait l'expérience d'un événement ou d'événements qui ont été accompagnés de la mort, d'un danger de mort ou de blessures graves ou encore d'une menace envers l'intégrité physique, pour lui-même ou d'autres personnes où le sujet ressent une peur intense, un sentiment de détresse ou d'horreur » (L. Crocq.

2000(b). p17). De cette donnée nous relevons que l'événement traumatique réside dans la confrontation d'un sujet avec sa propre mort ou celle d'une autre personne, ce qui engendre un fort sentiment de détresse.

Quant au Dictionnaire de la psychanalyse, il définit le traumatisme comme « un événement inassimilable pour le sujet, généralement de nature sexuelle et tel qu'il peut paraître constituer une condition déterminante de la névrose ». (R. Chemama, B. Vandermersch. 1998. p 446). Comme nous le voyons cette définition diffère de la précédente car ici, l'événement traumatique a été spécifié pour ne pas dire limité aux événements de nature sexuelle. De même qu'elle ne précise pas exactement le type de névrose que va engendrer le traumatisme. Ce qui fait dire à L. Crocq que l'événement traumatique « est un événement susceptible par sa soudaineté et sa violence, de donner lieu au phénomène de trauma dans le psychisme du sujet qui le subit. On admet qu'il s'agit d'un événement exceptionnel, sortant de la routine quotidienne et menace la vie du sujet ou son intégrité physique ou mentale. Il est vécu avec terreur et prend le sens d'une rencontre manquée avec la mort » (2003. [www.enm.justice.fr](http://www.enm.justice.fr)). Cette explication semble être la plus plausible pour décrire l'événement traumatique puisqu'elle nous permet d'identifier certaines caractéristiques de l'événement traumatique, comme sa violence par exemple.

Voyons à présent quelles sont ces caractéristiques liées à l'événement traumatique.

### **3.2- Les caractéristiques de l'événement traumatique :**

D'une manière générale, l'événement traumatique est décrit par la plupart des auteurs comme étant un événement soudain, violent, qui agresse ou menace l'intégrité physique et mentale de l'individu. Cet événement peut être vécu directement par le sujet comme dans le cas des accidents de la circulation, des catastrophes naturelles ou des agressions...etc. Ou bien indirectement lorsque la personne a été témoin d'un accident d'une guerre ou bien encore lorsqu'il s'agit de la découverte de cadavres. Sinon, il peut être un événement qui a été vécu par autrui et rapporté au sujet, comme c'est le cas des accidents ou de blessures graves vécues par un membre de la famille ou par un ami proche, ou bien encore la perte soudaine et brutale d'un être cher...etc.

L'événement traumatique peut être aussi un événement unique, soudain et brutal, qui menace le sujet qui ne s'y attendait pas comme dans le cas des agressions et des viols. Ou bien il peut être prolongé et répétitif tels que la torture, les guerres, les sévices...etc.

De l'avis des théoriciens, le trauma est un phénomène relatif, dans la mesure où il ne dépend pas uniquement de la nature ou de la brutalité de l'événement mais qu'il dépend aussi d'autres facteurs qui peuvent jouer un rôle important dans l'apparition du syndrome psychotraumatique. Parmi ces facteurs prédisposants, figure la présence d'une vulnérabilité génétique à l'apparition d'un état de stress post-traumatique. Outre ces facteurs génétiques, existent également les facteurs de vulnérabilité pré-morbides qui comprennent des antécédents personnels ou familiaux de troubles psychiatriques, des troubles de la personnalité ou bien des traits de personnalité préexistants, l'insuffisance du soutien par les pairs et du soutien social et enfin des antécédents de traumatisme. Sans oublier l'état psychique de la personne qui subit l'événement.

C'est ce qui explique qu'un même événement violent peut être traumatique pour une personne et non traumatique pour une autre. Ou bien il peut être traumatique pour une personne aujourd'hui alors qu'il ne l'a pas été hier. C'est ce que certains auteurs qualifient de phénomène de "résilience".

Ce terme de résilience a été emprunté à la physique, signifie d'après le Dictionnaire Larousse « la caractéristique mécanique définissant la résistance aux chocs d'un matériau ». (2003) En d'autres termes c'est la capacité du matériau à absorber les variations brutales du milieu sans se rompre ni être modifié radicalement. Son application en psychologie a conservé ce sens. En effet, selon les psychologues la résilience signifie, d'une manière générale "la capacité à rebondir" et à affronter les situations difficiles de la vie. D'après G. Lopez, « la résilience qui est le contraire de la "vulnérabilité", est un concept qui permet d'expliquer pourquoi certains individus soumis à des difficultés existentielles ou à des événements traumatogènes, ne présentent pas de troubles psychologiques » (2002, p16)

Pour S. Vanistendael il « est à la fois la résistance à la destruction et la capacité à se construire une vie riche en dépit des circonstances difficiles et d'un environnement défavorable, voir hostile. C'est la capacité d'une personne, qu'il soit un enfant, parent

ou même vieillard, ou d'un système social, famille, communauté, à se développer bien, malgré des conditions difficiles » (Cité par S. Tomkiewicz. 2001. p154).

Ce qui revient à dire que la résilience consiste en la possibilité du sujet à surmonter les conditions difficiles, à y faire face sans que cela ne détruise ou modifie son identité ou sa personnalité.

Pour ce qui est des facteurs qui entravent ou favorisent la résilience, S. Tomkiewicz les divise en trois catégories :

- Les facteurs innés qui comprennent l'évolution et le vécu intra utérins ainsi que les facteurs génétiques proprement dits. Mais jusqu'à présent les chercheurs ne connaissent pas leur véritable influence sur le processus de résilience.
- Les facteurs exogènes précédant le stress, comme par exemple l'ambiance familiale, la place dans la fratrie, les relations privilégiées avec une personne adulte intra ou extra familiale.
- Les facteurs venant de l'environnement après le traumatisme, tels que le niveau de destruction ou de cohésion de la famille, l'ambiance sociale... (2001. p161)

Pour les psychanalystes un des mécanismes psychiques qui détermine la résilience consiste en la 'mentalisation' ou comme l'appellent certains auteurs l'*insight*, qui veut dire la facilité, la faculté du sujet à penser, à imaginer ou à verbaliser spontanément, ou aidé par un thérapeute, ses problèmes et ses conflits intra psychiques. (S. Tomkiewicz. 2001. p167). Ce mécanisme permet la mise en langage des émotions ainsi que le dépassement des réactions somatiques et comportementales qui sont provoquées par le choc. Comme le souligne M. J- Smailovic « la mentalisation permet d'établir des liens entre les pensées et les affects, de donner un sens à ce qui se vit et de ce fait, elle favorise l'intégration de l'événement à l'histoire du sujet. ». (2003. p63). C'est ce qui permet d'éviter les troubles handicapants du traumatisme.

Pour toutes ces raisons, L. Crocq préfère faire la distinction entre, d'une part, l'agent ou l'événement "potentiellement traumatisant " qui va faire choc sur le psychisme. Et d'autre part, le phénomène du traumatisme psychique ou *trauma* qui est la transmission du choc extérieur au sein du psychisme ainsi que les troubles psychiques immédiats ou différés, transitoires ou chroniques résultant de ce phénomène et constituant le tableau clinique psychotraumatique. (2003. [www.enm.justice.fr](http://www.enm.justice.fr)). Mais pour bien comprendre l'étiologie de l'état de stress post-traumatique, il faut à la fois prendre en considération

l'importance relative de l'événement traumatique, les facteurs prédisposants et les facteurs environnementaux, peu de temps avant ou après le traumatisme. La plupart du temps, l'état de stress post-traumatique est le résultat de l'interaction entre ces trois groupes de facteurs.

De tout ce qui précède, nous pouvons dire que le traumatisme psychologique est un débordement des défenses du moi, la non réponse du moi et son blocage devant une situation particulière caractérisée, selon les spécialistes, comme étant une expérience effrayante, brutale, violente et soudaine qui va être à l'origine de l'apparition de multiples troubles psychiques que nous allons développer.

#### **4. Les conséquences du traumatisme :**

Après avoir défini les concepts de traumatisme et de l'événement traumatique, nous allons voir maintenant quelles sont leurs conséquences sur la vie de l'individu et plus précisément sur le comportement des victimes, tout en sachant que la plupart des auteurs, qu'ils soient contemporains ou classiques, sont d'accord sur le fait que ces événements ne passent pas sans laisser de séquelles, minimales ou graves sur les individus qui les ont subis.

La première remarque qui a été faite à ce sujet, c'est que les conséquences d'un événement traumatisant, qu'il soit consécutif à un accident, à une catastrophe ou à une agression...ne sont pas uniquement d'ordre physique, c'est-à-dire que l'événement n'engendre pas uniquement des blessures corporelles mais il occasionne également des blessures invisibles, des troubles psychiques qui peuvent être très importants, que ce soit chez les blessés en personne, chez les rescapés physiquement indemnes ou bien aussi chez les témoins de l'événement ou les sauveteurs.

##### **4.1- La classification des troubles liés au psychotraumatisme :**

Le psychiatre L. Crocq a classé ces séquelles en trois types de troubles, selon l'ordre chronologique de leur apparition où nous retrouvons dans un premier temps les troubles dits "immédiats", suivis des troubles "post-immédiats" appelés également les troubles "différés" et enfin "les troubles chroniques".

#### **4.1.1- Les troubles immédiats : les réactions de stress**

Concernant la phase immédiate, elles relèvent de la réaction de stress qui est immédiate et éphémère ne dure en général pas plus de quelques minutes ou d'une dizaine de minutes, à moins que la situation menaçante ne perdure ou se renouvelle. Ainsi, à chaque fois que le sujet est confronté à une situation menaçante ou dangereuse, il aura automatiquement des réactions de stress qui disparaîtront avec la disparition de l'événement déclencheur. Pour rappel, le stress est défini comme étant « une réaction biologique, physiologique et psychologique quasi réflexe, qu'a un sujet face à une situation menaçante et agressive, le mettant en état de se défendre. Elle est secondaire à une décharge d'adrénaline qui induit sur le plan physiologique à une accélération cardiaque, une tension musculaire, une fuite de la masse sanguine de la périphérie vers les organes nobles. Et sur le plan psychologique, elle engendrera une augmentation de l'attention, de la concentration et des perceptions aiguës, ...etc. » (H. Souki. 2002. p35)

En résumé, la réaction de stress est un moyen biophysique inévitable de protection, qui mobilise toutes les défenses du corps humain, tous ses sens et ses capacités pour faire face à un danger. De même qu'il permet à l'individu de focaliser son attention sur la situation afin de mieux évaluer le danger et s'en défendre.

##### **a. Le stress adapté :**

Cette réaction normale ne concerne pas uniquement les situations agressives et menaçantes mais comme le démontre H. Selye « elle s'étend aux réponses de l'individu et à toute modification significative de l'environnement : il y a des « di-stress », en réponse à des agressions, des nuisances ou des altérations progressives de l'environnement, comme il existe des « eu-stress », en réponse à des nouvelles heureuses ou à des modifications bénéfiques des conditions d'existence telles que les mariages, les héritages...etc. » ( Cité par L. Crocq. 2000(b). p28).

Nous voyons donc que les réactions de stress peuvent s'exprimer d'une manière différente selon les individus où les uns vont réagir de façon adaptée et où toute leur attention est focalisée sur l'événement pour tenter d'y faire face, ou bien en aidant les autres par exemple.

***b. Le stress dépassé :***

Quant aux autres, ils vont rester sans réactions, inertes, sidérés, ou bien au contraire, ils vont s'agiter, s'affoler...etc. C'est ce que L. Crocq appelle les réactions de "stress dépassé". Ce type de manifestation apparaît surtout chez les sujets vulnérables ou lors de situations trop violentes ou prolongées et comportent quatre types de réactions :

- La réaction de sidération qui peut paraître à travers la stupéfaction intellectuelle, la stupeur affective et l'inhibition motrice qui laissent le sujet immobile devant le danger, dans un état second, incapable d'évaluer ou de raisonner.

- La réaction d'agitation qui se traduit par la gesticulation désordonnée, l'incohérence motrice et verbale, qui ne permet pas au sujet de se soustraire à la situation dangereuse.

- La fuite panique qui est une impulsive, sauvage, dans le sens où il y a une lutte implacable contre tout ce qui lui fait obstacle. De même qu'elle est inconsidérée puisqu'elle ne soustrait pas le sujet au danger mais qu'elle peut l'y précipiter.

- Enfin, la réaction d'automatisme qui est assez fréquente et fait penser à des comportements adaptatifs. Souvent ces réactions n'ont pas de buts précis mais elles ont une valeur occupationnelle dérivatrice de l'angoisse, d'après L. Crocq (L. Crocq. 1994. p16).

Cependant, après quelques minutes ou quelques heures, le sujet se "réveille" en se demandant pour quelle raison il vient d'agir ainsi et comment il est arrivé dans cet endroit.

Ces réactions comme nous l'avons vu, sont assez souvent inadéquates et peuvent même être dangereuses pour le sujet. Beaucoup d'auteurs les considèrent comme un mauvais pronostic, dans le sens où ils ont observé que les sujets qui ont réagi par un stress dépassé, sont plus aptes à avoir un syndrome psychotraumatique contrairement à ceux qui ont des réactions de stress adapté.

On peut observer aussi chez des sujets antérieurement pathologiques des réactions névropathiques hystériques telles qu'une fausse mutité, une fausse paralysie... ainsi que des réactions psychotiques de type confusionnel, délirant ou maniaco-dépressif.

Dans tous les cas, les réactions de stress induisent des symptômes gênants que ce soit sur le plan physiologique exemple la pâleur, sueur, vertige, tachycardie, évanouissement...etc. Ou bien sur le plan moteur tels les automatismes des gestes, les

tremblements, un bégaiement...etc. Ou bien enfin, nous retrouvons sur le plan psychique, de la surprise, de la peur, une impression d'irréalité...etc. Tous ces symptômes sont consécutifs à l'augmentation de la sécrétion de l'adrénaline, mais ils vont évoluer vers la résolution spontanée, laissant place à une sensation de soulagement mêlée à l'épuisement.

#### **4.1.2- La phase post-immédiate :**

Celle-ci survient quelques heures après l'événement traumatisant et peut s'étendre de quelques heures à plusieurs années. Cette phase correspond à la période de latence appelée par Charcot le temps de "médiation", de "contemplation" ou de "ruminantion". Elle peut être totalement muette, sans aucun symptôme psychique faisant penser à une bonne évolution, mais où nous pouvons observer des décharges émotives chez certains sujets qui ont eu auparavant une réaction de stress apparemment adaptative. Une fois tout danger écarté, cette décharge émotionnelle va libérer le trop plein de tension accumulée à travers une crise de larmes, une crise d'agitation motrice...etc. qui va soulager la personne sans qu'il y ait de séquelles. C'est ce que L. Crocq appelle la "réaction différée". Ou au contraire, elle peut être marquée par l'apparition de symptômes plus inquiétants qui augurent de l'installation d'une névrose traumatique ou d'un syndrome psycho traumatique. d'après cet auteur, cette phase de latence traduit le « délai requis par le psychisme pour mettre en place de nouvelles défenses et traduit parfois aussi un moratoire, c'est-à-dire que tant que le sujet se sent menacé ou est materné, il diffère la mise en place de ses défenses. » (1994. p13)

De ce fait, cette phase correspond au temps nécessaire pour le moi pour réorganiser ses défenses et de les remettre en place afin de pouvoir, d'un point de vue économique, maîtriser le surplus d'excitations qui a envahi le psychisme.

#### **4.1.3- La phase chronique :**

Après la résolution des réactions de stress, l'évolution du traumatisme peut prendre différents chemins : Soit la personne va reprendre le court normal de sa vie après un temps qui variera selon les sujets et sans qu'il n'y ait aucun symptôme. Soit nous

observerons l'apparition de troubles psychiques post-traumatiques quelques jours ou quelques mois après la phase post-immédiate.

Sur ce point et si nous nous référons à la théorie freudienne du trauma, nous serons que celui-ci va, soit révéler la structure antérieure de la personne et être à l'origine de l'apparition des névroses. Soit qu'il est à l'origine d'une névrose traumatique appelée aussi la 'névrose de guerre' qui est déterminée par une étiologie extra psychique, venant du dehors.

Dans le premier cas, Freud a essayé d'expliquer l'apparition de l'hystérie. Pour lui : « le trauma psychique concerne tous les incidents qui ont déclenché l'affect originel et dont la charge en excitation s'est ensuite convertie en phénomène somatique et nous donnons le nom de symptômes hystériques d'origine traumatique aux manifestations pathologiques ainsi réalisées » (1981.p167).

Dans un premier temps, Freud croyait que les sujets avaient subi un traumatisme qui a été refoulé dans leur enfance et que ce n'est qu'à l'occasion d'un autre trauma, 'actuel', que le premier va se réactiver et son sens va se révéler. Il souligne à ce propos que « le sujet a dû subir un trauma dans l'enfance, une séduction sexuelle par exemple, qui a laissé sa trace dans la mémoire de l'enfant mais qu'il n'a pas pris tout de suite sa pleine signification traumatique. Ce n'est qu'après coup et en général sous l'effet de la poussée pulsionnelle de la puberté que cette valeur se révèle et que le souvenir du traumatisme devient lui-même traumatique ». (Cité par Ph. Mazet et D. Houzel. 1996. p307).

Mais S. Freud s'aperçoit par la suite, qu'il y a une différence entre la névrose traumatique et les autres névroses de transfert. Il écrit dans son article « Au-delà du principe de plaisir » que « le tableau clinique de la névrose traumatique se rapproche de celui de l'hystérie par sa richesse en symptômes moteurs similaires ; mais en règle générale, il le dépasse par ses signes très prononcés de souffrance subjective, évoquant par là l'hypocondrie ou la mélancolie et par les marques d'un affaiblissement et d'une perturbation bien généralisés des fonctions psychiques ». Il ajoute plus loin « ce qui semble peser lourd dans son déterminisme (de la névrose traumatique) c'est le facteur de surprise, l'*effroi* » (1981. p 49-50).

Ce qui revient à dire que ce qui caractérise la névrose traumatique des autres névroses selon S. Freud, c'est la présence de l'effroi qui est un sentiment différent de la peur et de l'angoisse.

Afin de connaître la différence entre ces trois termes, nous allons rapporter les définitions données par ce psychanalyste pour qui le terme d'angoisse désigne « un état caractérisé par l'attente du danger et la préparation à celui-ci, même s'il est inconnu ; le terme de peur suppose un objet défini dont on a peur ; quant au terme d'effroi, il désigne l'état qui survient quand on tombe dans une situation dangereuse sans y être préparé, il met l'accent sur le facteur surprise ». (S. Freud. 1981. p 49).

C'est donc la soudaineté de l'événement et la non préparation de l'individu pour faire face au danger qui le menace qui est à l'origine de cette névrose. Par contre l'angoisse n'engendre pas cette pathologie car elle met le sujet en état d'alerte, prépare ses défenses. Comme nous l'avons vu plus haut, elle se caractérise par l'attente du danger ; or qui dit attente dit préparation, chose que nous ne retrouvons pas dans la situation de l'effroi dont T. Reik écrit que « le sujet est saisi par l'effroi lorsque son pressentiment qui avait été refoulé, semble se matérialiser ; l'effroi est donc la réaction affective à ce qui fait irruption » (Cité par F. Delbary. 1996. p294)

D'après T. Reik, lors de la situation traumatique, tout se passe comme si quelque chose que nous redoutions autrefois et que nous avons banni de nos pensées, se matérialisait soudain, de façon inattendue ; une réalité lourde d'angoisse enfouie dans l'inconscient prend brusquement un caractère actuel, par un processus comparable à la levée soudaine d'une résistance, due au refoulement. Ce retour est lié à un événement extérieur qui apparaît comme une confirmation inconsciente du bien-fondé de cette angoisse ancienne. Reik considère que l'effroi est une réponse due à l'irruption et au retour, dans l'inconscient, d'un pressentiment refoulé, chargé d'angoisse. Il ajoute : « il y a attente d'un désastre imminent ».

Dans le même sens, l'auteur lie ce désastre à la peur de la punition, car dit-il: « nous nous croyons maîtres de notre volonté, mais nous nous sentons à l'improviste totalement impuissants, à la merci d'une force inconnue dont l'origine nous échappe. Au moment du choc, le moi, pourtant bien assis sur ses bases, s'est brusquement représenté le pouvoir menaçant du destin comme un substitut parental : il a été écrasé

par le surmoi, reprojété dans le monde extérieur. L'adulte réagit alors comme un enfant surpris et intimidé, conscient de sa faute, s'attend à voir apparaître à tout instant, son père dont il redoute la sévérité. Inconsciemment, on croit que c'est un châtement. » (Cité par Delbary. F. 1996. p 292-294)

Cette situation décrite par T. Reik nous fait penser à la description de l'angoisse de castration citée par S. Freud. Donc selon Reik, le traumatisme venu de l'extérieur va réveiller chez l'individu une ancienne peur, celle du châtement parental qui a été refoulé depuis l'enfance et qui est à l'origine de l'effroi.

L'auteur nous a permis de connaître l'origine de l'effroi, qui est considéré par beaucoup d'auteurs comme la caractéristique essentielle de l'apparition de la névrose traumatique.

Pour revenir aux conséquences du traumatisme, O. Fenichel distingue trois cas de figure selon lesquels va évoluer l'état du sujet : « soit il est sain et reposé, et son pare-excitation sera capable de faire face à l'afflux d'excitations. Ou bien il est sain mais conjoncturellement épuisé, et son "pare-excitation" ne pouvant repousser ni filtrer les agressions, il fera une névrose traumatique pure ; Sinon enfin, il s'agit d'un sujet déjà névrosé et dont toute l'énergie sera toujours accaparée par la tâche de maintenir ses refoulements névrotiques, et là, il développera une névrose traumatique "colorée" ou "compliquée" par les symptômes de la névrose antérieure.» (Cité par L. Crocq. 2000 (a). p 223).

De ce fait, nous pouvons expliquer pourquoi certains sujets victimes de la même situation traumatisante vont réagir et évoluer de manières différentes. Il y aura ceux qui s'en sortent indemnes, sans aucune séquelle car ils sont sains et reposés. D'autres au contraire vont souffrir d'une névrose traumatique parce qu'ils souffraient avant même l'événement traumatique, de troubles névrotiques et de ce fait, leur moi n'est pas apte à faire face à cette surcharge d'excitations.

#### **4.2- Description clinique du syndrome psychotraumatique :**

Avant d'aborder les différents symptômes qui composent le syndrome psychotraumatique, nous allons voir tout d'abord quelle est la différence entre la "névrose traumatique" et "l'état de stress post-traumatique" (ESPT).

A ce sujet, L. Crocq écrit que la “névrose traumatique” de la nosographie classique européenne, coïncide avec “l’état de stress post-traumatique” et que les critères de la névrose traumatique sont d’ailleurs compatibles à ceux du DSM, quoique répartis en groupements plus pertinents qui rendent compte de l’organisation et de la structure de l’affection. » (2000 (b). p13)

Par conséquent, les deux notions ont la même signification puisque l’ESPT correspond à l’ancien terme de névrose traumatique. Le premier est utilisé par l’école américaine et le second par l’école francophone. Leur différence réside uniquement dans l’ordre de la classification des symptômes. L. Crocq et L. Bailly quant à eux, préfèrent utiliser le concept de “syndrome psychotraumatique” car ils trouvent que l’appellation “ d’état de stress post-traumatique” ne correspond pas à la pathologie observée après un traumatisme psychologique. Cet avis est partagé par de nombreux cliniciens en Europe. Selon Crocq « le stress ne s’applique qu’aux réactions immédiates et éphémères qui disparaîtront automatiquement avec la disparition de la situation dangereuse. Tout ce que l’on observe ensuite, n’est plus du stress » (2000 (b). p26).

#### **4.2.1- La névrose traumatique :**

Sur le plan clinique, l’installation de la névrose traumatique ou du syndrome psycho traumatique se traduit par deux ordres de manifestations : d’une part, des symptômes de répétition et des symptômes non spécifiques tels que l’anxiété, les symptômes phobiques, l’inhibition... Et d’autre part, une altération de la personnalité qui s’avère gênante et invalidante pour le sujet, comme par exemple des attitudes, une manière d’être et des comportements de type craintifs, égocentriques et régressifs. (Crocq L. 1998. p57)

Seulement il faut savoir que la personnalité du traumatisé n’est pas une personnalité constitutionnelle comme la personnalité anxieuse, ni celle constituée depuis l’enfance comme le sont les personnalités hystériques, phobiques et obsessionnelles puisqu’elle est récemment acquise et est consécutive à l’événement traumatique, même s’il est difficile quelquefois d’établir le lien entre ses symptômes et cet événement et même si elle regroupe les mêmes symptômes des autres névroses.

L'apparition de ses troubles peut être consécutive à un petit stimulus tel qu'un bruit, une odeur, un son, une image...etc.

#### **4.2.1.1- Le syndrome de répétition :**

Ce qui fait l'unanimité des auteurs, c'est que la caractéristique principale de la névrose traumatique ou du ESPT est l'apparition du "syndrome de répétition" que L. Crocq définit comme étant « un ensemble de manifestations de reviviscence par lesquelles le patient revit avec angoisse l'expérience traumatique initiale. Ces reviviscences se produisent à un rythme variable, soit spontanément, soit en réponse à un stimulus provocateur.» (2000 (b). p13). C'est ce syndrome qui nous permet de faire la différence entre la névrose traumatique et les autres types de névroses.

Du point de vue psychanalytique, O. Fenichel considère que ces manifestations de répétitions sont des "essais de décharges différées", c'est-à-dire qu'ils ont un rôle actif de tentative de guérison où il s'agit d'effectuer, trop tard, le geste qui eût été efficace s'il avait été accompli au moment du trauma. (Cité par Crocq. 1992. p24)

Dans ce cas, la victime revit le traumatisme à travers les souvenirs répétitifs et envahissants, les pensées obsédantes, les hallucinations et surtout à travers les cauchemars de répétition. La reviviscence peut être diurne, c'est-à-dire que le sujet va revivre l'événement pendant qu'il est éveillé, ou/et elle peut être nocturne et se matérialiser à travers les cauchemars relatifs à l'agression, ou les réveils nocturnes brutaux.

De ce fait, le sujet va revivre mentalement et d'une manière involontaire la scène traumatique comme au premier jour, avec tous les affects, les sensations, et tout ce qui a été vu ou entendu, comme si c'était réel. Ce syndrome peut être accompagné de symptômes psychiques divers telles que les réactions de stress, l'agitation, les conduites d'évitement....Il va être un moyen d'abrégier le trauma pour soulager le sujet.

#### **4.2.1.2- Les symptômes non spécifiques :**

Outre le syndrome de répétition, nous retrouvons aussi des symptômes non spécifiques que nous observons dans d'autres affections mentales tels que l'asthénie physique, psychique et sexuelle, l'anxiété, les symptômes de types névrotiques : hystérique (exemple des conversions), phobiques et obsessionnels. Ces symptômes sont généralement liés aux tendances de la personnalité antérieure du patient.

Nous retrouvons également les troubles psychosomatiques tels que l'asthme, l'hypertension, l'ulcère..., chez les sujets qui n'arrivent pas à s'exprimer, ni par le discours ni par la production fantasmatique. Sans oublier la présence de troubles de conduite, exemple des fugues, des tentatives de suicide, des conduites agressives... (L. Crocq. 1997. p52)

Nous pouvons dire en résumé que le symptôme typique du syndrome psychotraumatique est la reviviscence. Mais nous pouvons observer aussi des symptômes qui appartiennent à d'autres pathologies ou entités. C'est ce qui rend, dans certains cas, le diagnostic du syndrome psychotraumatique difficile à établir.

#### **4.2.1.3- L'altération de la personnalité :**

Même en l'absence de prise en charge, le syndrome de répétition diminue en intensité et en fréquence sans pour autant disparaître totalement, laissant place à un autre type de manifestation appelé "l'altération de la personnalité".

Ces modifications de la personnalité ont été identifiées pour la première fois par O. Fenichel en 1945 chez des sujets atteints de névrose traumatique qui présentaient un triple blocage de la personnalité : un blocage des fonctions de filtration qui se manifeste par l'incapacité du sujet à différencier les stimuli anodins des stimuli dangereux. Ce qui provoque l'adoption d'un état d'alerte permanent avec tous les troubles qui peuvent l'accompagner, exemple des troubles du sommeil et des conduites d'évitement. Puis nous retrouvons le blocage des fonctions de présence qui se traduit par la perte d'intérêt pour les activités antérieurement motivantes, par une impression de distance, de déréalisation du monde et par une impression d'avenir bouché. Enfin, nous avons le blocage des fonctions libidinales qui fait qu'après le traumatisme, le sujet se sent dans

l'incapacité de renouer des relations avec autrui et de les aimer car il s'est senti abandonné par les autres lors du traumatisme. Mais en même temps il exige leur amour et leur soutien. Ce blocage des relations affectives avec autrui est à l'origine du repli sur soi et de l'irritabilité caractérielle. (L. Crocq. 2000 (b). p23)

La névrose traumatique implique donc une nouvelle restructuration de la personnalité qui, après l'impact du trauma, a adopté un nouveau rapport à l'environnement, une nouvelle manière de penser, de percevoir, de ressentir et un nouveau mode de défense à savoir la répétition, donnant lieu à l'éclosion et à la perpétuation des symptômes. Cette altération apparaît à travers l'état d'alerte et de résistance à l'endormissement, un désintérêt pour les activités antérieures, la perte d'initiative... (L. Crocq. 2000 (b). p14)

De ce fait, nous pouvons dire que ces troubles nous renseignent sur le véritable état de détresse psychologique engendré par le traumatisme et qui surviennent généralement en l'absence de prise en charge psychologique précoce.

Afin de mieux discerner les conséquences du traumatisme, nous allons aborder maintenant leur classification d'après le Manuel du Diagnostic des troubles mentaux afin de voir s'il y a une différence avec celle proposée par l'école francophone.

#### **4.2.2- La classification du DSM IV :**

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM-IV, il nous propose trois types de conséquences : l'état de stress aigu, l'état de stress différé et l'état de stress post-traumatique. Si les perturbations liées à l'événement traumatique durent moins d'un mois, nous pouvons établir le diagnostic de l'état de stress aigu, qui correspond à la phase immédiate proposée par L. Crocq. Et lorsque ces perturbations durent plus d'un mois, nous nous retrouvons dans l'état de stress différé qui correspond à la phase post-immédiate. En ce qui concerne l'état de stress post-traumatique le DSM IV (F. Plantaire. 2003. [www.spp.asso.fr](http://www.spp.asso.fr)) propose six critères qui permettent de poser son diagnostic et qui sont les suivants :

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

- A.1. Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien être menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée;
- A.2. La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.
- B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :
  - B.1. Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions;
  - B.2. Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse;
  - B.3. Impressions ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication);
  - B.4. Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause;
  - B.5. Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause.
- C. Évitement persistant des stimulus associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :
  - C.1. Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme;
  - C.2. Efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme;
  - C.3. Incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme;
  - C.4. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités;
  - C.5. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres;

- C.6. Restriction des affects (p.ex., incapacité à éprouver des sentiments tendres);
  - C.7. Sentiment d'avenir « bouché » (p. ex., pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie).
- D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :
- D.1. Difficultés à s'endormir ou sommeil interrompu;
  - D.2. Irritabilité ou accès de colère;
  - D.3. Difficultés de concentration;
  - D.4. Hyper vigilance;
  - D.5. Réaction de sursaut exagérée.
- E. La perturbation dure plus d'un mois (symptômes des critères B, C et D).
- F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

En résumé, le premier critère (A) est relatif à l'événement traumatisant, le second (B) est relatif au syndrome de reviviscence, le troisième critère (C) concerne les modifications de la personnalité. Quant au quatrième critère (D) il concerne les symptômes neurovégétatifs qu'occasionne le trauma. Le cinquième critère (E) assigne l'exigence de la durée du syndrome. Enfin le sixième critère concerne l'intensité de la souffrance liée à l'événement et sa répercussion sur la vie sociale de l'individu.

De tout ce qui précède, nous constatons qu'il n'y pas une grande différence entre la classification donnée par l'école française et celle de l'école américaine. Cette dernière n'a fait que limiter le temps des symptômes relatifs au syndrome psychotraumatique. Mais en plus des critiques concernant l'appellation "d'état de stress post-traumatique", une autre vient s'ajouter pour démontrer que le DSM n'a pas pris en considération le temps de latence, puisqu'il a fixé le délai d'apparition de l'état de stress post-traumatique à six mois, alors que les spécialistes contemporains affirment que l'expérience clinique a démontré que ce temps de latence varie selon les cas et les circonstances et qu'il peut se réduire à quelques jours, voir quelques heures, ou s'étendre sur des mois et des années. D'où l'erreur de limiter dans le temps l'apparition du ESPT.

A partir de ces données qui touchent particulièrement aux adultes, nous nous sommes interrogés sur le sort des enfants qui sont également très souvent confrontés à des événements graves de la vie pour connaître leur incidence sur leur santé physique et mentale dans la mesure où ils sont encore en cours de développement et peuvent avoir des réactions différentes de celles des adultes.

### **5. Le psychotraumatisme chez l'enfant :**

Pour ce qui est de l'enfant, les auteurs s'accordent à dire que la symptomatologie du psychotraumatisme est proche de celle de l'adulte, mais qu'elle comporte certaines particularités liées à son développement.

Selon l'étude de L. Terr, rapportée par L. Bailly, « les symptômes les plus fréquemment présents chez les jeunes enfants de moins de 3 ans, sont tout d'abord organiques tels que les troubles du sommeil, l'anorexie, les vomissements, les lésions dermatologiques..., mais on ne retrouve aucune pathologie susceptible de les expliquer. Pour ce qui est des enfants de plus de 3 ans et des adolescents, on retrouve en premier plan, les troubles du comportement tels que les peurs, les phobies et les troubles du sommeil. Puis viennent les troubles anxieux et dépressifs, les troubles du langage comme le bégaiement et les tics, l'irritabilité, l'hypervigilance, les douleurs abdominales...etc. Enfin les comportements de types régressifs qui consistent généralement en l'énurésie ou l'encoprésie secondaire, le "parler bébé"...etc. » (L. Bailly. 1996. p38).

Nous pouvons dire que grâce à leurs corps et plus exactement à travers ces symptômes psychosomatiques, les jeunes enfants expriment leur mal-être et leur douleur dans la mesure où ils n'arrivent pas à extérioriser leur vécu par le biais de la parole.

D'après L. Terr il existe quatre principales différences entre les symptômes de l'adulte et ceux de l'enfant :

1. L'absence d'amnésie de l'événement qui est due, selon l'auteur, au fait que l'enfant ne dénie pas l'événement. Cet avis est partagé par R. Pynoos qui affirme que « les enfants ayant été témoins d'actes de violence ne développent pas d'amnésie post-traumatique et ne dénie pas avoir vécu l'événement ». (Cité par L. Bailly. 1996. p38).

En effet, l'enfant a tendance à présenter des récits clairs et précis sur l'événement traumatique. Par contre, la chronologie des faits est présentée dans le désordre. Il y a une distorsion des cognitions et des perceptions. Il est constaté également, que leur interprétation du déroulement des faits est assez souvent étonnée. Selon L. Terr, « ces reconstructions et ces réinterprétations des souvenirs sont des tentatives faites pour maîtriser rétrospectivement une situation inattendue et inhumaine qui a brutalement dépassée toutes ses capacités d'élaboration psychique ». (Cité par G. Vila. 1999. p40).

De ce fait, nous pouvons dire que l'enfant utilise ce moyen pour essayer de donner un sens ou un motif à l'événement traumatisant.

2. La deuxième différence consiste en l'absence d'inhibition de la pensée et de repli sur soi. Mais cela n'empêche pas la présence de nouvelles attitudes à l'égard d'autrui et de la vie, avec une perte de confiance et la crainte de survenue d'un autre traumatisme, ainsi que la présence de l'angoisse de séparation qui est un trouble très spécifique de l'enfance.

3. Le traumatisme a peu d'impact sur les performances scolaires et les apprentissages. A ce sujet, les observations ont montré que les performances scolaires des enfants redeviennent le plus souvent normales, quelques mois seulement après le traumatisme, à la différence des adultes.

4. enfin, les rêves récurrents de reviviscence traumatique que nous retrouvons chez les adultes, sont moins fréquents chez les enfants qui présenteraient plutôt des cauchemars sans contenu reconnaissable, surtout chez ceux âgés de moins de 5 ans. Aussi, les souvenirs du traumatisme se traduisent chez l'enfant par des jeux indéfiniment répétés, exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme. Ou bien par des comportements stéréotypés de remise en acte, sans conscience de revivre le passé. D'après G. Vila, lors de ces jeux, la dimension de plaisir est absente, à la différence du jeu proprement dit. (1999. p40).

Sauf dans le cas des traumatismes prolongés ou répétés où ces comportements vont être plus marqués et où nous retrouvons un déni massif du trauma, un repli sur soi, l'amnésie de pans entiers de souvenirs de l'enfance qui se manifestent assez souvent, dès l'adolescence.

En résumé, nous pouvons dire que les symptômes qui caractérisent les séquelles psychotraumatiques de l'enfant consistent dans le syndrome de répétition qui est marqué par les jeux répétitifs et les cauchemars, les distorsions cognitives qui concernent la chronologie de l'événement et les contrastes des récits des faits. Sans oublier les troubles du comportement, les troubles régressifs...etc.

De ce fait, nous pouvons conclure que le traumatisme n'épargne pas non plus les enfants, contrairement à ce que pense une bonne majorité de personnes, et que s'ils ne sont pas pris en charge à temps par des spécialistes, ils garderont toute leur vie les séquelles de ce qui vient de leur arriver.

Voyons à présent quels sont les différents types de prise en charge proposés pour venir en aide aux sujets qui ont été victimes d'un traumatisme.

## **6. La prise en charge du psychotraumatisme :**

Après avoir eu un petit aperçu sur les conséquences de l'événement traumatique, nous allons discuter maintenant des différentes méthodes utilisées pour prévenir l'apparition du syndrome psychotraumatique et de ses complications et ce, afin de remédier aux souffrances psychiques des victimes. Actuellement, il est organisé trois types de soins psychologiques pour aider les personnes ayant subi un traumatisme :

### **6.1- Les soins immédiats :**

Les soins immédiats ou ce que les spécialistes appellent le "débriefing précoce" ou bien "le defusing" ou ce que M. Vitry traduit par "le déchoquage psychologique", se pratique sur le terrain même de l'événement pendant les premières heures. Ces actes sont assurés par des infirmiers, des psychologues et des psychiatres. (2000. p322)

Ce traitement d'urgence consiste à donner des calmants pour réduire les symptômes aigus d'anxiété, de prostration ou d'agitation et semble centré, selon L. Crocq, sur un dialogue dans lequel le thérapeute dispense des paroles rassurantes et apaisantes. C'est un espace temps qui privilégie l'écoute et la parole pour sortir du cauchemar et de renouer avec un monde humain par l'établissement d'une relation avec les soignants qui peuvent inaugurer d'autres soins. Le defusing permet également le tri et le repérage des patients qui pourront rentrer chez eux après une brève surveillance au poste et ceux dont

les troubles nécessitent la poursuite des soins et une surveillance prolongée. (L. Crocq, 1994, p62).

## **6.2- Les soins post-immédiats :**

Ces soins se pratiquent entre 24 et 72 heures après l'événement traumatique dans un lieu stable et neutre. Ils sont assurés par des professionnels de la santé mentale et ont comme premier objectif de réduire les symptômes de "queue de stress", par une prescription de médicaments anxiolytiques ou hypnogènes et d'aider le patient à faire le point de l'événement.

Ce dernier objectif est important car il est primordial que le patient puisse élaborer lui-même un sens au drame intérieur. Et afin de réaliser ces objectifs, les professionnels utilisent cette technique appelée "le débriefing psychologique".

Ce terme est apparu pour la première fois lors de la deuxième guerre mondiale dans l'armée américaine et c'est le Général Marshall, en 1944, qui a présenté ce processus dans « Historical group débriefing ». Ce n'est qu'au cours des années 60 qu'il s'est étendu au monde civil pour toucher les victimes des catastrophes naturelles.

Le débriefing est une technique abréactive et bien codifiée. Elle est considérée comme une technique préventive plutôt qu'une thérapie psychologique. L'auxiliaire paramédical J. T. Mitchell est le premier en 1983 à avoir formulé la structure et les procédures à suivre dans des réunions de groupe, destinées aux victimes civiles qui ont été sensibilisées lors d'un defusing, aux professionnels dans l'exercice de leur fonction tels que les sapeurs pompiers, le personnel soignant et les sauveteurs après une mission...etc.

Cette technique peut être individuelle ou collective et a comme but principal le déchoquage des victimes dont le niveau de stress est élevé et ce, afin de les replacer dans un espace et un temps normal et éviter ainsi l'accumulation des tensions et la chronicisation des réactions, surtout chez les professionnels.

Il permet aussi d'étudier les comportements et les éprouvés pendant et après le stress et ce, afin que les victimes prennent conscience de la pleine normalité des affects et des comportements de stress tels les crises de larme, le désespoir, la déception....etc, et pour

repérer à temps les situations qui nécessitent un soutien thérapeutique afin de prévenir l'apparition et les complications du syndrome psychotraumatique.

De ce fait, le débriefing va favoriser le processus d'intégration du traumatisme et le retour à une qualité de vie acceptable.

Pour ce qui est des types de débriefing psychologique nous citerons :

### **6.2.1- Le débriefing individuel :**

Cette technique a été développée par Turnbull en 1995 et se démarque d'une première rencontre ordinaire lors des prises en charge psychologiques, par quelques règles simples telles que la durée de l'entretien qui peut être très longue, car lors de cette séance le sujet doit prendre le temps nécessaire pour parler de l'événement traumatique qui va être et doit être au centre de l'entretien. Il doit être revu minutieusement, au niveau des faits, des émotions, des pensées...etc. Cette investigation concerne également les préoccupations du sujet au moment où le trauma l'a surpris, à savoir les heures et les jours qui ont suivi l'événement, tant dans leurs aspects factuels que fantasmatiques pour arriver à la restitution complète de l'expérience qu'il a traversée.

Les entretiens suivants perdent rapidement l'aspect débriefing pour adopter le style habituel d'une consultation

Le débriefing individuel est indiqué juste après l'événement traumatique ou bien au moment où apparaît le syndrome de répétition, ou encore dans le cas où la névrose traumatique prend tout d'un coup un cours dramatique, après quelques années d'évolution. (F. Lebigot. 1998. p340)

### **6.2.2- Le débriefing collectif :**

Il est destiné à un groupe de personnes ayant vécu la même situation traumatique et dans ce cas, le nombre des participants ne doit pas être inférieur à huit (8) ni dépasser douze (12) personnes.

Sa durée est située entre 1h30 et 3 heures, mais elle ne doit pas être déterminée au début de la réunion afin de ne pas bloquer le groupe. C'est ce dernier lui-même qui doit décider de sa fin.

Cette technique obéit à des règles strictes qui se résument dans le fait :

- D'être formé pour pouvoir l'appliquer.
- D'être mandaté par la hiérarchie
- D'avoir le maximum de renseignements sur l'événement traumatique ainsi que sur les personnes touchées.

Mais il est déconseillé de l'appliquer aux blessés physiques et ceux qui sont atteints de troubles psychiatriques.

D'après M. Vitry, le déroulement du débriefing psychologique comporte, en plus de la phase d'introduction et de conclusion, trois autres phases essentielles qui consistent en la situation critique du passé, du présent et de l'avenir envisagé. (2000. p324)

- **L'introduction :**

Avant même de débiter la séance de débriefing, les intervenants doivent présenter brièvement les objectifs de cette technique et se présenter eux-mêmes et préciser leur fonction qui regroupe un meneur ou leader et un "co-leader" qui doit être plus à l'écoute et peut intervenir sur des points qui auraient échappé au meneur.

- **Première phase :**

Concernant la première phase du débriefing, elle consiste à retracer "aujourd'hui" ce que les victimes ont éprouvé lors de l'événement, les émotions telles que la peur, la colère..., les sentiments, les pensées qui les ont traversés... Cette étape peut démarrer par une question ouverte telle par exemple "comment avez-vous vécu cette situation critique ?"

L'évocation de ces sentiments va permettre à chacun de retrouver sa place à travers son propre discours et l'aspect collectif va favoriser la réflexion sur les aspects personnels à chacun et un enrichissement mutuel à travers l'écoute des différences. Cette étape va favoriser donc la cohérence du récit intérieur de chaque participant.

- **Deuxième phase :**

Pour ce qui est de la deuxième phase, elle concerne les traces et les séquelles laissées par l'événement et que les spécialistes repèrent aujourd'hui à travers les symptômes post-traumatiques, les difficultés affectives et cognitives, les symptômes neurovégétatifs et les blessures narcissiques.

Cette étape peut démarrer par une question telle que : « Aujourd'hui, que ressentez vous, de quoi souffrez vous ? ». Ce qui favorise l'évocation des sentiments tels que la honte, la culpabilité, le sentiment d'être abandonné...etc. C'est l'occasion également pour les intervenants de repérer les personnes fragiles qui pourront être prises en charge individuellement afin de prévenir d'éventuelles complications.

- **Troisième phase :**

Quant à la troisième phase, elle consiste selon M. Vitry, à envisager le futur immédiat et plus lointain en termes de changement, puisque l'existence même du sujet se trouve modifiée par cette expérience traumatisante. Ici la séance peut débiter par des questions telles que : « Qu'est ce que cet événement va changer dans votre vie personnelle et professionnelle ? Qu'est ce qui va changer en vous désormais ? ». En effet, le fait de sentir cette transformation, de penser le changement, l'envisager et l'évoquer, peut faciliter le passage d'un sentiment de rupture, de pertes irréparables à la possibilité d'une mutation. (2000. p325)

- **Conclusion :**

Il s'agit de refermer cet espace temps du débriefing en prenant soin que chaque participant va repartir avec une sensation de "mieux être", une découverte de l'effet bénéfique de la parole ainsi que la possibilité de demander de l'aide si nécessaire.

De ce fait nous pouvons dire que l'intérêt du débriefing est d'arriver à travers la parole ainsi que le soutien du groupe à situer dans le temps les repères perdus à cause de l'événement traumatique mais aussi de donner un sens à cet événement.

Un autre point de vue est venu remettre en question cette méthode, qui est celui de C. Chamtob et J. Bisson pour lesquels le débriefing est une approche purement comportementaliste qui peut aggraver l'état du sujet car il ne se sent pas écouté et compris. Aussi, insistent ils, « ses résultats ne sont pas significatifs d'une meilleure récupération car il ne prévient pas le développement des séquelles post-traumatiques et peut même l'aggraver ». (Cité par M. Vitry. 2000. p 326)

### **6.3- Le suivi psychologique :**

Certaines personnes ont besoin de psychothérapie pour les aider à sortir d'un syndrome post-traumatique qui peut être assuré par des professionnels : psychologues et psychiatres (formés à ce type de psychothérapie). Beaucoup de thérapies sont appliquées aux pathologies séquellaires du syndrome psychotraumatique telles que l'hypnose, le EMDR, les thérapies de groupes...etc. mais les thérapies les plus répandues sont les thérapies analytiques et les thérapies cognitivo- comportementalistes.

#### **6.3.1- Les thérapies analytiques :**

La thérapie analytique est un travail psychique du réel, de l'événement, du traumatisme vécu ici et maintenant et où l'intervention du psychothérapeute tente de parer au refoulement, à la fixation des événements violents et traumatisants actuels (E. Simonet, B. Daunizeau. 2002. p56)

Dans ces cas, la psychothérapie aura comme objectif l'exhumation du projet et des charges affectives qui le sous-tendaient afin de réparer et de réhabiliter les offenses infligées au plus profond de l'être. En effet, l'espace clos de la thérapie laisse paraître de longues plaintes, de larges plaies, tous les cris réprimés et toutes les révoltes écrasées. Le sujet doit s'inscrire, selon E. Simonet, dans une procédure de deuil « où il doit réapprendre à vivre comme un être nouveau, comme si l'ancienne personne devait s'éteindre complètement et se séparer définitivement des valeurs anciennes auxquelles elle était rattachée. En faisant son deuil, le traumatisé prend conscience de sa vulnérabilité, de sa souffrance, de la fragilité du basculement du monde intérieur et extérieur, c'est ce qui lui permettra de se rétablir et de se réadapter à sa nouvelle vie. »

(E. Simonet, B. Daunizeau. 2002. p75)

Pour cela l'intérêt de la thérapie analytique dans les cas de traumatismes, ne se limite pas et ne se contente pas de faire répéter et d'obtenir un récit descriptif de l'événement, mais de le reprendre dans une dramatisation transférentielle, car l'abréaction peut produire des effets certes spectaculaires, mais éphémères.

Selon L. Crocq, au cours de cette thérapie le patient doit non seulement "liquider" son expérience traumatique dans une parole cathartique, mais encore trouver un sens personnel à cette expérience. De l'avis de E. Simonet et B. Daunizeau, ce dernier objectif est très difficile à réaliser car le patient en s'ancrant sur une image sociale de "victime" et en refusant de s'impliquer personnellement s'obstine souvent à vouloir être traité passivement. (2002. p64).

### **6.3.2- La thérapie cognitive :**

Parmi les méthodes récentes qui permettent la prise en charge des sujets victimes d'un traumatisme, nous retrouvons les thérapies cognitives qui consistent à associer à la fois des méthodes de modification des pensées et des émotions, à des prescriptions d'affrontement direct des situations.

C'est une thérapie dite active et directive puisqu'il y a un échange et une recherche d'informations ainsi que de reformulations. (A. Sabouraud Séguin. 2002. p106). De même qu'elle peut être présentée sous une forme individuelle ou en groupe, pendant une dizaine de séances de 90 minutes chacune. Une à deux fois par semaine sont nécessaires pour obtenir un résultat satisfaisant. Mais le nombre des consultations et leur durée sont adaptés selon les cas.

D'après J. Cottraux, les programmes les plus complets comprennent de la relaxation, l'exposition aux situations et aux images mentales évocatrices de la situation traumatique et la thérapie cognitive proprement dite dont l'objectif est d'amener progressivement le sujet à affronter les stressseurs et à modifier les émotions qui l'ont submergé, afin d'obtenir "un retraitement des émotions" qui permet d'annuler les schémas de danger. Il s'agit selon l'auteur, de reformer de nouveaux souvenirs sur lesquels le sujet puisse s'appuyer pour affronter à nouveau la vie.

Pour ce faire, le thérapeute doit en premier lieu informer le patient sur l'état de stress post-traumatique, sur ses réactions, les raisons de leur persistance et expliquer les raisons et les méthodes du traitement afin de mettre le patient en confiance, et d'atténuer son sentiment que son cas est unique et au delà de toute possibilité de traitement.

En second lieu, le thérapeute expose progressivement le patient aux images traumatiques jusqu'à ce qu'il s'habitue à elles pour arriver à diminuer les émotions liées à l'événement.

Quant à la relaxation, elle permet « d'entrer en douceur dans la thérapie et de donner au patient un moyen de réduire ses réponses neurovégétatives. » (J. Cottraux.1990.p 116)

Evidemment, l'impact de l'événement crée un changement important dans les schémas cognitifs du sujet avec pour conséquence une modification des schémas personnels antérieurs tels par exemple la perte du sentiment de sécurité, ainsi que celui de la confiance envers autrui...etc. Dans ce cas précis, la thérapie cognitive va essayer de modifier ces cognitions et encourager le patient à trouver les images complètes de l'événement. Le but de la reconstitution cognitive est de restituer le traumatisme dans une réalité plus objective, sans minimiser les aspects négatifs, ni négativer les aspects positifs, mais plutôt en les équilibrant. (J. Cottraux. 1990. p117). Pour cela, le thérapeute va aider le sujet à modifier ses pensées négatives et à les reformuler de façon positive. Cependant, E. Simonet insiste sur le fait que cette méthode est contre indiquée dans les états de dissociation ou lorsque les personnes sont encore en traitement pour des blessures physiques, ou au moment d'une étape judiciaire émotionnellement difficile, car cela pourrait renforcer les attitudes de fuite du sujet et compliquer ainsi son état.

De tout ce qui précède, nous pouvons affirmer que la combinaison des trois types d'interventions, à savoir l'intervention immédiate, post-immédiate et celle des psychothérapies, est la meilleure façon d'aider les victimes traumatisées et de prévenir la survenue du syndrome psychotraumatique et leur succès repose sur leur effet cathartique et la prise de conscience qu'elles occasionnent au sujet de l'expérience traumatique et de sa signification existentielle.

Or, concernant l'objet de notre étude qui a trait au deuil et à la mort violente, nous nous sommes demandé si la mort, quelle que soit sa nature, peut être considérée comme un événement traumatisant pouvant déclencher des troubles spécifiques au syndrome psychotraumatique. Et de ce fait, dans quelle mesure ces troubles peuvent influencer sur le travail de deuil qui est un processus essentiel à l'acceptation de la disparition de l'être cher. Telles sont les idées que nous allons développer dans la partie suivante qui va traiter de la relation entre la mort et le traumatisme, ainsi que la différence entre ce dernier et le deuil.

## **7. La relation entre le traumatisme, la mort et le deuil**

Les avis diffèrent concernant la relation entre la mort et le traumatisme. Certains auteurs tels que Holmes et Rahe, trouvent que la mort est un événement stressant « majeur » qui fait partie des événements de la vie quotidienne et qui ne laissera aucune séquelle grave. Par contre, d'autres chercheurs considèrent que toute mort est traumatisante. Ce qui fait dire à L. Bailly que « parmi les événements innommables, il convient aussi d'évoquer la place des pertes et du deuil qui peuvent conduire au traumatisme. Et que tout décès d'un proche comporte une dimension traumatique » (1996. p17). De son côté M. Hanus insiste pour dire que la perte d'un être cher est traumatisante « puisqu'elle nous renvoie à notre propre mort. Mais elle n'est pas pour autant toujours une source de complication ou de pathologie grave, puisque comme tout événement traumatique, d'autres facteurs entrent en jeu tels qu l'état de santé de l'endeuillé, l'âge du défunt... ». (1995.p114). Il ajoute également que « la mort est une situation de crise qui remet en question l'équilibre psychique et la santé physique de l'individu, même les valeurs de l'existence et le sens de la vie sont modifiés. » (1995.p31).

De ce fait, toute perte d'un proche est traumatique puisqu'elle confronte l'endeuillé à sa propre mort et modifie même sa personnalité, mais elle n'engendre pas toujours une pathologie grave.

La psychologue M. J. Smailovic est du même avis puisqu'elle affirme que « la mort est avant tout une violence faite aux survivants, par l'interruption d'une continuité qu'elle provoque, par la perte qu'elle inflige, par la transformation radicale du corps qu'elle impose, par l'absence qu'elle laisse... Qu'elle surgisse brutalement, de façon inattendue suite à un accident ou à un suicide, qu'elle soit annoncée car précédée d'une maladie

laissant présager l'issue fatale, la mort est traumatisme. Elle est une effraction du réel dans le psychisme humain. Elle libère une quantité considérable d'excitations qui dépasse les capacités d'intégration et d'élaboration mentale du sujet ». (2003. p68). Nous retrouvons dans cette définition la notion économique du traumatisme proposé par S. Freud, où l'auteur a introduit la notion "d'effraction" qui est spécifique au traumatisme. Pour Smailovic, quelque soit sa nature, la mort est une violence, une effraction qui bouleverse les capacités d'adaptation de l'individu et met en échec ses défenses.

Quant à J. Lubtchansky, elle juge que c'est la perte brutale de l'objet qui est traumatique pour le sujet, puisque le moi n'est pas préparé à cette disparition. Et cette dernière est encore plus traumatique lorsque l'objet est mort à la suite d'un accident, d'une maladie foudroyante, ou encore dans des circonstances obscures ou effrayantes ainsi qu'à cause de la faiblesse et l'imaturité du sujet. (2002. p163).

Tandis que pour M. Hanus toute perte est traumatisante, J. Lubtchansky a précisé ce point de vue en citant un facteur important qui peut être à l'origine du traumatisme ; c'est la brutalité de la mort et sa soudaineté. Ce sont là des caractéristiques que nous retrouvons aussi dans la définition de l'événement traumatique.

Par contre, pour M. F. Bacqué le deuil n'est traumatique que lorsque « les personnes vivent à la fois une menace mortelle pour elle-même et perdent des proches ou sont témoins de la mort d'autres personnes » (2000. p117)

Pour cet auteur, il faut exiger la présence de deux facteurs pour que le deuil soit traumatique. Le premier consiste dans le fait que le sujet doit être présent lors de l'événement qu'il a subi lui-même et qui soit à l'origine du décès de son proche.

### **7.1- La différence entre le traumatisme et le deuil selon le DSM IV :**

Sachant que les conséquences directes du décès d'une personne chère apparaissent à travers la symptomatologie du deuil, plusieurs auteurs ont tenté de comparer les symptômes du deuil consécutifs à la mort d'un proche avec ceux du syndrome de stress post-traumatique décrit par le DSM IV. E. Zech, dans son étude intitulée "la gestion du deuil et la gestion des émotions" (1994. p 18- 21) a avancé qu'il y a une similitude

entre la symptomatologie de deuil normal et les critères diagnostiques du ESPT. En effet il a constaté :

Le critère A : affirme que l'évènement psychologiquement traumatisant à l'origine du trouble dépasse le domaine des expériences communes tel que le deuil simple. Mais ce qui est observé c'est que la perte d'un être cher provoque des symptômes de détresse chez la plupart des individus et peut même avoir un potentiel déclencheur du ESPT.

Dans le critère B lié aux "Symptômes du pôle revécu" nous retrouvons les symptômes (1) les souvenirs répétitifs, (2) les rêves de l'évènement, (3) les illusions, hallucinations et le phénomène "comme si", (4) le sentiment de détresse quand le sujet est exposé à des événements ressemblant (ex. : anniversaires), donc comme nous le constatons 4 symptômes sur 4 sont présents;

Dans le critère C ou "Symptômes du pôle évitement" nous observons les symptômes (1) l'évitement des pensées ou sentiments, (2) les efforts pour éviter les activités ou les situations qui éveillent des souvenirs du traumatisme, (4) la réduction nette de l'intérêt pour des activités ayant une valeur significative, (5) le sentiment d'être étranger aux autres, (6) la restriction des affects, (7) le sentiment que l'avenir est bouché, seul la critère (3) relatif à "l'incapacité de se rappeler un aspect important du trauma" est absent. Nous dénombrons donc, 6 symptômes sur 7 dans le deuil;

Concernant le critère D ou "Symptômes du pôle hyperactivité neurovégétative" : nous remarquons la présence des points suivants : (1) les difficultés d'endormissement, (2) l'irritabilité accrue, (3) la diminution de concentration et (6) les réactions physiologiques lors de l'exposition à des événements ressemblants, alors que les critères 4 et 5 : "l'hyper vigilance" et "la réaction de sursaut exagérée" sont absents de la symptomatologie du deuil.

Enfin, pour ce qui est du critère E relatif à "la durée d'apparition du ESPT", les théories du deuil considéraient jadis la durée du deuil allant de quelques semaines à plusieurs mois. Aujourd'hui, les auteurs ont allongé cette durée à un minimum de 12 mois, ce qui est bien au-dessus du mois exigé pour le diagnostic du ESPT.

Ces observations ont été effectuées par rapport aux résultats obtenus par le chercheur Schut et al., en 1991, où ils ont constaté que la symptomatologie du ESPT est loin d'être rare dans les deux premières années qui suivent le deuil, même si ce dernier est dû à une mort naturelle (94% soit le tiers des 127 enquêtés de Schut). Les résultats ont montré une présence importante du syndrome de reviviscence (critère B) qui diminue avec le temps, ainsi que celle du comportement d'évitement (critère C) chez 79 % des sujets, et ce après 11 mois du décès. Il est retrouvé aussi chez 25 % à 35 % des sujets, une hyperactivité (critère D), mais elle demeure relativement stable dans le temps. Au total, les résultats de cette étude ont démontré que 20% à 30% de la population présentait une symptomatologie de ESPT pendant la durée requise par le critère E, c'est-à-dire, la présence de ces symptômes au-delà d'un mois.

Selon Zech, la prévalence du ESPT dans le cas du deuil est similaire à celle observée dans d'autres événements typiques reconnus comme déclencheurs de l'état de stress post-traumatique tels que les catastrophes naturelles, les guerres et les tortures. (1994. p21)

D'une manière générale, nous pouvons dire que cette étude a montré que malgré l'absence de certains critères dans le deuil, toute mort d'un proche peut être à l'origine du déclenchement d'un ESPT. Mais cela ne nous permet pas d'affirmer que tout deuil est traumatique ou que ce dernier et le ESPT sont de la même entité, puisque certains critères du ESPT sont absents dans le deuil, et que certains symptômes de celui-ci sont absents dans le ESPT. Par contre, plusieurs auteurs ont souligné que certaines circonstances de la perte semblent être plus traumatiques que d'autres, comme c'est le cas des morts soudaines et inattendues ou les morts violentes...etc. appelées par Rynearson "les pertes traumatiques" qui peuvent être consécutives à un suicide, à un homicide ou à une autre mort non naturelle.

### **7.2- Les facteurs à risque liés aux circonstances du décès :**

Lorsque nous savons qu'une personne qui était jusque là, relativement saine physiologiquement, qu'elle ne semblait souffrir d'aucune maladie, il est difficile d'imaginer, de croire et d'accepter sa mort, surtout si celle-ci se produit d'une manière brutale et dans des circonstances particulièrement violentes comme dans le cas des

meurtres par exemple. Selon M. F. Bacqué « plus la perte est inattendue, plus le deuil risque de se compliquer ». (2000.p98)

Sur ce point C. Fauré ajoute que « la mort brutale et inattendue prend tellement de court l'individu, que les moyens de se préserver sont paralysés par la soudaineté de l'événement. Le sujet n'a pas le temps nécessaire d'amortir le choc ; il a brutalement l'impression de perdre tout repère dans son quotidien » (1995. p35)

En effet, cette non préparation et cette absence de prédictibilité rend la signification du décès difficile à appréhender alors que, comme le souligne C. Fauré « le sujet a besoin de sens pour baliser le chemin du deuil ». Il ajoute : « si dans le cas d'une longue maladie la mort est une issue presque "logique" et compréhensible, la mort brutale, elle, échappe à toute explication. » (1995. p35)

L'auteur insiste ici, sur l'importance de la préparation psychologique à la perte de la personne chère c'est-à-dire lorsque le sujet est conscient que la mort va survenir, il pourra lui dire au revoir. Il y sera inconsciemment préparé. Ce qui l'aide aussi, c'est le fait de connaître à l'avance la cause du décès, exemple de la maladie. Cela ne signifie pas pour autant qu'il ne va pas souffrir ou qu'il ne ressentira pas du chagrin ou ne fera pas son deuil. Mais cela peut l'aider à mieux se sentir, à mieux gérer son deuil en l'absence d'autres facteurs qui peuvent l'aggraver.

Dans le cas des morts brutales, l'absence de sens et la non préparation à affronter la nouvelle du décès peuvent être à l'origine de traumatisme. Mais ce qui caractérise ces pertes et qui a été décrit dans la littérature, c'est que l'absence de sens va pousser l'endeuillé à rechercher le moindre indice pour comprendre la cause de cet événement. Il va essayer de se remémorer tous les derniers moments passés avec la personne décédée. Selon C. Fauré « il sera à l'affût du moindre indice qui aurait pu ou aurait dû le prévenir ». (1995. p36). Cette rumination sera à l'origine d'un intense sentiment de culpabilité qui se prolonge dans le temps, induisant ainsi des complications sévères. C'est là le critère principal des manifestations du deuil après une mort violente où l'endeuillé se reproche de n'avoir pas été à l'écoute du défunt, ou de n'avoir pas pu éviter sa mort : « j'aurais dû comprendre que ça n'allait pas et pourtant je n'ai rien fait », « j'aurais dû comprendre qu'il était fatigué quand il a prit le volant... » (1995. p 36)

A ce propos, une étude effectuée par Sanders en 1983 (Cité par M. F. Bacqué.2000. p107), vient confirmer les avis cités plus haut. Sanders a tenté de distinguer les effets de l'anticipation de la mort d'un parent de ceux de la chronicité de la maladie. Les résultats ont montré que le groupe dont le parent est mort moins de six mois après le début d'une maladie grave, est celui qui s'est mieux ajusté. Par contre le groupe dont le parent est mort subitement, présente la plus forte culpabilité, accompagnée par les répercussions physiques les plus importantes. Quant au groupe dont le parent a succombé des suites d'une longue maladie, il montre surtout des sentiments d'isolement, d'aliénation et de dépression.

En résumé, nous pouvons constater que la mort subite a un impact négatif sur la vie des endeuillés par rapport aux morts dites naturelles, car elle se manifeste essentiellement par un intense sentiment de culpabilité qui perdure dans le temps. Pour ce qui est des répercussions provoquées par la perte d'un parent suite à une longue maladie, elles sont dues, selon Bacqué, à l'accumulation du stress et de la fatigue physique et psychologique engendrée par la lourde prise en charge ; c'est un autre facteur qui fait partie, comme nous l'avons vu dans le précédent chapitre, des variables physiques de l'endeuillé qui peuvent aggraver le deuil.

Voyons à présent quels sont les facteurs de risque liés aux circonstances du décès et qui sont jugés par certains auteurs comme étant des décès traumatisants et qui sont à l'origine du blocage du travail de deuil.

### **7.2.1- La mort par suicide :**

Dans le cas des suicides, beaucoup d'auteurs considèrent que la difficulté essentielle de ce drame réside dans le fait que le défunt a choisi de mettre fin à sa vie, de se donner la mort. Selon A. de Broca, les proches dans ces circonstances, se sentent responsables de sa mort et ils culpabilisent car ils n'ont pas été présents pour l'éviter. (2001. p 119)

Leur souffrance sera liée aussi au fait de ne pas trouver une raison ou une cause, même minime, de ce passage à l'acte ; ce qui rend difficile le dépassement du premier stade du travail de deuil.

En plus de la culpabilité, les endeuillés ressentent également de la solitude, du mépris et de l'incompréhension. Ils ont des difficultés à parler du défunt à cause du regard de la société. De même qu'ils se sentent rejetés par leur entourage parce que leur défunt a transgressé un compromis fondamental que toutes les civilisations partagent : celui '*de ne pas se donner la mort*'. Certaines sociétés, et en particulier les sociétés chrétiennes et musulmanes, n'effectuaient pas de célébration religieuse lors des funérailles d'un suicidant. C'est ce qui rendait le travail de deuil difficile.

### **7.2.2- Le deuil en l'absence de la dépouille du défunt :**

Comme nous l'avons vu, le travail de deuil commence par la reconnaissance effective de la mort, d'où l'importance de voir la dépouille du défunt, de le toucher, de sentir qu'il ne vit plus. D'après C. Fauré (1995. p189), voir le corps aide à sortir de l'incrédulité et du déni. Son absence par contre, laisse chez les proches une grande incertitude et beaucoup de questions sur la réalité de la mort. C'est le cas par exemple des disparus en mer, des personnes non retrouvées après un accident de train, d'avion, des personnes disparues après un tremblement de terre...etc, où les familles gardent pendant très longtemps l'espoir de retrouver vivante la personne disparue, et de ce fait, le processus du deuil ne pourra débuter puisque l'endeuillé reste figé dans la première étape du déni et de la non reconnaissance de la réalité.

Il en est de même, affirme A. de Broca, pour certaines personnes qui n'ont pas pu assister aux funérailles, comme dans le cas par exemple des gens travaillant dans un pays lointain et qui n'ont pas pu revenir à temps pour vivre les funérailles ou bien à un jeune enfant à qui on a préféré cacher la vérité pour qu'il ne souffre pas. (2001. p121)

Ces personnes ne veulent pas croire que le défunt est vraiment mort et dans ce cas le deuil ne commencera que lorsque l'endeuillé verra le nom du défunt sur la tombe ou lors d'un autre décès. Ces deux deuils vont alors se condenser, ce qui ne va pas faciliter la cicatrisation.

### **7.2.3- La mort d'un enfant :**

Un autre facteur non négligeable peut être à l'origine de graves complications et que la plupart des chercheurs qualifient d'événement traumatique, il s'agit de la mort d'un enfant.

En effet, en occident les chercheurs ont constaté que 60% des décès concernent les sujets âgés de plus de 60 ans, et 50% des sujets âgés de plus de 80 ans. A ce propos M. F. Bacqué souligne que la mort des anciens est devenue de plus en plus banale alors que celle des jeunes et notamment celle des enfants est devenue rare grâce à l'amélioration des conditions de vie et des progrès médicaux. Cet événement raréfié a accentué l'état de choc de la famille, et du même coup, il a donné lieu au développement du syndrome post-traumatique. Cela est dû, selon A. de Broca « à la rupture dans l'évolution logique de l'ordre des décès des générations qui rend la perte des enfants en bas âge et des nourrissons, très douloureuse ». (2001. p 152). M. F. Bacqué ajoute que « lorsque l'enfant naît, il porte les souhaits les plus grandioses de ses parents, il est investi d'idéaux divers par eux. Par sa mort, tout ce qu'on avait rêvé pour lui, s'évanouit ».

De l'avis générale, la mort de l'enfant est inconcevable et inimaginable et aucun parent ne conçoit de survivre à son enfant. Cette mort est perçue comme étant contre nature car concevoir le décès d'une personne âgée est plus acceptable et plus logique que celui d'un enfant qui avait toute la vie devant lui. Les parents perdent avec lui leurs espérances et leur avenir.

Pour A. de Broca, « toutes les difficultés du deuil d'un enfant sont liées à la brutalité, à l'absence du signe avant coureur et elles sont liées aussi à l'impossibilité de dire au revoir à son enfant. » (2001.p108)

Dans ces cas, le sentiment de culpabilité est à son comble surtout du fait de l'absence d'une maladie antérieure qui pourrait expliquer le décès. Pour cela, les parents imaginent qu'ils n'ont pas été suffisamment attentifs et croient qu'ils sont des mauvais parents d'où la culpabilité qui apparaît, du fait de l'absence de causes ou de responsable

et de ce fait, le parent va se choisir comme responsable afin de donner un sens à cette mort. (C. Fauré. 1995. p173)

Selon l'avis de C. Fauré, « ce sentiment peut être aggravée par le regard que portent les autres sur les parents, surtout en ce qui concerne leur éventuelle responsabilité dans le décès de l'enfant. » (1995.p153). Ces accusations sont assez fréquentes lorsque la perte est liée à un accident domestique ou à une chute...etc. Ce doute imposé par autrui, va s'ajouter insidieusement au poids de leur douleur, augmentant ainsi la souffrance et la dépression.

En plus des conséquences individuelles, cette mort aura aussi des répercussions sur la structure familiale et surtout sur la relation du couple. Selon A. Broca « après le traumatisme, l'incompréhension peut dominer les relations dans un premier temps, l'inacceptation d'un des deux conjoints vis-à-vis de l'autre où les différences des réactions entraînent de nombreuses difficultés » (2001. p99)

L'auteur insiste pour dire que le décalage des réactions peut être très mal vécu par le parent le plus déprimé, il croit qu'il est le seul qui ressent du chagrin et qui porte le deuil de l'enfant. Ces idées sont renforcées par le silence de l'autre parent, de la non communication, ce qui aura comme conséquences, des reproches et un renfermement sur soi qui ne feront qu'aggraver le deuil et conduire dans des situations extrêmes à leur séparation.

De tout ce que nous venons de voir dans ce chapitre, c'est que les effets et les conséquences des traumatismes varient d'une manière générale, selon la nature de l'événement qui peut être unique et brutal comme dans le cas des accidents par exemple ; ou bien répétitif comme lors des maltraitances d'enfants (inceste, torture, maltraitance physique...) ceci d'une part. d'autre part, ces mêmes effets du traumatisme peuvent varier selon la personnalité de l'individu et de sa capacité à faire face à l'événement traumatisant, d'où le terme de "résilience" utilisé depuis peu par certains spécialistes.

Les auteurs ont mis l'accent également sur d'autres facteurs pouvant influencer et interférer sur le devenir du sujet traumatisé : c'est sa santé physique et mentale ainsi que son environnement social qui se manifeste dans la solidarité du groupe (familial ou autres proches) et le soutien moral qu'il procure pour apaiser sa souffrance et sa douleur.

En résumé, les facteurs que nous venons de citer peuvent, soit favoriser l'apparition du syndrome psychotraumatique, soit au contraire, ils vont empêcher sa survenue pour les raisons que nous venons d'énumérer.

Par contre, il nous semble important de différencier entre la réaction de stress qui est une réaction normale et adaptative de l'organisme face aux différents agents stressants, et le traumatisme proprement dit, qui au contraire, est marqué par une absence de réponse du sujet et qui se manifeste à travers la "sidération".

Par conséquent nous pouvons dire que le signe incontestable du syndrome psychotraumatique est la reviviscence ou comme l'appellent certains auteurs le syndrome de répétition qui consiste au retour quasi hallucinatoire des perceptions enregistrées à l'état brut lors de la confrontation avec l'événement traumatisant qui réveille en même temps et avec la même intensité, toutes les émotions et les comportements vécus lors de l'événement traumatique.

Les spécialistes du domaine du deuil ont constaté qu'il existe plusieurs points communs entre la symptomatologie du deuil et celle de l'état de stress post-traumatique décrite dans la DSM IV. Cette similitude consiste en premier lieu dans le fait que le deuil peut être considéré comme faisant partie des événements traumatisants puisqu'il provoque, tout comme le traumatisme, des symptômes de détresse chez la plupart des individus. En deuxième lieu, le deuil est l'origine de l'apparition de symptômes similaires à ceux du ESPT. Sauf pour ces quelques symptômes qui sont "l'incapacité de se rappeler un aspect important du trauma", "l'hyper vigilance" et "la réaction de sursaut". D'autre part, la durée de l'apparition de l'ESPT diffère de celle du deuil puisque la durée normale de ce dernier peut aller de quelques semaines à environ 13 mois tandis que l'état de stress post-traumatique apparaît au delà d'un mois de l'événement traumatique.

Cependant la présence de ces points communs ne permet pas de dire que tout deuil va déclencher automatiquement un ESTP ou que le deuil et le trauma sont une même entité.

La plupart des auteurs préfèrent avancer que certains facteurs et notamment celui des morts violentes peuvent être à l'origine de traumatismes qui, s'ils ne sont pas pris en considération dès le début de leurs manifestations, peuvent induire une complication du travail de deuil ainsi qu'un syndrome psychotraumatique. D'où la nécessité d'une prise en charge précoce à la suite de chaque événement traumatisant.

Deuxième partie :  
*Approche méthodologique*  
*et pratique*

## Chapitre IV : La méthodologie

Cette recherche que nous souhaitons être une analyse psycho-sociologique des réactions de deuil des Algériens face à la mort violente, ne consiste pas uniquement à quantifier des données relatives à ces attitudes, mais nous cherchons également à déceler l'impact de certaines variables tels que le sexe, l'âge, le lien de parenté ainsi que la nature du décès (accident, meurtre ou suicide) sur ces réactions afin de mieux discerner les populations à risque et de là, tenter une action de prévention contre des complications éventuelles du deuil. Pour ce faire, nous avons construit les hypothèses suivantes afin de mieux cerner le champ de notre investigation:

### **1. Rappel des hypothèses :**

### **3. L'hypothèse principale 1 :**

Les facteurs psycho- sociologiques influent sur les réactions des endeuillés suite à la mort violente d'un proche.

#### ***1.1.1- Les hypothèses partielles :***

- 1- Les femmes expriment plus que les hommes leurs sentiments de douleur liés à la perte violente d'un être cher.
- 2- L'âge de l'endeuillé influe sur ses réactions immédiates et son amélioration suite à la mort violente d'un proche.
- 3- Plus le niveau socioculturel de l'endeuillé est bas, moins son état s'améliore.
- 4- Le décès d'un enfant suite à une mort violente affecte l'état des parents qui s'améliorent difficilement.

### **4. L'hypothèse principale 2 :**

La nature de la mort violente influe sur l'évolution de l'état des endeuillés.

### **1.2.1- Les hypothèses partielles :**

3. Le décès d'un proche suite à un meurtre empêche l'amélioration de l'état des endeuillés.
2. Les réactions de choc et de sidération sont moins fréquentes dans les cas d'accidents que lors des suicides et des meurtres

## **2. La pré-enquête :**

Avant d'aborder le sujet de l'enquête qui va nous permettre de recueillir des informations sur les différentes réactions et attitudes des endeuillés suite à la mort violente d'un proche, il nous a semblé nécessaire de définir l'étape préparatoire de celle-ci qui est une phase indispensable par laquelle doit débiter toute investigation scientifique, à savoir la pré-enquête.

### **2.1. La pré-enquête : définition :**

La pré-enquête est définie par H. Chauchat comme étant « la phase d'opérationnalisation de la recherche théorique. Elle consiste à définir des liens entre d'une part, les constructions théoriques : schéma théorique ou cadre conceptuel selon les cas. Et d'autre part, les faits observables afin de mettre en place l'appareil d'observation. » (1990. p19)

Après la lecture et le recueil des données théoriques, nous avons commencé dans une deuxième étape à déblayer le terrain de notre enquête en effectuant une observation préliminaire de la population de l'enquête. Cette observation s'est faite à l'aide d'entretiens appelés "entretiens de recherche".

### **2.2. L'objectif de la pré-enquête:**

L'objectif de cette pré-enquête a consisté en premier lieu, à recueillir le plus d'informations à travers les réponses des sujets interrogés afin d'affiner les hypothèses de travail et d'enrichir et préciser la problématique. Comme le précise H. Chauchat « la pré-enquête est la première approche du terrain, à partir de laquelle il sera possible de

reformuler les hypothèses, de chercher et d'analyser les indicateurs et construire les instruments d'observation.» (1990. p19).

En second lieu, cette phase nous a permis d'élaborer l'outil de notre investigation, à savoir le questionnaire. Comme l'a souligné J. P. Durand (1990.p309) « l'enquête par questionnaire est souvent précédée d'une pré-enquête menée par entretien afin de sélectionner les questions pertinentes et les types de réponses à prévoir », soit pour ce qui nous concerne, la collecte des différentes attitudes et réactions des endeuillés face à la mort violente d'un être proche (un parent).

### **2.3. L'entretien de recherche :**

Comme nous l'avons évoqué plus haut, nous avons eu recours à l'entretien de recherche ou ce que certains auteurs appellent "l'entretien exploratoire" qui est une méthode d'investigation dont le but est « de mettre en lumière les aspects du phénomène auquel le chercheur ne peut penser spontanément et de compléter les pistes de travail suggérées par ses lectures » (A. Blanchet. 1992. p43) ; C'est le cas de notre étude qui traite un sujet qui n'a pas été exploité dans notre société, mais qui a suscité l'intérêt de nombreux chercheurs en Occident. L'objectif de cet entretien est donc d'explorer le thème pour voir quels attitudes et comportements adoptent les Algériens lorsqu'ils sont confrontés à la mort de leur proche notamment lorsqu'il s'agit de mort violente. Ces derniers ont-ils les mêmes réactions que celles décrites dans la littérature ? Quelle est l'évolution de leur état suite à cet événement ?

En effet et comme le souligne A. Rouag l'entretien de recherche sert « à compléter l'étude des documents existants, de préciser et d'actualiser les informations dont on dispose afin d'élaborer le questionnaire et faire un repérage des réponses possibles à une question particulière » (2002-2003. cours de méthodologie. Magister).

Quant aux questions que nous avons élaborées dans notre pré-enquête, elles sont de type semi-directifs afin de permettre à l'interviewé de produire un discours plus riche sans pour autant sortir du cadre précis de la recherche. En même temps, elles sont structurées selon un objectif bien déterminé afin de limiter ses réponses.

#### **2.4. La grille d'entretiens :**

Pour que l'objectif de la recherche soit atteint, nous avons établi une grille d'entretiens qui comporte cinq axes et où chaque axe regroupe un certain nombre de questions. (Voir l'annexe n° 1. p 310)

a. Le premier axe concerne tous les renseignements signalétiques de la personne interrogée et celle du décédé(e) : son âge, sa profession, son niveau d'instruction...etc.

b. Le deuxième axe comporte une question ouverte sur les circonstances du décès afin de connaître : sa cause, comment le défunt est mort, qui leur a annoncé la nouvelle du décès...

c. Le troisième axe insiste sur les réactions de l'endeuillé qui ont suivi l'annonce de la nouvelle et que certains auteurs appellent " les réactions immédiates".

d. Le quatrième axe englobe les questions sur les réactions post-immédiates et chroniques, soit tous les comportements, les attitudes, les sentiments et les symptômes qui sont apparus quelques temps après le décès de l'être cher.

e. Enfin, le cinquième axe insiste sur l'évolution de l'état de l'endeuillé, à savoir s'il a ressenti ou pas, une amélioration de son état. Si oui, quelle en était la raison...etc.

#### **2.5. Le déroulement de la pré-enquête :**

Notre fonction de psychologue clinicienne au niveau de l'Hôpital Psychiatrique de Constantine, nous a permis d'effectuer notre pré-enquête à ce niveau, puisque ce cadre procure une certaine intimité et confidentialité lors des entretiens que nous avons tenu avec les sujets qui ont perdu une personne proche suite à une mort brutale. Les huit endeuillés sont venus dans le cadre d'une consultation psychologique dont l'une d'entre elles a refusé de répondre à nos questions, car elle ne voulait pas se rappeler l'événement douloureux. Nous soulignons que ces huit parents étaient de sexe féminin. Nous n'avons pas voulu prendre plus que ce nombre exprès, afin de ne pas épuiser la population de notre enquête laquelle, comme nous allons le voir plus tard, est relativement restreinte. Mais cela n'a pas empêché le recueil d'informations très utiles pour l'élaboration de notre questionnaire.

Voici maintenant certaines caractéristiques des sujets interviewés lors de la pré-enquête :

Données signalétiques	Modalités	Fréquence
Age	1- moins de 30ans	1
	2- 30 - 50ans	5
	3- plus de 50 ans	1
<b>Total</b>		<b>7</b>
Situation familiale	1- Célibataire	2
	2- Mariée	1
	3- Divorcée	1
	4- Veuve	3
<b>Total</b>		<b>7</b>
Situation socio-professionnelle	1- Sans profession	3
	2- Employé et ouvrier	4
<b>Total</b>		<b>7</b>
Niveau d'instruction	1- Sans instruction	1
	2- Primaire	3
	3- Secondaire	3
<b>Total</b>		<b>7</b>
Lien de parenté avec le défunt	1- Epoux	2
	2- Fils	2
	3- Frère	1
	4- Père	1
	5- Oncle	1

**Tableau n° 1 : Tableau récapitulatif des caractéristiques des sujets de la pré-enquête**

Ce tableau nous montre que plus de la moitié des sujets interviewés sont âgés entre 30 et 50 ans. 03 d'entre elles sont veuves et 02 autres sont célibataires. Quant à leur situation socio-professionnelle, nous avons relevé que 04 cas avaient une profession. Un seul sujet n'a jamais fait d'étude, tandis que 03 avaient un niveau primaire et les 03 autres avaient un niveau secondaire.

Pour ce qui est de la nature de la mort, une des personnes interrogées a perdu son époux suite à un assassinat, deux autres ont perdu leur proche suite à une mort indéterminée. Les quatre autres personnes ont perdu un membre de la famille suite à des accidents (accident de la circulation et une chute mortelle accidentelle).

## **2.6. Les résultats de la pré-enquête :**

Les résultats de cette pré-enquête, nous ont permis de mieux définir les caractéristiques de la population que nous allons étudier afin d'éliminer tout facteur parasite qui pourrait fausser les résultats de la recherche:

1-En plus des morts naturelles qui ne nous intéressent pas dans cette étude, nous avons éliminé les morts suspectes, c'est-à-dire les décès qui surviennent d'une manière brutale, inattendue mais dont les causes restent inconnues car il arrive que le décès survienne suite à une maladie qui n'était pas connue par la famille, ni par le défunt, et de ce fait, il ne s'agit plus de mort violente. De même qu'il arrive qu'un suicide, un meurtre ou un accident soit confondus.

2-Nous avons limité la population de l'enquête aux endeuillés de premier degré c'est-à-dire les parents, les enfants, les frères, les sœurs et les époux (ses). Pour cela, nous n'avons pris en considération que les résultats de quatre entretiens qui correspondaient aux critères que nous allons étudier : la nature du décès (suicide, meurtre ou accident), et lien de parenté de premier degré avec le défunt.

Ces entretiens nous ont permis de collecter les renseignements suivants :

1- les quatre sujets avaient des difficultés à exprimer spontanément leur propre vécu et leurs sentiments lorsqu'on leur a annoncé la nouvelle du décès. Il nous a fallu donc insister sur ces points en posant des questions directes telles que : «essayez de me décrire ce que vous avez ressenti lorsque vous avez appris la nouvelle. Qu'avez-vous fait ? Avez-vous pleuré ?... ». Par contre, ils parlaient facilement des circonstances du décès et de leurs sentiments envers la personne qu'ils supposaient être responsable de la mort de leur proche.

2- Ce que nous avons observé également, c'est que les sujets se souvenaient du moindre détail de l'événement avec toute la charge affective et émotionnelle qui lui est liée.

3- La réalisation du décès du proche ne sait faite que lorsqu'ils ont vu la dépouille du défunt ou bien lorsque la nouvelle du décès a été annoncée de source officielle par la police ou la gendarmerie par exemple.

4- Ces entretiens nous ont permis également de connaître les différentes réactions immédiates ou différées des interviewés, après le décès de leurs proches. Certaines

réactions sont communes à tous telles que les pleurs, la douleur, la colère...alors que d'autres différent selon les cas.

5- Nous avons su que même si la cause de la mort a été reconnue officiellement par les autorités compétentes, les proches du défunt l'avaient liée par contre, à d'autres causes. D'où notre intérêt de savoir comment ils ont interprété cette mort violente.

6- Trois sujets ont abordé un point que nous n'avons pas pris en considération, qui est celui de l'importance des sanctions judiciaires qui semblent apaiser d'une manière considérable leur douleur.

7- Il est apparu également la notion de "changement" après le décès. Sur ce point tous les interviewés étaient unanimes pour dire que la mort de l'être cher les a changés et que leur vie n'est plus la même.

8- Nous avons constaté également qu'une personne peut avoir plusieurs réactions à la fois, d'où la nécessité d'utiliser des questions à choix multiples dans le questionnaire.

En résumé, la pré-enquête nous a aidé à cerner le champ de notre étude qui consiste à connaître les attitudes et les réactions des endeuillés face à la mort violente d'un proche puis enfin de collecter les informations grâce auxquelles nous construirons l'outil de notre recherche qui est le questionnaire et notamment présenter les items constituant les réponses possibles.

### **3. L'enquête : le recueil des informations :**

#### **3.1. La population :**

Après avoir décrit le déroulement de la pré-enquête, nous allons parler maintenant de la population de notre enquête qui est définie par C. Rosental comme étant « l'ensemble sur lequel portent les observations » (2001. p3)

La population de notre recherche est composée de sujets qui ont perdu un parent de premier degré soit un père, une mère, un époux, une épouse, un frère, une sœur, un fils ou une fille, dans des circonstances violentes (soit par accident, crime ou suicide).

Afin de réunir les membres de cette population, nous avons choisi comme terrain d'investigation le service de médecine légale du C.H.U de Constantine. Le choix de ce

service s'explique par le fait qu'il jouxte la morgue de l'hôpital où sont déposés tous les sujets décédés au CHU, de morts naturelles, suspectes ou violentes ainsi que toutes les personnes décédées dans des conditions suspectes au niveau de la Wilaya de Constantine et de quelques wilayates limitrophes. Si bien que toutes les familles des personnes décédées à la suite de morts suspectes ou violentes se rendent systématiquement à ce service puisqu'elles doivent récupérer un certificat de constat de décès rédigé par un médecin légiste, nécessaire à l'obtention du permis d'inhumer.

Ce dernier, après la levée de corps, l'interrogatoire des familles et la lecture du rapport d'information de l'officier de Police Judiciaire chargé de l'enquête, délivre alors le constat de décès en précisant si la mort demeure suspecte ou bien si elle est naturelle ou violente.

Dans le cas de la mort suspecte ou violente, et afin de connaître la nature du décès (mort naturelle, accidentelle, criminelle ou suicide), le magistrat, sur la base du constat de décès, demande une autopsie qui est pratiquée au niveau de ce service.

Par ailleurs, au niveau de la consultation, toutes les victimes de coups et blessures volontaires ou involontaires passent systématiquement par cette unité de service. Ce qui permet d'avoir des informations sur l'éventualité de l'existence d'un décès à la suite d'un accident de la circulation ou par exemple à la suite d'un crime. (A. Benharkat. 1995)

C'est sur la base des dossiers d'autopsies que nous avons convoqué les parents des défunts morts d'une manière violente. Nous avons évidemment éliminé les cas de morts naturelles et de morts violentes "indéterminées", ainsi que les personnes qui ne résident pas dans la willaya de Constantine. En effet, il arrive que les dossiers appartiennent à des sujets qui sont décédés dans la willaya de Constantine alors qu'ils résident dans d'autres willayas (exemple Sétif, Jijel, Alger...). Donc, il nous a été difficile de contacter ces proches pour les fins de notre enquête.

De ce fait, les résultats des 338 dossiers d'autopsies de l'année 2003 ont fait ressortir 95 cas résidants à Constantine dont 79 sont décédés de mort violente bien déterminée que nous répertorions dans le tableau suivant:

	Mort Violente				TOTAL
	crime	accident	suicide	indéterminée	
<b>willaya de Constantine</b>	12	46	21	16	<b>95</b>
<b>pourcentage</b>	12,63%	<b>48,42%</b>	22,11%	16,84%	100%

**Tableau n° 2 : Dossiers d'autopsies de l'année 2003 classés selon le nature de la mort violente dans la willaya de Constantine**

De ce tableau il ressort que sur 79 décès de mort violente évidente soit 83,16 % des cas, 46 sont décédés suite à un accident, 21 cas se sont suicidés avec un taux 22,11% de, et 12 cas soit 12,63% ont été assassinés.

Comme le nombre des convoqués nous a paru insuffisant, dans un second temps nous avons puisé dans les archives du service en remontant jusqu'à l'année 1995 pour atteindre le chiffre de 120 dossiers.

Puisque l'effectif de la population parente était restreint nous avons dû appliquer une enquête exhaustive, à savoir la réalisation de l'enquête sur l'ensemble de cette population. Nous n'avons donc pas d'échantillon, mais c'est toute la population qui a été interrogée.

Après ce bref aperçu sur la population de notre étude, passons maintenant aux techniques que nous avons utilisées dans cette recherche.

### **3.2. La technique utilisée : le questionnaire :**

La technique que nous avons utilisée est celle du questionnaire qui va nous permettre de faire une analyse à la fois descriptive et explicative du phénomène du deuil et de la mort qui lui est rattachée. A ce propos, le questionnaire est défini comme étant « un instrument de prise de l'information, basé sur l'observation et l'analyse des réponses à une série de questions posées. Cette technique constitue un raccourci précieux quand l'observation directe est impossible ou trop coûteuse, ou insuffisante. Le questionnaire permet dans ce dernier cas de savoir comment le sujet explique le phénomène observé. » (A. Rouag. 2002-2003. Cours de méthodologie. Magister. p11)

### **3.2.1 - La construction du questionnaire :**

Malgré la valeur limitée du questionnaire concernant l'information, il nous semble cependant essentiel pour connaître et analyser les attitudes et les comportements des individus qui ont perdu un proche de manière violente. Comme nous l'avons vu dans le cours de méthodologie (A. Rouag. 2002- 2003. p12) « le champ d'application de cette méthode est très vaste et sert à appréhender des phénomènes très divers et particulièrement des comportements privés et intimes », c'est le cas de notre objet d'étude où nous avons comme objectif de connaître et d'analyser les sentiments et les réactions des endeuillés qui sont liés au travail de deuil.

Après avoir collecté le maximum de données sur le sujet grâce aux réponses recueillies lors de la phase de la pré-enquête ainsi que des données relatives à la littérature écrite, nous avons élaboré un premier questionnaire que certains auteurs appellent le "questionnaire pilote" et ce, dans le but de tester sa compréhension, sa validité sur le plan méthodologique et son enrichissement, à travers les réponses proposées par un échantillon choisi au hasard, et ce, avant sa passation définitive à la population de notre enquête.

### **3.2.2- La description du questionnaire :**

Notre questionnaire est composé de cinq (05) volets où chacun regroupe un certain nombre de questions. (Voir annexe n° 2 et 3. p311 et 320)

-Le premier volet représente les informations signalétiques qui concernent l'endeuillé et le défunt, où il nous a paru évident que certains facteurs tels que l'âge et les liens de parenté peuvent avoir une influence directe sur les réactions du deuil. Ce volet regroupe les neuf premières questions.

-Le deuxième volet concerne les réactions des endeuillés lors de la disparition d'un proche, car comme nous l'avons observé dans la partie théorique, c'est grâce à ces réactions et à la symptomatologie relevées chez les endeuillés que nous pouvons apprécier le travail de deuil et voir son évolution. Cette partie comporte onze questions. La variable "réactions" possède quatre indicateurs :

- 1- Les réactions qui surviennent juste après l'annonce de la nouvelle du décès. (Question n° 15)
- 2- Les différents sentiments qu'éprouve l'endeuillé après la mort de son proche (Questions n° 17, 18, 26- 31)
- 3- Les différents comportements de l'endeuillé qui sont survenus après le décès de son proche (Question n° 33)
- 4- Les symptômes somatiques qui sont apparus à la suite du décès. (Question n° 34)

-Le troisième volet réunit les informations sur la nature de la mort, sa date, ses causes...etc. Car il nous a semblé que ces informations vont nous aider à mieux comprendre certaines réactions des endeuillés et à mieux saisir les différentes étapes du travail de deuil. Pour cela, nous avons eu recours à six questions pour le savoir.

-Le quatrième volet s'intéresse à la responsabilité de la mort et de la sanction pénale qui semble jouer un rôle important dans l'amélioration de l'état des endeuillés. Ce volet regroupe sept questions.

-Enfin le cinquième volet qui nous informe sur l'évolution de l'état de l'endeuillé comporte les six dernières questions en plus des questions n° 16 et 35, relatives à la durée des réactions immédiates et des manifestations du deuil qui peuvent nous renseigner d'une manière indirecte, sur l'état de l'endeuillé.

Nous rappelons que certaines questions posées sont de type fermé qui sont, de l'avis de F. de Singly « celles où les personnes interrogées doivent choisir entre des réponses déjà formulées à l'avance » (1992. p66), comme par exemple la question n° 21 : Y a-t-il eu une poursuite judiciaire ?

D'autres questions sont en éventail où, comme le souligne H. Chauchat (1990. p203), la question est associée à une liste de réponses possibles ou éventail de réponses. L'intérêt de ces questions réside dans le fait que les données obtenues ici, peuvent être plus précises et plus fiables que celles qui résultent d'une question fermée, car le cadre proposé est moins schématique et plus conforme à la diversité de pensées qui existe dans une population.

Ces questions laissent la possibilité, soit à une seule réponse que certains auteurs nomment "la question à réponse unique", comme celles qui concernent l'âge, le sexe, la situation familiale.... Ou bien, elles laissent la possibilité de donner plusieurs réponses : c'est ce qu'on appelle les "questions à choix multiple" telles que les questions qui touchent aux comportements de l'endeuillé face à l'annonce du décès...etc.

### **3.2.3- Le testing du questionnaire :**

#### ***a/ Le déroulement du testing :***

Nous avons été contraints en premier lieu de traduire le questionnaire en arabe dialectal afin de faciliter sa passation aux personnes sans instruction. Lors de cette traduction, nous avons trouvé des difficultés pour traduire sept notions que nous avons jugé essentielles et qui sont les notions de "sidération", "haine", "mépris", "lamentation", "honte", "hostilité" et "ralentissement psychomoteur". Pour y remédier, nous avons établi leur liste pour la passer à une dizaine d'universitaires (enseignants, psychologues, étudiants) afin de lui trouver l'équivalent en langue arabe. Sur ce point, nous nous sommes appuyés sur le maximum de répétition des synonymes donnés.

Dans une seconde phase, nous avons passé 28 questionnaires (15 en arabe et 13 en français), à neuf (09) enseignants, cinq (05) médecins, sept (07) infirmiers, cinq (05) psychologues et deux (02) étudiants en magister, afin de juger sa fiabilité.

#### ***b/ Le résultat du testing :***

Ce pré-test nous a permis, après avoir dépouillé les réponses, de reformuler certaines questions qui paraissaient vagues et incorrectes, à enrichir quelques réponses proposées par les sujets interrogés puis à éliminer certains termes qui semblaient flous et à les remplacer par des concepts plus clairs et plus précis.

### 3.2.4- La passation :

#### *a/ La passation du questionnaire :*

Pour ce qui est de l'enquête proprement dite, elle a débuté au mois d'Avril 2004 et a été terminée au mois de Septembre 2004. Quant à la passation du questionnaire, elle s'est déroulée d'une manière directe et individuelle entre nous et les sujets interrogés au niveau du service de médecine légale. Elle a concerné quatre vingt et une personnes (81) convoquées par ce service et qui sont réparties entre cinquante femmes (50) et trente et un hommes (31).

Quant à la limite inférieure de l'âge des endeuillés, nous l'avons fixée à 18 ans, afin d'éviter d'interroger les jeunes enfants et ce, pour la raison que nous avons évoqué dans le premier chapitre (p 27), et qui consiste dans le fait que l'enfant ne perçoit le véritable sens de la mort qu'à partir de l'âge de 12 ans. Or avant cet âge, il a des difficultés à s'exprimer pour décrire ses sentiments. De même que certaines réactions de l'enfant différent de celles de l'adulte, ou bien elles lui sont spécifiques comme c'est le cas des comportements régressifs telle que l'énurésie secondaire. Comme nous avons tenu à éliminer certaines variables parasites liées notamment à son développement qui auraient pu fausser les résultats de l'enquête. Par exemple, il se peut que certains troubles soient liés à des problèmes existentiels et non à la perte de l'être cher. Ce qui est le cas également pour les adolescents.

Les tableaux récapitulatifs qui nous montrent les différentes caractéristiques de notre population sont les suivants :

Age Sexe	Moins de 30ans	30-50ans	Plus de 50ans	total	pourcentage
<b>féminin</b>	21	21	08	<b>50</b>	<b>61,73%</b>
<b>masculin</b>	13	11	07	31	38,27 %
<b>total</b>	<b>34</b>	32	15	<b>81</b>	<b>100%</b>
<b>pourcentage</b>	<b>41,98%</b>	39,50%	18,52%	<b>100%</b>	

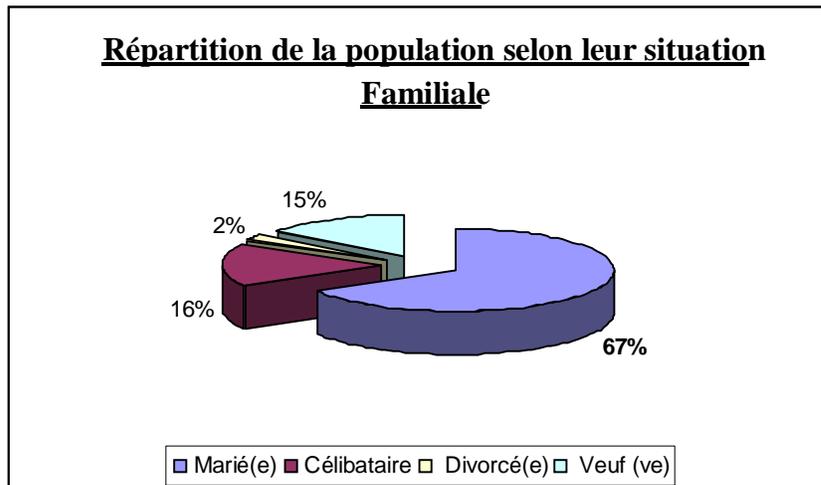
**Tableau n° 3 : Répartition de la population selon l'âge et le sexe**

Le tableau n° 3 rapporte que 81,48 % des sujets interrogés sont âgés de moins de 50 ans dont 41,98 % ont moins de 30 ans. 18,52 % ont plus de 50 ans. Rappelons cependant que notre population est constituée de 61,73 % de femmes et 38,27 % d'hommes.

<b>Situation familiale</b>		
1. Marié(e)	54	<b>66,67%</b>
2. Célibataire	13	16,05%
3. Divorcé(e)	02	2,47%
4. Veuf (ve)	12	14,81%
Total répondant	81	100,00%

**Tableau n° 4 : Répartition de la population selon leur situation familiale**

De ce tableau, il ressort que la majorité des sujets sont mariés soit 66,13%, 16,05% sont célibataires et 14,81 % sont veufs.

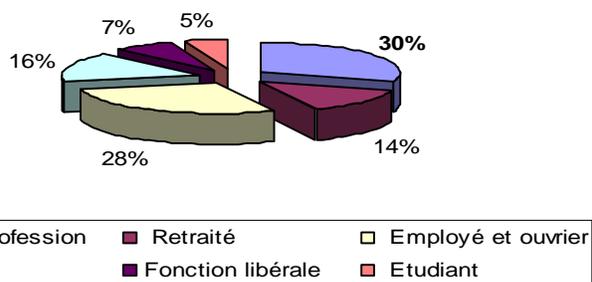


<b>Situation socio- professionnelle</b>		
1. Sans profession	24	29,63%
2. Retraité	11	13,58%
3. Employé et ouvrier	23	28,39%
4. Cadre	13	16,05%
5. Fonction libérale	6	7,40%
6. Etudiant	4	4,94%
Total répondant	81	100,00%

**Tableau n° 5: Répartition de la population selon la situation socio- professionnelle**

Dans ce tableau, nous remarquons que 29,63% de la population de notre enquête sont sans profession, 23 sujets soit 28,40% sont des fonctionnaires, 16,05% sont des cadres. Parmi cette population nous retrouvons quatre étudiants, soit 4,94% des enquêtés.

**Répartition de la population selon la situation socio- professionnelle**

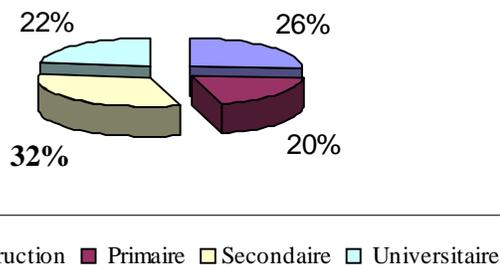


Niveau d'instruction		
1. Sans instruction	21	25,93%
2. Primaire	16	19,75%
3. Secondaire	26	32,10%
4. Universitaire	18	22,22%
Total répondant	81	100,00%

**Tableau n° 6 : Répartition de la population selon leur niveau d'instruction**

Le tableau n° 6 nous indique que 21 sujets soit 25,93% sont sans instruction, 19,75% ont un niveau primaire et 32,10% sont d'un niveau secondaire, tandis que 18 soit 22,22% sont d'un niveau universitaire.

**Répartition de la population selon le niveau d'instruction**



**b/ Le codage du questionnaire :**

Afin de traiter les données collectées, nous avons effectué le codage des réponses de la manière suivante (voir annexe n° 4. p 329):

Pour les questions à réponse unique nous les avons codé 1, 2, 3,...selon le nombre des variables.

Exemple :

1) Pour la question relative au sexe nous avons codé la réponse :

1. Féminin
2. Masculin

2) L'âge de l'endeuillé :

1. Moins de 30 ans
2. Entre 30- 50 ans
3. Plus de 50ans

Concernant les questions à choix multiples, nous avons considéré chacune d'elles comme étant une question unique et la réponse était codée 1 pour la réponse "Oui" et 2 pour le "Non". Exemple :

- **Avant le codage**

Q 6 : Est-ce que vous souffrez, vous-même :

D'une maladie organique chronique

D'une maladie psychiatrique

- **Après le codage**

Q 6. Est-ce que vous souffrez vous-même d'une maladie organique chronique :

1. oui
- 2 .non

Q 7. Est-ce que vous souffrez vous-même d'une maladie psychiatrique :

1. oui
2. non

De là, nous avons décomposé les 40 questions en 142 items, afin de pouvoir utiliser toutes les informations recueillies lors de l'interprétation des résultats car elles semblent importantes pour la suite de notre investigation.

### **3.3. Les contraintes et les difficultés rencontrées sur le terrain :**

Comme dans toutes les recherches, nous avons eu des difficultés pour réunir la population totale de notre enquête. Sur les 120 convocations que nous avons envoyées, nous n'avons reçu que 81 réponses. Les raisons de ces déperditions sont dues essentiellement au fait que certaines adresses étaient incomplètes. Ou bien il y eu un changement des adresses. Une autre raison a entravé notre travail : c'est la réticence ou le refus de certains sujets de participer à cette étude surtout lorsqu'ils ont perdu un proche à la suite d'un meurtre. Tant que les poursuites judiciaires n'étaient pas encore terminées, ces personnes appréhendent ou refusent carrément de répondre aux questions qui leurs rappèlent la disparition tragique et douloureuse du défunt.

La troisième raison est liée au délai trop court pour la réalisation de cette enquête (6 mois). Le mémoire de magister devait être réalisé en une année, d'où l'impossibilité de convoquer d'autres sujets.

### **4. Le traitement des informations :**

Après avoir codé les données du questionnaire, nous sommes passées à l'étape de dépouillement. Il s'agit, selon H. Delmet et J. P. Poursuis, de transcrire les réponses sous une forme homogène afin de pouvoir les traiter, les comparer et établir des relations entre elles (1988. p165). Ainsi, nous pouvons accéder à la dernière phase de l'étude, qui est celle du traitement des informations. Pour ce faire, nous avons utilisé le logiciel "Stat Box" 1995-97 édité chez Grimer Logiciels, version 2.5, qui est une boîte à outils pour Microsoft Excel.

L'analyse des résultats de l'enquête nous permet de voir si les hypothèses de la recherche émises au départ, sont confirmées ou infirmées dans les faits.

Elle s'est faite sur deux niveaux :

#### **4.1- Les tris à plat :**

Le premier est celui des tris à plat où nous avons calculé la distribution des effectifs ainsi que les pourcentages des modalités de réponses de chaque question. Nous les avons présenté sous forme de tableaux et de graphiques.

Ce type d'analyse nous donne une idée générale sur les résultats de la recherche, et nous permet de comprendre qualitativement autant que quantitativement le comportement des sujets. (M. Robert. 1988. p312)

#### **4.2- Les tris croisés :**

Le second niveau consiste en des tris croisés qui permettent de voir s'il y a une relation entre les variables des hypothèses de notre travail.

Pour accéder à ce niveau d'analyse, nous avons utilisé le test statistique "khi deux".

Le Khi 2 est un test statistique non paramétrique qui s'applique uniquement à l'échelle nominale. Son intérêt réside, comme le définit N. Berthier, dans le fait d'évaluer si un écart entre des variables indépendantes doit être considéré comme significatif ou au contraire comme ayant beaucoup de chance d'être fortuit (1998. p193).

L'une des conditions indispensable de l'application de ce test consiste en la formulation d'une "hypothèse nulle" ou de "non différence" qui est formulée comme suit : « il n'existe pas de différence statistiquement significative entre la variable "....." et la variable "....." au seuil de probabilité  $\alpha = .05$ .

Le seuil de probabilité doit être fixé dès le départ. Pour notre part nous l'avons fixé à  $\alpha = .07$ . Si le seuil de probabilité calculé était inférieur ou égale à  $.07$ , nous rejetons l'hypothèse pour admettre que les deux distributions diffèrent significativement. Ce qui revient à dire que les deux variables sont liées.

S'il a dépassé ce seuil, exemple  $\alpha = .08$  ou  $\alpha = .1$ , nous n'avons pas pris en considération ces croisements dans l'interprétation et l'analyse de nos résultats.

## Chapitre V: Présentation et analyse des résultats

### 1- Présentation des tris à plat :

Maladie de l'endeuillé	1. Oui		2. Non		Total répondant	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage		
M. organique chronique	28	34,57%	53	65,43%	81	100,00%
Maladie psychiatrique	8	9,88%	73	90,12%	81	100,00%

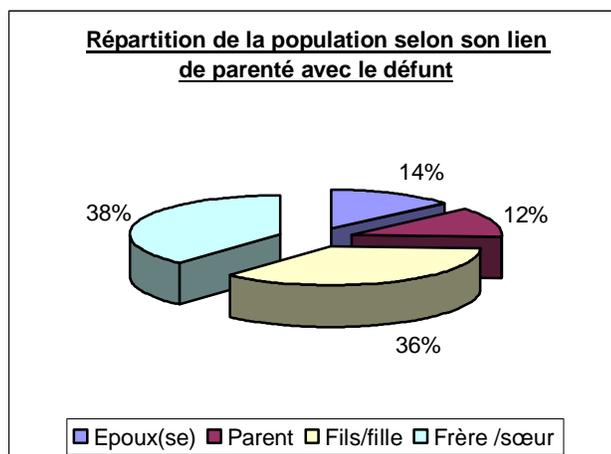
**Tableau n° 7 : Répartition de la population en fonction de la présence ou l'absence d'une maladie**

Nous constatons à travers ces résultats que 34,57% de la population générale (soit 28 personnes) souffrent d'une maladie organique chronique. Alors que 9,88% soit 8 sujets sur les 81 souffrent d'une maladie psychiatrique.

Lien de parenté		
1. Epoux /épouse	10	12,35%
2. Parent	11	13,58%
3. Enfant	29	35,80%
4. Frère/ sœur	31	<b>38,27%</b>
Total répondant	81	100,00%

**Tableau n° 8 : Répartition de la population selon le lien de parenté avec le défunt**

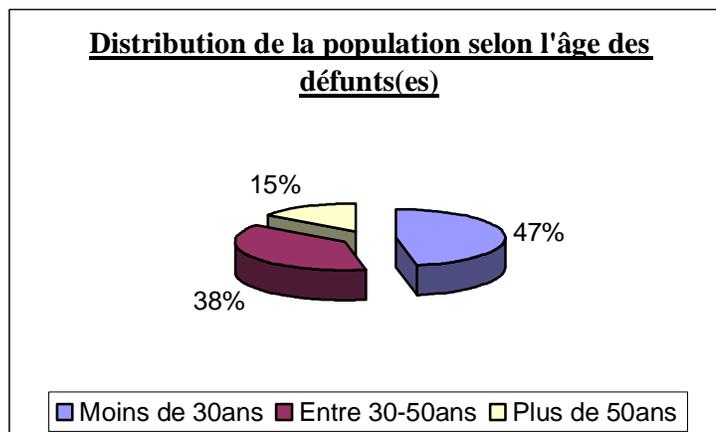
Pour ce qui est du lien de parenté avec le défunt 31 personnes ont perdu un frère ou une sœur à savoir 38,27% de la population. 29 personnes soit 35,80% ont perdu un enfant, le reste des enquêtés ont perdu soit un époux dans 12.35% des cas, soit un parent dans 13,58% des cas.



Age du défunt		
1. Moins de 30 ans	38	46,90%
2. Entre 30-50 ans	31	38,30%
3. Plus de 50ans	12	14,80%
Total répondant	81	100,00%

**Tableau n° 9 : Distribution de la population selon l'âge des défunts**

De ce tableau, il ressort que 46,90% des défunts avaient moins de 30 ans, alors que 38,30% soit 31 personnes avaient entre 30 et 50 ans et 14,80% étaient âgés de plus de 50 ans.



Maladie du défunt	1. Oui		2. Non		Total répondant	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage		
M. organique chronique	9	11,11%	72	88,89%	81	100,00%
Maladie psychiatrique	10	12,35%	71	87,65%	81	100,00%
Tentative de suicide	8	9,88%	73	90,12%	81	100,00%

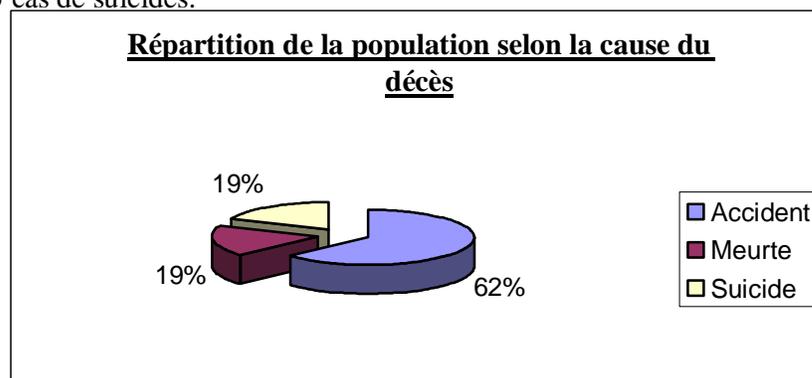
**Tableau n° 10 : Répartition de la population selon les maladies que présentaient les défunts**

Le tableau 11 nous renseigne sur les maladies dont souffraient les défunts avant leurs décès où nous observons que 12,35% d'entre eux soit 10 sur 81 des décédés souffraient d'une maladie psychiatrique. 11,11% souffraient d'une maladie organique chronique et 9,88% ont fait une tentative de se suicider.

Cause du décès		
1. Accident	51	62,96%
2. Meurtre	15	18,52%
3. Suicide	15	18,52%
Total répondant	81	100,00%

**Tableau n° 11 : Répartition de la population selon la cause du décès**

Le tableau 12 rapporte que 62,96% de la population étudiée ont perdu leur proche suite à un accident alors que les 30 sujets restants sont partagés entre le meurtre avec 15 décès et 15 cas de suicides.



<b>Raison du meurtre ou du suicide</b>		
<b>1. Problème matériel</b>	0	0,00%
<b>2. Problème familial</b>	4	13,33%
<b>3. Problème sentimental</b>	2	6,67%
<b>4. Echec scolaire</b>	2	6,67%
<b>5. Terrorisme</b>	9	30,00%
<b>6. Raison inconnue</b>	11	<b>36,66%</b>
<b>7. Problème de santé</b>	2	6,67%
<b>Total répondant</b>	<b>30</b>	<b>100,00%</b>

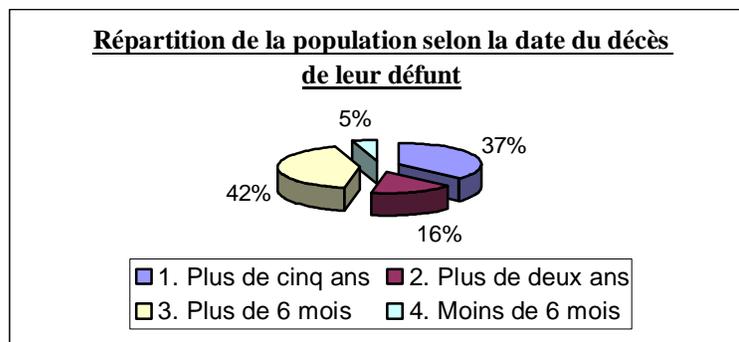
**Tableau n° 12 : Répartition de la population selon la raison du meurtre et du suicide**

Sur les 30 endeuillés qui ont perdu un proche suite à un meurtre ou à un suicide, 11 d'entre eux, soit 36,66% ne connaissent pas la raison de leur décès. 30 % pensent que c'est dû au terrorisme et 6,67% pensent que la mort de leur proche est liée soit à un problème de santé, soit à un échec scolaire ou bien à un problème sentimental.

<b>Date du décès</b>		
<b>1. Plus de cinq ans</b>	30	37,04%
<b>2. Plus de deux ans</b>	13	16,05%
<b>3. Plus de 6 mois</b>	34	<b>41,97%</b>
<b>4. Moins de 6 mois</b>	4	4,94%
<b>Total répondant</b>	<b>81</b>	<b>100,00%</b>

**Tableau n° 13 : Répartition de la population selon la date du décès**

Ce tableau démontre que 46,91% de la population ont perdu leur proche il y a moins de deux ans, dont 34 cas entre 6 mois et deux ans et 4 cas il y a moins de six mois. Alors que 53,09% des endeuillés soit 43 sujets, ont perdu leur proche y a plus de deux ans.



Annonce de la mort		
1. Un parent	34	41,97%
2. Un voisin	19	23,46%
3. La police	10	12,35%
4. Etait présent	18	22,22%
Total répondant	81	100,00%

**Tableau n° 14 : Répartition de la population en fonction des personnes qui ont  
annoncé le décès**

De ce tableau il ressort que 41,97% des endeuillés ont appri la nouvelle du décès par le biais d'un membre de la famille.

10 d'entre eux ont été prévenu par la police, tandis que 18 sujets étaient présents lors du décès de leur proche.

Réalisation du décès		
1. Sur le moment	36	44,44%
2. En voyant sa dépouille	38	46,92%
3. En allant au cimetière	4	4,94%
4. En voyant du monde	3	3,70%
Total répondant	81	100,00%

**Tableau n° 15: Distribution de la population en fonction de la réalisation du décès**

Nous constatons à travers ce tableau que 46,92% soit 38 sujets ont réalisé le décès de leur proche seulement lorsqu'ils ont vu sa dépouille. 44,44% ont pris conscience sur le moment, tandis que 4,94% ne l'ont admis que lorsqu'ils sont partis au cimetière.

Réactions immédiates	1. Oui		2. Non		Total répondant	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage		
Choc	59	72,84%	22	27,16%	81	100,00%
Surprise	24	29,63%	57	70,37%	81	100,00%
Pleurs	54	66,67%	27	33,33%	81	100,00%
Lamentation	14	17,28%	67	82,72%	81	100,00%
Cris	20	24,69%	61	75,31%	81	100,00%
Douleur	36	44,44%	45	55,56%	81	100,00%
Sidération	27	33,33%	54	66,67%	81	100,00%
Evanouissement	14	17,28%	67	82,72%	81	100,00%
Difficulté de croire la nouvelle	41	50,62%	40	49,38%	81	100,00%
Refus d'accepter la disparition	20	24,69%	61	75,31%	81	100,00%
Attente du retour du défunt	21	25,93%	60	74,07%	81	100,00%
Recherche de la cause	21	25,93%	60	74,07%	81	100,00%
Difficulté à parler de la mort	21	25,93%	60	74,07%	81	100,00%
Contrôle ses émotions	3	3,70%	78	96,30%	81	100,00%

**Tableau n° 16 : Présence ou absence des réactions immédiates enregistrée auprès de l'ensemble de la population**

Pour ce qui est du tableau 17 relatif aux différentes réactions qui surviennent juste après l'annonce de la nouvelle de la mort violente, nous observons que 59 endeuillés soit 72,84% ont eu une réaction de choc. 66,67% soit 54 sujets ont réagit par des pleurs. 50,62% de la totalité de la population avaient des difficultés à croire en la nouvelle du décès, alors que dans 49,38% des cas (soit 40 sujets) cette difficulté est absente. Seulement 3 sujets de la population étudiée soit 3,70% ont contrôlé leurs émotions.

<b>Durée des réactions immédiates</b>		
<b>Non répondant</b>	3	3,70%
<b>1. Quelques heures</b>	11	13,58%
<b>2. Quelques jours</b>	12	14,82%
<b>3. Quelques semaines</b>	8	9,88%
<b>4. Quelques mois</b>	47	<b>58,02%</b>
<b>Total répondant</b>	81	100,00%

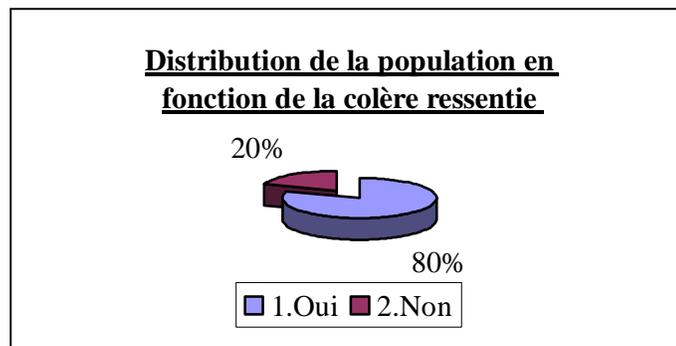
**Tableau n° 17 : Répartition de la population selon la durée des réactions immédiates**

Ce tableau nous montre que chez plus de la moitié de la population les réactions ont duré quelques mois alors que chez 12 personnes (14,82%) ils n'ont duré que quelques jours et 8 enquêtés seulement ont rapporté que ces réactions ont duré quelques semaines.

<b>Sentiment de colère</b>		
<b>1. Oui</b>	65	<b>80,25%</b>
<b>2. Non</b>	16	19,75%
<b>Total répondant</b>	81	100,00%

**Tableau n° 18 : Distribution de la population en fonction de la colère ressentie**

Le tableau 19 rapporte que 80,25% de la population soit 65 sujets ont ressenti de la colère.



Colère dirigée envers:	1. Oui		2. Non		Total répondant	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage		
Un membre de la famille	17	20,99%	64	79,01%	81	100,00%
Soi-même	7	8,64%	74	91,36%	81	100,00%
Le défunt	7	8,64%	74	91,36%	81	100,00%
Celui qui a causé la mort	42	<b>51,85%</b>	39	48,15%	81	100,00%
Le destin	2	2,47%	79	97,53%	81	100,00%

**Tableau n° 19 : Répartition de la colère en fonctions du responsable présumé du décès**

Dans ce tableau nous remarquons que 51,85% des endeuillés soit un peu plus de la moitié de population de l'enquête ont ressenti de la colère envers ceux qui ont causé la mort de leur défunt. 20,99% en voulaient à un membre de la famille. Alors que 2,47% de la population étaient en colère contre le destin et 7 sujets sur les 81 soit 8,64% étaient en colère contre le défunt.

Expression de la colère	1. Oui		2. Non		Total répondant	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage		
Verbale	41	<b>50,62%</b>	40	49,38%	81	100,00%
Gestuelle	8	9,88%	73	90,12%	81	100,00%
Passages à l'acte	1	1,23%	80	98,77%	81	100,00%
Envie de vengeance	12	14,81%	69	85,19%	81	100,00%
Colère non exprimée	9	11,11%	72	88,89%	81	100,00%
Par des pleurs	3	3,70%	78	96,30%	81	100,00%

**Tableau n° 20 : Répartition de la population suivant l'expression de la colère**

La moitié de la population exprime verbalement sa colère, 14,81% ont des envies de vengeance alors qu'une seule personne sur les 81 enquêtés est passée à l'acte. Par contre 9 sujets soit 11,11% des endeuillés n'ont pas exprimé leur colère.

Le responsable du décès		
1. Une personne proche	15	18,52%
2. Une personne inconnue	49	<b>60,49%</b>
3. Le destin	6	7,41%
4. Personne	11	13,58%
Total répondant	81	100,00%

**Tableau n° 21 : Répartition de la population en fonction de la connaissance du responsable du décès**

Ce tableau indique que 60,49% des endeuillés soit 49 sujets ne connaissent pas le responsable du décès de leur proche. 15 sujets (soit 18,52%) considèrent que c'est une personne connue qui est à l'origine de sa mort. Tandis que 6 personnes (7,41%) accusent le destin. Les 11 enquêtés restants pensent que nul n'est responsable du décès de leur proche.

Sentiment envers le responsable	1. Oui		2. Non		Total répondant	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage		
Colère	40	<b>49,38%</b>	41	50,62%	81	100,00%
Mépris	12	14,81%	69	85,19%	81	100,00%
Haine	20	24,69%	61	75,31%	81	100,00%
Désir de vengeance	15	18,52%	66	81,48%	81	100,00%
Indifférence	6	7,41%	75	92,59%	81	100,00%

**Tableau n° 22 : Répartition de la population en fonction des sentiments ressentis envers le responsable du décès**

Pour ce qui est du sentiment qu'ils éprouvent envers le responsable, ce tableau nous montre que 49,38% des endeuillés ont ressenti de la colère envers le responsable, 24,69% ont éprouvé de la haine alors que 18,52% des sujets ont eu envie de se venger. Par contre 7,41% d'entre eux étaient indifférents.

<b>Présence de poursuite judiciaire</b>		
<b>1. Oui</b>	32	45,68%
<b>2. Non</b>	40	<b>49,38%</b>
<b>3. Pas encore</b>	9	4,94%
Total répondant	81	100,00%

**Tableau n° 23 : Répartition de la population en fonction de la présence ou non des poursuites judiciaires**

Pour ce qui est des poursuites judiciaires 49,38% des cas ont affirmé qu'il n'y a pas eu de poursuites judiciaires à la suite du décès. 45,68% des cas ont répondu par l'affirmative tandis que 4,94% sont dans l'attente d'une poursuites judiciaire.

<b>Attentes</b>		
<b>1. Réparation</b>	10	24,39%
<b>2. Accord a l'amiable</b>	1	2,44%
<b>3. Sanction</b>	23	<b>56,10%</b>
<b>4. Rien</b>	5	12,19%
<b>5. Acquiescement</b>	2	4,88%
Total répondant	41	100,00%

**Tableau n° 24 : Répartition de la population en fonction de leurs attentes**

Nous observons à travers ces résultats que 23 endeuillés soit 56,10% souhaitent des sanctions sévères envers le responsable du décès de leur proche. 10 sujets attendent une réparation alors que 5 d'entre eux (12,19%) n'espèrent rien de la justice.

<b>Satisfaction</b>		
<b>1. Oui</b>	5	15,63%
<b>2. Non</b>	27	<b>84,37%</b>
Total répondant	32	100,00%

**Tableau n° 25 : Répartition de la population selon le degré de satisfaction envers la justice**

Il ressort de ce tableau que la majorité des sujets soit 84,37% interrogés ne sont pas satisfaits des résultats de la justice par contre 5 sujets soit 15.63%, le sont.

<b>Oui, pourquoi</b>		
<b>1. Le coupable est puni</b>	5	100,00%
Total répondant	5	100,00%

**Tableau n° 26 : Répartition de la population au sujet de la satisfaction des endeuillés pour justice rendu**

Nous remarquons dans ce tableau que les 5 sujets (soit 100%) sont persuadés que le coupable a été puni par la justice.

<b>Non, pourquoi</b>		
<b>1. La sanction est insuffisante</b>	16	<b>59,26%</b>
<b>2. La sanction ne remplace jamais l'être cher</b>	7	25,93%
<b>3. Y pas eu de sanction</b>	4	14,81%
Total répondant	27	100,00%

**Tableau n° 27 : Répartition de la population en fonction de leur insatisfaction pour justice non rendue**

Chez les enquêtés qui n'étaient pas satisfaits des poursuites judiciaires, nous relevons que leur majorité, soit 16 personne sur 27 avec un taux de 59,26% ont jugé que la sanction du responsable était insuffisante. Alors que 7 autres (14,81%) trouvent que les sanctions ne remplacent pas l'être cher. Pour les 4 derniers il n'y a pas eu de sanction.

Sentiments de l'endeuillé	1. Oui		2. Non		Total répondant	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage		
Chagrin/tristesse.	71	87,65%	10	12,35%	81	100,00%
Angoisse	43	53,09%	38	46,91%	81	100,00%
Douleur	47	58,02%	34	41,98%	81	100,00%
Désespoir	22	27,16%	59	72,84%	81	100,00%
Peur de mourir /de devenir fou	9	11,11%	72	88,89%	81	100,00%
Envie de mourir	19	23,46%	62	76,54%	81	100,00%
Honte	1	1,23%	80	98,77%	81	100,00%
Solitude	30	37,04%	51	62,96%	81	100,00%
Nostalgie	64	79,01%	17	20,99%	81	100,00%
Insécurité	12	14,81%	69	85,19%	81	100,00%
La vie n'a plus de sens	32	39,51%	49	60,49%	81	100,00%
Sent. de vide	41	50,62%	40	49,38%	81	100,00%

**Tableau n° 28 : Présence ou absence des sentiments éprouvés par l'ensemble de la population étudiée**

De ce tableau il ressort que les sentiments les plus répandus dans cette population sont le chagrin avec 87,65% de la population soit 71 sujets, suivi de la nostalgie avec 79,01% (soit 64 endeuillés). 58,02% ont ressenti de la douleur alors que 41,98% des cas soit 34 personnes n'ont pas eu ce sentiment. Seulement 1 sujet sur les 81 soit 1,23% a déclaré avoir ressenti de la honte.

Persistence de la colère		
1. Oui	53	65,43%
2. Non	28	34,57%
Total répondant	81	100,00%

**Tableau n° 29 : Répartition de la population suivant la persistance de la colère**

De ce tableau il ressort que plus de la moitié des endeuillés (65,43%) ont continué à ressentir de la colère pendant longtemps.

Colère dirigée envers :		
1. Le responsable	33	62,26%
2. Un membre de la famille	11	20,75%
3. Soi-même	5	9,43%
4. Le défunt	3	5,66%
5. Le destin	1	1,90%
Total répondant	53	100,00%

**Tableau n° 30 : Répartition de la colère en fonction des personnes présumées responsables du décès**

Dans 62,26% des cas les endeuillés ont continué à ressentir de la colère envers celui qui a causé la mort de leur proche. pour 20,75% envers un membre de la famille, pour 9,43% des cas c'est envers eux même qu'ils en voulaient. Tandisque chez 1,90% des enquêtés la colère se manifestait envers le destin.

Même nature de la colère		
1. Oui	33	40,74%
2. Non	48	59,26%
Total répondant	81	100,00%

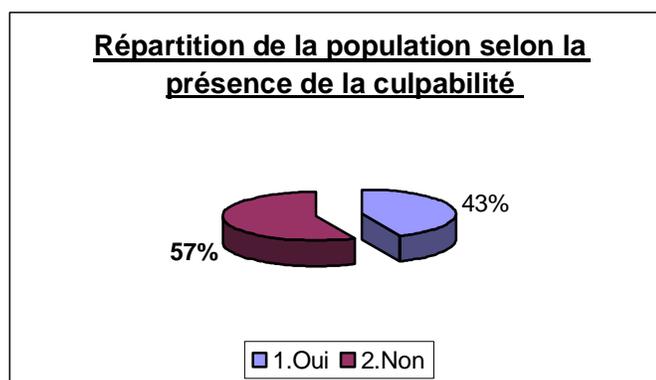
**Tableau n° 31 : Répartition de la population selon la nature de la colère**

Pour ce qui est de la nature de cette colère, le tableau nous montre que dans 40,74% des cas la colère est la même que celle ressentie à l'annonce de la mort. Par contre 48 soit 59,26% des endeuillés la trouve différente.

Culpabilité		
1. Oui	35	43,21%
2. Non	46	56,79%
Total répondant	81	100,00%

**Tableau n° 32 : Répartition de la population selon la présence de la culpabilité**

Le tableau 33 indique que plus de la moitié de la population questionnée ne s'est pas sentie coupable de la mort de son proche, alors que 35 d'entre eux soit 43,21% ont éprouvé de la culpabilité vis-à-vis de leur défunt.



Expression de la culpabilité	1. Oui		2. Non		Total répondant	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage		
Recherche des fautes	9	11,11%	72	88,89%	81	100,00%
Recherche des omissions	9	11,11%	72	88,89%	81	100,00%
Recherche des mots non dits	9	11,11%	72	88,89%	81	100,00%
Avoir survécu	4	4,94%	77	95,06%	81	100,00%
N'avoir pas pu éviter sa mort	22	27,16%	59	72,84%	81	100,00%

**Tableau n° 33 : Répartition de la population selon l'expression de la culpabilité**

Ce tableau nous permet de voir que 22 endeuillés (27,16%) s'en veulent de n'avoir pas pu éviter la mort de leur défunt. 27 sujets sont partagés entre la recherche des fautes, omissions et des non dits, alors que 4 endeuillés seulement (soit 4,94%) culpabilisaient du fait d'avoir survécu à leur proche.

Interprétation de la mort		
1. Accident	12	14,82%
2. Meurtre	20	24,69%
3. Mektoub	49	60,49%
Total répondant	81	100,00%

**Tableau n° 34 : Répartition de la population selon leur interprétation du décès**

Le tableau 35 rapporte que 60,49% de la population lie la mort de leur défunt au Mektoub, 24,69% des endeuillés soit 20 personnes la considère comme due à un meurtre alors que 14,82% (12 sujets) l'interprètent comme étant un accident.

Comportements de l'endeuillé	1. Oui		2. Non		Total répondant	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage		
<b>Pleurs</b>	70	<b>86,42%</b>	11	13,58%	81	100,00%
<b>Hostilité</b>	2	2,47%	79	97,53%	81	100,00%
<b>Agressivité</b>	6	7,41%	75	92,59%	81	100,00%
<b>Isolement</b>	27	33,33%	54	66,67%	81	100,00%
<b>Distraction</b>	15	18,52%	66	81,48%	81	100,00%
<b>Hyperactivité</b>	6	7,41%	75	92,59%	81	100,00%
<b>Rêves répétés</b>	43	<b>53,09%</b>	38	46,91%	81	100,00%
<b>Cauchemars</b>	15	18,52%	66	81,48%	81	100,00%
<b>Rappel des souvenirs</b>	69	<b>85,19%</b>	12	14,81%	81	100,00%
<b>Difficultés à réfléchir</b>	22	27,16%	59	72,84%	81	100,00%
<b>Difficultés à prendre décisions</b>	7	8,64%	74	91,36%	81	100,00%
<b>Difficultés à travailler</b>	30	37,04%	51	62,96%	81	100,00%
<b>Ressent sa présence</b>	35	43,21%	46	56,79%	81	100,00%
<b>Impression d'entendre sa voix</b>	28	34,57%	53	65,43%	81	100,00%
<b>Manque d'intérêt pour l'hygiène</b>	4	4,94%	77	95,06%	81	100,00%
<b>M. intérêt pour activités courantes</b>	25	30,86%	56	69,14%	81	100,00%
<b>M. intérêt pour l'apparence</b>	17	20,99%	64	79,01%	81	100,00%
<b>Visites répétées de la tombe</b>	52	<b>64,20%</b>	29	35,80%	81	100,00%

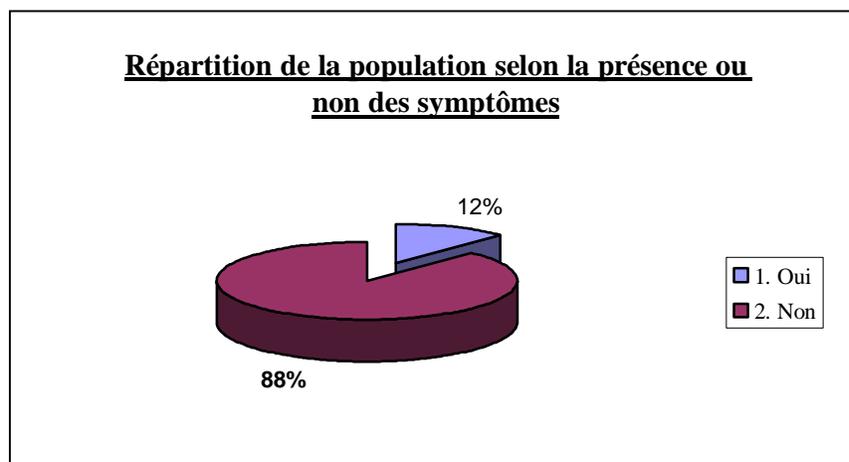
**Tableau n° 35: Présence ou absence des comportements enregistrés auprès de l'ensemble de la population**

Ce tableau regroupe les différents comportements observés chez les endeuillés quelques temps après le décès d'un proche. Il nous montre que 86,42% soit la majorité de la population étudiée pleure son disparu, 85,19% soit 69 endeuillés se rappellent fréquemment les souvenirs relatifs à leur défunt et 53,09% disent qu'ils rêvent souvent de leur défunt. Nous observons également que 64,20% à savoir 52 enquêtés font des visites répétées au cimetière, tandis que 4 personnes présentent un manque d'intérêt pour l'hygiène et deux autres manifestent un comportement hostile envers autrui.

<b>Absence de symptômes</b>		
<b>1. Oui</b>	10	12,35%
<b>2. Non</b>	71	<b>87,65%</b>
Total répondant	81	100,00%

**Tableau n° 36 : Répartition de la population selon la présence ou non des symptômes après la disparition d'un proche**

De ce tableau il ressort que la majorité des enquêtés soit 71 personnes ont présenté des symptômes suite au décès de leur proche.



Symptômes de l'endeuillé	1. Oui		2. Non		Total répondant	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage		
Fatigue	52	64,20%	29	35,80%	81	100,00%
Transpiration exagérée	10	12,35%	71	87,65%	81	100,00%
Tremblements	17	20,99%	64	79,01%	81	100,00%
Evanouissement	11	13,58%	70	86,42%	81	100,00%
Vertiges	16	19,75%	65	80,25%	81	100,00%
Maux de tête	43	53,09%	38	46,91%	81	100,00%
Manque d'énergie	22	27,16%	59	72,84%	81	100,00%
Bouche sèche	9	11,11%	72	88,89%	81	100,00%
Perte d'appétit	45	55,56%	36	44,44%	81	100,00%
Vomissement	6	7,41%	75	92,59%	81	100,00%
Troubles digestifs	6	7,41%	75	92,59%	81	100,00%
Diarrhée	0	0,00%	81	100,00%	81	100,00%
Insomnies	54	66,67%	27	33,33%	81	100,00%
Tensions musculaires	9	11,11%	72	88,89%	81	100,00%
Difficulté respiratoire	13	16,05%	68	83,95%	81	100,00%
Soupirs	27	33,33%	54	66,67%	81	100,00%
Palpitations cardiaques	24	29,63%	57	70,37%	81	100,00%
Hyper/hypotension	20	24,69%	61	75,31%	81	100,00%

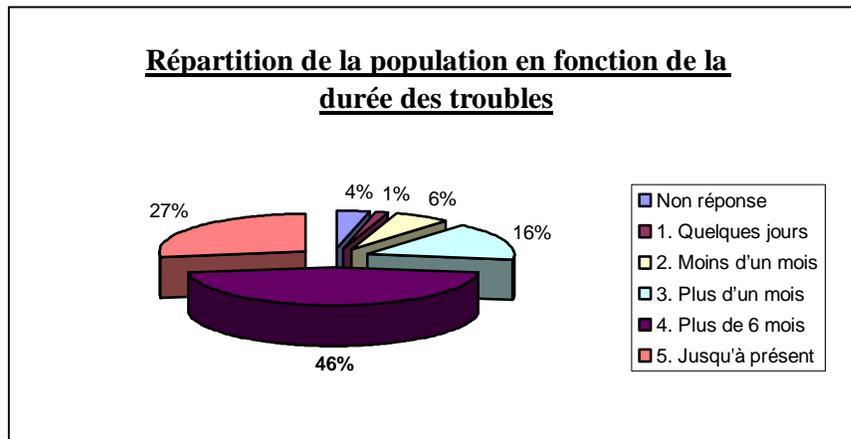
**Tableau n° 37 : Présence ou absence des symptômes enregistrés auprès de l'ensemble de la population**

De ce tableau nous pouvons constater que les symptômes les plus répondus chez cette population sont les insomnies dans 66,67% des cas, la fatigue chez 64,20% des cas, 53,56 % ont présenté un manque d'appétit et 53,09% d'entre eux se plaignent de maux de tête. Par contre aucun d'eux n'a eu de diarrhée.

<b>Durée des troubles</b>		
<b>Non réponse</b>	3	3,70%
<b>1. Quelques jours</b>	1	1,24%
<b>2. Moins d'un mois</b>	5	6,17%
<b>3. Plus d'un mois</b>	13	16,05%
<b>4. Plus de 6 mois</b>	37	<b>45,68%</b>
<b>5. Jusqu'à présent</b>	22	27,16%
<b>Total répondant</b>	81	100,00%

**Tableau n° 38 : Répartition de la population en fonction de la durée des troubles**

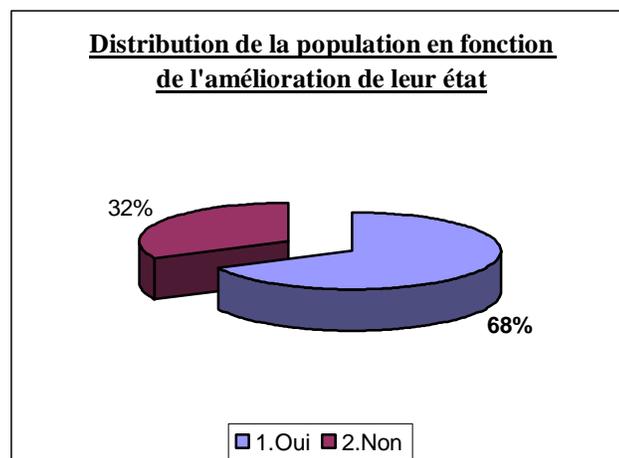
Si l'on se réfère à ce tableau nous constatons que 45,68% des enquêtés ont continué à avoir des troubles pendant plus de 6 mois, 27,16% les ont à ce jour, tandis que 3 personnes ont refusé de répondre à cette question.



<b>Amélioration</b>		
<b>1. Oui</b>	55	<b>67,90%</b>
<b>2. Non</b>	26	32,10%
<b>Total répondant</b>	81	100,00%

**Tableau n° 39 : Répartition de la population en fonction de l'amélioration de leur état**

Le tableau 50 nous montre que dans 67,90% des cas, les endeuillés ont senti une amélioration de leur état alors que 32,10% des sujets ont répondu par non.



Ce qui favorise l'amélioration	1. Oui		2. Non		Total répondant	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage		
<b>Religion</b>	55	<b>67,90%</b>	26	32,10%	81	100,00%
<b>Soutien familial</b>	39	48,15%	42	51,85%	81	100,00%
<b>Travail</b>	22	27,16%	59	72,84%	81	100,00%
<b>Confort matériel</b>	1	1,23%	80	98,77%	81	100,00%
<b>Traitement médical</b>	13	16,05%	68	83,95%	81	100,00%
<b>Médecine traditionnelle</b>	1	1,23%	80	98,77%	81	100,00%
<b>Prise en charge psychologique</b>	5	6,17%	76	93,83%	81	100,00%
<b>Evénements heureux</b>	4	4,94%	77	95,06%	81	100,00%

**Tableau n° 40: Répartition de la population selon les raisons qui ont favorisé leur amélioration**

De ce tableau il ressort que 67,90% des endeuillés trouvent que la religion a joué un rôle important dans l'amélioration de leur état, suivie du soutien familial avec 48,15% des sujets interrogés puis le travail qui vient en troisième position avec 27,16%. Enfin le traitement médical avec 16,05%. La médecine traditionnelle et le confort matériel n'ont présenté que 1,23% des cas.

manifestations de l'amélioration	1. Oui		2. Non		Total répondant	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage		
Diminution de culpabilité	10	12,35%	71	87,65%	81	100,00%
Diminution de la colère	25	30,86%	56	69,14%	81	100,00%
Diminution de la douleur	33	<b>40,74%</b>	48	59,26%	81	100,00%
Les souvenirs moins douloureux	33	<b>40,74%</b>	48	59,26%	81	100,00%
Moins de difficulté à parler de la mort	20	24,69%	61	75,31%	81	100,00%
Moins isolé	15	18,52%	66	81,48%	81	100,00%
Disparition des symptômes	9	11,11%	72	88,89%	81	100,00%
Nouvelles relations	11	13,58%	70	86,42%	81	100,00%

**Tableau n° 41 : Les manifestations de l'amélioration de l'état des endeuillés enregistrées auprès de l'ensemble de la population**

Ce tableau qui relatif aux différentes manifestations de l'améliorations des endeuillés montre que dans 40,74% des cas, les endeuillés ressentent une diminution de la douleur lors de l'évocation des souvenirs. Dans 30,86% des cas, il y a eu une régression de la colère, tandis que la disparition totale des symptômes n'est présente que dans 9 cas, soit 11,11%.

Changement dans le cours de la vie		
1. Oui	64	<b>79,01%</b>
2. Non	17	20,99%
Total répondant	81	100,00%

**Tableau n° 42: Répartition de la population selon le changement ressenti dans le cours de leur vie**

Alors que 79,01% de la population ont ressenti un changement dans leur vie après le décès de leur proche, par contre 20,99% soit 17 sujets sont restés les même.

Nature du changement	1. Oui		2. Non		Total répondant	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage		
Faire face aux difficultés	21	25,93%	60	74,07%	81	100,00%
Plus attentif et compréhensif	21	25,93%	60	74,07%	81	100,00%
Plus mûre	24	<b>29,63%</b>	57	70,37%	81	100,00%
Sentiment de vide	13	16,05%	68	83,95%	81	100,00%
Problèmes financiers	6	7,41%	75	92,59%	81	100,00%

**Tableau n°43 : Répartition de la population selon la nature du changement**

Selon les résultats obtenus dans ce tableau, nous pouvons dire que 24 enquêtés se sentent plus mûrs après le décès de leur proche. 25,93% considèrent qu'ils arrivent à faire face aux difficultés. La même proportion trouve qu'elle est devenue plus attentive et compréhensive par contre 6 sujets pensent que le changement réside dans l'apparition des problèmes financiers.

## **2- Interprétation des résultats des tris à plat :**

Après la présentation des résultats et des commentaires, le premier type de traitement va nous permettre d'avancer les interprétations suivantes à partir des tableaux des tris à plat.

Du point de vue du sexe et de l'âge, il est apparu que la majorité des endeuillés interrogés sont de sexe féminin, soit 61,73% et que les sujets âgés de moins de 50 ans constituent la grande majorité des enquêtés, soit 81,48% des cas.

Ainsi les femmes semblent mieux accepter de faire part de leur vécu à l'inverse des hommes qui seraient enclins à plus de réserve dans l'expression de leurs émotions.

Quant à la prédominance des jeunes adultes parmi les enquêtés, elle pourrait s'expliquer en partie par la jeunesse de la population algérienne.

Concernant la situation familiale, nous avons constaté que la plupart des endeuillés sont mariés, soit 66,67% des cas, par contre les célibataires ne représentent que 16,05% des cas. Ils ont soit perdu un frère ou une sœur, un enfant, un père ou une mère ou bien un époux ou une épouse. Ce sont exactement ces liens que nous avons voulu étudier dans cette présente étude afin de connaître l'impact du décès d'un parent de premier degré sur la vie des individus.

Pour ce qui est de la catégorie socio-professionnelle, nous avons remarqué que 51,86% des enquêtés exercent une profession, 13,58% sont des retraités et 29,63% sont sans profession. Ces résultats coïncident à peu près avec ceux relatifs au niveau d'instruction où il ressort que 54,32% des endeuillés ont un niveau secondaire ou universitaire alors que les sujets d'un niveau d'instruction bas représentent 25,93% de la population. Nous pouvons dire à ce sujet que plus le niveau d'instruction des enquêtés est élevé, plus ils semblent donner de l'importance au travail de recherche, et de ce fait le taux de participation de cette catégorie est élevé par rapport à ceux appartenant à la catégorie sans instruction qui en réalité est plus importante dans la population globale.

Les résultats relatifs à la santé de l'endeuillé, montrent que 9,88% de la population souffre d'une maladie psychiatrique et que 34,57% des cas sont atteints d'une maladie organique chronique. Il est cependant important de préciser qu'il est difficile d'attribuer ces maladies à la période antérieure au deuil ou à la période qui a suivi le décès.

Seulement, il est plausible que le décès du proche, puisse favoriser l'apparition d'une maladie psychologique ou organique ; ou bien il peut également contribuer à sa réapparition, à son accentuation ou à sa complication comme nous l'avons développé dans le chapitre deux sur le deuil (p 100).

Avant de continuer l'interprétation d'autres tableaux, se rapportant aux endeuillés, voyons à présent les tableaux relatifs aux défunts.

La très grande majorité des défunts était âgée de moins de 50 ans, soit 85,18%. Ce qui nous amène à dire, comme nous l'avons déjà souligné, que ceci est dû au fait que la population algérienne est jeune, et que par conséquent, c'est ce dernier qui meurt assez souvent de mort brutale et violente.

Concernant l'état de santé des défunts, nous avons observé que 12,35% d'entre eux souffraient d'une maladie psychiatrique et que 9,88% ont fait une tentative de suicide : ce qui peut expliquer que 18,52% des cas, soit 15 sujets se sont suicidés.

A l'inverse, les endeuillés attribuent 2 cas de suicide à un problème de santé. Tandis qu'ils attribuent la mort par suicide dans les autres cas à d'autres raisons, comme les problèmes sentimentaux, les problèmes familiaux...

Nous remarquons que le problème de suicide est souvent dissimulé par les familles et que la maladie dont souffrait la victime n'est pas retenue comme une explication à cet acte.

D'un autre côté, nous avons relevé 15 décès à la suite d'un meurtre. Les résultats de notre enquête nous révèlent que 9 défunts ont été victimes du terrorisme. Pour le reste la cause du meurtre demeure inconnue pour la famille.

Ce sont surtout les morts accidentelles avec les accidents de la circulation, les chutes accidentelles et les intoxications au monoxyde de carbone (CO) qui sont à l'origine de 62,96% des décès, soit 51 cas. Soulignons à ce sujet, que les morts accidentelles et notamment les accidents de la circulation sont responsables de 1187 morts et 15316 blessés pour les seuls cinq premiers mois de l'année 2004 sur tout le territoire national. Ce qui explique la prépondérance des morts accidentelles dans notre population.

Pour revenir aux réactions des endeuillés suite à l'annonce de la nouvelle du décès, l'enquête a démontré que les réactions les plus répandues étaient celles du choc et des pleurs dans 72,84% et 66,67% des cas, à partir du moment où la mort est soudaine et inattendue.

Ce mode d'expression qui paraît tout à fait normal, vu la nature violente du décès, est très courant dans notre société qui a tendance à exprimer bruyamment ses peines et ses joies. Cela fait partie de notre culture où les gens ont tendance à extérioriser leurs sentiments et émotions. D'où le taux relativement bas, soit 3,70% des endeuillés qui n'ont pas réagi après l'annonce du décès.

Vient ensuite la difficulté de croire à la mort de l'être cher dans 50,62% des cas. Ce qui peut expliquer que seulement 44,44 % des sujets ont réalisé le décès de leur proche sur le moment alors que 46,92% ne l'ont réalisé que lorsqu'ils ont vu sa dépouille (voir chapitre II. p78).

Quant à la douleur, elle était présente chez 44,44% des endeuillés tandis que 33,33% étaient frappés de sidération.

Pour ce qui est de la durée de ces réactions, elle s'est étalée sur plusieurs mois chez 58,02 % des endeuillés. Ce qui peut paraître excessif puisqu'il s'agit de réactions immédiates. L'explication serait le fait que les enquêtés ne sont pas arrivés à différencier les premières réactions consécutives à l'annonce de la mort et celles qui surviennent après le décès de l'être cher. Il se peut également que ces manifestations perdurent réellement dans le temps, et dans ce cas nous pensons qu'ils courent un risque de complication de leur deuil. C'est ce que nous avons rapporté dans le chapitre III (p147), où les réactions perdurent dans le cas de mort violente.

Quant au sentiment de la colère, il a prévalu dans 80,25% des cas soit chez 65 personnes de notre enquête. Cette colère était dirigée dans 51,85% des cas envers le responsable de la mort. Pour la majorité des endeuillés (41 personnes), ils se sont exprimés verbalement, tandis que 12 d'entre eux ont voulu venger leur défunt. Même dans les cas des suicides et des accidents, les endeuillés ont "désigné" un responsable envers qui ils ressentent de la haine dans 24,69% des cas. Par contre, 6 sujets n'ont rien éprouvé et sont restés indifférents.

La colère a persisté chez 53 personnes et elle était de même nature que lors de l'annonce du décès. 33 sujets en voulaient toujours à celui qui a causé le décès de leur proche. Sa persistance peut être liée au fait que le responsable n'a pas été puni et donc la colère et la vengeance n'ont pas été assouvies. En effet, dans 49,38 % des cas, il n'y a pas eu de poursuites judiciaires, comme dans le cas des suicides ou dans certains cas de mort accidentelle où il n'y a pas de tiers responsable.

Seulement 5 personnes, sur les 32 enquêtés qui ont entamé des poursuites judiciaires, sont satisfaites du verdict puisque le coupable a été puni. Tandis que le reste des endeuillés, soit 59,26% ne sont pas satisfaits de la sanction qu'ils trouvent insuffisante.

Quant aux sentiments éprouvés par les endeuillés suite à la mort de leur proche, nous retrouvons en première position le chagrin dans 87,65% de la population, la nostalgie dans 79,01%, la douleur chez 58,52% des enquêtés et le sentiment de vide dans la moitié des cas.

Pour ce qui est du sentiment de culpabilité, il est présent chez 35 sujets, dont 22 estiment qu'ils n'ont pas pu éviter la mort de leur défunt et 4 sujets culpabilisent du fait d'avoir survécu à ce drame.

Remarquons que tous ces sentiments précités sont des affects tout à fait légitimes chez les individus qui ont perdu un être cher et notamment lorsque la mort survient d'une manière brutale. Mais ces sentiments et surtout celui de la culpabilité, paraissent plus importants dans ces derniers cas.

Quelques temps après le décès, les endeuillés ont relaté les comportements suivants : en premier, les pleurs dans 86,42% des cas. Ce comportement a augmenté de 19,75 % par rapport aux premiers jours du deuil où il a touché 66,67% de la population. Cela peut s'expliquer par le fait que les endeuillés ont dépassé la période de choc et de sidération qui rendaient difficile l'expression de la douleur par les pleurs ou les cris.

Nous avons remarqué aussi une exagération des visites au cimetière, surtout lors des occasions religieuses, ainsi qu'une fréquence des rêves et des cauchemars liés au défunt.

Ces comportements sont assez fréquents dans notre culture Arabo-musulmane, où ils semblent jouer un rôle important dans l'apaisement de la douleur, à partir du moment où

ils ont tendance à garder le lien avec le défunt puisque son âme reste immortelle dans nos croyances religieuses.

Cependant, si ces comportements persistent, ils peuvent jouer un rôle inverse et de là, ils peuvent entraver le travail de deuil qui consiste justement à se détacher du défunt.

Pour ce qui est de l'apparition des symptômes somatiques, 10 sujets seulement ont rapporté qu'ils n'ont présenté aucun signe anormal à la suite du décès de leur proche, alors que 54 enquêtés ont souffert d'insomnies, 52 sujets de fatigue et 45 sujets disent avoir perdu leur appétit depuis la perte de l'être cher. Tous ces troubles ont duré généralement plus de 6 mois dans 45,68% des cas. Cela paraît tout à fait normal si leur durée ne dépasse pas une année à une année et demie selon les données de la littérature. C'est ce qui peut expliquer que l'amélioration de l'état des enquêtés a touché plus de la moitié de la population et elle s'est manifestée généralement par la diminution de la douleur chez 33 sujets alors que les souvenirs sont devenus moins douloureux chez d'autres. Par contre, le sentiment de colère n'a diminué que chez 25 sujets sur les 53 qui ont continué à ressentir de la colère.

L'absence de l'amélioration peut être liée soit à la date du décès qui est encore récente, ou bien au travail de deuil qui n'est pas encore achevé ; ce qui nous fait penser à une complication du deuil.

Ce qui a favorisé cette amélioration, c'est d'abord la religion qui fait que les musulmans croient en la volonté de Dieu et en la résurrection des morts dans l'au-delà. Cela peut expliquer que plus de la moitié de nos enquêtés lient le décès de leur défunt au Mektoub.

Le soutien familial vient en deuxième position pour favoriser l'amélioration de l'état des endeuillés, avec 48,15%. Cette amélioration tient au fait que notre société s'appuie toujours sur la cohésion et la solidarité du groupe, notamment en cas de coups durs.

Pour ce qui concerne les changements ressentis dans la vie après le décès du proche, 64 sujets, soit 79,01%, ont éprouvé un changement. Dans la majorité des cas, soit 29,63%, l'ont qualifié de positif : 24 endeuillés se sentent en effet plus mûrs, 21 se sentent plus capables à faire face aux difficultés. 13 sujets, soit 16,05%, éprouvent cependant un sentiment de vide. Ce qui reflète un changement négatif de leur vie et nous fait penser qu'ils vont aller vers une complication du processus du deuil.

### **3. Présentation et interprétation des tris croisés:**

#### **1- Variable sexe :**

##### **1.1- Tri croisé entre la variable ‘ Sexe’ et la variable ‘ Cris’ :**

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de différence statistiquement significative entre les distributions des variables ‘ **Sexe**’ et ‘ **Cris**’.

Sexe	Cris		Total
	1. Oui	2. Non	
1. Féminin	+++ 18 36,00%H 90,00%V 22,22%T	--- 32 64,00%H 52,46%V 39,51%T	50 100%H 61,73%V
2. Masculin	--- 2 6,45%H 10,00%V 2,47%T	+++ 29 93,55%H 47,54%V 35,80%T	31 100%H 38,27%V
Total	20 24,69%H 100,00%V	61 75,31%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
7,466317654	1	0,0062864

**Tableau n° 44 : Croisement entre les variables " Sexe" et " Cris".**

Le chi 2 est très significatif au seuil de probabilité de .006 donc l'hypothèse nulle est rejetée. Le chi 2 nous montre la relation entre les deux variables "sexe" et " cris", où nous constatons que ce sont les femmes s'expriment le plus par les cris.

**1.2- Tri croisé entre la variable " Sexe" et la variable " La vie n'a plus de sens" :**

**Hypothèse nulle** : il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la variable " Sexe" et la variable " La vie n'a plus de sens".

Sexe	La vie n'a plus de sens		Total
	1. Oui	2. Non	

1. Féminin	++ 25 50,00%H 78,12%V 30,86%T	-- 25 50,00%H 51,02%V 30,86%T	50 100%H 61,73%V
	2. Masculin	-- 7 22,58%H 21,88%V 8,64%T	++ 24 77,42%H 48,98%V 29,63%T
Total		32 39,51%H 100,00%V	49 60,49%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
6,019842625	1	0,01414591

**Tableau n° 45: Croisement entre les variables ‘ Sexe’ et ‘ La vie n’a plus de sens’.**

Le chi 2 est significatif au seuil de probabilité de .014, nous rejetons l’hypothèse nulle. Nous pouvons dire qu’il y a une relation statistiquement significative entre la variable ‘sexe’ et la variable ‘la vie n’a plus de sens’. Ce sont les femmes qui perdent le sens de la vie lors du décès de leur proche plus que les endeuillés hommes.

### **1.3- Tri croisé entre la variable ‘ Sexe’ et la variable ‘ Envie de mourir’ :**

***Hypothèse nulle*** : il n’y a pas de relation significative entre les distributions des deux variables ‘ Sexe’ et ‘ Envie de mourir’.

Sexe	Envie de mourir		Total
	1. Oui	2. Non	

1. Féminin	++	--	50 100%H 61,73%V
	16 32,00%H 84,21%V 19,75%T	34 68,00%H 54,84%V 41,98%T	
2. Masculin	--	++	31 100%H 38,27%V
	3 9,68%H 15,79%V 3,70%T	28 90,32%H 45,16%V 34,57%T	
Total	19 23,46%H 100,00%V	62 76,54%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
4,140286922	1	0,04187408

**Tableau n° 46: Croisement entre les variables “ Sexe” et “ Envie de mourir”.**

L’hypothèse nulle est rejetée puisque le chi 2 est significatif au seuil de probabilité de .04. Cela signifie qu’il y a une relation statistiquement significative entre les deux variables où nous constatons que les femmes éprouvent l’envie de mourir plus que les hommes.

**1.4- Tri croisé entre la variable “ Sexe” et la variable “ Difficulté à parler de la mort” :**

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de relation significative entre la variable “ Sexe” et la variable “ Difficulté à parler de la mort”.

Sexe	Difficulté à parler de la mort		Total
	1. Oui	2. Non	
1. Féminin	- 9 18,00%H 42,86%V 11,11%T	+ 41 82,00%H 68,33%V 50,62%T	50 100%H 61,73%V
2. Masculin	+ 12 38,71%H 57,14%V 14,81%T	- 19 61,29%H 31,67%V 23,46%T	31 100%H 38,27%V
Total	21 25,93%H 100,00%V	60 74,07%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
3,263236523	1	0,07084917

**Tableau n° 47: Croisement entre les variables ‘ Sexe’ et ‘ Difficulté à parler de la mort’.**

Le chi 2 est significatif au seuil de probabilité de .07, l’hypothèse nulle est rejetée.

Il nous montre la relation entre les deux variables ‘ sexe’ et ‘difficulté à parler de la mort’. Ici, ce sont les hommes qui ont le plus de difficulté à parler de la mort de leur proche par rapport aux femmes.

**1.5- Tri croisé entre la variable ‘ Sexe’ et la variable ‘ Colère contre un membre de la famille’ :**

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de différence statistiquement significative entre les distributions des variables ‘ Sexe’ et ‘Colère contre un membre de la famille’.

		Colère contre un membre de la famille		
Sexe	1. Oui	2. Non	Total	
1. Féminin	++	--		
	15	35	50	
	30,61%H	69,39%H	100%H	
	88,24%V	53,97%V	61,25%V	
	18,75%T	42,50%T		
2. Masculin	--	++		
	2	29	31	
	6,45%H	93,55%H	100%H	
	11,76%V	46,03%V	38,75%V	
	2,50%T	36,25%T		
Total	17	64	81	
	21,25%H	78,75%H	100%H	
	100,00%V	100,00%V	100,00%V	

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
5,25821352	1	0,02184343

**Tableau n° 48 : Croisement entre les variables “ Sexe” et “Colère contre un membre de la famille”.**

Le chi 2 est très significatif au seuil de probabilité de .02, nous rejetons donc l’hypothèse nulle. Le chi 2 nous montre ici qu’il existe une relation statistiquement significative entre les deux variables où nous remarquons que les femmes en deuil dirigent leur colère contre un membre de la famille, sentiment rare chez les endeuillés hommes.

**1.6- Tri croisé entre la variable “ Sexe” et la variable “ Manque d'intérêt pour l'apparence physique” :**

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de différence statistiquement significative entre la variable “ Sexe” et la variable “ Manque d'intérêt pour l'apparence physique”.

<b>Manque d'intérêt pour l'apparence physique</b>			
<b>Sexe</b>	<b>1. Oui</b>	<b>2. Non</b>	<b>Total</b>
<b>1. Féminin</b>	+++ 16 32,00%H 94,12%V 19,75%T	--- 34 68,00%H 53,12%V 41,98%T	50 100%H 61,73%V
<b>2. Masculin</b>	--- 1 3,23%H 5,88%V 1,23%T	+++ 30 96,77%H 46,88%V 37,04%T	31 100%H 38,27%V
<b>Total</b>	17 20,99%H 100,00%V	64 79,01%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

<b>Chi-2</b>	<b>deg. de liberté</b>	<b>Probabilité</b>
<b>7,897799969</b>	1	0,0049495

**Tableau n° 49: Croisement entre les variables “ Sexe” et “ Manque d'intérêt pour l'apparence physique”.**

Le chi 2 est très significatif au seuil de probabilité de .004. De ce fait nous rejetons l'hypothèse nulle et nous confirmons qu'il y a une relation statistiquement significative entre la variable “sexe” et la variable “manque d'intérêt pour l'apparence physique”, où les enquêtées n'accordent plus d'intérêt pour leur apparence physique. Comportement que nous ne retrouvons pas chez les hommes.

**1.7- Tri croisé entre la variable “ Sexe” et la variable “ Absence de symptômes” :**

**Hypothèse nulle** : il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les distributions des variables “ Sexe” et “ Absence de symptômes”.

Sexe	Absence de symptômes		Total
	1. Oui	2. Non	
1. Féminin	--- 1 2,00%H 10,00%V 1,23%T	(+++) 49 98,00%H 69,01%V 60,49%T	50 100%H 61,73%V
2. Masculin	(+++) 9 29,03%H 90,00%V 11,11%T	(---) 22 70,97%H 30,99%V 27,16%T	31 100%H 38,27%V
Total	10 12,35%H 100,00%V	71 87,65%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
<b>10,54451847</b>	1	0,00116533

Effectif théorique < 5

**Tableau n° 50 : Croisement entre les variables ‘ Sexe’ et ‘ Absence de symptômes’.**

Le chi 2 est très significatif au seuil de probabilité de .001, de ce fait, nous rejetons l’hypothèse nulle. Il y a donc une différence statistiquement significative entre la variable ‘sexe’ et la variable ‘absence de symptômes’. Nous avons constaté à travers ce croisement que les symptômes sont quasi absents chez les sujets de sexe masculin. Alors qu’ils sont fréquents chez les sujets de sexe féminin.

**1.8- Tri croisé entre la variable ‘ Sexe’ et la variable ‘ Perte d'appétit’ :**

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de relation statistiquement significative entre les distributions des variables ‘ Sexe’ et ‘ Perte d'appétit’.

Sexe	Perte d'appétit		Total
	1. Oui	2. Non	
1. Féminin	+++ 34 68,00%H 75,56%V 41,98%T	--- 16 32,00%H 44,44%V 19,75%T	50 100%H 61,73%V
2. Masculin	--- 11 35,48%H 24,44%V 13,58%T	+++ 20 64,52%H 55,56%V 24,69%T	31 100%H 38,27%V
Total	45 55,56%H 100,00%V	36 44,44%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
8,194063187	1	0,00420277

**Tableau n° 51 : Croisement entre les variables " Sexe" et " Perte d'appétit".**

L'hypothèse nulle est rejetée puisque le chi 2 est très significatif au seuil de probabilité de .004. Il montre qu'il existe une relation entre les deux variables où la perte d'appétit est beaucoup plus importante chez les femmes que chez les hommes.

**1.9- Tri croisé entre la variable " Sexe" et la variable " Diminution de la culpabilité" :**

**Hypothèse nulle** : il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les distributions des variables " Sexe" et " Diminution de la culpabilité".

Sexe	Diminution de la culpabilité		Total
	1. Oui	2. Non	
1. Féminin	(++) 10 20,00%H 100,00%V 12,35%T	-- 40 80,00%H 56,34%V 49,38%T	50 100%H 61,73%V
2. Masculin	(--) 0 0,00%H 0,00%V 0,00%T	(++) 31 100,00%H 43,66%V 38,27%T	31 100%H 38,27%V
Total	10 12,35%H 100,00%V	71 87,65%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
5,345797539	1	0,02077228

Effectif théorique < 5

**Tableau n° 52 : Croisement entre les variables "Sexe" et "Diminution de la culpabilité".**

La relation entre la variable diminution de la culpabilité et la variable le sexe est statistiquement significative, au seuil de probabilité .02. Nous rejetons l'hypothèse nulle. Le chi 2 ici nous montre que le sentiment de culpabilité n'a pas diminué chez les hommes contrairement aux femmes.

**Interprétation :**

Les résultats du Chi 2 nous confirment que les femmes s'expriment beaucoup plus que les hommes par les cris lors du décès de leur proche. C'est une manière pour elles d'extérioriser leurs sentiments de douleur. Pourtant ce sont elles également, qui ont

présenté le plus de symptômes somatiques telle que la perte d'appétit. Ceci peut s'expliquer par le fait que les femmes en général et les algériennes en particulier, ont plus de facilité à s'extérioriser, contrairement aux hommes qui ont reçu une éducation spécifique qui fait qu'ils n'ont pas le droit de montrer leurs émotions qui peuvent être considérées comme un signe de faiblesse. Effectivement, dans la culture algérienne les cris et les pleurs, sont des comportements spécifiques aux femmes. C'est ce qui nous confirme que les hommes ont beaucoup plus de difficultés à parler de la mort de leur défunt.

Il ressort également que les femmes semblent plus affectées que les hommes par le décès de leur proche. Cette affliction se manifeste chez la majorité d'entre elles par une perte du sens de la vie et un désintérêt total pour leur apparence physique. Ces comportements sont rarement observés chez les hommes de notre échantillon.

Nous avons constaté aussi que se sont toujours les femmes qui éprouvent le plus, l'envie de mourir après avoir perdu l'être cher. Cependant c'est chez elles que nous constatons une diminution du sentiment de culpabilité, contrairement aux hommes chez qui, ce sentiment est très exacerbé. Peut être est ce dû au fait que les femmes extériorisent leurs émotions alors que les hommes ne le font pas.

Bien qu'elles soient plus affectées que les hommes, elles sont les premières à présenter une amélioration qui apparaît à travers la diminution du sentiment de culpabilité.

## **2- Variable âge de l'endeuillé :**

### **2.1- Tri croisé entre la variable "Âge de l'endeuillé " et la variable "Sentiment de culpabilité" :**

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de différence statistiquement significative entre les distributions des variables “**Âge de l’endeuillé**” et “**Sentiment de culpabilité**”.

Âge de l’endeuillé	Sentiment de culpabilité		Total
	1. oui	2. non	
1. Moins de 30 ans	(++) 8 80,00%H 22,86%V 9,88%T	(--) 2 20,00%H 4,35%V 2,47%T	10 100%H 12,35%V
2. Entre 30 - 50 ans	. 18 45,00%H 51,43%V 22,22%T	. 22 55,00%H 47,83%V 27,16%T	40 100%H 49,38%V
3. Plus de 50 ans	- 9 29,03%H 25,71%V 11,11%T	+ 22 70,97%H 47,83%V 27,16%T	31 100%H 38,27%V
Total	35 43,21%H 100,00%V	46 56,79%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
<b>8,107302666</b>	2	0,01735888

Effectif théorique < 5

**Tableau n° 53** : Croisement entre les variables “**Âge de l’endeuillé**” et “**Sentiment de culpabilité**”.

Le chi 2 est significatif au seuil de probabilité de .01, l’hypothèse nulle est donc rejetée. Les résultats montrent la relation entre la variable “**âge de l’endeuillé**” et la variable “**sentiment de culpabilité**” : les sujets âgés de moins de 30 ans présentent un sentiment de culpabilité contrairement aux sujets âgés de plus de 50 ans. Nous pouvons donc avancer que plus les endeuillés sont jeunes plus le sentiment de culpabilité est présent.

**2.2- Tri croisé entre la variable “**Âge de l’endeuillé**” et la variable “**Difficulté à parler de la mort du défunt**” :**

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de relation significative entre la variable “**Âge de l’endeuillé**” et la variable “**Difficulté à parler de la mort du défunt**”.

Âge de l'endeuillé	Difficulté à parler de la mort		Total
	1. Oui	2. Non	
1. Moins de 30 ans	1 10,00%H 4,76%V 1,23%T	9 90,00%H 15,00%V 11,11%T	10 100%H 12,35%V
2. Entre 30-50 ans	7 17,50%H 33,33%V 8,64%T	33 82,50%H 55,00%V 40,74%T	40 100%H 49,38%V
3. Plus de 50 ans	++ 13 41,94%H 61,90%V 16,05%T	-- 18 58,06%H 30,00%V 22,22%T	31 100%H 38,27%V
Total	21 25,93%H 100,00%V	60 74,07%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
6,93679142	2	0,03116699

Effectif théorique < 5

**Tableau n° 54 : Croisement entre les variables “Âge de l'endeuillé ” et “Difficulté à parler de la mort du défunt”**

Le seuil de probabilité est de .03, nous rejetons donc l'hypothèse nulle. Le chi 2 nous montre qu'il y a une relation statistiquement significative entre les deux variables où nous constatons que plus les endeuillés sont âgés plus ils ont des difficultés à parler de la mort de leurs défunts.

**2.3- Tri croisé entre la variable “Âge de l'endeuillé ” et la variable “Refus d'accepter la disparition du défunt” :**

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de différence statistiquement significative entre les distributions des variables “**Âge de l’endeuillé**” et “**Refus d’accepter la disparition du défunt**”.

Âge de l’endeuillé	Refus d'accepter la disparition		Total
	1. Oui	2. Non	
1. Moins de 30 ans	5 50,00%H 25,00%V 6,17%T	5 50,00%H 8,20%V 6,17%T	10 100%H 12,35%V
2. Entre 30-50 ans	-- 5 12,50%H 25,00%V 6,17%T	++ 35 87,50%H 57,38%V 43,21%T	40 100%H 49,38%V
3. Plus de 50 ans	. 10 32,26%H 50,00%V 12,35%T	. 21 67,74%H 34,43%V 25,93%T	31 100%H 38,27%V
Total	20 24,69%H 100,00%V	61 75,31%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
<b>7,596426964</b>	2	0,02241077

Effectif théorique < 5

**Tableau n° 55** : Croisement entre les variables “**Âge de l’endeuillé**” et “**Refus d’accepter la disparition du défunt**”.

Ce croisement nous montre qu’il y a une relation statistiquement significative entre la variable “âge de l’endeuillé” et la variable “Refus d’accepter la disparition du défunt” où nous avons observé que ce sont les enquêtés âgés entre 30 et 50 ans qui ont moins de difficultés à accepter le décès de leurs proches.

**2.4- Tri croisé entre la variable “Âge de l’endeuillé” et celle de la “Peur de mourir ou de devenir fou” :**

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de différence statistiquement significative entre les distributions des variables “**Âge de l’endeuillé** ” et “**Peur de mourir ou de devenir fou**”.

Âge de l’endeuillé	Peur de mourir ou de devenir fou		Total
	1. Oui	2. Non	
1. Moins de 30ans	0 0,00%H 0,00%V 0,00%T	10 100,00%H 13,89%V 12,35%T	10 100%H 12,35%V
2. Entre 30-50 ans	(++) 8 20,00%H 88,89%V 9,88%T	(--) 32 80,00%H 44,44%V 39,51%T	40 100%H 49,38%V
3. Plus de 50 ans	1 3,23%H 11,11%V 1,23%T	30 96,77%H 41,67%V 37,04%T	31 100%H 38,27%V
Total	9 11,11%H 100,00%V	72 88,89%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
<b>6,401612759</b>	2	0,04072935

Effectif théorique < 5

**Tableau n° 56** : Croisement entre les variables “**Âge de l’endeuillé** ” et “**Peur de mourir ou de devenir fou**”.

Le chi 2 est significatif au seuil de probabilité de .04, nous rejetons donc l’hypothèse nulle. Les résultats montrent que la tranche d’âge 30 -50 ans est plus sensible à la peur de mourir et de devenir fou et ce, contrairement aux plus jeunes et aux plus âgés qui n’éprouvent pas cette peur.

**2.5- Tri croisé entre la variable “**Âge de l’endeuillé** ” et la variable “**Pleurs**” :**

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de différence statistiquement significative entre les distributions des variables “**Âge de l’endeuillé**” et “**Pleurs**”.

Âge de l’endeuillé	Pleurs		Total
	1. Oui	2. Non	
1. Moins de 30 ans	8 80,00%H 14,81%V 9,88%T	2 20,00%H 7,41%V 2,47%T	10 100%H 12,35%V
2. Entre 30- 50 ans	--- 20 50,00%H 37,04%V 24,69%T	+++ 20 50,00%H 74,07%V 24,69%T	40 100%H 49,38%V
3. Plus de 50 ans	++ 26 83,87%H 48,15%V 32,10%T	-- 5 16,13%H 18,52%V 6,17%T	31 100%H 38,27%V
Total	54 66,67%H 100,00%V	27 33,33%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
9,929032326	2	0,00698133

**Tableau n° 57 : Croisement entre les variables “**Âge de l’endeuillé**” et “**Pleurs**”.**

La relation entre ces deux variables est statistiquement très significative puisque le seuil de probabilité est de .006. Nous remarquons à travers ce croisement que ce sont les sujets âgés de plus de 50 ans qui s’expriment par les pleurs, par rapport aux sujets âgés entre 30 et 50 ans.

**2.6- Tri croisé entre la variable “**Âge de l’endeuillé**” et la variable “**Colère contre un membre de la famille**” :**

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de différence statistiquement significative entre les distributions de ces deux variables.

Âge de l’endeuillé	Colère contre un membre de la famille		Total
	1. Oui	2. Non	
1. Moins de 30 ans	0 0,00%H 0,00%V 0,00%T	10 100,00%H 15,87%V 12,50%T	10 100%H 12,50%V
2. Entre 30-50 ans	+++ 14 35,00%H 82,35%V 17,50%T	--- 26 65,00%H 41,27%V 32,50%T	40 100%H 50,00%V
3. Plus de 50ans	. 3 10,00%H 17,65%V 3,75%T	. 28 90,00%H 42,86%V 33,75%T	31 100%H 37,50%V
Total	17 20,99%H 100,00%V	64 79,01%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
9,486460686	2	0,00871046

Effectif théorique < 5

**Tableau n° 58** : Croisement entre les variables “ Âge de l’endeuillé” et “Colère contre un membre de la famille”.

Le chi 2 est très significatif au seuil de probabilité de .008, donc l’hypothèse nulle est rejetée. Ce croisement nous permet de constater que la colère est dirigée contre un membre de la famille lorsque l’endeuillé appartient à la catégorie d’âge qui se situe entre 30 et 50 ans. Alors que pour les moins de 30 ans et les plus de 50 ans, cette colère est moins fréquente.

**2.7- Tri croisé entre la variable “Âge de l’endeuillé ” et “Visites exagérées de la tombe”:**

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de différence statistiquement significative entre les distributions des variables “**Âge de l’endeuillé**” et “**Visites exagérées de la tombe**”.

Âge de l’endeuillé	Visites exagérées de la tombe		Total
	1. Oui	2. Non	
1:Moins de 30 ans	6 60,00%H 11,54%V 7,41%T	4 40,00%H 13,79%V 4,94%T	10 100%H 12,35%V
2:30-50 ans	-- 20 50,00%H 38,46%V 24,69%T	++ 20 50,00%H 68,97%V 24,69%T	40 100%H 49,38%V
3:Plus de 50ans	+++ 26 83,87%H 50,00%V 32,10%T	--- 5 16,13%H 17,24%V 6,17%T	31 100%H 38,27%V
Total	52 64,20%H 100,00%V	29 35,80%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
8,804860115	2	0,01224754

**Tableau n° 59** : Croisement entre les variables “**Âge de l’endeuillé**” et “**Visites exagérées de la tombe**”.

Le chi 2 est significatif au seuil de probabilité de .01. L’hypothèse nulle est rejetée. Ce croisement nous montre que ce sont les personnes les plus âgées qui se rendent très souvent au cimetière contrairement aux 30- 50 ans qui le font très rarement.

**2.8- Tri croisé entre la variable “Âge de l’endeuillé” et la variable “Durée des manifestations” :**

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de différence statistiquement significative entre les distributions des variables “**Âge de l’endeuillé**” et “**Durée des manifestations**”.

Âge de l’endeuillé	Durée des manifestations					Total
	1. Quelques jours	2. Moins d’un mois	3. Plus d’un mois	4. Plus de 6 mois	5. Jusqu’à présent	
1:Moins de 30 ans	0 0,00%H 0,00%V 0,00%T	2 20,00%H 40,00%V 2,56%T	1 10,00%H 7,69%V 1,28%T	5 50,00%H 13,51%V 6,41%T	2 20,00%H 9,09%V 2,56%T	10 100%H 12,82%V
2:30-50 ans	1 2,56%H 100,00%V 1,28%T	2 5,13%H 40,00%V 2,56%T	. 20,51%H 61,54%V 10,26%T	+ 23 58,97%H 62,16%V 29,49%T	--- 5 12,82%H 22,73%V 6,41%T	39 100%H 50,00%V
3:Plus de 50ans	0 0,00%H 0,00%V 0,00%T	1 3,45%H 20,00%V 1,28%T	4 13,79%H 30,77%V 5,13%T	-- 9 31,03%H 24,32%V 11,54%T	+++ 15 51,72%H 68,18%V 19,23%T	29 100%H 37,18%V
Total	1 1,28%H 100,00%V	5 6,41%H 100,00%V	13 16,67%H 100,00%V	37 47,44%H 100,00%V	22 28,21%H 100,00%V	78 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
17,08620453	8	0,02922385

Effectif théorique < 5

N.B : 3 enquêtés n’ont pas répondu à la question

**Tableau n° 60** : Croisement entre les variables “**Âge de l’endeuillé**” et “**Durée des manifestations**”.

Nous rejetons l’hypothèse nulle puisque le chi 2 est significatif à un seuil de probabilité de .02. Ce qui fait que la durée des manifestations du deuil est liée à l’âge de l’endeuillé : plus les sujets sont âgés, plus la durée des manifestations de deuil perdure dans le temps.

**2.9- Tri croisé entre la variable “Âge de l’endeuillé” et la variable “Amélioration de l’état de l’endeuillé” :**

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de différence statistiquement significative entre les distributions des variables “**Âge de l’endeuillé** ” et “**Amélioration de l’état de l’endeuillé**”.

Âge de l’endeuillé	Amélioration de l’état de l’endeuillé		Total
	1:Oui	2:Non	
1:Moins de 30 ans	7 70,00%H 12,73%V 8,64%T	3 30,00%H 11,54%V 3,70%T	10 100%H 12,35%V
2:30-50 ans	++ 33 82,50%H 60,00%V 40,74%T	-- 7 17,50%H 26,92%V 8,64%T	40 100%H 49,38%V
3:Plus de 50ans	--- 15 48,39%H 27,27%V 18,52%T	+++ 16 51,61%H 61,54%V 19,75%T	31 100%H 38,27%V
Total	55 67,90%H 100,00%V	26 32,10%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
9,347753525	2	0,00933601

**Tableau n° 61** : Croisement entre les variables “**Âge de l’endeuillé** ” et “**Amélioration de l’état de l’endeuillé**”

Le chi 2 est très significatif au seuil de probabilité de .009, donc l’hypothèse nulle est rejetée. Il montre qu’il y a une relation statistiquement significative entre ces deux variables et nous renseigne que les sujets âgés de plus de 50 ans ne présentent pas une amélioration de leur état. Ce qui revient à dire que plus les sujets sont jeunes, plus leur état s’améliore suite à la perte d’un être cher.

**2.10- Tri croisé entre la variable “Âge de l’endeuillé ” et la variable “Changement dans la vie” :**

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de différence statistiquement significative entre les distributions des variables “**Âge de l’endeuillé**” et “**Changement dans la vie**”.

		Changement dans la vie		
Âge de l’endeuillé	1. Oui	2. Non	Total	
1:Moins de 30 ans	9 90,00%H 14,06%V 11,11%T	1 10,00%H 5,88%V 1,23%T	10 100%H 12,35%V	
2:30-50 ans	35 87,50%H 54,69%V 43,21%T	5 12,50%H 29,41%V 6,17%T	40 100%H 49,38%V	
3:Plus de 50ans	-- 20 64,52%H 31,25%V 24,69%T	++ 11 35,48%H 64,71%V 13,58%T	31 100%H 38,27%V	
Total	64 79,01%H 100,00%V	17 20,99%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V	

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
<b>6,394107819</b>	2	0,04088247

**Tableau n° 62** : Croisement entre les variables “**Âge de l’endeuillé**” et “**Changement dans la vie**”.

La relation entre ces deux variables est statistiquement significative au seuil de probabilité de .04. Le chi 2 nous montre que les sujets âgés de plus de 50 ans ne subissent aucun changement dans leur vie après le décès de leur proche, contrairement aux sujets jeunes.

**Interprétation :**

A travers ce croisement, nous avons constaté que les jeunes endeuillés avaient moins de difficulté que les sujets âgés de plus de 50 ans à parler du décès de leurs proches; mais cela n'empêche pas que certains d'entre eux ressentent une peur de mourir ou de devenir fou suite à la disparition violente de l'être cher. Nous pouvons expliquer ces sentiments par le fait que l'idée de la "mort imminente" est écartée de la conscience des jeunes gens qui l'associent souvent à la vieillesse ou aux maladies graves car l'Homme en général et les jeunes en particulier, se sentent invulnérables et immortels et n'arrivent pas à concevoir leur propre mort.

En effet, il est admis que le sentiment d'invulnérabilité est étroitement lié à la bonne santé physique et mentale des individus. Donc si les jeunes ne souffrent d'aucune maladie, il n'existe aucune raison pour eux, de penser à la mort.

Cependant, le décès d'un proche va les confronter à leur propre mort par sa brutalité et sa soudaineté et de ce fait, l'illusion d'immortalité va disparaître en laissant place ainsi à l'idée que la mort peut survenir à n'importe quel âge et à n'importe quel moment de la vie.

De ces résultats, nous avons remarqué également que le sentiment de culpabilité est plus fréquent chez les enquêtés jeunes. Cela peut être dû, soit à leur facilité de s'exprimer et de verbaliser leurs émotions telles que la colère et la culpabilité. Ou bien au fait, qu'ils aient plus de capacité à s'adapter aux nouvelles situations de la vie, même si elles sont douloureuses, grâce à la souplesse et à la flexibilité de leurs mécanismes psychiques et cognitifs qui leur facilitent cette adaptation. Au contraire, les sujets âgés ne manifestent pas ces mêmes réactions, soit parce qu'ils nient leurs sentiments de colère et de culpabilité qui sont inhérentes au travail de deuil, car inconsciemment, ils ont peur de se retrouver face à leur souffrance qui risque de s'accroître et de les submerger pour aggraver leur état. Soit que certains obstacles interviennent et entravent l'expression spontanée de leurs émotions et qui sont liées, soit au statut et à l'image que leur renvoie la société qui fait d'eux, des êtres forts, sages et courageux. Et de ce fait, exprimer ou manifester les sentiments et les émotions liés au deuil, équivaut à montrer sa faiblesse et donc trahir les attentes des "autres". Ou bien encore, ils ont peur de faire mal à leur entourage en ravivant leur souffrance. C'est la raison pour laquelle ils s'interdisent d'extérioriser leur douleur et dans ce cas, ils adoptent des conduites socialement acceptées tels que les pleurs et les visites répétées au cimetière.

Chez cette même tranche d'âge, à savoir les plus de 50 ans, nous avons constaté une persistance des troubles liés au deuil ainsi qu'un retardement de l'amélioration de leur état par rapport aux jeunes endeuillés. Cela est probablement dû au fait qu'ils n'ont pas dépassé les premières phases du processus du deuil, relatives à l'acceptation de la perte de l'être cher. Ils demeurent toujours dans la phase du déni qui peut engendrer des complications du travail de deuil.

### **3- La variable Âge du défunt :**

#### **3.1- Tri croisé entre la variable " Âge du défunt" et la variable " Surprise" :**

**Hypothèse nulle** : il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les distributions des variables " Âge du défunt" et " Surprise".

Âge du défunt	Surprise		Total
	1. Oui	2. Non	
1. Moins de 30 ans	12 31,58%H 50,00%V 14,81%T	26 68,42%H 45,61%V 32,10%T	38 100%H 46,91%V
2. Entre 30-50 ans	12 38,71%H 50,00%V 14,81%T	19 61,29%H 33,33%V 23,46%T	31 100%H 38,27%V
3. Plus de 50ans	(--) 0 0,00%H 0,00%V 0,00%T	(++) 12 100,00%H 21,05%V 14,81%T	12 100%H 14,81%V
Total	24 29,63%H 100,00%V	57 70,37%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
<b>6,347690105</b>	2	0,0418424

Effectif théorique < 5

**Tableau n° 63** : Croisement entre les variables " Âge du défunt" et " Surprise".

Le chi 2 est significatif au seuil de probabilité de .04, donc l'hypothèse nulle est rejetée.

Ce croisement nous montre qu'il y a une relation statistiquement significative entre la variable "âge du défunt" et la variable "surprise" où nous constatons que plus le défunt est âgé moins les endeuillés sont surpris par son décès.

**3.2- Tri croisé entre la variable " Âge du défunt" et la variable "Persistance de la colère" :**

**Hypothèse nulle** : il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les distributions des variables " Âge du défunt" et " Persistance de la colère".

Âge du défunt	Persistance de la colère		Total
	1. Oui	2. Non	
1. Moins de 30 ans	28 73,68%H 52,83%V 34,57%T	10 26,32%H 35,71%V 12,35%T	38 100%H 46,91%V
2. Entre 30-50 ans	21 67,74%H 39,62%V 25,93%T	10 32,26%H 35,71%V 12,35%T	31 100%H 38,27%V
3. Plus de 50ans	(--) 4 33,33%H 7,55%V 4,94%T	(++) 8 66,67%H 28,57%V 9,88%T	12 100%H 14,81%V
Total	53 65,43%H 100,00%V	28 34,57%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
6,683495045	2	0,03537508

**Tableau n° 64 : Croisement entre les variables " Âge du défunt" et " Persistance de la colère".**

Le chi 2 est significatif au seuil de probabilité de .03, nous rejetons de ce fait l'hypothèse nulle. Le chi 2 insiste sur la relation entre ces deux variables qui nous démontre que les sujets cessent de ressentir de la colère lorsque le défunt est âgé. Donc plus le défunt est jeune plus le sentiment de colère persiste chez ses proches.

**3.3- Tri croisé entre la variable “ Âge du défunt” et la variable “Envie de mourir”:**

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de différence statistiquement significative entre les deux variables “ Âge du défunt” et “Envie de mourir”.

Âge du défunt	Envie de mourir		Total
	1. Oui	2. Non	
1. Moins de 30 ans	12 31,58%H 63,16%V 14,81%T	26 68,42%H 41,94%V 32,10%T	38 100%H 46,91%V
2. Entre 30-50 ans	7 22,58%H 36,84%V 8,64%T	24 77,42%H 38,71%V 29,63%T	31 100%H 38,27%V
3. Plus de 50ans	(-) 0 0,00%H 0,00%V 0,00%T	(+) 12 100,00%H 19,35%V 14,81%T	12 100%H 14,81%V
Total	19 23,46%H 100,00%V	62 76,54%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
<b>5,086884499</b>	2	0,07859539

Effectif théorique < 5

**Tableau n° 65** : Croisement entre les variables “ Âge du défunt” et “Envie de mourir”.

La relation entre ces deux variables est significative donc, nous rejetons l’hypothèse nulle. Le chi 2 nous montre que l’envie de mourir se fait moins sentir lorsque le défunt est âgé. Par contre, ce sentiment est plus important lorsque le défunt est jeune. De ce fait nous pouvons déduire que l’âge du défunt influe sur l’envie de mourir des endeuillés.

**3.4- Tri croisé entre la variable ‘ Âge du défunt’ et la variable ‘ Peur de mourir ou de devenir fou ‘ :**

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de différence statistiquement significative entre les distributions des variables ‘ Âge du défunt’ et ‘ Peur de mourir ou de devenir fou ‘

Âge du défunt	Peur de mourir ou de devenir fou		Total
	1. Oui	2. Non	
1. Moins de 30 ans	2 5,26%H 22,22%V 2,47%T	36 94,74%H 50,00%V 44,44%T	38 100%H 46,91%V
2. Entre 30-50 ans	(++) 7 22,58%H 77,78%V 8,64%T	(--) 24 77,42%H 33,33%V 29,63%T	31 100%H 38,27%V
3. Plus de 50ans	0 0,00%H 0,00%V 0,00%T	12 100,00%H 16,67%V 14,81%T	12 100%H 14,81%V
Total	9 11,11%H 100,00%V	72 88,89%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
6,944821835	2	0,0310421

Effectif théorique < 5

**Tableau n° 66** : Croisement entre les variables ‘ Âge du défunt’ et ‘ Peur de mourir ou de devenir fou ‘.

Nous constatons à travers ce croisement que les endeuillés ressentent une peur de mourir ou de devenir fou lorsque le défunt est jeune, alors que ce sentiment est totalement absent lorsqu’il s’agit des défunts âgés de plus de 50 ans.

**3.5- Tri croisé entre la variable ‘ Âge du défunt’ et la variable ‘Amélioration de l’endeuillé’ :**

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de différence statistiquement significative entre les distributions des variables ‘ Âge du défunt’ et la variable ‘Amélioration de l’état de l’endeuillé’

Âge du défunt	Amélioration de l’état de l’endeuillé		Total
	1:oui	2:non	
1:Moins de 30 ans	-- 21 55,26%H 38,18%V 25,93%T	++ 17 44,74%H 65,38%V 20,99%T	38 100%H 46,91%V
2:Entre 30-50 ans	. 24 77,42%H 43,64%V 29,63%T	. 7 22,58%H 26,92%V 8,64%T	31 100%H 38,27%V
3:Plus de 50ans	 10 83,33%H 18,18%V 12,35%T	 2 16,67%H 7,69%V 2,47%T	12 100%H 14,81%V
Total	55 67,90%H 100,00%V	26 32,10%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
5,384436607	2	0,06773053

**Tableau n° 67 : Croisement entre les variables ‘ Âge du défunt’ et ‘Amélioration de l’endeuillé’**

Pour ce qui est du croisement entre les deux variables ‘âge du défunt’ et ‘amélioration de l’état de l’endeuillé’, le chi 2 est significatif puisque le seuil de probabilité de .06. Il montre que lorsque le défunt est âgé de moins de 30 ans les endeuillés ne présentent pas une amélioration dans leur état. Donc, nous pouvons dire que plus le défunt est âgé, moins les endeuillés ont de difficulté à s’améliorer.

### **Interprétation :**

Très souvent, le décès d'une personne jeune provoque chez les proches une réaction de surprise qui peut être liée probablement au fait que les endeuillés n'étaient pas préparés à cette perte précoce et notamment si le défunt ne souffrait d'aucune maladie. Ce qui rejoint l'idée que nous avons relevé dans l'interprétation de la variable relative à "l'âge de l'endeuillé" et qui souligne que plus la personne est jeune et en bonne santé, plus sa perte est traumatisante puisqu'elle confronte les proches à leur propre mort. D'où, les sentiments de colère et de la "peur de mourir" observés chez certains enquêtés.

Par contre, d'autres sujets déclarent avoir ressenti une "envie de mourir" qui peut s'expliquer par l'intensité de leur souffrance et leur désespoir, provoqués par la mort inattendue et tragique de l'être cher. Et c'est ce qui les a poussé à dire qu'ils veulent mettre fin à leur vie, probablement pour se débarrasser de cette douleur intolérable qui peut être un signe évident de la dépression.

A partir de ces constatations, nous pouvons dire que plus le défunt est jeune, plus sa perte est traumatisante pour ses proches et de ce fait, l'amélioration de leur état devient difficile.

#### 4- Variable lien de parenté :

##### 4.1-Tri croisé entre la variable ‘ Lien de parenté’ et la variable ‘Evanouissement’:

**Hypothèse nulle :** il n’y a pas de différence statistiquement significative entre les distributions des variables ‘ Lien de parenté’ et ‘ Evanouissement’.

Lien de parenté	Evanouissement		Total
	1. Oui	2. Non	
1:Epoux /épouse	(++) 4 40,00%H 36,36%V 4,94%T	(--) 6 60,00%H 8,57%V 7,41%T	10 100%H 12,35%V
2:Parent	1 9,09%H 9,09%V 1,23%T	10 90,91%H 14,29%V 12,35%T	11 100%H 13,58%V
3:Fils /fille	5 17,24%H 45,45%V 6,17%T	24 82,76%H 34,29%V 29,63%T	29 100%H 35,80%V
4:Frère/ sœur	(-) 1 3,23%H 9,09%V 1,23%T	(+) 30 96,77%H 42,86%V 37,04%T	31 100%H 38,27%V
Total	11 13,58%H 100,00%V	70 86,42%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
9,299654961	3	0,02556104

Effectif théorique < 5

**Tableau n° 68 :** Croisement entre les variables ‘Lien de parenté’ et ‘Evanouissement’.

Le chi 2 est significatif au seuil de probabilité de .02 donc l’hypothèse nulle est rejetée. Il montre la relation entre les deux variables : les individus qui ont perdu un époux ou une épouse sont plus sujet à l’évanouissement que ceux qui ont perdu un frère ou une sœur.

**4.2- Tri croisé entre la variable ‘ Lien de parenté’ et la variable ‘ Manque d'intérêt pour les activités courantes’ :**

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de relation significative entre la variable ‘ Lien de parenté’ et la variable ‘ Manque d'intérêt pour les activités courantes’.

Lien de parenté	Manque d'intérêt pour les activités courantes		Total
	1. oui	2. non	
1:Epoux /épouse	(++) 7 70,00%H 28,00%V 8,64%T	(--) 3 30,00%H 5,36%V 3,70%T	10 100%H 12,35%V
2:Parent	2 18,18%H 8,00%V 2,47%T	9 81,82%H 16,07%V 11,11%T	11 100%H 13,58%V
3:Fils /fille	11 37,93%H 44,00%V 13,58%T	18 62,07%H 32,14%V 22,22%T	29 100%H 35,80%V
4:Frère/ sœur	-- 5 16,13%H 20,00%V 6,17%T	++ 26 83,87%H 46,43%V 32,10%T	31 100%H 38,27%V
Total	25 30,86%H 100,00%V	56 69,14%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
11,84003925	3	0,0079517

Effectif théorique < 5

**Tableau n° 69: Croisement entre les variables ‘ Lien de parenté’ et ‘ Manque d'intérêt pour les activités courantes’.**

Nous rejetons l’hypothèse nulle puisque le chi 2 est très significatif au seuil de probabilité de .007. Le chi 2 nous montre la relation entre la variable lien de parenté et la variable ‘manque d’intérêt pour les activités courantes’, où ce comportement

semble être moins fréquent chez les sujets qui ont perdu un frère ou une sœur par rapport aux sujets qui ont perdu un conjoint.

**4.3- Tri croisé entre la variable “ Lien de parenté” et la variable “ Manque d'intérêt pour l'apparence physique”:**

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de différence statistiquement significative entre les distributions des variables “ Lien de parenté” et “ Manque d'intérêt pour l'apparence physique”.

Lien de parenté	Manque d'intérêt pour l'apparence physique		Total
	1. Oui	2. Non	
1:Epoux /épouse	(++) 5 50,00%H 29,41%V 6,17%T	(--) 5 50,00%H 7,81%V 6,17%T	10 100%H 12,35%V
2:Parent	0 0,00%H 0,00%V 0,00%T	11 100,00%H 17,19%V 13,58%T	11 100%H 13,58%V
3:Fils /fille	. 7 24,14%H 41,18%V 8,64%T	. 22 75,86%H 34,38%V 27,16%T	29 100%H 35,80%V
4:Frère/ sœur	. 5 16,13%H 29,41%V 6,17%T	. 26 83,87%H 40,62%V 32,10%T	31 100%H 38,27%V
Total	17 20,99%H 100,00%V	64 79,01%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V
Chi-2	deg. de liberté	Probabilité	
<b>8,612551689</b>	3	0,03491142	

Effectif théorique < 5

**Tableau n° 70** : Croisement entre les variables “ Lien de parenté” et “ Manque d'intérêt pour l'apparence physique”.

L’hypothèse nulle est rejetée car le seuil de probabilité est de .03. Le chi 2 nous montre que les endeuillés qui ont perdu leur époux ou épouses manifestent un manque d’intérêt

pour leur apparence physique, contrairement aux endeuillés qui ont perdu un parent, un frère ou une sœur ou bien un fils ou une fille.

#### **4.4- Tri croisé entre la variable ‘ Lien de parenté’ et la variable ‘ Hyperactivité’ :**

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de différence statistiquement significative entre les deux variables ‘ Lien de parenté’ et ‘ Hyperactivité’.

Lien de parenté	Hyperactivité		Total
	1. Oui	2. Non	
1:Epoux /épouse	1 10,00%H 16,67%V 1,23%T	9 90,00%H 12,00%V 11,11%T	10 100%H 12,35%V
2:Parent	(++) 3 27,27%H 50,00%V 3,70%T	(--) 8 72,73%H 10,67%V 9,88%T	11 100%H 13,58%V
3:Fils /fille	0 0,00%H 0,00%V 0,00%T	29 100,00%H 38,67%V 35,80%T	29 100%H 35,80%V
4:Frère/ sœur	2 6,45%H 33,33%V 2,47%T	29 93,55%H 38,67%V 35,80%T	31 100%H 38,27%V
Total	6 7,41%H 100,00%V	75 92,59%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
<b>8,788381577</b>	3	0,03224089

Effectif théorique < 5

#### **Tableau n° 71 : Croisement entre les variables ‘ Lien de parenté’ et ‘Hyperactivité’**

La relation entre les variables ‘lien de parenté’ et ‘l’hyperactivité’ est statistiquement significative au seuil de probabilité de .03. Nous observons à travers ce tableau que les

endeuillés présentent une hyperactivité lorsqu'ils perdent un de leurs parents (père ou mère), comportement qui est quasi absent chez les autres endeuillés.

**4.5- Tri croisé entre la variable " Lien de parenté" et la variable "Amélioration de l'endeuillé" :**

**Hypothèse nulle** : il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la variable " Lien de parenté" et la variable "Amélioration de l'endeuillé".

Lien de parenté	Amélioration		Total
	1. Oui	2. Non	
1:Epoux /épouse	5 50,00%H 9,09%V 6,17%T	5 50,00%H 19,23%V 6,17%T	10 100%H 12,35%V
2:Parent	(++) 11 100,00%H 20,00%V 13,58%T	(--) 0 0,00%H 0,00%V 0,00%T	11 100%H 13,58%V
3:Fils /fille	-- 15 51,72%H 27,27%V 18,52%T	++ 14 48,28%H 53,85%V 17,28%T	29 100%H 35,80%V
4:Frère/ sœur	. 24 77,42%H 43,64%V 29,63%T	. 7 22,58%H 26,92%V 8,64%T	31 100%H 38,27%V
Total	55 67,90%H 100,00%V	26 32,10%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
<b>11,44085503</b>	3	0,00956594

**Tableau n° 72** : Croisement entre les variables " Lien de parenté" et "Amélioration de l'endeuillé".

Le chi 2 est très significatif au seuil de probabilité de .009 donc l'hypothèse nulle est rejetée. Le chi 2 montre la relation entre ces deux variables où nous constatons qu'il y a une amélioration chez les sujets qui ont perdu le père ou la mère alors que cette

amélioration est absente chez ceux qui ont perdu un enfant. De ce fait, nous pouvons déduire que la perte d'un enfant rend difficile l'amélioration de l'état de ses proches par rapport à la perte d'un époux(se), d'un frère ou une sœur ou bien celle d'un parent.

### **Interprétation :**

De ces résultats, il apparaît que le lien de parenté joue un rôle déterminant sur les réactions des endeuillés où nous remarquons que les sujets qui ont perdu un conjoint présentent un manque d'intérêt pour les activités courantes de la vie et pour leur apparence physique. Ces attitudes peuvent être consécutives à l'influence des rites et des coutumes funéraires qui caractérisent la société Algérienne et qui imposent aux endeuillés et notamment aux femmes, certains comportements, comme le port d'un habillement sobre et triste. De même qu'ils peuvent traduire l'intensité de la douleur et de la dépression, car il est admis qu'en plus de la disparition du conjoint, le survivant perd une partie de lui-même, provoquant ainsi un effondrement des repères et des souvenirs communs, tout en créant un sentiment exacerbé de vide et d'anéantissement.

Quant aux sujets qui ont perdu un parent (père ou mère), ils ont présenté plutôt une hyperactivité qui pouvait être consécutive, soit à un fort sentiment de responsabilité qui se traduit par une obligation de prendre en charge et subvenir aux besoins des autres membres de la famille. Soit à une fuite par rapport à la réalité de la mort et dont la manifestation extérieure sera l'agitation et la fuite en avant, afin de se protéger et d'oublier la réalité traumatisante du décès de la personne chère.

Cependant, même si le décès d'un être cher est douloureux et ce, quel que soit son lien de parenté, c'est la perte d'un enfant qui semble être plus intolérable et très mal vécue par les parents qui voient en cette mort précoce, une sorte d'injustice du sort, une aberration en totale contradiction avec l'ordre des choses où aucun parent ne conçoit de survivre après le décès de son enfant, même si celui-ci est un adulte.

Dans cette situation, nous avons observé que la durée du deuil est plus ou moins longue et que l'amélioration de l'état des parents est moins fréquente que chez les autres endeuillés. C'est ce qui nous pousse à supposer que la perte des enfants peut être à l'origine des complications du deuil plus encore que la perte des parents ou d'un conjoint.

## 5- Variable cause du décès :

### 5.1- Tri croisé entre la variable “ Cause du décès” et la variable “Sentiment de colère” :

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de différence statistiquement significative entre les distributions des variables “ Cause du décès” et “Sentiment de colère”.

		Sentiment de colère			
Cause du décès		1. Oui	2. Non	Total	
1. Accident		--	++		
		28	23	51	
		54,90%H	45,10%H	100%H	
		52,83%V	82,14%V	62,96%V	
		34,57%T	28,40%T		
2. Meurtre		+++	---		
		15	0	15	
		100,00%H	0,00%H	100%H	
		28,30%V	0,00%V	18,52%V	
		18,52%T	0,00%T		
3. Suicide		.	.		
		10	5	15	
		66,67%H	33,33%H	100%H	
		18,87%V	17,86%V	18,52%V	
		12,35%T	6,17%T		
Total		53	28	81	
		65,43%H	34,57%H	100%H	
		100,00%V	100,00%V	100,00%V	

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
<b>10,43483448</b>	2	0,00542131

**Tableau n° 73** : Croisement entre les variables “ Cause du décès” et “Sentiment de colère”.

Le chi 2 est très significatif au seuil de probabilité de .005, donc l’hypothèse nulle est rejetée. Il nous montre que les enquêtés qui ont perdu un proche suite à un meurtre ressentent plus de la colère que ceux qui ont perdu un proche dans un accident.

**5.2- Tri croisé entre la variable ‘ Cause du décès’ et la variable ‘ Colère envers le responsable du décès’ :**

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de différence statistiquement significative entre les distributions des variables ‘ Cause du décès’ et ‘ Colère envers le responsable du décès’.

Cause du décès	Colère envers le responsable du décès		Total
	1. oui	2. non	
1. Accident	25 49,02%H 59,52%V 30,86%T	26 50,98%H 66,67%V 32,10%T	51 100%H 62,96%V
2. Meurtre	+++ 13 86,67%H 30,95%V 16,05%T	--- 2 13,33%H 5,13%V 2,47%T	15 100%H 18,52%V
3. Suicide	- 4 26,67%H 9,52%V 4,94%T	+ 11 73,33%H 28,21%V 13,58%T	15 100%H 18,52%V
Total	42 51,85%H 100,00%V	39 48,15%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
11,25727272	2	0,00359347

**Tableau n° 74 : Croisement entre les variables ‘ Cause du décès’ et ‘Colère envers le responsable du décès’.**

Ce croisement nous montre qu’il y a une relation statistiquement très significative entre la variable ‘cause du décès’ et la variable ‘colère envers le responsable du décès’. Le seuil de probabilité étant de .003 l’hypothèse nulle est rejetée. Nous constatons à travers ce tableau que le sentiment de colère envers le responsable de la mort est important lors d’un crime, alors qu’il est faible lorsqu’il s’agit d’un suicide ou d’un accident. Ce qui confirme l’observation faite dans le tableau n° 73.

**5.3- Tri croisé entre la variable ‘ Cause du décès’ et la variable ‘l’Interprétation de la mort’ :**

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de différence statistiquement significative entre les distributions des variables ‘ Cause du décès’ et ‘Interprétation de la mort’.

Cause du décès	Interprétation de la mort			Total
	1. Accident	2. Meurtre	3. Mektoub	
1. Accident	++ 12 23,53%H 100,00%V 14,81%T	-- 8 15,69%H 40,00%V 9,88%T	. 31 60,78%H 63,27%V 38,27%T	51 100%H 62,96%V
2. Meurtre	0 0,00%H 0,00%V 0,00%T	(+++) 11 73,33%H 55,00%V 13,58%T	--- 4 26,67%H 8,16%V 4,94%T	15 100%H 18,52%V
3. Suicide	0 0,00%H 0,00%V 0,00%T	1 6,67%H 5,00%V 1,23%T	+++ 14 93,33%H 28,57%V 17,28%T	15 100%H 18,52%V
Total	12 14,81%H 100,00%V	20 24,69%H 100,00%V	49 60,49%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
30,59330368	4	3,7055E-06

Effectif théorique < 5

**Tableau n°75** : Croisement entre les variables ‘Cause du décès’ et ‘Interprétation de la mort’.

Le chi 2 corrigé est significatif, donc l’hypothèse nulle est rejetée. Nous observons à travers ce croisement que dans le cas des suicides, la mort est interprétée comme étant due au Mektoub, interprétation moins fréquente dans le cas des meurtres.

**5.4- Tri croisé entre la variable ‘ Cause du décès’ et la variable ‘ N'avoir pas pu éviter sa mort’ :**

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de différence statistiquement significative entre les deux variables ‘ Cause du décès’ et ‘ N'avoir pas pu éviter sa mort’.

Cause du décès	N'avoir pas pu éviter sa mort		Total
	1. oui	2. non	
1. Accident	11 21,57%H 50,00%V 13,58%T	40 78,43%H 67,80%V 49,38%T	51 100%H 62,96%V
2. Meurtre	3 20,00%H 13,64%V 3,70%T	12 80,00%H 20,34%V 14,81%T	15 100%H 18,52%V
3. Suicide	(++) 8 53,33%H 36,36%V 9,88%T	(--) 7 46,67%H 11,86%V 8,64%T	15 100%H 18,52%V
Total	22 27,16%H 100,00%V	59 72,84%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
<b>6,388669968</b>	2	0,04099378

Effectif théorique < 5

**Tableau n° 76: Croisement entre les variables ‘ Cause du décès’ et ‘ N'avoir pas pu éviter sa mort’.**

Le chi 2 est significatif au seuil de probabilité de .04 donc l’hypothèse nulle est rejetée. Il montre qu’il y a une relation entre ces deux variables et nous constatons que ce sont les endeuillés qui ont perdu un être cher lors d’un suicide qui se reprochent le plus de n’avoir pas pu éviter sa mort.

**5.5- Tri croisé entre la variable ‘ Cause du décès’ et la variable ‘Choc’ :**

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de différence statistiquement significative entre la variable ‘ Cause du décès’ et la variable ‘Choc’.

Cause du décès	Choc		Total
	1. Oui	2. Non	
1. Accident	--- 31 60,78%H 52,54%V 38,27%T	+++ 20 39,22%H 90,91%V 24,69%T	51 100%H 62,96%V
2. Meurtre	(++) 15 100,00%H 25,42%V 18,52%T	(--) 0 0,00%H 0,00%V 0,00%T	15 100%H 18,52%V
3. Suicide	13 86,67%H 22,03%V 16,05%T	2 13,33%H 9,09%V 2,47%T	15 100%H 18,52%V
Total	59 72,84%H 100,00%V	22 27,16%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
10,78923225	2	0,00454096

Effectif théorique < 5

**Tableau n° 77 : Croisement entre les variables ‘ Cause du décès’ et ‘Choc’.**

La relation entre la variable cause du décès et la variable choc est statistiquement très significative car le seuil de probabilité est de .004. Nous rejetons donc l’hypothèse nulle.

Le chi 2 démontre que tous les sujets qui ont perdu un proche suite à un meurtre ont réagi par un choc lorsqu’ils ont appris la nouvelle. Viennent ensuite les cas de suicides.

**5.6- Tri croisé entre la variable ‘ Cause du décès’ et la variable ‘Difficulté à parler de la mort’ :**

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de différence statistiquement significative entre les distributions des variables ‘ Cause du décès’ et ‘Difficulté à parler de la mort’

Cause du décès	Difficulté à parler de la mort		Total
	1. Oui	2. Non	
1. Accident	7 13,73%H 33,33%V 8,64%T	44 86,27%H 73,33%V 54,32%T	51 100%H 62,96%V
2. Meurtre	6 40,00%H 28,57%V 7,41%T	9 60,00%H 15,00%V 11,11%T	15 100%H 18,52%V
3. Suicide	8 53,33%H 38,10%V 9,88%T	7 46,67%H 11,67%V 8,64%T	15 100%H 18,52%V
Total	21 25,93%H 100,00%V	60 74,07%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
11,3672266	2	0,00340125

Effectif théorique < 5

**Tableau n° 78 : Croisement entre les variables ‘ Cause du décès’ et ‘Difficulté à parler de la mort’.**

Le chi 2 est très significatif au seuil de probabilité de .003. Il montre que ceux qui ont perdu un proche dans un accident ont moins de difficulté à parler de sa mort par rapport à ceux qui ont perdu leur proche suite à un suicide.

**5.7- Tri croisé entre la variable “ Cause du décès” et la variable “Angoisse” :**

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de différence statistiquement significative entre les distributions des variables “ Cause du décès” et “Angoisse”.

Cause du décès	Angoisse		Total
	1. Oui	2. Non	
1. Accident	- 23 45,10%H 53,49%V 28,40%T	+ 28 54,90%H 73,68%V 34,57%T	51 100%H 62,96%V
2. Meurtre	++ 12 80,00%H 27,91%V 14,81%T	-- 3 20,00%H 7,89%V 3,70%T	15 100%H 18,52%V
3. Suicide	. 8 53,33%H 18,60%V 9,88%T	. 7 46,67%H 18,42%V 8,64%T	15 100%H 18,52%V
Total	43 53,09%H 100,00%V	38 46,91%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
5,6698246	2	0,05872368

**Tableau n° 79** : Croisement entre les variables “ Cause du décès” et “Angoisse”

Ce croisement nous montre que dans les cas de meurtres les enquêtés ressentent de l’angoisse, plus que dans les cas d’accident ou de suicide.

**5.8- Tri croisé entre la variable ‘ Cause du décès’ et la variable ‘Manque d'intérêt pour les activités courantes’ :**

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de différence statistiquement significative entre les deux variables ‘ Cause du décès’ et ‘Manque d'intérêt pour les activités courantes’.

Cause du décès	Manque d'intérêt pour les activités courantes		Total
	1. Oui	2. Non	
1. Accident	12 23,53%H 48,00%V 14,81%T	39 76,47%H 69,64%V 48,15%T	51 100%H 62,96%V
2. Meurtre	(++) 9 60,00%H 36,00%V 11,11%T	(--) 6 40,00%H 10,71%V 7,41%T	15 100%H 18,52%V
3. Suicide	4 26,67%H 16,00%V 4,94%T	11 73,33%H 19,64%V 13,58%T	15 100%H 18,52%V
Total	25 30,86%H 100,00%V	56 69,14%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
<b>7,377126217</b>	2	0,02500791

Effectif théorique < 5

**Tableau n° 80** : Croisement entre les variables ‘ Cause du décès’ et ‘Manque d'intérêt pour les activités courantes’.

Pour ce qui de la relation entre ces deux variables, le chi 2 est significatif à un seuil de probabilité de .02 donc l’hypothèse nulle n’est rejetée. Ce croisement montre que les endeuillés qui ont perdu un proche suite à un meurtre n’éprouvent plus d’intérêt pour les activités courantes de la vie, à la différence de ceux qui ont perdu leur proche dans un accident ou suite à un suicide.

**5.9- Tri croisé entre la variable ‘ Cause du décès’ et la variable ‘Difficultés à prendre des décisions’ :**

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de différence statistiquement significative entre les distributions des variables ‘ Cause du décès’ et ‘Difficultés à prendre des décisions’.

Cause du décès	Difficultés à prendre des décisions		Total
	1. Oui	2. Non	
1. Accident	2 3,92%H 28,57%V 2,47%T	49 96,08%H 66,22%V 60,49%T	51 100%H 62,96%V
2. Meurtre	(++) 4 26,67%H 57,14%V 4,94%T	(--) 11 73,33%H 14,86%V 13,58%T	15 100%H 18,52%V
3. Suicide	1 6,67%H 14,29%V 1,23%T	14 93,33%H 18,92%V 17,28%T	15 100%H 18,52%V
Total	7 8,64%H 100,00%V	74 91,36%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
<b>7,686077595</b>	2	0,02142839

Effectif théorique < 5

**Tableau n° 81: Croisement entre les variables ‘ Cause du décès’ et ‘Difficultés à prendre des décisions’**

Les résultats de ce croisement rejoignent ceux obtenus dans le tableau précédent où nous retrouvons que les difficultés à prendre des décisions sont beaucoup plus liées aux meurtres qu’aux suicides et aux accidents.

**5.10- Tri croisé entre la variable “ Cause du décès” et la variable “Changement dans la vie” :**

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de différence statistiquement significative entre la variable “ Cause du décès” et la variable “Changement dans la vie”.

Cause du décès	Changement dans la vie		Total
	1. Oui	2. Non	
1. Accident	40 78,43%H 62,50%V 49,38%T	11 21,57%H 64,71%V 13,58%T	51 100%H 62,96%V
2. Meurtre	(+) 15 100,00%H 23,44%V 18,52%T	(-) 0 0,00%H 0,00%V 0,00%T	15 100%H 18,52%V
3. Suicide	(-) 9 60,00%H 14,06%V 11,11%T	(+) 6 40,00%H 35,29%V 7,41%T	15 100%H 18,52%V
Total	64 79,01%H 100,00%V	17 20,99%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
7,264425278	2	0,02645758

Effectif théorique < 5

**Tableau n° 82 : Croisement entre les variables “ Cause du décès” et “Changement dans la vie”.**

Le chi 2 est significatif au seuil de probabilité de .02. Ce croisement nous permet d’affirmer la relation entre les deux variables. Dans le cas des meurtres, les sujets ressentent un changement dans leur vie, alors que le reste de la population étudiée éprouve moins de changement.

**5.11- Tri croisé entre la variable ‘ Cause du décès’ et la variable ‘Diminution de la colère’ :**

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de différence statistiquement significative entre les distributions des variables ‘ Cause du décès’ et ‘Diminution de la colère’.

Cause du décès	Diminution de la colère		Total
	1. Oui	2. Non	
1. Accident	19 37,25%H 76,00%V 23,46%T	32 62,75%H 57,14%V 39,51%T	51 100%H 62,96%V
2. Meurtre	6 40,00%H 24,00%V 7,41%T	9 60,00%H 16,07%V 11,11%T	15 100%H 18,52%V
3. Suicide	(--) 0 0,00%H 0,00%V 0,00%T	(++) 15 100,00%H 26,79%V 18,52%T	15 100%H 18,52%V
Total	25 30,86%H 100,00%V	56 69,14%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
8,259277344	2	0,01608869

Effectif théorique < 5

**Tableau n° 83: Croisement entre les variables ‘ Cause du décès’ et la variable ‘Diminution de la colère’**

Le chi 2 est significatif au seuil de probabilité de .01. L’hypothèse nulle est rejetée. Nous constatons que dans les cas de suicides il n’y a pas d’atténuation du sentiment de colère par rapport aux autres causes de décès.

### **Interprétation :**

La cause du décès peut être un facteur déterminant dans la survenue de réactions extrêmes chez les endeuillés et notamment chez ceux qui ont perdu un proche lors d'un assassinat. Ces réactions peuvent se manifester d'abord, par un état de choc et de surprise puis par des difficultés à prendre des décisions, ainsi qu'un sentiment de colère envers la personne responsable du décès.

Toutes ces manifestations, et surtout celle du choc, sont des moyens qui aident l'endeuillé à se protéger contre l'événement traumatisant qui risque de le déstabiliser fortement, par sa violence et sa brutalité. Ces réactions sont dues au fait que la mort a été provoquée par une tierce personne qui a agi intentionnellement et délibérément à un moment où le meurtre est considéré comme un acte interdit et prohibé dans tous les pays du monde. C'est ce qui fait que l'endeuillé n'arrive pas à expliquer, ni à donner un sens à cette mort atroce et injuste. Par contre, dans les cas des accidents il n'existe pas cette intention, ni cette volonté de donner la mort même si cette personne a une part de responsabilité.

Pour ce qui est des endeuillés qui ont perdu un proche suite à un suicide, ils ont présenté beaucoup de difficulté à parler de la mort de leur défunt. Ce qui est dû probablement au fait que l'acte suicidaire est mal vu et mal accepté dans beaucoup de sociétés, y compris dans les sociétés musulmanes qui le prohibent catégoriquement à partir du moment où ce geste est lié à la relative volonté du défunt de mettre fin à sa vie. D'où le sentiment de honte et les cachotteries qui entourent souvent ces cas. Les proches du suicidé qui n'arrivent pas à accepter cette mort ni à expliquer les raisons du geste fatal, présentent également un sentiment de culpabilité engendré par le fait de n'avoir pas pu déceler le moindre soupçon sur le désespoir et le mal-être du défunt, afin d'éviter son passage à l'acte. Chez la plupart de ces endeuillés, il persiste un sentiment de colère qui avait tendance à disparaître chez ceux qui ont perdu un proche lors d'un meurtre. Ceci peut s'expliquer, soit par le fait que dans les cas des assassinats le responsable du décès est connu et par conséquent il est sanctionné par la loi et la justice. Tandis que dans les suicides il n'existe pas de responsable direct, donc il n'y a pas de poursuites judiciaires et c'est ce qui exacerbe ces sentiments de colère et d'impuissance ressentis par les proches. Ou bien, il se pourrait que ça soit là, une manière de rechercher pour trouver un

sens ou une raison à ce suicide. Cette quête de vérité est très souvent interprétée par les proches comme étant le fait du Mektoub et ce, pour donner un sens acceptable à cette mort particulière qui leur permettra peut être, de mieux l'accepter.

## **6- Variable amélioration de l'état de l'endeuillé :**

### **6.1- Tri croisé entre la variable "Amélioration de l'état de l'endeuillé" et la variable "Date du décès" :**

**Hypothèse nulle** : il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux variables "Amélioration de l'état de l'endeuillé" et "Date du décès"

Date du décès	Amélioration de l'état de l'endeuillé		Total
	1. Oui	2. Non	
1: Plus de cinq ans	++ 26 86,67%H 47,27%V 32,10%T	-- 4 13,33%H 15,38%V 4,94%T	30 100%H 37,04%V
2: Plus de deux ans	8 61,54%H 14,55%V 9,88%T	5 38,46%H 19,23%V 6,17%T	13 100%H 16,05%V
3: Plus de 6 mois	20 58,82%H 36,36%V 24,69%T	14 41,18%H 53,85%V 17,28%T	34 100%H 41,98%V
4: Moins de 6 mois	1 25,00%H 1,82%V 1,23%T	3 75,00%H 11,54%V 3,70%T	4 100%H 4,94%V
Total	55 67,90%H 100,00%V	26 32,10%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
9,75174427	3	0,02079867

Effectif théorique < 5

**Tableau n° 84 :** Croisement entre les variables "Amélioration de l'état de l'endeuillé" et "Date du décès"

Le chi 2 est significatif au seuil de probabilité de .02. L'hypothèse nulle est rejetée. Le tableau nous montre qu'il y a une relation statistiquement significative entre ces deux variables. Nous constatons qu'il y a une nette amélioration chez les endeuillés qui ont perdu leur proche depuis plus de cinq ans contrairement à ceux qui l'ont perdu depuis moins de deux ans. Nous pouvons conclure que plus le temps passe, plus les endeuillés ressentent une amélioration de leur état.

**6.2- Tri croisé entre la variable "Amélioration de l'état de l'endeuillé" et la variable " Sentiment de vide" :**

**Hypothèse nulle** : il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les distributions des variables "Amélioration de l'état de l'endeuillé" et " Sentiment de vide".

Sentiment de vide	Amélioration de l'état de l'endeuillé		Total
	1. Oui	2. Non	
1. Oui	(---) 3 23,08%H 5,45%V 3,70%T	(+++) 10 76,92%H 38,46%V 12,35%T	13 100%H 16,05%V
2. Non	+++ 52 76,47%H 94,55%V 64,20%T	--- 16 23,53%H 61,54%V 19,75%T	68 100%H 83,95%V
Total	55 67,90%H 100,00%V	26 32,10%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
11,93049049	1	0,00055223

**Tableau n° 85 : Croisement entre les variables "Amélioration de l'état de l'endeuillé" et " Sentiment de vide".**

Le chi 2 est très significatif au seuil de probabilité de .0005, nous rejetons donc l'hypothèse nulle. Le chi 2 nous montre qu'il y a une nette amélioration de l'état des

sujects qui n'ont pas ressenti un sentiment de vide suite à la perte d'un proche, alors que ceux qui ont eu ce sentiment ont vu leur état se dégrader.

**6.3- Tri croisé entre la variable "Amélioration de l'état de l'endeuillé" et la variable "Visites exagérées de la tombe" :**

**Hypothèse nulle** : il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les distributions des variables "Amélioration de l'état de l'endeuillé" et "Visites exagérées de la tombe"

		Amélioration de l'état de l'endeuillé		
Visites exagérées de la tombe	1. Oui	2. Non	Total	
1. Oui	- 31 59,62%H 56,36%V 38,27%T	+ 21 40,38%H 80,77%V 25,93%T	52 100%H 64,20%V	
2. Non	+ 24 82,76%H 43,64%V 29,63%T	- 5 17,24%H 19,23%V 6,17%T	29 100%H 35,80%V	
Total	55 67,90%H 100,00%V	26 32,10%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V	

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
3,574851513	1	0,0586607

**Tableau n° 86 : Croisement entre les variables "Amélioration de l'état l'endeuillé" et "Visites exagérées de la tombe" .**

Nous constatons à travers ce chi 2, que les personnes qui se rendent très souvent au cimetière ne ressentent pas une amélioration de leur état, contrairement à ceux qui le font très rarement.

**6.4- Tri croisé entre la variable ‘ Amélioration de l’état de l’endeuillé’ et la variable ‘ Sidération’ :**

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de différence statistiquement significative entre les distributions des variables ‘ Amélioration de l’état de l’endeuillé’ et ‘ Sidération’.

Sidération	Amélioration de l’état de l’endeuillé		Total
	1. Oui	2. Non	
1. Oui	- 14 51,85%H 25,45%V 17,28%T	+ 13 48,15%H 50,00%V 16,05%T	27 100%H 33,33%V
2. Non	+ 41 75,93%H 74,55%V 50,62%T	- 13 24,07%H 50,00%V 16,05%T	54 100%H 66,67%V
Total	55 67,90%H 100,00%V	26 32,10%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
3,745541811	1	0,05294857

**Tableau n° 87** : Croisement entre les variables ‘ Amélioration de l’état de l’endeuillé’ et ‘ Sidération’.

Le chi 2 est significatif au seuil de probabilité de .05, donc l’hypothèse nulle est rejetée. Le chi 2 nous montre que les sujets qui ont réagi par la sidération lorsqu’on leur a annoncé la nouvelle du décès, n’ont pas présenté une amélioration dans leur état.

**6.5- Tri croisé entre la variable ‘Amélioration de l’état de l’endeuillé’ et la variable ‘N’avoir pas pu éviter sa mort’ :**

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de différence statistiquement significative entre la variable ‘Amélioration de l’état de l’endeuillé’ et la variable ‘N’avoir pas pu éviter sa mort’.

N'avoir pas pu éviter sa mort	Amélioration de l'état de l'endeuillé		Total
	1:oui	2:non	
1. Oui	- 11 50,00%H 20,00%V 13,58%T	+ 11 50,00%H 42,31%V 13,58%T	22 100%H 27,16%V
2. Non	+ 44 74,58%H 80,00%V 54,32%T	- 15 25,42%H 57,69%V 18,52%T	59 100%H 72,84%V
Total	55 67,90%H 100,00%V	26 32,10%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
3,384735346	1	0,06580276

**Tableau n° 88 :** Croisement entre les variables ‘Amélioration de l’état de l’endeuillé’ et ‘N’avoir pas pu éviter sa mort’.

Ce croisement nous montre que ce sont les enquêtés qui se reprochent de n’avoir pas pu empêcher la mort de leur proche qui ne ressentent pas une amélioration de leur état. Au contraire, les sujets qui n’ont pas éprouvé ce sentiment se sont améliorés.

**6.6- Tri croisé entre la variable ‘Amélioration de l’état de l’endeuillé’ et la variable ‘Envie de mourir’ :**

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de différence statistiquement significative entre les distributions des variables ‘Amélioration de l’état de l’endeuillé’ et ‘Envie de mourir’.

		Amélioration de l’état de l’endeuillé			
Envie de mourir		1. Oui	2. Non	Total	
1. Oui		---	+++		
		7	12	19	
		36,84%H	63,16%H	100%H	
		12,73%V	46,15%V	23,46%V	
		8,64%T	14,81%T		
2. Non		+++	---		
		48	14	62	
		77,42%H	22,58%H	100%H	
		87,27%V	53,85%V	76,54%V	
		59,26%T	17,28%T		
Total		55	26	81	
		67,90%H	32,10%H	100%H	
		100,00%V	100,00%V	100,00%V	

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
9,203643799	1	0,00241534

**Tableau n° 89** : Croisement entre les variables ‘Amélioration de l’état de l’endeuillé’ et ‘Envie de mourir’.

L’hypothèse nulle est rejetée puisque le seuil de probabilité est très significatif .002. Le chi 2 nous montre qu’il y a une relation entre la variable ‘amélioration de l’endeuillé’ et la variable ‘envie de mourir’ où nous avons observé que l’envie de mourir chez les endeuillés, influe sur l’amélioration de leur état. Ceux qui ont ressenti ce besoin de mourir n’ont pas connu d’amélioration.

**6.7- Tri croisé entre la variable ‘Amélioration de l’état de l’endeuillé’ et la variable ‘Manque d’intérêt pour les activités courantes’ :**

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de différence statistiquement significative entre les distributions des variables ‘Amélioration de l’état de l’endeuillé’ et ‘Manque d’intérêt pour les activités courantes’.

		Amélioration de l’état de l’endeuillé			
Manque d’intérêt pour les activités courantes		1. Oui	2. Non	Total	
1. Oui	-		+		
	13 52,00%H 23,64%V 16,05%T		12 48,00%H 46,15%V 14,81%T	25 100%H 30,86%V	
2. Non	+		-		
	42 75,00%H 76,36%V 51,85%T		14 25,00%H 53,85%V 17,28%T	56 100%H 69,14%V	
Total		55 67,90%H 100,00%V	26 32,10%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V	

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
3,206104994	1	0,07336395

**Tableau n° 90: Croisement entre les variables ‘Amélioration de l’état de l’endeuillé’ et ‘Manque d’intérêt pour les activités courantes’.**

Ce croisement nous montre qu’il y a une relation statistiquement significative entre ces deux variables où nous constatons qu’il y a une bonne amélioration chez les sujets qui n’ont pas perdu d’intérêt pour les activités courantes de la vie, contrairement aux autres endeuillés..

**6.8- Tri croisé entre la variable ‘Amélioration de l’état de l’endeuillé’ et la variable ‘ Maladie organique chronique de l’endeuillé ’ :**

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de différence statistiquement significative entre les distributions des variables ‘Amélioration de l’état de l’endeuillé’ et ‘ Maladie organique chronique de l’endeuillé ’

		Amélioration de l’état de l’endeuillé		
Maladie organique chronique de l’endeuillé	1. Oui	2. Non	Total	
1. Oui	-- 14 50,00%H 25,45%V 17,28%T	++ 14 50,00%H 53,85%V 17,28%T	28 100%H 34,57%V	
2. Non	++ 41 77,36%H 74,55%V 50,62%T	-- 12 22,64%H 46,15%V 14,81%T	53 100%H 65,43%V	
Total	55 67,90%H 100,00%V	26 32,10%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V	

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
5,099056244	1	0,02393887

**Tableau n° 91 : Croisement entre les variables ‘Amélioration de l’état de l’endeuillé’ et ‘ Maladie organique chronique de l’endeuillé ’**

Le chi 2 est significatif au seuil de probabilité de .02, donc l’hypothèse nulle est rejetée. Le chi 2 nous montre qu’il y a une relation entre les deux variables où nous observons que les endeuillés qui souffrent d’une maladie organique chronique ne présentent pas d’amélioration dans leur état après la perte de la personne chère. Contrairement à ceux qui ne souffrent d’aucune maladie. Ce qui revient à dire que plus l’endeuillé est en bonne santé, plus il ressent une amélioration de son état.

### **Interprétation :**

Nous avons constaté à travers cette variable, que chez les endeuillés qui ont vécu la sidération lors de l'annonce de la nouvelle du décès d'un proche et qui ont éprouvé une envie de mourir, un sentiment de vide ainsi qu'un sentiment de culpabilité, ont eu des difficultés à s'améliorer. Ces réactions peuvent traduire par leur persistance, l'intensité et l'ampleur de la souffrance liée à cette perte. De là, nous pouvons supposer qu'elles sont à l'origine des complications du travail de deuil, d'où la difficulté de l'amélioration. Comme nous l'avons souligné auparavant, la persistance de la sidération par exemple, peut être à l'origine de l'absence de toute manifestation d'émotions ou de comportements en rapport avec la perte de l'être cher. Et de ce fait le processus du deuil reste bloqué au niveau de la première étape du deuil qui est celle du déni.

Tandis que le sentiment de vide, l'envie de mourir et le sentiment de culpabilité peuvent être le signe de l'inhibition du deuil au niveau de la phase dépressive. Sinon, la présence de ces réactions et leur persistance, peut être consécutive à d'autres facteurs tels que l'âge de l'endeuillé, la nature de la mort violente, leur lien de parenté....etc.

Un autre facteur semble rendre difficile l'amélioration des endeuillés : c'est leur état de santé et plus exactement la présence de maladies organiques chroniques. Seulement dans ce cas, nous ne pouvons pas savoir si ces maladies sont antérieures au décès et de ce fait, nous ignorons si ce sont elles qui ont pu influencer négativement le travail de deuil en aggravant leur état de santé déjà fragile, en provoquant par exemple, une complication de l'hypertension artérielle. Ou bien au contraire, si elles sont la conséquence du processus du deuil, qui se manifestera par la survenue d'autres maladies telles que le diabète ou les maladies cardio-vasculaires qui vont compliquer d'avantage le travail de deuil.

Mais d'une manière générale, nous pouvons conclure que plus la souffrance est importante, plus il est difficile d'obtenir une amélioration de l'état des l'endeuillés.

**7- Variable situation socio- professionnelle :**

**7.1- Tri croisé entre la variable ‘ Situation socio- professionnelle ‘ et la variable ‘Cris’ :**

**Hypothèse nulle :** il n’y a pas de différence statistiquement significative entre les distributions des variables ‘ Situation socio- professionnelle ‘ et ‘Cris’

Situation socio- professionnelle	Cris		Total
	1. Oui	2. Non	
1:Sans profession	+++ 11 45,83%H 55,00%V 13,58%T	--- 13 54,17%H 21,31%V 16,05%T	24 100%H 29,63%V
2:Retraité	(-) 0 0,00%H 0,00%V 0,00%T	(+) 11 100,00%H 18,03%V 13,58%T	11 100%H 13,58%V
3:Fonction libérale	. 6 26,09%H 30,00%V 7,41%T	. 17 73,91%H 27,87%V 20,99%T	23 100%H 28,40%V
4:Employé et ouvrier	2 15,38%H 10,00%V 2,47%T	11 84,62%H 18,03%V 13,58%T	13 100%H 16,05%V
5:Cadre	1 16,67%H 5,00%V 1,23%T	5 83,33%H 8,20%V 6,17%T	6 100%H 7,41%V
6:Etudiant(e)	0 0,00%H 0,00%V 0,00%T	4 100,00%H 6,56%V 4,94%T	4 100%H 4,94%V
<b>Total</b>	20 24,69%H 100,00%V	61 75,31%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
<b>11,52462006</b>	5	0,0419153

Effectif théorique < 5

**Tableau n° 92 : Croisement entre les variables ‘Situation socio- professionnelle’ et ‘Cris’**

Le chi 2 est significatif au seuil de probabilité de .04. L’hypothèse nulle est rejetée. Il nous montre que ce sont les enquêtés sans profession qui réagissent par les cris, lors de

l'annonce du décès, contrairement aux retraités et aux étudiants qui ne réagissent pas du tout de cette manière.

**7.2- Tri croisé entre la variable ‘ Situation socio- professionnelle ‘ et la variable ‘Changement dans la vie’ :**

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de différence statistiquement significative entre la variable ‘ Situation socio- professionnelle ‘ et la variable ‘Changement dans la vie’.

Situation socio- professionnelle	Changement dans la vie		Total
	1. Oui	2. Non	
1:Sans profession	21 87,50%H 32,81%V 25,93%T	3 12,50%H 17,65%V 3,70%T	24 100%H 29,63%V
2:retraité	(--) 5 45,45%H 7,81%V 6,17%T	(++) 6 54,55%H 35,29%V 7,41%T	11 100%H 13,58%V
3:étudiant	21 91,30%H 32,81%V 25,93%T	2 8,70%H 11,76%V 2,47%T	23 100%H 28,40%V
4:Employé et ouvrier	11 84,62%H 17,19%V 13,58%T	2 15,38%H 11,76%V 2,47%T	13 100%H 16,05%V
5:Cadre	3 50,00%H 4,69%V 3,70%T	3 50,00%H 17,65%V 3,70%T	6 100%H 7,41%V
6:Fonction libérale	3 75,00%H 4,69%V 3,70%T	1 25,00%H 5,88%V 1,23%T	4 100%H 4,94%V
<b>Total</b>	<b>64</b> 79,01%H 100,00%V	<b>17</b> 20,99%H 100,00%V	<b>81</b> 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
<b>13,93869591</b>	<b>5</b>	<b>0,01600355</b>

Effectif théorique < 5

**Tableau n° 93 :** Croisement entre les variables ‘ Situation socio- professionnelle ‘ et ‘Changement dans la vie’

L'hypothèse nulle est rejetée puisque le seuil de probabilité est de .01. Le chi 2 nous montre que les retraités ne ressentent aucun changement dans leur vie contrairement aux personnes actives qui ressentent ce changement.

**Interprétation :**

Au sujet de la situation socio-professionnelle, c'est la catégorie des sans profession qui a réagi le plus par les cris, contrairement aux retraités qui semblent mieux maîtriser leurs sentiments. Sans doute, le côté matériel et financier des endeuillés pourrait jouer un rôle dans l'exacerbation de la douleur et du mal-être de ces derniers, notamment quand c'était le défunt qui subvenait aux besoins de sa famille. Exemple dans le cas du décès d'un conjoint, où, en plus de la douleur liée à la perte de l'être cher, s'ajoutent des problèmes matériels ainsi qu'un grand stress en relation avec l'obligation de subvenir aux besoins innombrables de la famille.

La présence de ces manifestations chez cette même catégorie socio-professionnelle, est peut être liée aussi à leur niveau d'instruction qui est très souvent relativement bas.

## 8- Variable situation familiale :

### 8.1- Tri croisé entre la variable ‘ Situation familiale ‘ et la variable ‘Recherche de la cause du décès’ :

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de différence statistiquement significative entre les deux variables ‘Situation familiale ‘ et ‘Recherche de la cause du décès’.

Situation familiale	Recherche de la cause du décès		Total
	1. Oui	2. Non	
1: Marié(e)	13 24,07%H 61,90%V 16,05%T	41 75,93%H 68,33%V 50,62%T	54 100%H 66,67%V
2: Célibataire	(++) 7 53,85%H 33,33%V 8,64%T	(--) 6 46,15%H 10,00%V 7,41%T	13 100%H 16,05%V
3: Divorcé(e)	0 0,00%H 0,00%V 0,00%T	2 100,00%H 3,33%V 2,47%T	2 100%H 2,47%V
4: Veuf (ve)	1 8,33%H 4,76%V 1,23%T	11 91,67%H 18,33%V 13,58%T	12 100%H 14,81%V
Total	21 25,93%H 100,00%V	60 74,07%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
<b>8,00728035</b>	3	0,04586148

Effectif théorique < 5

### Tableau n° 94 : Croisement entre les variables ‘ Situation familiale ‘ et ‘Recherche de la cause du décès’

Le chi 2 est significatif au seuil de probabilité de .04 : l’hypothèse nulle est rejetée.

Il nous montre qu’il y a une relation statistiquement significative entre la variable ‘situation familiale’ et la variable ‘recherche de la cause du décès’ où nous

constatons que ce sont les célibataires qui ont tendance à rechercher la cause du décès alors que les mariés, les divorcés et les veufs le font beaucoup moins.

**8.2- Tri croisé entre la variable ‘ Situation familiale’ et la variable ‘ Colère contre le défunt’ :**

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de différence statistiquement significative entre les distributions des variables ‘ Situation familiale ‘ et ‘ Colère contre le défunt’.

Situation familiale	Colère contre le défunt		Total
	1. Oui	2. Non	
1:Marié(e)	(---) 1 1,85%H 14,29%V 1,23%T	(+++) 53 98,15%H 71,62%V 65,43%T	54 100%H 66,67%V
2:Célibataire	(++) 4 30,77%H 57,14%V 4,94%T	(--) 9 69,23%H 12,16%V 11,11%T	13 100%H 16,05%V
3:Divorcé(e)	0 0,00%H 0,00%V 0,00%T	2 100,00%H 2,70%V 2,47%T	2 100%H 2,47%V
4:Veuf (ve)	2 16,67%H 28,57%V 2,47%T	10 83,33%H 13,51%V 12,35%T	12 100%H 14,81%V
Total	7 8,64%H 100,00%V	74 91,36%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
12,38335228	3	0,00617895

Effectif théorique < 5

**Tableau n° 95 :** Croisement entre les variables ‘ Situation familiale ‘et ‘ Colère contre le défunt’.

Le chi 2 est très significatif au seuil de probabilité de .006, et nous montre que les célibataires ont ressenti de la colère envers le défunt alors que ce sentiment est quasi absent chez les autres endeuillés et notamment chez les sujets mariés.

**8.3- Tri croisé entre la variable ‘ Situation familiale ‘ et la variable ‘ Sentiment de vide’ :**

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de différence statistiquement significative entre les distributions des variables ‘ Situation familiale ‘ et ‘ Sentiment de vide’.

Situation familiale	Sentiment de vide		Total
	1. Oui	2. Non	
1: Marié(e)	-- 5 9,26%H 38,46%V 6,17%T	(++) 49 90,74%H 72,06%V 60,49%T	54 100%H 66,67%V
2: Célibataire	2 15,38%H 15,38%V 2,47%T	11 84,62%H 16,18%V 13,58%T	13 100%H 16,05%V
3: Divorcé(e)	1 50,00%H 7,69%V 1,23%T	1 50,00%H 1,47%V 1,23%T	2 100%H 2,47%V
4: Veuf (ve)	(++) 5 41,67%H 38,46%V 6,17%T	(--) 7 58,33%H 10,29%V 8,64%T	12 100%H 14,81%V
Total	13 16,05%H 100,00%V	68 83,95%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
<b>9,407827377</b>	3	0,02433241

Effectif théorique < 5

**Tableau n° 96 : Croisement entre la variable ‘ Situation familiale ‘ et la variable ‘Sentiment de vide’.**

Ce croisement nous montre que le sentiment de vide est plus présent chez les veufs que chez les sujets mariés, célibataires ou divorcés.

#### **8.4- Tri croisé entre la variable ‘ Situation familiale ’ et la variable ‘Pleurs’ :**

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de différence statistiquement significative entre les deux variables ‘ Situation familiale ’ et ‘Pleurs’.

Situation familiale	Pleurs		Total
	1. Oui	2. Non	
1: Marié(e)	36 66,67%H 66,67%V 44,44%T	18 33,33%H 66,67%V 22,22%T	54 100%H 66,67%V
2: Célibataire	(+) 12 92,31%H 22,22%V 14,81%T	(-) 1 7,69%H 3,70%V 1,23%T	13 100%H 16,05%V
3: Divorcé(e)	0 0,00%H 0,00%V 0,00%T	2 100,00%H 7,41%V 2,47%T	2 100%H 2,47%V
4: Veuf (ve)	6 50,00%H 11,11%V 7,41%T	6 50,00%H 22,22%V 7,41%T	12 100%H 14,81%V
Total	54 66,67%H 100,00%V	27 33,33%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
9,346153259	3	0,02502563

Effectif théorique < 5

**Tableau n° 97 : Croisement entre les variables ‘Situation familiale’ et ‘Pleurs’.**

Le chi 2 est significatif au seuil de probabilité de .02 : l’hypothèse nulle est rejetée. Ce croisement nous montre que les enquêtés célibataires réagissent par les pleurs, beaucoup plus que les autres sujets de la population étudiée. Nous remarquons d’autre part que les divorcés ne recourent nullement à cette réaction qui est beaucoup plus utilisée par les femmes que par les hommes.

**8.5- Tri croisé entre la variable ‘ Situation familiale ‘ et la variable ‘Sentiment de culpabilité’ :**

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de différence statistiquement significative entre les distributions des variables ‘ Situation familiale ‘ et ‘Sentiment de culpabilité’.

situation familiale	Sentiment de culpabilité		Total
	1. oui	2. non	
1. Marié(e)	21 38,89%H 60,00%V 25,93%T	33 61,11%H 71,74%V 40,74%T	54 100%H 66,67%V
2. Célibataire	10 76,92%H 28,57%V 12,35%T	3 23,08%H 6,52%V 3,70%T	13 100%H 16,05%V
3. Divorcé(e)	1 50,00%H 2,86%V 1,23%T	1 50,00%H 2,17%V 1,23%T	2 100%H 2,47%V
4. Veuf (ve)	3 25,00%H 8,57%V 3,70%T	9 75,00%H 19,57%V 11,11%T	12 100%H 14,81%V
Total	35 43,21%H 100,00%V	46 56,79%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
<b>8,091293335</b>	3	0,04416215

Effectif théorique < 5

**Tableau n° 98 : Croisement entre les variables ‘ Situation familiale ‘ et ‘Sentiment de culpabilité’**

L’hypothèse nulle est rejetée car le seuil de probabilité est de .04. Le chi 2 nous montre que le sentiment de culpabilité est très important chez les endeuillés célibataires, que chez les veufs et les divorcés.

### **Interprétation :**

De ce croisement, il ressort que les enquêtés célibataires étaient plus expressifs que les sujets mariés quant aux comportements et aux sentiments qu'ils ont éprouvés après le décès de leur proche. A ce sujet, ils disent avoir réagi par les pleurs et par un fort sentiment de colère envers le défunt qui les a quittés subitement, les laissant seuls submergés par une grande douleur et un effroyable sentiment d'abandon. De cette situation a découlé un sentiment de culpabilité parce qu'ils en ont voulu à l'être cher, disparu dans des circonstances tragiques.

Toutes ces réactions semblent être liées, soit à leur âge, notamment s'ils sont jeunes, soit au fait qu'ils soient célibataires et donc plus aptes à l'isolement qu'ils vivent par rapport aux sujets mariés qui ont moins manifesté ces réactions. Sans doute que ces derniers sont plus entourés et soutenus par les autres membres de la famille et plus particulièrement par leurs enfants dont ils ont la charge et la responsabilité. En effet, d'après la littérature qui traite du sujet du deuil, les enfants en bas âge semblent procurer un certain réconfort et un certain apaisement au parent endeuillé qui se sent obligé de s'en occuper et de subvenir à leurs besoins. Les enfants contribuent donc, à distraire les parents et leur faire oublier en quelque sorte, leur peine. Ces derniers peuvent aussi nier leur souffrance et réprimer leurs émotions pour préserver l'équilibre de la famille à cause de leur statut de responsables de famille.

**9- Variable niveau d'instruction :**

**9.1- Tri croisé entre la variable " Niveau d'instruction " et la variable "Ressent la présence du défunt" :**

**Hypothèse nulle** : il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les distributions des variables " Niveau d'instruction " et "Ressent la présence du défunt".

Niveau d'instruction	Ressent la présence du défunt		Total
	1. Oui	2. Non	
1:Sans instruction	+++ 16 76,19%H 45,71%V 19,75%T	--- 5 23,81%H 10,87%V 6,17%T	21 100%H 25,93%V
2:Primaire	. 7 43,75%H 20,00%V 8,64%T	. 9 56,25%H 19,57%V 11,11%T	16 100%H 19,75%V
3:Secondaire	. 8 30,77%H 22,86%V 9,88%T	. 18 69,23%H 39,13%V 22,22%T	26 100%H 32,10%V
4:Universitaire	- 4 22,22%H 11,43%V 4,94%T	+ 14 77,78%H 30,43%V 17,28%T	18 100%H 22,22%V
Total	35 43,21%H 100,00%V	46 56,79%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
14,18132496	3	0,00266845

**Tableau n° 99 : Croisement entre les deux variables " Niveau d'instruction" et "Ressent la présence du défunt"**

Le chi 2 est très significatif au seuil de probabilité de .002 : nous rejetons l'hypothèse nulle. Le chi 2 montre qu'il existe une relation statistiquement significative entre les

deux variables et nous constatons que ce sont beaucoup plus les endeillés de niveau bas qui ressentent la présence du défunt, alors que ce sentiment est rare chez les sujets de niveau universitaire, secondaire et primaire.

**9.2- Tri croisé entre la variable ‘ Niveau d’instruction ‘ et la variable ‘ Visites exagérées de la tombe’ :**

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de différence statistiquement significative entre la variable ‘ Niveau d’instruction ‘ et la variable ‘ Visites exagérées de la tombe’.

Niveau d’instruction	Visites exagérées de la tombe		Total
	1. Oui	2. Non	
1: Sans instruction	++ 18 85,71%H 34,62%V 22,22%T	-- 3 14,29%H 10,34%V 3,70%T	21 100%H 25,93%V
2: Primaire	. 12 75,00%H 23,08%V 14,81%T	. 4 25,00%H 13,79%V 4,94%T	16 100%H 19,75%V
3: Secondaire	. 18 69,23%H 34,62%V 22,22%T	. 8 30,77%H 27,59%V 9,88%T	26 100%H 32,10%V
4: Universitaire	--- 4 22,22%H 7,69%V 4,94%T	+++ 14 77,78%H 48,28%V 17,28%T	18 100%H 22,22%V
Total	52 64,20%H 100,00%V	29 35,80%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
<b>19,12732697</b>	3	0,00025732

**Tableau n° 100 : Croisement entre les variables ‘Niveau d’instruction’ et ‘Visites exagérées de la tombe’.**

L'hypothèse nulle est rejetée puisque le chi 2 est très significatif au seuil de probabilité de .0002. Les résultats nous montrent que les sujets sans instruction se rendent très souvent au cimetière contrairement aux universitaires qui le font rarement.

**9.3- Tri croisé entre la variable ‘ Niveau d’instruction ‘ et la variable ‘Pleurs’ :**

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de différence statistiquement significative entre les distributions des variables ‘ Niveau d’instruction ‘ et ‘Pleurs’.

Niveau d’instruction	Pleurs		Total
	1. Oui	2. Non	
1. Sans instruction	++ 19 90,48%H 35,19%V 23,46%T	-- 2 9,52%H 7,41%V 2,47%T	21 100%H 25,93%V
2. Primaire	. 11 68,75%H 20,37%V 13,58%T	. 5 31,25%H 18,52%V 6,17%T	16 100%H 19,75%V
3. Secondaire	. 15 57,69%H 27,78%V 18,52%T	. 11 42,31%H 40,74%V 13,58%T	26 100%H 32,10%V
4. Universitaire	. 9 50,00%H 16,67%V 11,11%T	. 9 50,00%H 33,33%V 11,11%T	18 100%H 22,22%V
Total	54 66,67%H 100,00%V	27 33,33%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
8,580699921	3	0,0354178

**Tableau n° 101 : Croisement entre les variables ‘Niveau d’instruction’ et ‘Pleurs’**

Ce croisement nous permet de constater que la réaction par les pleurs est beaucoup plus réponde chez les sujets sans instruction et elle va en régressant suivant le niveau d’instruction. En d’autres termes plus le niveau d’instruction est élevé, plus la réaction par les pleurs diminue.

**9.4- Tri croisé entre la variable ‘ Niveau d’instruction ‘ et la variable ‘ Recherche des omissions ‘ :**

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de différence statistiquement significative entre les distributions des variables ‘ Niveau d’instruction ‘ et ‘ Recherche des omissions ‘.

		Recherche des omissions		
Niveau d’instruction	1. Oui	2. Non	Total	
1. Sans instruction	0 0,00%H 0,00%V 0,00%T	21 100,00%H 29,17%V 25,93%T	21 100%H 25,93%V	
2. Primaire	2 12,50%H 22,22%V 2,47%T	14 87,50%H 19,44%V 17,28%T	16 100%H 19,75%V	
3. Secondaire	2 7,69%H 22,22%V 2,47%T	24 92,31%H 33,33%V 29,63%T	26 100%H 32,10%V	
4. Universitaire	(++) 5 27,78%H 55,56%V 6,17%T	(--) 13 72,22%H 18,06%V 16,05%T	18 100%H 22,22%V	
Total	9 11,11%H 100,00%V	72 88,89%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V	

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
8,026442528	3	0,04546837

Effectif théorique < 5

**Tableau n° 102 :** Croisement entre les variables ‘Niveau d’instruction‘ et ‘Recherche des omissions ‘.

Le chi 2 est significatif au seuil de probabilité de .04 : l’hypothèse nulle est rejetée. Le chi 2 nous montre la relation entre ces deux variables ‘niveau d’instruction’ et ‘recherche des omissions’ et nous observons que les endeuillés de niveau universitaire

ont tendance à rechercher les omissions plus que les sujets de niveau primaire et secondaire. Quand aux endeuillés sans instruction, ils n’y pensent pas du tout.

**9.5- Tri croisé entre la variable “ Niveau d’instruction ” et la variable “ Hyperactivité” :**

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de différence statistiquement significative entre les distributions des variables “ Niveau d’instruction ” et “ Hyperactivité”.

Niveau d’instruction	Hyperactivité		Total
	1. Oui	2. Non	
1. Sans instruction	0 0,00%H 0,00%V 0,00%T	21 100,00%H 28,00%V 25,93%T	21 100%H 25,93%V
2. Primaire	1 6,25%H 16,67%V 1,23%T	15 93,75%H 20,00%V 18,52%T	16 100%H 19,75%V
3. Secondaire	1 3,85%H 16,67%V 1,23%T	25 96,15%H 33,33%V 30,86%T	26 100%H 32,10%V
4. Universitaire	(++) 4 22,22%H 66,67%V 4,94%T	(--) 14 77,78%H 18,67%V 17,28%T	18 100%H 22,22%V
Total	6 7,41%H 100,00%V	75 92,59%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
7,952018738	3	0,04701381

Effectif théorique < 5

**Tableau n° 103 : Croisement entre les variables “Niveau d’instruction” et “Hyperactivité”.**

L’hypothèse nulle est rejetée car le chi 2 est significatif au seuil de probabilité de .04.

Les résultats de ce croisement nous montre que les universitaires sont plus hyperactifs

que les sujets de niveau primaire et secondaire. Par contre cette hyperactivité est nulle chez les enquêtés sans niveau d'instruction.

**9.6- Tri croisé entre la variable ‘ Niveau d'instruction ‘ et la variable ‘ Envie de mourir’ :**

**Hypothèse nulle** : il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les distributions des variables ‘ Niveau d'instruction ‘ et ‘ Envie de mourir’.

Niveau d'instruction	Envie de mourir		Total
	1. Oui	2. Non	
1. Sans instruction	(++) 9 42,86%H 47,37%V 11,11%T	(--) 12 57,14%H 19,35%V 14,81%T	21 100%H 25,93%V
2. Primaire	4 25,00%H 21,05%V 4,94%T	12 75,00%H 19,35%V 14,81%T	16 100%H 19,75%V
3. Secondaire	-- 2 7,69%H 10,53%V 2,47%T	++ 24 92,31%H 38,71%V 29,63%T	26 100%H 32,10%V
4. Universitaire	4 22,22%H 21,05%V 4,94%T	14 77,78%H 22,58%V 17,28%T	18 100%H 22,22%V
Total	19 23,46%H 100,00%V	62 76,54%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
8,037436485	3	0,04524431

Effectif théorique < 5

**Tableau n° 104 : Croisement entre les variables ‘Niveau d'instruction‘ et ‘Envie de mourir’.**

Le croisement entre ces deux variables est statistiquement significatif car le seuil de probabilité est de .04. Ce tableau nous montre que ce sont les endeuillés sans instruction qui cherchent à mourir après le décès de leur proche. Cette envie d'en finir avec la vie

se fait moins sentir chez les universitaires et les autres sujets de niveau secondaire et primaire. Donc plus le niveau d'instruction est élevé moins les enquêtés éprouvent l'envie de mourir.

**9.7- Tri croisé entre la variable ‘ Niveau d'instruction ’ et la variable ‘Impression d'entendre sa voix’ :**

**Hypothèse nulle** : il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les distributions des variables ‘ Niveau d'instruction ’ et ‘ Impression d'entendre sa voix’

		Impression d'entendre sa voix		
Niveau d'instruction	1. Oui	2. Non	Total	
1: Sans instruction	++ 12 57,14%H 42,86%V 14,81%T	-- 9 42,86%H 16,98%V 11,11%T	21 100%H 25,93%V	
2: Primaire	. 5 31,25%H 17,86%V 6,17%T	. 11 68,75%H 20,75%V 13,58%T	16 100%H 19,75%V	
3: Secondaire	. 8 30,77%H 28,57%V 9,88%T	. 18 69,23%H 33,96%V 22,22%T	26 100%H 32,10%V	
4: Universitaire	. 3 16,67%H 10,71%V 3,70%T	. 15 83,33%H 28,30%V 18,52%T	18 100%H 22,22%V	
Total	28 34,57%H 100,00%V	53 65,43%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V	

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
7,525559902	3	0,05690533

**Tableau n° 105 : Croisement entre les variables ‘ Niveau d'instruction ’ et ‘Impression d'entendre sa voix’**

Le chi 2 est significatif au seuil de probabilité de .05 : l'hypothèse nulle est rejetée.

Les résultats nous montrent qu'il y a une relation entre ces deux variables et nous constatons que ce sont les sujets analphabètes qui ont tendance à entendre la voix du défunt alors que cette impression est moins fréquente chez les autres. Donc plus le niveau d'instruction est élevé, plus la sensation d'entendre la voix du défunt diminue.

**9.8- Tri croisé entre la variable " Niveau d'instruction " et la variable " Durée des manifestations" :**

**Hypothèse nulle** : il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux variables " Niveau d'instruction " et " Durée des manifestations".

Niveau d'instruction	Durée des manifestations					Total
	1. Quelques jours	2. Moins d'un mois	3. Plus d'un mois	4. Plus de 6 mois	5. Jusqu'à présent	
1: Sans instruction	0 0,00%H 0,00%V 0,00%T	0 0,00%H 0,00%V 0,00%T	3 15,00%H 23,08%V 3,85%T	6 30,00%H 16,22%V 7,69%T	. +++ 11 55,00%H 50,00%V 14,10%T	20 100%H 25,64%V
2: Primaire	0 0,00%H 0,00%V 0,00%T	2 12,50%H 40,00%V 2,56%T	2 12,50%H 15,38%V 2,56%T	6 37,50%H 16,22%V 7,69%T	. 6 37,50%H 27,27%V 7,69%T	16 100%H 20,51%V
3: Secondaire	0 0,00%H 0,00%V 0,00%T	1 4,00%H 20,00%V 1,28%T	3 12,00%H 23,08%V 3,85%T	18 72,00%H 48,65%V 23,08%T	+++ - 3 12,00%H 13,64%V 3,85%T	25 100%H 32,05%V
4: Universitaire	1 5,88%H 100,00%V 1,28%T	2 11,76%H 40,00%V 2,56%T	5 29,41%H 38,46%V 6,41%T	7 41,18%H 18,92%V 8,97%T	. 2 11,76%H 9,09%V 2,56%T	17 100%H 21,79%V
Total	1 1,28%H 100,00%V	5 6,41%H 100,00%V	13 16,67%H 100,00%V	37 47,44%H 100,00%V	22 28,21%H 100,00%V	78 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
23,43945	12	0,02421858

Effectif théorique < 5

N.B : 3 enquêtés n'ont pas répondu à la question

**Tableau n° 106 : Croisement entre les variables "Niveau d'instruction" et " Durée des manifestations"**

Le chi 2 est significatif au seuil de probabilité de .02. Il montre qu'il y a une relation entre le niveau d'instruction et la durée des troubles et nous observons que chez les enquêtés sans niveau d'instruction les manifestations des troubles durent jusqu'à présent tandis qu'elles commencent à disparaître après six mois chez les autres sujets.

**9.9- Tri croisé entre la variable " Niveau d'instruction " et la variable "Sentiment de colère" :**

**Hypothèse nulle** : il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les distributions des variables " Niveau d'instruction " et "Sentiment de colère".

Niveau d'instruction	Sentiment de colère		Total
	1. Oui	2. Non	
1. Sans instruction	. 15 71,43%H 28,30%V 18,52%T	. 6 28,57%H 21,43%V 7,41%T	21 100%H 25,93%V
2. Primaire	+. 14 87,50%H 26,42%V 17,28%T	-. 2 12,50%H 7,14%V 2,47%T	16 100%H 19,75%V
3. Secondaire	. 16 61,54%H 30,19%V 19,75%T	. 10 38,46%H 35,71%V 12,35%T	26 100%H 32,10%V
4. Universitaire	-. 8 44,44%H 15,09%V 9,88%T	+. 10 55,56%H 35,71%V 12,35%T	18 100%H 22,22%V
Total	53 65,43%H 100,00%V	28 34,57%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
7,458418369	3	0,05863654

**Tableau n° 107 : Croisement entre les variables "Niveau d'instruction" et "Sentiment de colère".**

Ce croisement nous montre qu'il y a une relation statistiquement significative entre ces deux variables où nous constatons que le sentiment de colère est important chez les sujets de niveau primaire alors qu'il est moins fréquent chez les universitaires. De là, nous pouvons déduire que plus le niveau d'instruction est élevé moins la colère est ressentie par les enquêtés.

**9.10- Tri croisé entre les variables ‘Niveau d'instruction’ et ‘Angoisse’ :**

**Hypothèse nulle** : il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux variables ‘ Niveau d'instruction ’ et ‘Angoisse’.

Niveau d'instruction	Angoisse		Total
	1. Oui	2. Non	
1. Sans instruction	+++ 18 85,71%H 41,86%V 22,22%T	--- 3 14,29%H 7,89%V 3,70%T	21 100%H 25,93%V
2. Primaire	. 7 43,75%H 16,28%V 8,64%T	. 9 56,25%H 23,68%V 11,11%T	16 100%H 19,75%V
3. Secondaire	. 16 61,54%H 37,21%V 19,75%T	. 10 38,46%H 26,32%V 12,35%T	26 100%H 32,10%V
4. Universitaire	--- 2 11,11%H 4,65%V 2,47%T	+++ 16 88,89%H 42,11%V 19,75%T	18 100%H 22,22%V
Total	43 53,09%H 100,00%V	38 46,91%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
23,01684952	3	4,0058E-05

**Tableau n° 108 : Croisement entre la variable ‘ Niveau d'instruction ’ et la variable ‘Angoisse’.**

Le chi 2 corrigé nous montre que l'angoisse est moins fréquente chez les endeuillés universitaires alors qu'elle est très importante chez les sujets sans niveau d'instruction et à un degré moindre chez les sujets de niveau secondaire et primaire. Nous constatons ainsi que plus le niveau d'instruction des enquêtés est élevé, moins le sentiment d'angoisse est présent.

**9.11- Tri croisé entre la variable "Niveau d'instruction" et la variable "Recherche de la cause" :**

**Hypothèse nulle** : il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les distributions des variables " Niveau d'instruction " et " Recherche de la cause".

Niveau d'instruction	Recherche de la cause du décès du défunt		Total
	1. Oui	2. Non	
1. Sans instruction	4 19,05%H 19,05%V 4,94%T	17 80,95%H 28,33%V 20,99%T	21 100%H 25,93%V
2. Primaire	2 12,50%H 9,52%V 2,47%T	14 87,50%H 23,33%V 17,28%T	16 100%H 19,75%V
3. Secondaire	12 46,15%H 57,14%V 14,81%T	14 53,85%H 23,33%V 17,28%T	26 100%H 32,10%V
4. Universitaire	3 16,67%H 14,29%V 3,70%T	15 83,33%H 25,00%V 18,52%T	18 100%H 22,22%V
Total	21 25,93%H 100,00%V	60 74,07%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
8,362264633	3	0,03908906

Effectif théorique < 5

**Tableau n° 109** : Croisement entre la variable "Niveau d'instruction" et la variable "Recherche de la cause du décès du défunt".

Le chi 2 est significatif au seuil de probabilité de .03 : nous rejetons l'hypothèse nulle. Ce croisement démontre que se sont les enquêtés de niveau secondaire qui recherchent la cause du décès de leur proche. Cette quête est moins fréquente chez les endeuillés sans instruction, les universitaires et ceux de niveau primaire.

**9.12- Tri croisé entre la variable "Niveau d'instruction" et la variable "Agressivité" :**

**Hypothèse nulle** : il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les distributions des variables " Niveau d'instruction " et " Agressivité".

Niveau d'instruction	Agressivité		Total
	1. Oui	2. Non	
1. Sans instruction	0 0,00%H 0,00%V 0,00%T	21 100,00%H 28,00%V 25,93%T	21 100%H 25,93%V
2. Primaire	1 6,25%H 16,67%V 1,23%T	15 93,75%H 20,00%V 18,52%T	16 100%H 19,75%V
3. Secondaire	1 3,85%H 16,67%V 1,23%T	25 96,15%H 33,33%V 30,86%T	26 100%H 32,10%V
4. Universitaire	(++) 4 22,22%H 66,67%V 4,94%T	(--) 14 77,78%H 18,67%V 17,28%T	18 100%H 22,22%V
Total	6 7,41%H 100,00%V	75 92,59%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
7,952018738	3	0,04701381

Effectif théorique < 5

**Tableau n° 110** : Croisement entre les variables " Niveau d'instruction " et "Agressivité".

Le chi 2 est significatif au seuil de probabilité de .04. L'hypothèse nulle est rejetée. Ce croisement nous montre qu'il y a une relation statistiquement significative entre la variable "niveau d'instruction" et la variable "agressivité" et nous constatons que celle-ci est plus vive chez les endeuillés de niveau universitaire que chez les sujets de niveau primaire et secondaire. Cette agressivité est absente chez les sujets sans instruction.

**9.13- Tri croisé entre la variable " Niveau d'instruction " et la variable " Amélioration de l'état de l'endeuillé" :**

**Hypothèse nulle** : il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les distributions des variables " Niveau d'instruction " et "Amélioration de l'état de l'endeuillé".

Niveau d'instruction	Amélioration de l'état de l'endeuillé		Total
	1. Oui	2. Non	
1: Sans instruction	--- 8 38,10%H 14,55%V 9,88%T	+++ 13 61,90%H 50,00%V 16,05%T	21 100%H 25,93%V
2: Primaire	. 10 62,50%H 18,18%V 12,35%T	. 6 37,50%H 23,08%V 7,41%T	16 100%H 19,75%V
3: Secondaire	++ 22 84,62%H 40,00%V 27,16%T	-- 4 15,38%H 15,38%V 4,94%T	26 100%H 32,10%V
4: Universitaire	. 15 83,33%H 27,27%V 18,52%T	. 3 16,67%H 11,54%V 3,70%T	18 100%H 22,22%V
Total	55 67,90%H 100,00%V	26 32,10%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
14,07322884	3	0,00280715

**Tableau n° 111: Croisement entre les variables "Niveau d'instruction" et "Amélioration de l'état de l'endeuillé"**

Le chi 2 est très significatif au seuil de probabilité de .002. De ce fait, nous confirmons l'existence d'une relation statistiquement significative entre ces deux variables et nous observons que l'état des endeuillés s'améliore suivant le niveau d'instruction. Dans ce tableau nous voyons que les sujets sans niveau d'instruction ne présentent pas d'amélioration de leur état. Contrairement aux sujets universitaires et aux sujets de niveau secondaire dont l'état s'est amélioré.

### **Interprétation :**

De cette variable, nous avons constaté que les réactions de pleurs et l'envie de mourir sont plus fréquentes chez les endeuillés de niveau d'instruction bas. De même chez cette catégorie nous avons également observé des sentiments d'angoisse et de colère, notamment chez les sujets de niveau primaire, qui parlent aussi de l'impression d'entendre la voix du défunt et de se rendre très souvent au cimetière. Tous ces comportements qualifiés par certains auteurs de 'réactions primaires' sont très fréquentes dans notre société traditionaliste où la spontanéité et l'extériorisation des sentiments font parties des traits culturels qui sont très ancrés chez les personnes de niveau culturel bas ou primaire.

Par contre chez les universitaires, toutes ces attitudes ne sont pas manifestes mis à part un comportement d'agressivité ainsi qu'une hyperactivité et une recherche des omissions qui peuvent s'expliquer, soit comme des moyens de fuite par rapport à la réalité traumatisante à laquelle ils sont confrontés après le décès de l'être cher où la charge des émotions risque de les envahir, les submerger pour enfin les anéantir, soit parce que leur statut d'intellectuel ne leur permet pas d'extérioriser leurs sentiments douloureux et de ce fait, ils se dépensent exagérément au travail pour oublier leur malheur. Ou bien encore, ils ont plus de capacités à intellectualiser la perte de l'être cher, ce qui leur permet de dépasser ces réactions primaires observés chez les endeuillés de niveau bas et de mieux se sentir.

## 10- Variable date du décès :

### 10.1- Tri croisé entre la variable ‘Date du décès’ et la variable ‘ Recherche des fautes’ :

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de différence statistiquement significative entre les distributions des variables ‘ **Date du décès** ’ et ‘ **Recherche des fautes**’.

Date du décès	Recherche des fautes		Total
	1. Oui	2. Non	
1. Plus de cinq ans	5 16,67%H 55,56%V 6,17%T	25 83,33%H 34,72%V 30,86%T	30 100%H 37,04%V
2. Plus de deux ans	0 0,00%H 0,00%V 0,00%T	13 100,00%H 18,06%V 16,05%T	13 100%H 16,05%V
3. Plus de 6 mois	2 5,88%H 22,22%V 2,47%T	32 94,12%H 44,44%V 39,51%T	34 100%H 41,98%V
4. Moins de 6 mois	(+) 2 50,00%H 22,22%V 2,47%T	(-) 2 50,00%H 2,78%V 2,47%T	4 100%H 4,94%V
Total	9 11,11%H 100,00%V	72 88,89%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
<b>9,628676414</b>	3	0,02200113

Effectif théorique < 5

### **Tableau n° 112 :** Croisement entre les variables ‘Date du décès’ et ‘Recherche des fautes’

Le chi 2 est significatif au seuil de probabilité de .02, donc il y a une relation statistiquement significative entre les deux variables ‘date du décès’ et ‘recherche des fautes’ où nous constatons que les enquêtés qui ont perdu leur proche depuis moins de

six mois ont tendance à rechercher les fautes qu'ils auraient pu commettre envers le défunt, alors que ce comportement est quasi absent lorsque le décès remonte à plus de 2 ans.

**10.2- Tri croisé entre la variable " Date du décès " et la variable " Difficultés à prendre des décisions" :**

**Hypothèse nulle** : il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux variables "Date du décès" et "Difficultés à prendre des décisions".

Date du décès	Difficultés à prendre des décisions		Total
	1. Oui	2. Non	
1:Plus de cinq ans	2 6,67%H 28,57%V 2,47%T	28 93,33%H 37,84%V 34,57%T	30 100%H 37,04%V
2:Plus de deux ans	1 7,69%H 14,29%V 1,23%T	12 92,31%H 16,22%V 14,81%T	13 100%H 16,05%V
3:Plus de 6 mois	2 5,88%H 28,57%V 2,47%T	32 94,12%H 43,24%V 39,51%T	34 100%H 41,98%V
4:Moins de 6 mois	(++) 2 50,00%H 28,57%V 2,47%T	(--) 2 50,00%H 2,70%V 2,47%T	4 100%H 4,94%V
Total	7 8,64%H 100,00%V	74 91,36%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
<b>9,157094002</b>	3	0,02727353

Effectif théorique < 5

**Tableau n° 113 : Croisement entre les variables " Date du décès" et " Difficultés à prendre des décisions".**

L'hypothèse nulle est rejetée puisque le seuil de probabilité est de .02. Le chi 2 nous montre que les endeuillés éprouvent des difficultés à prendre des décisions lors des six premiers mois du décès d'un proche. Ces difficultés diminuent avec le temps.

**10.3- Tri croisé entre la variable ‘ Date du décès ‘ et la variable ‘ Sentiment de culpabilité’ :**

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de différence statistiquement significative entre les distributions des variables ‘ **Date du décès** ‘ et ‘ **Sentiment de culpabilité**’.

Date du décès	Sentiment de culpabilité		Total
	1. oui	2. non	
1. Plus de cinq ans	13 43,33%H 37,14%V 16,05%T	17 56,67%H 36,96%V 20,99%T	30 100%H 37,04%V
2. Plus de deux ans	7 53,85%H 20,00%V 8,64%T	6 46,15%H 13,04%V 7,41%T	13 100%H 16,05%V
3. Plus de 6 mois	11 32,35%H 31,43%V 13,58%T	23 67,65%H 50,00%V 28,40%T	34 100%H 41,98%V
4. Moins de 6 mois	(+) 4 100,00%H 11,43%V 4,94%T	(-) 0 0,00%H 0,00%V 0,00%T	4 100%H 4,94%V
Total	35 43,21%H 100,00%V	46 56,79%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V
Chi-2	deg. de liberté	Probabilité	
<b>7,489853382</b>	3	0,05781973	

**Tableau n° 114 : Croisement entre les variables ‘ Date du décès’ et ‘ Sentiment de culpabilité’.**

Le chi 2 est significatif au seuil de probabilité de .05 : l'hypothèse nulle est rejetée. Il nous montre que le sentiment de culpabilité est beaucoup plus présent chez les sujets qui ont perdu leur proche il y a moins de six mois, par rapport à ceux qui l'ont perdu

depuis plus de six mois. Nous pouvons dire, que plus le temps passe, plus le sentiment de culpabilité diminue.

**10.4- Tri croisé entre la variable ‘Amélioration de l’endeuillé’ et la variable ‘Date du décès’ :**

**Hypothèse nulle** : il n’y a pas de différence statistiquement significative entre la variable ‘Date du décès’ et la variable ‘Changement dans la vie’.

Date du décès	Changement dans la vie		Total
	1. Oui	2. Non	
1:Plus de cinq ans	27 90,00%H 42,19%V 33,33%T	3 10,00%H 17,65%V 3,70%T	30 100%H 37,04%V
2:Plus de deux ans	12 92,31%H 18,75%V 14,81%T	1 7,69%H 5,88%V 1,23%T	13 100%H 16,05%V
3:Plus de 6 mois	24 70,59%H 37,50%V 29,63%T	10 29,41%H 58,82%V 12,35%T	34 100%H 41,98%V
4:Moins de 6 mois	(--) 1 25,00%H 1,56%V 1,23%T	(++) 3 75,00%H 17,65%V 3,70%T	4 100%H 4,94%V
Total	64 79,01%H 100,00%V	17 20,99%H 100,00%V	81 100%H 100,00%V

Chi-2	deg. de liberté	Probabilité
12,06185818	3	0,00717424

Effectif théorique < 5

**Tableau n° 115 : Croisement entre les variables ‘Date du décès’ et ‘Changement dans la vie’**

Le chi 2 est très significatif au seuil de probabilité de .007 : l’hypothèse nulle est rejetée. Le chi 2 nous montre qu’il y a une relation entre les deux variables et nous observons que les endeuillés n’éprouvent pas de changement dans leur vie lorsque la

perte de la personne chère ne dépasse les 6 mois. Par contre, il y a eu un changement au delà de 6 mois. Ce qui revient à dire que plus le temps passe après la mort d'un proche, plus les endeuillés ressentent un changement dans leur vie.

### **Interprétation :**

Il ressort des résultats de notre enquête, que les endeuillés qui ont perdu leur proche il y a moins de six mois éprouvent encore beaucoup de difficultés à prendre des décisions, par rapport à ceux qui ont perdu un proche depuis plus de six mois. C'est également lors de cette période qu'ils éprouvent un fort sentiment de colère contre le destin ainsi qu'un sentiment de culpabilité qui consiste généralement en la recherche des fautes et des omissions. Ces réactions sont probablement liées au fait que la perte est encore récente et de ce fait les enquêtés sont encore au début du processus du deuil où le sentiment de culpabilité et les difficultés à prendre des décisions sont plus importants et plus intenses. Par contre, la persistance de ces sentiments au-delà de deux ans chez certains endeuillés, peut être révélatrice d'une complication du deuil qui est resté apparemment bloqué à la phase dépressive.

Nous avons constaté également que plus le temps passe, plus les réactions évoquées plus haut diminuent, laissant place à une amélioration de l'état général des sujets. Ce qui laisse supposer que ces manifestations semblent être normales durant les premiers mois qui suivent le décès puisqu'elles sont un signe qui révèle que le travail du deuil a été entamé. Ou bien qu'elles reflètent la douleur et la souffrance provoquée par la perte traumatique de l'être cher. Le fait qu'elles se soient atténuées avec le temps nous prouve que ce processus est en bonne voie de résolution.

Ainsi la période de 6 mois marquerait un repère important dans l'amélioration de l'état de l'endeuillé.

#### **4. Récapitulatif des tris croisés:**

Il apparaît clairement que la perte d'un proche induit chez toute personne un état de souffrance et surtout lorsque celle-ci est le résultat d'une mort violente.

Dans la littérature Occidentale, le deuil a fait l'objet de multiples études qui ont montré que toute mort violente est traumatisante de part sa soudaineté et son effet de surprise. Le sujet n'étant pas préparé à affronter cet événement, va être confronté à sa propre mort qui est irreprésentable et inimaginable pour lui. Si bien que pour se protéger, le moi va mettre en place plusieurs moyens de défenses afin d'y faire face et d'éviter ainsi le chaos intérieur.

Cette approche semble s'appliquer dans le contexte socio- culturel Algérien que nous avons choisi pour mener notre étude auprès de quatre vingt et un endeuillés par la mort tragique d'un proche.

Les moyens de défenses consistent généralement en des réactions de choc, de déni et de surprise qui vont être beaucoup plus présents dans les cas de meurtre où la préméditation de l'acte est le fait d'une tierce personne. L'hyperactivité quant à elle, touche uniquement certaines catégories de nos enquêtés à savoir les universitaires et les sujets qui ont perdu un parent (père ou mère).

Quant à la nature de la mort violente, c'est dans le suicide que les proches ont eu beaucoup plus de difficultés à s'améliorer par rapport à ceux qui ont perdu un être cher à la suite d'un accident ou d'un meurtre. C'est sans doute, parce qu'entre autres les endeuillés n'arrivent pas à donner un sens à ce passage à l'acte. D'où l'exacerbation de la douleur et la forte intensité des sentiments de colère et de culpabilité, dont la persistance joue sûrement un rôle dans les complications du travail du deuil.

Nous avons relevé également que d'autres facteurs interfèrent et contribuent à rendre difficile l'amélioration de l'état de l'endeuillé. En effet, plus celui-ci est âgé et plus le défunt est jeune, il a été observé que la durée du deuil est plus ou moins longue et que l'amélioration de l'état de l'endeuillé est plus difficile.

L'interprétation des résultats de notre enquête a fait ressortir d'autre part, que les endeuillés célibataires ont beaucoup plus de mal à accepter le décès du proche à cause probablement de l'isolement dans lequel ils sont plongés. Par ailleurs, les universitaires

semblent avoir plus de capacité à intellectualiser la mort et donc à mieux l'accepter. Alors que ceux qui ont un niveau d'instruction bas ont des difficultés à s'améliorer. Par contre, les sujets sans profession qui sont généralement d'un niveau d'instruction faible, vont être confrontés à une situation matérielle difficile qui va générer une période de deuil plus longue, sujette même à des complications.

Quant à la disparition de certaines réactions comme le sentiment de culpabilité, de vide, l'envie de mourir, ainsi que la durée du décès, elles vont permettre d'atténuer la souffrance inhérente au deuil et de ce fait, elles vont contribuer à son dépassement. Bien entendu, l'existence de ces sentiments est tout à fait normale durant les premiers mois qui ont suivi la perte du proche mais c'est leur persistance qui peut être à l'origine des complications du deuil.

Le facteur culturel joue sûrement un rôle important notamment dans l'apaisement de la douleur des endeuillés. Nous avons vu que les pleurs et les cris par exemple permettent à la femme de s'exprimer beaucoup mieux que les hommes, permettant à ces dernières de mieux transcender leur souffrance.

De tous ce qui précède, il apparaît clairement que le deuil est une étape nécessaire, pour ne pas dire vitale, sans laquelle l'endeuillé ne pourra jamais reprendre le cours normal de sa vie.

D'autre part, il paraît évident que le travail de deuil peut être troublé et compliqué pour des raisons diverses que nous avons évoquées plus haut, comme la nature de la mort, l'âge du défunt et de l'endeuillé...etc.

Pour éviter ces complications et permettre au travail de deuil de s'accomplir dans les meilleures conditions, il est indispensable de recourir à une prise en charge précoce des endeuillés à risque. Cette démarche préventive évitera à l'individu lui-même, comme à ses proches, l'impact négatif du deuil.

Mais il semble que le soutien de la famille ainsi que la religion sont les facteurs susceptibles de procurer une aide efficace pour l'endeuillé et permettre ainsi l'amélioration de son état.

## **5. L'analyse des résultats**

Le décès d'un proche est à l'origine de l'apparition de multiples réactions et de symptômes qui reflètent toute la souffrance et la douleur éprouvées par les individus suite à une perte. C'est ainsi que les spécialistes du domaine du deuil ont pu décrire l'impact psychologique et symptomatique provoqué par la disparition d'un être cher. De ce fait, nous avons essayé à travers cette étude, d'identifier et de recenser les différentes réactions observées après la perte violente d'un être cher qui est considérée par la plupart des auteurs comme étant une mort traumatisante du fait de sa soudaineté et sa brutalité ainsi que des perturbations plus ou moins durables qu'elle peut engendrer dans la vie de celui qui l'a subie que ce soit sur le plan physique, psychique ou social. Nous avons essayé également de voir l'influence que peuvent avoir les facteurs psychosociologiques et personnels relatifs à l'endeuillé sur ses réactions et notamment leur impact sur l'amélioration de son état ainsi que les conséquences qu'ils peuvent avoir sur le travail de deuil. Ceci nous permettra de détecter les facteurs ainsi que les types de réactions qui peuvent entraver le déroulement du processus du deuil et contribuer à sa complication. Ceci peut également expliquer l'installation d'un certain nombre de pathologies post traumatiques tels que la sidération, la reviviscence de l'événement, la peur, le sentiment d'insécurité, la perte d'espoir...etc.

### **I. Les réactions immédiates :**

#### **1. Les réactions par les pleurs et les cris :**

Des résultats de notre enquête, il est ressorti que les réactions les plus répandues à la suite de l'annonce de la nouvelle du décès chez les sujets interrogés sont soit les pleurs et les cris, soit les réactions de choc et de sidération.

En ce qui concerne les pleurs et les cris que M. F. Bacqué appelle "les réactions primitives", ils sont considérés par la plupart des auteurs comme étant des moyens d'expression des sentiments de douleur et de souffrance qu'engendre la perte d'un proche. Ceux-ci ont une grande signification symbolique et sociale dont M. Mauss écrit « qu'elles sont des expressions à valeur morale et à force obligatoire des sentiments de

l'individu et du groupe ; ce sont plus que de simples manifestations, ce sont des signes, des expressions comprises, bref, un langage » (cité par M. F. Bacqué. 2002. p76).

Ils permettent non seulement à l'endeuillé de manifester ses sentiments et d'extérioriser sa détresse mais aussi de montrer, de communiquer et de partager son mal-être avec les autres membres de la famille ou de la communauté.

### **1.1- Le facteur Sexe :**

Effectivement dans notre étude nous avons remarqué que ces réactions sont très courantes en Algérie, notamment chez les sujets qui ont un niveau d'instruction faible. Mais ce que nous avons constaté également, c'est qu'elles concernent beaucoup plus les femmes que les hommes.

Ceci peut s'expliquer par le fait que les femmes ont plus de facilité à exprimer leurs sentiments que les hommes, à cause de l'éducation et des traditions qui exigent d'eux, d'une manière tacite ou explicite de contrôler leurs émotions et de ne pas les manifester, du moins pas devant autrui, car le fait de montrer ses affects et sa douleur à travers les pleurs et les cris est considéré comme un signe de faiblesse. Pour cette raison les hommes n'arrivent pas à s'extérioriser d'une manière spontanée comme le font souvent les femmes et préfèrent réprimer leur souffrance sinon la cacher loin des regards des autres. Ce constat rejoint le point de vue de C. Fauré qui explique dans une de ses analyses : « qu'on attend de l'homme qu'il soit solide dans l'épreuve, qu'il fasse preuve de courage et de dignité. Imprégné de ces interdits, il aura donc souvent des difficultés à se laisser aller à l'intensité de sa douleur. Il ne s'autorisera à pleurer que dans la solitude, loin des regards et il s'épuisera à faire "bonne figure" » (1995. p116). Quant à M. F. Bacqué, elle lie également ces réactions au type d'éducation qu'ont reçu les hommes et les femmes dans leur enfance car selon elle « dès la petite enfance on apprend aux garçons à réprimer leurs émotions et à les cacher car aux yeux de la société c'est un signe de faiblesse ». Par contre elle est tolérée et acceptée pour les femmes car ces réactions « sont en accord avec ce qu'on imagine être "la sensibilité féminine" » (2000. p117)

En effet, le type d'éducation et cette facilité d'extériorisation leur permettent également d'être plus sociables donc plus entourées que les hommes au moment d'un décès, qui

ont plus tendance à s'isoler. Ce facteur semble contribuer à l'amélioration de l'état des endeuillées femmes. D'après M. F. Bacqué et selon une étude faite sur une population de veufs et de veuves, les résultats ont démontré que les femmes trouvent dans leur environnement social le soutien nécessaire pour la résolution du deuil, contrairement aux hommes chez qui la perte de leurs épouses signifie pour eux la perte de l'unique moyen d'extériorisation affectif du fait qu'elles sont le seul "vecteur" destiné à recevoir leurs émotions. D'où leur tendance à l'isolement.

Ce type de réactions n'est donc pas propre à notre société uniquement, mais il concerne beaucoup de cultures.

Or le fait que les femmes arrivent à extérioriser leurs émotions explique qu'elles sont plus aptes à s'améliorer et à se délivrer plus rapidement que les hommes de leur douleur puisque comme l'ont constaté la plupart des auteurs, l'expression de la peine et du chagrin est une des conditions essentielles pour commencer le travail de deuil qui est un processus naturel et primordial dans l'amélioration de leur état. Ce qui revient à dire que l'intériorisation de ces sentiments équivaut au blocage du travail du deuil et de ce fait peuvent apparaître les complications. A ce propos C. Fauré écrira : « reconnaître, valider et exprimer toutes ses émotions est l'une des tâches essentielles du travail de deuil. Se refuser cela, c'est courir le risque de ne jamais pouvoir le "résoudre" » (1995. p191). Donc, si l'endeuillé n'arrive pas à dépasser cet état, les spécialistes parlent dans ce cas de "deuil inhibé". Mais comme l'évoque M. Hanus cet état n'est pas définitif puisque nous pouvons observer des débordements émotionnels et une douleur affective subite lors des dates d'anniversaires ou même lors d'une simple irruption de souvenirs qui seront à l'origine du relancement du travail de deuil.

### **1.2- Les facteurs Socio- culturels :**

Nous avons relevé également ces "réactions primitives" qui sont les pleurs et les cris chez les enquêtés ayant un niveau d'instruction bas. Seulement ces derniers ont eu des difficultés à ressentir une amélioration de leur état à la suite de la perte de l'être cher contrairement aux universitaires, qui eux, semblent mieux accepter la mort de leur proche du fait qu'ils ont probablement plus de capacité à intellectualiser la mort. Le mécanisme d'intellectualisation comme le définit C. Travis consiste à « transformer un

problème auquel on ne veut pas faire face en un problème théorique très abstrait et moins menaçant » (1999. p 147). Dans notre cas nous pouvons dire que ce mécanisme permet peut être, aux endeuillés universitaires de trouver et de donner une raison plus ou moins logique et acceptable à la mort de leur proche. Tandisque les sujets d'un niveau d'instruction bas n'ont pas les capacités intellectuelles suffisantes pour le faire.

Mais ceci ne suffit pas à lui seul à expliquer pourquoi ces derniers ne présentent pas une amélioration de leur état. En effet, nous avons remarqué que les enquêtés d'un niveau d'instruction bas sont généralement sans profession et sont donc confrontés, en plus de la perte de l'être cher, à des problèmes financiers, notamment lorsque ces derniers n'avaient jamais travaillé ou qu'ils dépendaient du revenu du défunt comme c'est le cas par exemple de certaines veuves, lesquelles comme le rapporte C. Fauré « au stress de perdre son compagnon, s'ajoute celui de devoir subvenir à ses besoins et éventuellement à ceux de ses enfants...Le risque est de se laisser emporter par l'urgence des événements, en oubliant de prendre pour soi, le temps indispensable à la résolution de son deuil » (1995. p114). Nous voyons donc que la dégradation de la situation économique va favoriser l'émergence du sentiment d'insécurité et d'angoisse par rapport à leur avenir laissant ainsi de côté leur deuil. C'est ce qui va entraver son bon déroulement qui doit aboutir normalement à l'amélioration de l'état des endeuillés ainsi que celui de leur famille.

Il ne suffit pas uniquement d'extérioriser la douleur ressentie après la perte d'un être cher afin que le travail de deuil soit résolu, même si cette étape est considérée par M. Hanus comme étant essentielle et le préliminaire obligé de ce processus du deuil, qui consiste en ce que l'endeuillé commence à prendre conscience de la réalité de la perte sans laquelle le travail de deuil va être bloqué. Dans le même sens, M. F. Bacqué ajoute « qu'on ne pourra parler de l'installation du travail de deuil que lorsque les pleurs commencent ». (2000. p57).

Il semble aussi nécessaire que l'endeuillé arrivé à donner un sens à ce qui s'est passé, à trouver des explications qui lui permettent d'accepter le décès et de dépasser son deuil. Sans oublier également le facteur financier qui semble jouer un rôle important, même s'il n'y a pas beaucoup d'études qui confirment cet avis.

## **2. Les réactions par le Choc et la Sidération :**

Pour ce qui est du choc et de la sidération, il faut savoir avant tout chose que ce sont des réactions naturelles et normales qui surviennent souvent après l'annonce de la mort d'un proche et notamment lorsque celle-ci est violente et inattendue et de ce fait, elles constituent la phase initiale de tout travail de deuil et sont le signe du refus et même du déni de la réalité de la perte qui donne à l'endeuillé, comme le souligne M. Hanus, l'espoir que la personne va bientôt revenir et donc le protègent de l'impact de la nouvelle traumatisante. Pour M. J. Smailovic « ces mécanismes sont mis en place pour préserver l'individu de l'intensité de la violence de ses affects » (2003. p63), et comme l'a évoqué C. Fauré « la mort brutale et inattendue prend tellement de court l'individu que les moyens de s'en préserver sont paralysés par la soudaineté de l'événement. Le sujet n'a pas le temps nécessaire d'amortir le choc ; il a brutalement l'impression de perdre tout repère dans son quotidien ». Ces manifestations vont donc l'aider à faire face à l'événement traumatisant qui risque de déborder ses défenses et de déstabiliser fortement et durablement sa vie du fait aussi et comme l'a remarqué L. Crocq (2002) « que l'événement traumatique est vécu avec terreur et prend le sens d'une rencontre manquée avec la mort ».

Ce qui revient à dire que la mort d'un proche confronte l'individu à sa propre mort. Seulement et comme nous l'avons mentionné dans le premier chapitre « La mort propre est irréprésentable... Personne au fond ne croit à sa propre mort ou, ce qui revient au même dans l'inconscient, chacun de nous est convaincu de son immortalité » (S. Freud. 1981). En d'autres termes aucune personne ne pense ou ne conçoit sa propre mort et lorsque celle-ci touche un proche, elle lui rappelle qu'il n'est pas immortel et que lui aussi peut décéder à n'importe quel moment. C'est cette réalité qui est à l'origine de l'apparition de plusieurs réactions et plus particulièrement au sentiment de peur de mourir que nous avons rencontré chez certains endeuillés qui sont généralement âgés de moins 50 ans.

Pour revenir aux réactions de choc et de sidération, elles ont tendance à disparaître automatiquement, soit à la vue de la dépouille du défunt, soit en assistant à ses funérailles. A ce sujet et selon l'avis de la plupart des auteurs dont E. Kübler-Ross, il est important de voir le corps du défunt et de pouvoir lui parler, car d'après elle, le deuil

ne peut pas démarrer si la personne ne s'est pas trouvée en présence de la dépouille qui permet à l'endeuillé de constater et de réaliser par lui-même que l'être cher est véritablement décédé. Ce qui signifie qu'il y a eu une acceptation, même partielle, de la perte qui signe le commencement du travail de deuil tout en accédant à la seconde phase appelée "la phase dépressive" qui se manifeste à travers la décharge des émotions. De ce fait, et comme nous l'avons évoqué dans notre chapitre sur le deuil, l'absence d'affliction ou l'élection précipitée et prématurée d'un objet de remplacement, rendent l'endeuillé indisponible au travail de deuil au travers de la dépression. (M. Hanus. 1995. p104). A ce sujet C. Fauré fixe la durée de la phase de choc et de sidération, à environ trois semaines à un mois. Au-delà de cette durée nous pouvons déduire que le processus du deuil est bloqué ou du moins ralenti.

L'absence d'amélioration est apparue également chez les enquêtés qui ont éprouvé une envie de mourir, un sentiment de vide ainsi qu'un sentiment de culpabilité. A ce sujet, la plupart des auteurs pensent que toutes ces réactions doivent disparaître après un laps de temps ou du moins, diminuer en intensité avec le temps. Leur persistance est le signe que le travail de deuil est bloqué et que l'endeuillé n'arrive pas à accepter la disparition de l'être cher. De ce fait il ne pourra pas s'améliorer ni s'adapter à la perte. Les spécialistes du domaine du deuil ne sont pas arrivés à fixer la durée exacte de la résolution complète du travail de deuil, mais l'ont situé entre 12 à 18 ou 20 mois. D'après M. F. Bacqué (2002. p45), ces réactions doivent disparaître ou diminuer après six mois du décès, donc selon elle, l'endeuillé commence à mieux se sentir quatre à six mois après l'événement douloureux ; au-delà de ce temps, nous sommes face à un deuil compliqué. Ce constat correspond aux résultats de notre recherche où nous avons observé que durant les six premiers mois du décès, les endeuillés avaient du mal à ressentir une amélioration de leur état. Beaucoup de réactions, notamment en ce qui concerne le sentiment de colère et de la culpabilité sont très intenses lors de cette période, mais au-delà de six mois elles commencent à diminuer et à disparaître laissant place à un début d'amélioration de l'état des sujets. Cette durée coïncide également avec celle proposée par le Manuel de diagnostique des troubles mentaux (DSM IV) pour diagnostiquer l'état de stress post traumatique (ESPT). En effet, selon les auteurs de ce Manuel, avant six mois le sujet est dans un état de stress aigu ou différé. Après cette date c'est l'état de stress post traumatique qui s'installe. Nous pouvons dire que la

persistance ou la présence de certaines réactions telles que la réaction de choc ou le sentiment de culpabilité, au-delà de six mois d'un décès peuvent être à l'origine des complications du deuil.

### **2.1- Le facteur Age de l'endeuillé :**

Notre enquête nous a permis également de constater que trois facteurs peuvent être à l'origine de la présence de ces réactions de choc et de sidération, se sont l'âge de l'endeuillé, la perte d'une personne jeune et à degré supérieur celui d'un enfant et enfin la nature du décès et plus exactement celle qui survient à la suite d'un meurtre.

Pour ce qui est du premier facteur lié à "l'âge de l'endeuillé", nous avons constaté que les enquêtés âgés de plus de 50 ans ont eu du mal à exprimer leurs émotions, de même qu'ils n'ont pas manifesté leur sentiment de colère ni de culpabilité, contrairement aux jeunes endeuillés. Ces résultats correspondent à ceux observés lors d'une étude rapportée par M. F. Bacqué (2000) et qui est faite sur des couples âgés et des couples jeunes qui ont perdu un proche. Les résultats de ce travail ont montré que les réactions des jeunes endeuillés étaient plus intenses et comprenaient plus de manifestations de culpabilité que chez les endeuillés plus âgés. Seulement ce sont ces derniers qui n'ont pas présenté une amélioration de leur état contrairement aux jeunes qui se sont relativement améliorés et se sont réadaptés à leur nouvelle situation. D'après M. F. Bacqué c'est le fait d'avoir réprimé leurs émotions dans un premier temps, qui a engendré chez les sujets âgés une symptomatologie qui a évolué à bas bruit et qui a visiblement était marquée par le déni. Donc les sujets âgés semblent ne pas accepter la perte de peur d'admettre que la personne chère a disparu définitivement et de peur également, d'affronter la souffrance et la douleur qu'engendrera cette acceptation. Car « fuir l'événement, reflète la peur que ressent le sujet face à ses pensées et à sa grande douleur » (C. Fauré. 1995. p 55). De son côté A De Broca lie le déni qui se manifeste chez les personnes âgées à la douleur qu'ils ressentent lors du décès de leurs enfants et ce, quelque soit l'âge de ces derniers. Selon cet auteur « même le décès d'un enfant âgé de 50 ans suscite une souffrance aussi forte pour le parent survivant » (2001. p151)

## **2.2- Le facteur Age du défunt :**

Quant au second facteur qui a trait à l'âge du défunt, la majorité des auteurs ont considéré que plus le défunt est jeune plus sa perte est traumatique. C'est ce qui ressort également des résultats de notre enquête. Selon A. de Broca c'est « la rupture dans l'évolution logique de l'ordre des décès des générations qui rend la perte des enfants en bas âge et des nourrissons, très douloureuse. ». Ainsi, la brutalité et la soudaineté de la perte de même que le fait que le défunt ne souffrait d'aucune maladie dénuent l'événement de tout son sens et rendent cette mort précoce impensable et injuste. Toutes les données bibliographiques relatent que la plupart des pays si ce n'est toutes les sociétés arrivent à accepter le décès d'une personne qui souffre depuis longtemps d'une maladie grave dont l'issue fatale est la mort ainsi que celle d'une vieille personne mais les gens sont inconsolables quand il s'agit de la disparition d'un enfant ou d'un jeune adulte.

Cet état de fait ne veut aucunement nier la douleur et la souffrance qui surviennent après la perte d'un être cher quel qu'il soit puisque les proches semblent être plus préparés à cette mort contrairement au décès brutal et inattendu, comme l'a souligné C. Fauré (1995) « si dans le cas d'une longue maladie la mort est une issue presque "logique" et compréhensible, la mort brutale, elle, échappe à toute explication. ».

L'absence de préparation ou comme l'appelle C. Fauré, l'absence de "prédictibilité" rend difficile l'appréhension et la compréhension du décès qui sont nécessaires pour entamer et dépasser le travail de deuil, d'où le caractère traumatique de cette mort.

C'est pourquoi l'individu peut avoir recours à ces réactions de choc et de sidération qui vont le protéger et le préserver de l'intensité de la douleur qui peut submerger son moi.

## **2.3- Le facteur Nature de la mort :**

### **2.3.1- Les meurtres :**

Les réactions de choc et de sidération apparaissent aussi lors des décès consécutifs aux meurtres qui sont souvent liées au fait que l'acte de donner la mort est intentionnel et prémédité par une tierce personne, chose que nous ne retrouvons pas lors des morts accidentelles. A ce sujet F. Garden- Brèche observe que les événements provoqués par

les êtres humains sont plus traumatiques que ceux qui surviennent à la suite des catastrophes naturelles ou les accidents, dans la mesure où la préméditation va à l'encontre de toutes les lois et les croyances (qu'elles soient d'ordre religieux ou social) qui interdisent et prohibent les meurtres. Or, le passage à l'acte va être, comme l'a souligné L. Crocq à l'origine d'une grave blessure narcissique qui se manifeste par l'effondrement des convictions que l'humanité est bonne et que les gens ne sont pas aussi mauvais, ce qui va remettre en question les assises du narcissisme qui consistent en un sentiment de toute puissance ainsi que celui de la sécurité. C'est ce qui explique l'exacerbation du sentiment de colère éprouvé par les sujets interrogés à l'égard du responsable du décès envers lequel nous avons constaté que la majorité des endeuillés ont recherché une sanction exemplaire ou tout au moins une réparation qui semble jouer un rôle déterminant dans l'atténuation de leur colère.

L'importance du châtement de l'assassin est telle que, même la religion musulmane a prévu un droit criminel pour le punir et assouvir la revanche des familles des victimes et de leur permettre en même temps d'accomplir leur deuil. A ce propos Gustave Le Bon rapporte que chez les arabes le droit criminel était réglé par le Coran et les interprétations du Coran qui avait pour base, comme le code de Moïse, la "peine du Talion" : « *œil pour œil et dent pour dent* » qui était exercée sur le coupable ou sur sa famille. D'après cet auteur, la loi du Talion avait l'avantage de beaucoup restreindre le nombre des meurtres, mais elle présentait dans les sociétés antiques l'inconvénient d'entraîner une série de revanches qui duraient souvent pendant longtemps. On finit par lui substituer une compensation pécuniaire payée aux parents de la victime. Le pardon est devenu cependant recommandé comme préférable à la vengeance, car aux époques primitives celui qui ne se vengeait pas était déshonoré. » (Gustave Le Bon. 1969. p302)

De ce qui précède, nous pouvons avancer que lors des crimes les sanctions judiciaires jouent un rôle amortisseur quant aux sentiments de colère et de vengeance ressentis par les sujets concernés et qui permettent au deuil de s'accomplir à peu près normalement.

### **2.3.2- Les suicides :**

En ce qui concerne les décès consécutifs aux suicides, nous avons constaté que les enquêtés ont ressenti le même désarroi, de non sens et d'incompréhension que ceux qui ont perdu un proche suite à un meurtre. En effet, la majorité des auteurs s'accordent à dire que les difficultés liées au suicide résident dans le fait que le défunt a choisi de mettre fin à sa vie en se donnant volontairement la mort. L'endeuillé n'arrive pas à expliquer, à comprendre le pourquoi de ce passage à l'acte, d'où la présence d'un fort sentiment de culpabilité par rapport à ceux qui ont perdu un proche à la suite d'un accident ou d'un assassinat. Sur ce point A. de Broca explique que « les proches dans ces circonstances se sentent responsables de sa mort car ils n'ont pas été présents pour l'éviter » (1995). C. Fauré ajoute que l'endeuillé sera à l'affût du moindre indice qui aurait pu ou aurait dû le prévenir ». Cette rumination va être à l'origine d'un intense sentiment de culpabilité qui se prolonge dans le temps, induisant ainsi des complications sévères. Nous pouvons dire donc, que la particularité des conséquences des suicides réside dans le fait que chaque composante du deuil normal semble prendre ici, comme le souligne C. Fauré (1995. p180), une plus grande dimension tant au niveau physique que psychologique. C'est ce qui rend le deuil plus difficile et plus lourd que celui des endeuillés qui ont perdu un proche à la suite d'un accident ou d'un meurtre.

Se pose également le problème de "responsabilité" qui paraît être un point très important et plus nécessaire que dans tout autre travail de deuil, du fait que la désignation d'un responsable du décès, permet de donner un sens, une raison à ce suicide et donc à la résolution du deuil. D'après C. Fauré « il faut impérativement trouver quelqu'un ou quelque chose pouvant endosser la responsabilité de l'acte suicidaire ». Dans ces cas, ou bien l'endeuillé s'accuse lui-même et se rend responsable de cet acte, d'où la présence du sentiment de culpabilité que nous avons cité auparavant, ou bien alors il accuse un membre de la famille, un médecin...etc. c'est ce qui peut expliquer la présence du sentiment de colère chez les sujets interrogés lors de notre enquête. Quant à la persistance du sentiment de colère chez ces derniers par rapport aux endeuillés qui ont perdu un proche à la suite d'un meurtre, elle peut s'expliquer par le fait que dans les cas de suicide il n'y a pas de poursuites judiciaires puisqu'il n'y a pas de responsable et c'est ce qui accentue le sentiment de colère et explique le fait que

certaines endeuillés parlent du ‘‘Mektoub’’ lorsque nous leurs avons demandé comment ils interprètent la mort de leur proche. C’est donc, une manière de donner un sens à cette mort qui est qualifiée par certains enquêtés comme horrible ‘‘Chenâa’’.

Le suicide est un acte mal vu et mal accepté dans notre société du fait probablement de la position de notre religion vis-à-vis de cet acte. La position de l’Islam en particulier et des autres religions monothéistes en général, est très claire à ce sujet. Le suicide est prohibé, il est considéré comme un pêché, nul n’a le droit de se donner la mort ou de l’aider à le faire comme dans l’euthanasie par exemple. Passer à l’acte équivaut à désobéir à la volonté Divine, où le suicidé est considéré comme un ‘‘athée’’ (‘‘kaffer’’). Comme l’a expliqué B. Bensmail « le respect de la vie humaine est une obligation et le suicide est formellement condamné car se donner la mort, c’est ne pas admettre une situation ou un état et donc c’est un refus de se soumettre à ce qui a été décrété par Dieu, c’est une révolte, un sacrilège contre la volonté divine ». (1989. p 42) Aller donc à l’encontre de cette loi, de ce principe, engendre chez la famille du suicidé un malaise, un sentiment de honte car leur proche a transgressé cet interdit universel. C’est cette honte comme l’indique C. Fauré, qui pousse l’endeuillé à parler ‘‘d’accident’’ au lieu de suicide et qui impose le silence à un deuil rendu impossible par le mensonge et les non dits. Cette mort selon Fauré porte le sceau de l’infamie et de la réprobation » (1995. p182).

C’est ce qui rend difficile pour la famille d’affronter le regard pesant des autres, dont le comportement peut aller jusqu’au refus de participer aux funérailles et de présenter leurs condoléances par peur qu’ils ne soient eux mêmes touchés par la colère et le châtement Divin. Ces attitudes vont contribuer au renforcement du silence qui entoure cette perte ainsi que la solitude du fait de l’absence de l’aide et du soutien des autres rendant ainsi difficile si ce n’est impossible le dépassement du travail de deuil.



La religion offre également aux familles des défunts un soutien moral inestimable grâce aux rituels funéraires où l'intervention du sacré et la référence à la volonté Divine permettent d'accepter la nouvelle situation et d'exprimer la peine publiquement par les prières, les pleurs ...etc. Sur ce point, E. Durkheim ajoute « que ce qui est essentiel dans ces rites c'est que les individus soient réunis, que des sentiments communs soient ressentis et qu'ils s'expriment en actes communs » (Cité par M. Segalen. 1998. p14)

En effet, ces rituels permettent aux endeuillés de confirmer la réalité du décès et d'accepter la perte grâce à l'accomplissement de certains gestes tels que la toilette mortuaire, la veillée du défunt, l'enterrement...etc. De même qu'ils leur permettent, comme le souligne C. Fauré, « de se percevoir en deuil et leur offrent un cadre socialement reconnu pour l'expression naturelle des émotions ». (1995. p201)

### **1.2- Le soutien familial :**

Quant au deuxième facteur qui a favorisé l'amélioration des endeuillés de notre étude, il réside dans le soutien de la famille ou de la communauté, qui jouent un rôle très important dans ces cas là, puisqu'il leur procure un réconfort non négligeable pour sortir de leur peine et de leur solitude. Ce qui peut expliquer aussi, que les sujets mariés de notre enquête se sont améliorés plus rapidement que les célibataires, du fait que les premiers sont plus entourés notamment par leurs enfants qui contribuent, selon M. F. Bacqué «à distraire leurs parents de leur peine » (2000. p 102) .

De tout ce qui précède, nous remarquons que la plupart des auteurs ont insisté sur l'importance de ces deux facteurs dans la résolution du travail de deuil et l'évitement de ses complications. Or, dans les sociétés occidentales, ces chercheurs ont relevé que leurs populations se sont éloignées de leurs traditions ancestrales parmi lesquelles figurent les rituels funéraires qui sont à l'origine d'après eux, de la solitude dans laquelle se retrouve l'endeuillé qui se sent alors, de plus en plus enfoncé dans sa douleur et son désespoir, d'où la complication du deuil. A ce sujet, M. J. Smailovic (2003. p 13) écrit que « les manifestations apparentes du deuil, sont non seulement délaissées mais réprochées. La peine n'inspire plus la compassion mais la répugnance. Elle est associée à un signe de dérangement mental ou d'une mauvaise éducation ». Selon elle, c'est la retenue de toute manifestation publique et l'obligation de souffrir seul, en silence qui est

à l'origine de l'aggravation du traumatisme consécutif à la perte d'un être cher et des complications et des pathologies du deuil.

En résumé, nous pouvons dire que l'amélioration de l'état des endeuillés dépend de plusieurs facteurs qui peuvent contribuer soit à la résolution du deuil, soit au contraire, à entraver son bon déroulement et donc ralentir et compliquer gravement le deuil.

## **2. Les étapes du deuil et l'amélioration de l'état de l'endeuillé :**

Comme nous l'avons vu tout au long de ce travail, la résolution du deuil qui débute avec l'amélioration de l'état de l'endeuillé est étroitement liée au bon déroulement et au dépassement de chaque étape constituant le processus du deuil, à savoir la phase de choc, la phase centrale ou dépressive enfin la période de rétablissement. (M. Hanus. 1995. p99)

En effet, chacune de ces étapes est importante, aussi elle se caractérise par la manifestation d'un certain nombre de réactions qui doivent disparaître ou bien diminuer avec le temps pour céder la place à la phase suivante. Mais il arrive que ces réactions perdurent ou n'apparaissent pas au moment voulu et dans ce cas, ou bien l'étape du deuil se chronicise ou bien elle se bloque.

Pour revenir à la première étape du deuil appelée "la phase de choc", elle débute selon M. Hanus dès l'annonce de la nouvelle du décès et se caractérise par la sidération, l'abattement et le refus de croire à cette disparition. D'après C. Fauré, cette phase dure approximativement entre 3 semaines et un mois. Quant à son dépassement, il apparaît à travers la décharge émotionnelle, les pleurs, les cris...etc. Comme nous l'avons constaté lors de notre enquête se sont les femmes qui sont les plus aptes à surmonter cette étape de choc puisque de par l'éducation, elles arrivent plus facilement à exprimer et à extérioriser leur douleur et leur chagrin. Au contraire, l'absence de ces manifestations prouve que l'endeuillé notamment les hommes, n'ont pas encore dépassé cette phase de choc, ce qui peut traduire un retard sinon un blocage du travail de deuil. Or, tant que l'endeuillé n'arrive pas à exprimer ses affects, il n'y aura pas d'amélioration. A ce sujet M. Hanus précise: « Afin de pouvoir franchir cette étape, cette tension émotionnelle

pénible doit se décharger, à travers le cri, la survenue des pleurs, des lamentations, des gémissements ». (1995.p100)

Mais il arrive cependant que l'endeuillé ne présente pas d'amélioration de son état malgré la décharge de ses émotions, et c'est ce que nous avons observé chez nos enquêtés qui étaient d'un niveau d'instruction faible. Dans ce cas, les manifestations tardent à disparaître ou bien elles ne diminuent pas d'intensité puisque, soit les sujets n'ont pas les capacités intellectuelles suffisantes pour accepter le décès de leur proche soit que c'est leur situation financière et matérielle misérable qui a influé négativement sur le travail de deuil en favorisant ainsi son blocage et sa chronicisation dans la seconde période dénommée "la phase dépressive". Cette dernière est considérée par la plupart des auteurs comme étant la période centrale, incontournable et essentielle de tout travail de deuil car c'est à ce moment précis que se produit le travail de désinvestissement de l'objet perdu sans lequel l'endeuillé ne pourra pas surmonter, dépasser et se réadapter à vivre sans l'être cher. D'où l'apparition du sentiment de culpabilité, de colère et de vide, les difficultés de concentration, le manque d'intérêt pour les activités courantes de la vie...etc.

De l'avis des auteurs, cette période peut se prolonger avec la persistance du sentiment de culpabilité et de la colère, notamment dans les cas de suicide ou lorsque le défunt est très jeune. Ces décès sont considérés comme étant les plus traumatiques, les plus horribles, injustes et terrifiants car ils révèlent à l'endeuillé sa propre vulnérabilité et contribuent même à l'accentuation de certaines réactions notamment celles du sentiment de culpabilité et de la colère qui vont être à l'origine des complications du deuil.

Arriver à la dernière phase du deuil à savoir celle de "la phase d'acceptation" signifie le début de l'amélioration de l'état de l'endeuillé. Selon M. Hanus, cette période se caractérise par la dissipation de l'état dépressif, la diminution de la douleur et de la peine. En même temps la lassitude diminue et les inhibitions cessent peu à peu.... (1995. p 112)

De nos résultats il est ressorti que c'est la religion et le soutien familial qui sont à l'origine de l'amélioration rapide des endeuillés et l'évitement des complications du deuil dans la société algérienne. Aussi nous avons remarqué que plus le temps passe plus les réactions du deuil diminuent et disparaissent. Il ne faut pas oublier également que ces derniers facteurs, en plus de l'âge de l'endeuillé, sont décrits par certains auteurs comme faisant partie des facteurs de "résilience" qui aident comme le souligne S. Vanistendael « à résister à la destruction et à se reconstruire une vie riche en dépit des circonstances difficiles et d'un environnement défavorables... ». (Cité par F. Marty. 2001. p154). C'est ce qui explique que certains endeuillés arrivent à surmonter leur douleur et leur souffrance pour s'adapter à la perte et d'autres pas.

Pour conclure, nous insisterons sur les résultats de notre investigation de laquelle nous confirmons la première hypothèse principale qui fait que les facteurs psychosociologiques influent sur les réactions des endeuillés suite à la mort violente d'un proche et où nous avons remarqué :

1. Que les femmes arrivent à extérioriser plus facilement que les hommes leurs émotions du fait de leur éducation différente ; et c'est ce qui leur permet d'éviter les complications du deuil.
2. Que l'état des endeuillés âgés s'améliore difficilement par rapport aux sujets jeunes, puisqu'ils ont du mal à accepter le décès de leur proche et plus particulièrement quand ce dernier est jeune.
3. Que le deuil est plus traumatique lorsqu'il touche aux enfants car le décès de ces derniers est toujours considéré comme une aberration et une injustice puisqu'il va contre l'ordre de la nature qui veut que ce sont les personnes âgées ou malades qui sont les plus proches de la mort.
4. Que plus les sujets sont instruits plus ils ont des capacités d'intellectualisation et sont donc capables d'accepter la mort de leur proche.

Quant à la deuxième hypothèse principale, les résultats nous ont démontré que ce sont les enquêtés qui ont perdu un être cher suite à un suicide qui ont eu du mal à s'améliorer, à cause de l'intensité du sentiment de culpabilité et de la persistance du sentiment de colère ainsi que de l'incompréhension du geste fatal qui rendent difficile, si ce n'est impossible l'acceptation de la perte. Sans oublier le poids des traditions et des croyances religieuses qui prohibent ce passage à l'acte et renforcent l'isolement des endeuillés.

Ce qui revient à infirmer la première hypothèse partielle qui souligne que les décès suite à un meurtre sont plus traumatiques que tous les autres types de morts violentes.

Par contre, la deuxième hypothèse partielle nous affirme que lors des morts accidentelles, les réactions de choc et de sidération sont moins fréquentes que lors des autres décès, du fait d'une part, qu'elles ne sont pas survenues dans des circonstances intentionnelles et préméditées comme c'est le cas des crimes, et que les endeuillés les perçoivent comme étant le fait du destin, d'autre part. Ce qui permet d'accepter plus facilement la perte de l'être cher.

Notre enquête nous a démontré également :

1. L'importance de la religion ainsi que le soutien de la famille dans l'amélioration de l'état de l'endeuillé.
2. Moins les endeuillés sont seuls et isolés plus ils s'améliorent rapidement comme c'est le cas des enquêtés mariés.
3. Plus le temps passe, plus les réactions du deuil diminuent et mieux se sentent les endeuillés.
4. La sanction du responsable du décès contribue également dans l'atténuation du sentiment de colère, surtout si l'endeuillé est satisfait du verdict.

## **Conclusion Générale**

Il nous semble important de souligner à la fin de cette étude que le deuil n'est pas une maladie ni un comportement anormal de l'être humain, et sur ce point, la majorité des auteurs sont d'accord pour dire qu'il est un processus des plus naturels dans la mesure où il va permettre à l'endeuillé de surmonter et de s'adapter à la perte de l'être cher. Pour cela le deuil est la seule issue qui permettra de cicatriser et d'apaiser la souffrance et la douleur qu'a engendré la perte d'une personne chère puisqu'il a comme objectif principal de donner un sens à l'irreprésentable qu'est "la mort" et à se détacher de la personne perdue.

Pendant cette phase l'endeuillé est désorienté et toute sa vie est bouleversée durant un certain temps tant sur le plan physique, que psychique, intellectuel ou social. Pourtant sans ce processus, l'endeuillé n'arrivera pas à revivre normalement après le chaos provoqué par la mort et de ce fait, il restera prisonnier de sa souffrance et de ses angoisses car cette disparition va remettre en question toutes les valeurs de l'existence, toutes les certitudes et les croyances qui étaient fortement ancrées en lui et notamment lorsque le décès survient d'une manière brutale et violente. Non seulement la perte d'un proche dans de pareilles circonstances risque d'entraîner des difficultés voir des complications du travail de deuil, mais il faut signaler que ces circonstances peuvent être aussi à l'origine de l'apparition de graves pathologies telles que la dépression majeure ou le syndrome psychotraumatique.

En effet, et de l'avis de plusieurs chercheurs, plus l'individu est préparé à la perte de l'être cher, moins le deuil sera difficile. En d'autres termes, l'accompagnement d'un sujet malade ou agonisant par exemple, rend sa disparition plus ou moins supportable si ce n'est paisible et sereine, dans la mesure où sa mort sera perçue comme une délivrance.

Par contre, plus le défunt est jeune et en bonne santé, plus sa perte et plus particulièrement lorsqu'elle survient suite à une violence – accident, meurtre ou suicide- aura des répercussions cruelles et dramatiques sur les proches qui peuvent aboutir à des réactions extrêmes qui peuvent retarder ou bloquer le travail de deuil.

L'absence ou le retard de l'amélioration de l'état des endeuillés est influencée également, comme l'ont démontré les résultats de notre enquête, par la présence de certains facteurs tels que le sexe, le niveau d'instruction bas de l'endeuillé, le jeune âge du défunt... qui vont, soit retarder l'apparition de certaines réactions comme l'expression des manifestations affectives par exemple, soit accentuer l'intensité de certaines autres et retarder leur disparition comme c'est le cas du sentiment de culpabilité, de colère et de vide...etc.

Il est vrai que d'autres facteurs que nous n'avons pas pris en considération dans cette présente étude, peuvent influencer sur le travail de deuil comme par exemple la nature du lien qui unissait l'endeuillé au défunt, ainsi que celle de sa personnalité. De l'avis de certains auteurs, il semble que certains types de personnalités ou de relations qui liaient le défunt à l'endeuillé, peuvent jouer un rôle négatif dans l'amélioration de son état. Lorsque le sujet souffre d'une maladie psychique ou organique chronique par exemple, ou bien dans le cas où sa relation avec le défunt était conflictuelle ou au contraire symbiotique, il aurait plus de mal à affronter cette perte.

Un autre facteur peut susciter une attention particulière, c'est celui du deuil de l'enfant qui présente des caractéristiques particulières à partir du moment où celui-ci n'acquiert le sens de la mort qu'à partir de l'âge 12 ans et qu'il est encore en cours de développement physique et psychique qui vont vraisemblablement rendre son travail de deuil différent de celui d'une personne adulte.

La recherche sur ces aspects du deuil pourra se tourner vers la détection des facteurs à risque qui peuvent entraver le bon déroulement du deuil et ce, afin de prévenir ses complications. Comme il n'existe pas une psychothérapie bien spécifique au deuil puisque celui-ci, et comme nous l'avons souligné auparavant, n'est pas une maladie, les spécialistes du domaine préconisent une surveillance de l'évolution du deuil notamment dans les situations exceptionnelles et risquées où l'écoute bienveillante, l'information sur le travail de deuil et les possibilités de ses complications peuvent aider l'endeuillé à exprimer ses émotions et à extérioriser sa souffrance ...etc.

Cependant, le soutien procuré par les parents, les proches et les amis reste le moyen le plus adéquat et le plus efficace pour éviter que l'endeuillé ne s'enfonce dans son isolement et sa douleur qui peuvent être une source de difficultés du deuil. En prenant

en compte tous les facteurs à risque, le deuil suivra son cours normal et la situation de crise vécue au début de chaque décès se résorbera progressivement en laissant place à une nouvelle vie sans la personne disparue.

Mais comme le soulignent la plupart des auteurs, la fin du deuil ne signifie pas l'oubli du défunt, car malgré ce long travail de deuil, la blessure engendrée par la perte restera toujours présente, mais le bon déroulement du processus sera à l'origine de changements bénéfiques pour l'endeuillé, qui se manifestera généralement par un sentiment de maturité, une plus grande capacité à affronter de nouvelles situations de la vie.

De tout ce qui précède, nous pouvons conclure que l'issue du deuil peut être, soit négative quand celui-ci est entravé par un certain nombre de facteurs et de ce fait l'endeuillé restera enlisé dans sa souffrance, il se sentira abandonné, malheureux et déprimé.... Ou bien, il aura une issue positive et dans ce cas le sujet retrouvera un rythme quasi normal et serein de sa vie sans la personne aimée, ce qui l'aidera à s'investir dans de nouvelles relations et de nouveaux projets.

## Bibliographie

1. Ariès. P. (1977), L'homme devant la mort, T1 et 2, Paris, Du Seuil.
2. Ariès. P. (1975), Essais sur l'histoire de la mort en occident, Paris, Du Seuil.
3. Assoun, P. L. (2002), Leçons psychanalytiques sur l'angoisse, Paris, Anthropos.
4. Assoun. P. L. (1999), Le préjudice et l'idéal, Paris, Anthropos.
5. Bacqué. M. F. (2000), Le deuil à vivre, Paris, Odile Jacob.
6. Bacqué. M. F. (2002), Apprivoiser la mort, Paris, Odile Jacob.
7. Bailly. L. (1996), Les catastrophes et leurs conséquences psychotraumatiques chez l'enfant, Paris, ESF.
8. Bardet. M. (2000), Le suicide, France, Ed Les essentiels Milan.
9. Bayle, G. (2002), Métapsychologie et devenir des deuils pathologique, in "*Le deuil*", sous la direction de Amar. N, Couvreur. C et Hanus. M. Algérie, SARP.
10. Bégouin, J. (2002), La problématique du deuil et le métabolisme de souffrance psychique, in "*Le deuil*", sous la direction de Amar. N, Couvreur. C et Hanus. M, Algérie, SARP.
11. Bensmail. B. (1993), La psychiatrie aujourd'hui'', Alger, Office des Publications Universitaires.
12. Berthier. N. (1998), Les techniques de l'enquête, Paris, Armand Colin.
13. Blanchet. A. (1992), L'enquête et ses méthodes : l'entretien, Paris, Nathan.
14. Bourdieu. P. (1970), Que sais je ? Sociologie de l'Algérie, 3<sup>e</sup> ed, Paris, PUF.
15. Campos. E. (1998), Le crime, France, Les essentiels Milan.
16. Canoui. P et all. (1994), Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Paris, Maloine.
17. Ceccaldi. P. F et Durigon. M. (1979), Médecine légale à usage judiciaire, Paris, Cujas.
18. Chauchat. H. (1990), L'enquête en psychosociologie, 2<sup>e</sup> ed, Paris, PUF.
19. Code pénal Algérien. (1971), Alger, SNED.
20. Cottraux. J. (1990), Les thérapies comportementales et cognitives, Paris, Masson.
21. Crocq. L. (1992), Le syndrome de répétition dans la névrose traumatique, in *Dossier documentaire du séminaire de formation des formateurs*, sous la direction de Crocq. L et Vitry. M, Algérie- UNICEF, 2000.

22. Crocq. L. (1994), Les victimes psychiques, in *Dossier documentaire du séminaire de formation des formateurs*, sous la direction de Crocq. L et Vitry. M, Algérie- UNICEF, 2000.
23. Crocq. L. (1996), L'état de stress post- traumatique, in *Dossier documentaire du séminaire de formation des formateurs*, sous la direction de Crocq. L et Vitry. M, Algérie- UNICEF, 2000.
24. Crocq. L. (1997), Stress, trauma et syndrome psychotraumatique, in *Dossier documentaire du séminaire de formation des formateurs*, sous la direction de Crocq. L et Vitry. M, Algérie- UNICEF, 2000.
25. Crocq. L. (1998), Intervention de l'équipe psychiatrique lors des catastrophes, in *Dossier documentaire du séminaire de formation des formateurs*, sous la direction de Crocq. L et Vitry. M, Algérie- UNICEF, 2000.
26. Crocq. L. (2000) (a), Les modèles explicatifs du trauma, in *Dossier documentaire du séminaire de formation des formateurs*, sous la direction de Crocq. L et Vitry. M, Algérie- UNICEF, 2000.
27. Crocq. L. (2000) (b), Critique du concept d'état de stress post- traumatique in *"Les troubles post traumatique"*, sous la direction de Kacha. F, Algérie, Ministère de la santé.
28. De Broca. A. (2001), Deuils et endeuillés, 2<sup>e</sup> ed, Paris, Masson.
29. Delbary. F. (1996), La psychanalyse : une anthologie, t 2, Paris, Pocket.
30. De Singly. F. (1992), L'enquête et ses méthodes : Le questionnaire, Paris, Nathan.
31. Desmet. H, Pourtois. J. P. (1988), Épistémologie et instrumentalisation en sciences humaines, Liège, Pierre Mardaga.
32. De Vericourt. G. (1999), L'euthanasie, France, Les essentiels Milan.
33. Durand. J. P, Weil. R. (1989), Sociologie contemporaine, Paris, Vigot.
34. Fauré. C. (1995), Vivre le deuil au jour le jour, Paris, J'ai Lu.
35. Freud. S. (1912), Totem et tabou, Paris, Pbp, 2001
36. Freud. S. (1915), Deuil et mélancolie, trad. J. Laplanche et J.-B. Pontalis, in *"Métopsychole"*, Paris, Gallimard, 1968.
37. Freud. S. (1980), Etudes sur l'hystérie, Paris, Pbp.
38. Freud. S. (1981), Essais de psychanalyse, Paris, Pbp.
39. Freud. S. (1926), Inhibition, symptôme et angoisse, 9<sup>e</sup> ed, Paris, PUF, 1990.
40. Gaudry. M. (1998), La femme Chaouia de l'Aurès, Batna, Chihab- Awal.

41. Grawitz. M. (1990), Méthodes des sciences sociales, 8<sup>e</sup> ed, Paris, Dalloz.
42. Hanus. M. (1995), Les deuils dans la vie, Paris, Maloine.
43. Hanus. M. (2002), Le travail de deuil, in *“Le deuil”*, sous la direction : Amar. N, Couvreur. C et Hanus. M, Algérie, SARP.
44. Kaplan. H. I, Sadock. B. J. (1992), Manuel de psychiatrie, Paris, Maloine.
45. Klein. M. (1972), Essais de psychanalyse, Paris, Payot.
46. Klein. M et all. (1976), Développements de la psychanalyse, 3<sup>e</sup> ed, Paris, PUF.
47. Lebigot. F. (1998), Le débriefing individuel du traumatisé psychique, in *Dossier documentaire du séminaire de formation des formateurs*, sous la direction de Crocq. L et Vitry. M, Algérie- UNICEF, 2000.
48. Le Bon. Gustave. (1969), La civilisation des arabes, Algérie, SNED.
49. Lebovici. S. (2002), Le travail de deuil chez l'enfant, in *“Le deuil”*, sous la direction de Amar. N, Couvreur. C et Hanus. M, Algérie, SARP.
50. Lopez. G. (2002), Rappels théoriques, in *“Psychothérapie des victimes”*, sous la direction de Lopez. G. et Sabouraud-Séguin. A, Paris, Dunod.
51. Lubtchansky. J. (2002), Travail du deuil, douloureuse souffrance, in *“Le deuil”*, sous la direction de Amar. N, Couvreur. C et Hanus. M, Algérie, SARP.
52. Marty. F. (2001), Traumatisme, une clinique renouvelée, in *“Figures et traitements du traumatisme”* sous la direction de Marty. F et all, Paris, Dunod.
53. Mauss. M. (1967), Manuel d'ethnographie, Paris, Pbp.
54. Mazet. Ph, Houzel. D. (1996), Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Paris, Maloine.
55. Moragues. J-L. (2001), Processus originaire et résilience, in *“Victimes et agresseur”* Baccino. E et Bessole. P., t1, France, Du Champ Social.
56. Moron. P. (1996), Que sais je ? Le suicide, 6<sup>e</sup> ed, Paris, PUF.
57. Raimbault. G. (1990), L'enfant et la mort, Toulouse, Privat.
58. Rivière. C. (1997), Socio- anthropologie des religions, Paris, Armand Colin.
59. Robert. M et all. (1988), Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie, 3<sup>e</sup> ed, Paris, Maloine.
60. Rosental. C, Murphy. C. F. (2001), Introduction aux méthodes quantitatives en sciences humaines et sociale, Paris, Dunod.

61. Sabouraud-Séguin. A. (2002), Traitement cognitivo-comportemental du stress post-traumatique, in *''Psychothérapie des victimes''*, sous la direction de Lopez. G. et Sabouraud-Séguin. A, Paris, Dunod.
62. Segalen. M. (1998), Rites et rituels contemporains'', Paris, Nathan.
63. Simonet. E et Daunizeau. B. (2002), La prise en charge psychothérapeutique, in *''Psychothérapie des victimes''*, sous la direction de Lopez. G. et Sabouraud-Séguin. A, Paris, Dunod.
64. Smailovic. M. J. (2003), L'enfant, la maladie et la mort, Bruxelles, De Boeck et Belin.
65. Souki. H. (2002), Définitions des concepts et sémiologie des troubles psychiques post-traumatiques, in *''Pratiques de soins et psychotrauma''*, sous la direction du Ministère de la santé et UNICEF, Algérie, Primtal SARL.
66. Thomas. L. V et all. (1977), La mort aujourd'hui, Paris, Anthropes.
67. Tomkiewicz. S. (2001), La résilience, in *''Figures et traitements du traumatisme''* sous la direction de Marty. F et all, Paris, Dunod.
68. Travis. C et all. (1999). Introduction à la psychologie, Bruxelles, De Boeck.
69. Vila. G et all. (1999), L'enfant victime d'agression, Paris, Masson.
70. Vitry. M. (2000), Le débriefing psychologique : une méthode, in *Dossier documentaire du séminaire de formation des formateurs*, sous la direction de Crocq. L et Vitry. M, Algérie- UNICEF, 2000.

**Les dictionnaires :**

71. Association Psychiatrique Américaine. (1992), Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, DSM IIIR, 3<sup>e</sup> ed, Paris, PUF.
72. Chemama. R, Vandermersch. B. (1998), Dictionnaire de la psychanalyse, Paris, Larousse.
73. Dictionnaire Le Petit Larousse. (2003), Paris, Larousse. Cdrom.
74. Encyclopédie Encarta. (2004), Mort et agonie, France, Microsoft Corporation Cdrom.
75. Encyclopédie Encarta. (2004), Les rites de passage, France, Microsoft Corporation Cdrom.
76. Holy Quran. (1991- 1996), Traduction du Coran, 6<sup>e</sup> Version 6.31, Sakher. CDRom.

77. Laplanche. J, Pontalis. J. B. (1978), Vocabulaire de la psychanalyse, 6<sup>e</sup> ed, Paris, PUF.
78. Rey. A, Rey- Debove. J. (1983), Dictionnaire Le Petit Robert 1, Paris, Le Robert.
79. Sillamy. N. (2003), Dictionnaire de psychologie, Paris, Larousse.
80. Sumpf. J, Hugue. M. (1973), Dictionnaire de sociologie, France, Librairie Larousse.
81. Thomas. L. V. (1998), Les sociétés devant la mort, in Encyclopédia Universalis, France. CDRom.

### **Documents et articles :**

82. Benharkat. A. (1995), Polycopié non publié de médecine légale judiciaire.
83. Bensmail. B. (1987), Le sens de la maladie dans la culture maghrébine arabo-islamique, in *Rev. de Psychologie Médicale n° 19*, Paris, Copyright SPEI médical.
84. Bensmail. B. (1990), Fatalisme, anticipation et ambivalence dans la culture maghrébine arabo-islamique, in *Rev. de Psychologie Médicale n° 22*, Paris, Copyright SPEI médical.
85. Bensmail. B. (1991), Filiations, liens culturels et identité au Maghreb, in *Rev. Trente années de psychiatrie Lyonnaise*, Lyon, CERURO.
86. Froidevaux. S. (2002), L'humanitaire, le religieux et la mort, in *Rev. Internationale de la Croix Rouge (RICR)*, Dec.2002, Vol. 84, n° 848, Genève.
87. Le Jeune Indépendant. (1/07/2004). N° 1873.
88. Lemitre. S. (2001), Prise en charge du traumatisme psychique, in *Rev. Psychologues et Psychologies*, Septembre- octobre 2001, n° 161, Paris.
89. Rouag. A. (2003-2004), Cour non publié de méthodologie de la recherche, Magister Option psychotraumatisme.
90. Zech. E. (1994), La gestion du deuil et la gestion des émotions, Mémoire de Licence en psychologie, Louvain-la-Neuve, Belgique. (document PDF)

## **Les documents Internet :**

91. Bounon. L. (2003), Deuil et endeuillés, [www.perso.wanadoo.fr](http://www.perso.wanadoo.fr).
92. Chollet. G. (1999), Mort et enterrement, [www.internatif.org](http://www.internatif.org).
93. Crocq. L. (2003), Le concept de traumatisme psychique ou trauma, [www.enm.justice.fr](http://www.enm.justice.fr).
94. Descamps. M. A. (2004), Les définitions de la mort, [www.europsy.org](http://www.europsy.org).
95. Encyclopédie. (2001), Les rites funéraires, [www.encyclopédia.yahoo.com](http://www.encyclopédia.yahoo.com).
96. Garden-Brèche. F. (1999), Situations pathogènes, [www.Adréline112.org](http://www.Adréline112.org).
97. Garneau. J. (2001), La mort, une définition de la vie, [www.Redpsy.com](http://www.Redpsy.com).
98. Glaudes. P, Marot. P. (2003), Le deuil dans la littérature, [www.univ-tlse2.fr](http://www.univ-tlse2.fr).
99. Guilane Nachez. E. (1995), Vie, mort et nouveau paradigme, [www.nachez.fr](http://www.nachez.fr).
100. Hanus. M et Bacqué. M. F. (2003), Les étapes du deuil, [www.pfg.fr](http://www.pfg.fr).
101. Hanus. M. (2003), L'épreuve du deuil, [www.funeraire.ca](http://www.funeraire.ca).
102. Hanus. M (2003), La mort, en parler ?, [www.meci.org](http://www.meci.org).
103. Hardy. P. (2003), Deuil normal et pathologique. [www.senon-online.com](http://www.senon-online.com). Pdf.
104. Jacob. N. (1998), Deuil/définition, [www.3sympatico](http://www.3sympatico).
105. Kellersohn. M. (2003), La période de déclin, [www.megapsy.com](http://www.megapsy.com).
106. Kübler-Ross. E. (2000), Aides au travail de deuil, [www.actualitesolidarite.com](http://www.actualitesolidarite.com).
107. Létourneau. M. (2001), Le déroulement du deuil et les besoins des endeuillés, [www.aqps.qc.ca](http://www.aqps.qc.ca).
108. Loisel. J. P, all. (1999), L'islam, [www.obseques-liberte.com](http://www.obseques-liberte.com).
109. Morin. E, Baudry. P. (2003). 'Rites et morts aujourd'hui'. [www.gral-r.net](http://www.gral-r.net).
110. Paysant. F. (1998), La mort et les formes médico-légales de la mort, [www.med.univ-rennes1.fr](http://www.med.univ-rennes1.fr).
111. Pitelloud. A. (2003), Rites de passage (II), [www.lecourrier.ch](http://www.lecourrier.ch). htm.
112. Plantaire. F. (2003), Etat de stress post-traumatique, [www.spp.asso.fr](http://www.spp.asso.fr).
113. Rabain. J. F. (2004), Le psychanalyste face à une nouvelle clinique, [www.psymaro.ma.com](http://www.psymaro.ma.com).
114. Régnier. R, St Pierre. L. (2004), L'évolution du deuil, [www.reposeenpaix.com](http://www.reposeenpaix.com).
115. Volant. E. (2003), La religion et la mort, [www.erudit.org](http://www.erudit.org)

# Annexes

## Annexe n° 1

### المقابلة

- الجنس :  
السن :  
الحالة العائلية :  
المهنة :  
نوع الصلة مع المفقود :  
سنه :  
حالته العائلية :  
سبب الوفاة :  
تاريخ الوفاة :
- التاريخ :

- 1) ما هي الظروف التي توفى فيها المفقود؟ (كيفاه مات؟)
- 2) من أنبأكم بوفاته؟ (شكون لي فلكم؟)
- 3) كيف كانت استجابتكم لما تلقيتم خبر الوفاة؟ (كيفاه كان رد فعلكم كي سمعتم الخبر؟)
- 4) ماذا أحسستم اتجاه الشخص الذي تسبب في موته؟ (واش حسيتوا نحو الشخص لي تسبب في موتو؟)
- 5) ماذا حدث ذلك اليوم؟ (واش صرا النهار أذاك؟)
- 6) ماذا حدث خلال الأشهر التي تلت وفاته؟ (كيفاه عديتو الشهر لي من بعد؟)
- 7) هل رأيتم طبيبا؟
- 8) كيف هي حياتكم الآن بدون المفقود؟ (كيفاه ولاة حياتكم بلا بيه؟)
- 9) ماذا ساعدكم على تعدي هذا الحزن؟ (واشي لي عوانكم باه تعديتوا هذا الحزن؟)
- 10) هل أحسستم بتغير في حياتكم بعد موت الفقيد؟ (هل تبدلت فيك حاجة بعد ما مات؟)

Annexe n° 2

**Le QUESTIONNAIRE**

Dans le cadre d'un travail de recherche sur "l'impact de la perte d'une personne proche", nous vous prions de bien vouloir accepter d'y participer, en répondant aux questions qui vont suivre.

Vos réponses seront anonymes et confidentielles.

Veillez accepter nos sincères remerciements.

- 1) Sexe       F                       M
- 2) Quel age avez-vous ?
1. Moins de 30 ans
  2. 30-50 ans
  3. Plus de 50ans
- 3) Quelle est votre situation familiale ?
- Marié(e)
  - Célibataire
  - Divorcé(e)
  - Veuf (ve)
- 4) Quelle est votre situation professionnelle ?
- Sans profession
  - Retraité
  - Fonction libérale
  - Employé et ouvrier
  - Cadre
  - Etudiant
- 5) Quel est votre niveau d'instruction ?
- Sans instruction
  - Primaire
  - Secondaire
  - Universitaire
- 6) Est-ce que vous souffrez vous-même :
- D'une maladie organique chronique                      préciser...
  - D'une maladie psychiatrique                                      préciser...
- 7) La personne décédée est votre :
- Epoux /épouse
  - Parent
  - Fils /fille
  - Frère/ sœur
- 8) Quel âge avait il (elle) ?

9) Est-ce que le défunt (e) :

- Souffrait d'une maladie physique ou organique      préciser...
- Souffrait d'une maladie psychiatrique      préciser...
- A tenté de se suicider

10) Quelle était la cause de son décès ?

- Un accident      Précisez...
- Un meurtre      préciser...
- Un suicide      préciser...

11) Dans le cas de meurtre ou de suicide, quelle en était la principale raison ?

- Un problème matériel
- Un problème familial
- Un problème sentimental
- Un échec scolaire
- Autres      préciser...

12) Son décès remonte à :

- Plus de cinq ans      précisez...
- Plus de deux ans      précisez...
- Plus de 6 mois      précisez...
- Moins de 6 mois

13) Qui vous a annoncé la nouvelle de la mort ?

- Un parent
- Un ami
- La police
- Vous étiez présent
- Autre      précisez ...

14) Quand avez vous réalisé que le (a) défunt(e) est réellement mort(e) ?

- Sur le moment, dès qu'on vous a annoncé la nouvelle
- Lorsque vous avez vu sa dépouille
- Lorsque vous êtes allés au cimetière
- Autre      précisez...

15) Comment avez-vous réagi lorsqu'on vous a annoncé le décès de votre proche ?

- Choc
- Surprise ou étonnement
- Pleurs
- Lamentation
- Cris
- Douleur
- Sidération
- Evanouissement
- Difficulté de croire la nouvelle
- Refus d'accepter la disparition
- Attente du retour du défunt
- Recherche du coupable
- Difficulté à parler de la mort de votre défunt
- Autre réactions            précisez...

16) Combien de temps ont duré ces réactions ?

- Quelques heures            précisez...
- Quelques jours            précisez...
- Quelques semaines            précisez...
- Quelques mois            précisez...

17) Dans le cas où vous avez ressenti de la colère, était-elle dirigée contre :

- Un membre de la famille
- Vous même
- Le défunt (e)
- Celui qui a causé la mort.
- Autre            précisez...

18) Quelles étaient les manifestations de cette colère ?

- Expressions verbales (insultes, hurlements...)
- Expressions gestuelles (agitation...)
- Passages à l'acte (coup...)
- Envie de se venger
- Autre            précisez ...

19) Qui selon vous est responsable de la mort du défunt (e) ?

- Une personne proche      préciser....
- Une personne inconnue
- Autre      précisez...

20) Qu'avez-vous ressenti envers cette personne ?

- Colère
- Mépris
- Haine
- Désir de vengeance
- Indifférence
- Autre...      précisez

21) Y a-t-il eu une poursuite judiciaire ?     Oui       Non

22) Si oui, qu'attendez vous de ces poursuites judiciaires ?

- Réparation
- Accord a l'amiable
- Sanction
- Rien
- Autre      précisez...

23) Etes vous satisfait(e) de la sanction judiciaire ?     Oui       Non

24) Si oui, pourquoi ?

- Le coupable est puni
- Autre      précisez...

25) Si non, pourquoi ?

- La sanction est insuffisante
- La sanction ne remplace jamais l'être cher
- Autre      précisez....

26) Durant la période qui a suivi le décès de votre proche qu'avez-vous ressenti ?

- Chagrin/ tristesse.
- Angoisse.
- Douleur
- Désespoir
- Peur de mourir ou de devenir fou
- Envie de mourir
- Honte
- Sentiment de solitude
- Nostalgie pour le défunt
- Sentiment d'insécurité
- Sentiment que la vie n'a plus de sens
- Sentiment de vide
- Autre            précisez...

27) Est-ce que vous avez continué à ressentir de la colère durant la période

qui a suivi le décès de votre proche ?            Oui             Non

28) Si oui, envers qui ?

- Le responsable de la mort
- Un membre de la famille
- vous même
- Le défunt (e)
- Autre            précisez...

29) La colère dans cette période était-elle de la même nature que celle que

vous aviez au début ?    Oui             Non

30) Avez-vous ressenti de la culpabilité ?  Oui  Non

31) Si oui, quels étaient les sentiments de culpabilité que vous avez ressentis ?

- Recherche exagérée des fautes
- Recherche exagérée des omissions
- Recherche exagérée des mots que l'on n'a pas dits
- D'avoir survécu
- De n'avoir pas pu éviter sa mort
- Autre précisez...

32) Comment avez-vous interprété la mort de votre proche ?

- C'était un accident
- C'était un meurtre
- C'était le "Mektoub"
- Autre précisez...

33) Est-ce que un ou plusieurs de ces comportements se sont manifestés durant la période qui a suivi son décès ?

- Pleurs.
- Hostilité
- Agressivité.
- Isolement
- Distraction.
- Hyperactivité.
- Rêves répétés concernant le défunt
- Cauchemars.
- Rappel des souvenirs du défunt(e)
- Difficultés à se concentrer
- Difficultés à prendre des décisions
- Difficultés à travailler
- Ressentir la présence du défunt
- Impression d'entendre la voix du défunt
- Manque d'intérêt pour l'hygiène
- Manque d'intérêt pour les activités courantes (travail, loisirs ...).
- Manque d'intérêt pour les apparences physiques et vestimentaires
- Visites exagérées de la tombe
- Autre précisez...

34) Est-ce que un ou plusieurs de ces symptômes se sont manifestés durant la période qui a suivi le décès du défunt ?

- La fatigue
- Une transpiration exagérée.
- Des tremblements.
- Des évanouissements
- Des vertiges
- Des maux de tête, des migraines.
- Un manque d'énergie.
- La bouche sèche.
- Une perte d'appétit
- Vomissement ou nausées
- Des troubles digestifs
- Des diarrhées
- Des insomnies ou des hypersomnies
- Des tensions musculaires.
- Une difficulté respiratoire
- Des soupirs
- Des palpitations cardiaques.
- De l'hyper/ hypotension artérielle.
- Autre            précisez...

35) Combien de temps ont duré ces manifestations ?

- Quelques jours
- Moins d'un mois
- Plus d'un mois            précisez...
- Plus de 6 mois            précisez...

36) Avez-vous ressenti, par la suite amélioration dans votre état psychologique ?

- Oui                       Non

37) Si oui, qu'est ce qui a favorisé cette amélioration ?

- La religion
- Le soutien de la famille et des amis
- Le travail
- Le confort matériel
- Le traitement médical
- La médecine traditionnelle
- La prise en charge psychologique
- L'arrivée d'événements heureux :
- Autre précisez...

38) Quelle fût l'évolution ?

- Diminution du sentiment de culpabilité
- Diminution du sentiment de colère
- Diminution de la douleur
- Les souvenirs sont moins douloureux
- Moins de difficulté à parler de la mort du défunt(e)
- Moins isolé
- Disparition des symptômes physiques
- Investissement dans de nouvelles relations/ projets
- Autre précisez...

39) Avez-vous éprouvé un changement dans le cours de votre vie, après le décès de votre défunt ?

Oui

Non

40) Si oui en quoi consiste t-il ?

- Je me sens plus capable de faire face aux difficultés
- Je sens que je suis plus attentif et compréhensif envers les autres
- J'ai l'impression d'avoir mûri
- Autre précisez....

## استمارة

في إطار إنجاز بحث حول « المعاش النفسي نتيجة فقدان شخص عزيز»، نرجو منكم قبول المساهمة في هذا العمل، وذلك بالإجابة على الأسئلة الواردة في الاستمارة، مع ضمان السرية التامة.  
تقبلوا منا جزيل الشكر.

1. الجنس  أنثى  ذكر

2. كم هو سنك؟

أقل من 30 سنة

بين 30 و50 سنة

أكثر من 50 سنة

3. ما هي حالتك العائلية؟

متزوج(ة)

أعزب(اء)

مطلق(ة)

أرمل(ة)

4. ما هي مهنتك؟

بدون عمل

متقاعد

عامل

إطار

مهنة حرة

طالب

5. ما هو مستواك التعليمي؟

لم تتمدرس

ابتدائي

ثانوي

جامعي

6. هل تعاني من

مرض عضوي مزمن

مرض نفسي

مرض آخر

حدد...

حدد...

7. الشخص المتوفى هو

الزوج / الزوجة

الأب أو الأم

الابن/ البنت

الأخ/الأخت

8. كم كان سنه؟

9. هل الفقييد

عانى من مرض عضوي مزمن حدد...

عانى من مرض عقلي حدد...

حاول الانتحار

جواب آخر حدد...

10. هل الوفاة راجعة إلى

حادث حدد...

جريمة قتل حدد...

انتحار حدد...

11. في حالة ما إذا كانت جريمة قتل أو انتحار، ما هو حسب رأيكم سبب ذلك؟

مشكل مادي

مشكل عائلي

مشكل عاطفي

فشل دراسي

سبب آخر

12. تاريخ الوفاة يعود إلى :

أكثر من 5 سنوات حدد...

أكثر من سنتين حدد...

أكثر من 6 أشهر حدد...

أقل من 6 أشهر

13. من أنبأكم بخبر الوفاة؟

- شخص من العائلة
- الجيران
- الشرطة
- كنت حاضرا
- شخص آخر حدّد...

14. متى تيقنتم أن الفقيد قد توفي حقيقة؟

- في الحين عندما أنبؤكم بالخبر
- عندما رأيتم جثته
- عندما ذهبتم إلى المقبرة
- إجابة أخرى حدّد...

15. كيف كانت استجابتكم حين تلقّيتم خبر الوفاة؟

- صدمة
- دهشة
- بكاء
- نواح / عويل
- صراخ
- ألم
- ذهول
- إغماء
- صعوبة تصديق الخبر
- رفض تقبل الوفاة
- انتظار رجوع الفقيد
- البحث عن المذنب
- صعوبة التحدث عن موت الفقيد
- استجابة أخرى حدّد...

16. كم من الوقت دامت هذه الاستجابات؟

- بضع ساعات
- بضعة أيام حدّد...
- بضع أسابيع حدّد...
- بضع أشهر حدّد...

17. في حالة ما إذا أحسستم بالغضب، هل كان اتجاه

- فرد من العائلة
- نحو نفسك
- الفقيده
- الشخص الذي تسبب في موته
- إجابة أخرى حدّد...

18. كيف كان تعبيركم على غضبكم؟

- الرغبة في الانتقام
- حدّد اتجاه من...
- تعبير لفظي (صراخ. شتم...)
- حدّد اتجاه من...
- تعبيراً حركياً (هيجان...)
- حدّد اتجاه من...
- مرور إلى الفعل (ضرب...)
- حدّد...
- إجابة أخرى

19. من هو حسب رأيكم، المسؤول عن موت فقيدكم؟

- شخص قريب
- حدّد...
- شخص لا تعرفونه
- حدّد...
- إجابة أخرى

20. ماذا أحسستم اتجاه من تسبب في موت فقيدكم؟

- الغضب
- الاحتقار
- الكراهية
- الرغبة في الانتقام
- اللامبالاة
- إحساس آخر
- حدّد...
- لا

21. هل كانت هناك متابعة قضائية؟  نعم  لا

22. إذا نعم، ماذا تنتظرون من هذه الإجراءات القضائية؟

- تعويض
- وفاق/ تسوية ودية
- عقوبة
- لأشياء
- حدّد...
- إجابة أخرى
- نعم  لا

23. هل أنتم راضون بالحكم الذي أصدر؟

24. إذا نعم، لماذا؟

المذنب أخذ جزاءه

جواب آخر

25. إذا لا، لماذا؟

العقوبة غير كافية

العقوبة لن تعوض الفقيد

إجابة أخرى حدّد...

26. ماذا أحسستم خلال الفترة التي تلت وفاة فقيديكم؟

حزن

قلق

ألم

فقدان الأمل

يأس

خوف من الموت أو من الجنون

الرغبة في الموت

العار

الحنين إلى الفقيد

إحساس بالوحدة

إحساس بعدم الأمن

إحساس أن الحياة لا معنى لها

إحساس بالفراغ

إحساس آخر حدّد...

27. هل استمر إحساسكم بالغضب خلال الفترة التي تلت وفاته؟  نعم  لا

28. إذا نعم، اتجاه من؟

فرد من العائلة

الشخص الذي تسبب في موته

نحو نفسك

الفقيد(ة)

شخص آخر حدّد...

29. هل تعبيركم عن الغضب، بقي بنفس الطريقة التي كان عليها في السابق؟

نعم  لا

30. هل أحسستم بالذنب؟

نعم  لا

31. إذا نعم، فيما تمثل هذا الإحساس؟

بحث مفرط عن الأخطاء التي قمت بها قبل وفاته

بحث مفرط عن الأفعال التي لم تقم بها قبل وفاته

بحث عن الكلمات التي لم تقلها له

أنك بقيت على قيد الحياة

أنك لم تستطع تجنب موته

إحساسا آخر حدّد...

32. كيف فسرتم موت قريبكم؟

أنه حادث

أنه قتل

انه قضاء و قدر

تفسيراً آخر حدّد...

33. هل واحدة أو أكثر من هذه السلوكيات ظهرت خلال الفترة التي تلت وفاة فقيدكم؟

بكاء

عداة

عدوانية

عزلة

سهو

نشاط مفرط

أحلام متكررة تخص الفقيد

كوابيس

عودة الذكريات الخاصة بالفقيد

صعوبة في التفكير و التركيز

صعوبة في اتخاذ القرار

صعوبة في العمل

إحساس أن الفقيد موجود بالغرفة...

- ينهياً لك سماع صوته
- عدم الاهتمام بالنظافة
- عدم الاهتمام بنشاطات الحياة اليومية (عمل، تنزه...)
- عدم الاهتمام بالمظهر الخارجي و اللباس
- زيارات مفرطة للمقبرة
- سلوكا آخر حدّد...

34. هل واحدة أو أكثر من هذه الأعراض ظهرت خلال الفترة التي تلت وفاة فقيديكم؟

- تعب
- تعرق مفرط
- ارتعاش
- إغماء
- دوار
- ألآم في الرأس
- انخفاض في الطاقة
- جفاف الفم
- فقدان الشهية
- اضطرابا بات هضمية
- تقيؤ
- إسهال
- اضطراب في النوم (أرق...)
- توتر العضلات
- صعوبة في التنفس
- تنهد
- زيادة نبضات القلب
- ارتفاع أو انخفاض الضغط الدموي
- عرض آخر حدّد...

35. كم من الوقت دامت هذه التظاهرات؟

- بضعة أيام حدّد...
- أقل من شهر حدّد...
- أكثر من شهر حدّد...
- أكثر من 6 أشهر حدّد...

36. هل لاحظتم فيما بعد، تطور ايجابي في حالتكم النفسية والصحية؟

نعم  لا

37. إذا نعم، ما الذي ساعدكم على تعدي حالتكم؟

الدين

مساندة العائلة والأصدقاء

العمل

رفاهية مادية

العلاج بالأدوية

العلاج التقليدي

العلاج النفسي

وقوع حدث سار

إجابة أخرى حدد...

38. كيف كان هذا التطور؟

نقص في الإحساس بالذنب

نقص في الشعور بالغضب

نقص في الإحساس بالألم

الذكريات أصبحت أقل ألما

صعوبة أقل في التحدث عن الفقد

نقص في العزلة

اختفاء الأعراض الجسدية

الاستثمار في مشاريع أو علاقات جديدة

إجابة أخرى حدد...

39. هل أحسستم بتغير في حياتكم بعد موت الفقيد؟  نعم  لا

40. إذا نعم، في ما يتمثل هذا التغير؟

إحساس بقدرة أكبر في مواجهة الصعوبات

إحساس أنك أصبحت أكثر نضج من السابق

إحساس أنك أكثر تفهم و انتباه اتجاه الآخرين

إحساسا آخر حدد...

## Annexe n° 4

### Le codage

- 1) Sexe
  1. Féminin
  2. Masculin
- 2) Quel age avez-vous ?
  1. Moins de 30 ans
  2. 30-50 ans
  3. Plus de 50ans
- 3) Quelle est votre situation familiale ?
  - 1.Marié(e)
  - 2.Célibataire
  - 3.Divorcé(e)
  - 4.Veuf (ve)
- 4) Quelle est votre situation professionnelle ?
  - 1.Sans profession
  - 2.Retraité
  - 3.Fonction libérale
  - 4.Employé et ouvrier
  - 5.Cadre
  - 6.Etudiant(e)
- 5) Quel est votre niveau d'instruction ?
  - 1.Sans instruction
  - 2.Primaire
  - 3.Secondaire
  - 4.Universitaire
- 6) Est-ce que vous souffrez vous-même d'une maladie organique chronique
  1. oui
  2. non
- 7) Est-ce que vous souffrez vous-même d'une maladie psychiatrique
  1. oui
  2. non
- 8) Est-ce que vous souffrez vous-même d'une autre maladie
  1. oui
  2. non

- 9) La personne décédée est votre :
1. Epoux /épouse
  2. Parent
  3. Fils /fille
  4. Frère/ sœur
- 10) Quel âge avait il (elle) ?
1. Moins de 30 ans
  2. 30- 50 ans
  3. Plus de 50 ans
- 11) Est-ce que le défunt (e) souffrait d'une maladie physique ou organique
1. oui
  2. non
- 12) Est-ce que le défunt (e) souffrait d'une maladie psychiatrique
1. oui
  2. non
- 13) Est-ce que le défunt (e) a tenté de se suicider
1. oui
  2. non
- 14) Quelle était la cause de son décès ?
1. Accident
  2. Meurtre
  3. Suicide
- 15) Dans le cas de meurtre ou de suicide, quelle en était la principale raison ?
1. Problème matériel
  2. Problème familial
  3. Problème sentimental
  4. Echec scolaire
  5. Terrorisme
  6. Raison inconnue
  7. Problème de santé
- 16) Son décès remonte à :
1. Plus de cinq ans
  2. Plus de deux ans
  3. Plus de 6 mois
  4. Moins de 6 mois

17) Qui vous a annoncé la nouvelle de la mort ?

1. Un parent
2. Un voisin
3. La police
4. Etait présent

18) Quand avez vous réalisé que le (a) défunt(e) est réellement mort(e) ?

1. Sur le moment
2. En voyant sa dépouille
3. En allant au cimetière
4. En voyant du monde

**++Comment avez-vous réagi lorsqu'on vous a annoncé le décès de votre proche ?**

- |  |        |        |
|--|--------|--------|
| 19) Choc   | 1. oui | 2. non |
| 20) Surprise ou étonnement                         | 1. oui | 2. non |
| 21) Pleurs   | 1. oui | 2. non |
| 22) Lamentation                                    | 1. oui | 2. non |
| 23) Cris   | 1. oui | 2. non |
| 24) Douleur  | 1. oui | 2. non |
| 25) Sidération                                     | 1. oui | 2. non |
| 26) Evanouissement                                 | 1. oui | 2. non |
| 27) Difficulté de croire la nouvelle               | 1. oui | 2. non |
| 28) Refus d'accepter la disparition                | 1. oui | 2. non |
| 29) Attente du retour du défunt                    | 1. oui | 2. non |
| 30) Recherche de la cause décès du ou du coupable  | 1. oui | 2. non |
| 31) Difficulté à parler de la mort de votre défunt | 1. oui | 2. non |
| 32) Contrôle ses émotions                          | 1. oui | 2. non |

33) Combien de temps ont duré ces réactions ?

1. Quelques heures
2. Quelques jours
3. Quelques semaines
4. Quelques mois

++++**Dans le cas où vous avez ressenti de la colère, était elle dirigée contre :**

- |                                |        |        |
|--------------------------------|--------|--------|
| 34) Un membre de la famille    | 1. oui | 2. non |
| 35) Vous-même                  | 1. oui | 2. non |
| 36) Le défunt (e)              | 1. oui | 2. non |
| 37) Celui qui a causé la mort. | 1. oui | 2. non |
| 38) Le destin                  | 1. oui | 2. non |

++++Quelles étaient les manifestations de cette colère ?

- |                                      |        |        |
|--------------------------------------|--------|--------|
| 39) Expressions verbales             | 1. oui | 2. non |
| 40) Expressions gestuelles           | 1. oui | 2. non |
| 41) Passages à l'acte                | 1. oui | 2. non |
| 42) Envie de vengeance               | 1. oui | 2. non |
| 43) Colère non exprimée              | 1. oui | 2. non |
| 44) Colère manifestée par les pleurs | 1. oui | 2. non |

**V. Responsabilité et sanction**

45) Qui selon vous est responsable de la mort du défunt (e) ?

1. Une personne proche
2. Une personne inconnue
3. Le destin
4. Personne

+++++Qu'avez-vous ressenti envers cette personne ?

- |                        |        |        |
|------------------------|--------|--------|
| 46) Colère             | 1. oui | 2. non |
| 47) Mépris             | 1. oui | 2. non |
| 48) Haine              | 1. oui | 2. non |
| 49) Désir de vengeance | 1. oui | 2. non |
| 50) Indifférence       | 1. oui | 2. non |

51) Y a-t-il eu une poursuite judiciaire ?

1. Oui
2. Non
3. Pas encore



69) La colère dans cette période était-elle de la même nature que celle que vous aviez au début ? 1. oui 2. non

70) Avez-vous ressenti de la culpabilité ? 1. oui 2. non

**++++Si oui, quels étaient les sentiments de culpabilité que vous avez ressentis ?**

71) Recherche exagérée des fautes 1. oui 2. non

72) Recherche exagérée des omissions 1. oui 2. non

73) Recherche exagérée des mots que l'on n'a pas dits 1. oui 2. non

74) Avoir survécu 1. oui 2. non

75) De n'avoir pas pu éviter sa mort 1. oui 2. non

76) Comment avez-vous interprété la mort de votre proche ?

1. Un accident
2. Un meurtre
3. Le "Mektoub"

**+++++Est ce que un ou plusieurs de ces comportements se sont manifestés durant la période qui a suivi son décès ?**

77) Pleurs. 1. oui 2. non

78) Hostilité 1. oui 2. non

79) Agressivité. 1. oui 2. non

80) Isolement 1. oui 2. non

81) Distraction. 1. oui 2. non

82) Hyperactivité. 1. oui 2. non

83) Rêves répétés concernant le défunt 1. oui 2. non

84) Cauchemars. 1. oui 2. non

85) Rappel des souvenirs du défunt(e) 1. oui 2. non

86) Difficultés à se concentrer 1. oui 2. non

87) Difficultés à prendre des décisions 1. oui 2. non

88) Difficultés à travailler 1. oui 2. non

89) Ressentir la présence du défunt 1. oui 2. non

90) Impression d'entendre la voix du défunt 1. oui 2. non

91) Manque d'intérêt pour l'hygiène 1. oui 2. non

92) Manque d'intérêt pour les activités courantes 1. oui 2. non

93) Manque d'intérêt pour l'apparence physique 1. oui 2. non

94) Visites exagérées de la tombe 1. oui 2. non

++++Est ce que un ou plusieurs de ces symptômes se sont manifestés durant la période qui a suivi le décès du défunt ?

- |  |        |        |
|--|--------|--------|
| 95) La fatigue                           | 1. oui | 2. non |
| 96) Une transpiration exagérée.          | 1. oui | 2. non |
| 97) Des tremblements.                    | 1. oui | 2. non |
| 98) Des évanouissements                  | 1. oui | 2. non |
| 99) Des vertiges                         | 1. oui | 2. non |
| 100) Des maux de tête, des migraines.    | 1. oui | 2. non |
| 101) Un manque d'énergie.                | 1. oui | 2. non |
| 102) La bouche sèche.                    | 1. oui | 2. non |
| 103) Une perte d'appétit                 | 1. oui | 2. non |
| 104) Vomissement ou nausées              | 1. oui | 2. non |
| 105) Des troubles digestifs              | 1. oui | 2. non |
| 106) Des diarrhées                       | 1. oui | 2. non |
| 107) Des insomnies ou des hypersomnies   | 1. oui | 2. non |
| 108) Des tensions musculaires.           | 1. oui | 2. non |
| 109) Une difficulté respiratoire         | 1. oui | 2. non |
| 110) Des soupirs                         | 1. oui | 2. non |
| 111) Des palpitations cardiaques.        | 1. oui | 2. non |
| 112) De l'hyper/ hypotension artérielle. | 1. oui | 2. non |

Combien de temps ont duré ces manifestations ?

1. Quelques jours
2. Moins d'un mois
3. Plus d'un mois
4. Plus de 6 mois
5. Jusqu'à présent

113) Avez-vous ressenti, par la suite une amélioration dans votre état psychologique ?

1. Oui                      2. Non

++++Si oui, qu'est ce qui a favorisé cette amélioration ?

- |                  |        |        |
|------------------|--------|--------|
| 114) La religion | 1. oui | 2. non |
|------------------|--------|--------|

115) Le soutien de la famille et des amis	1. oui	2. non
116) Le travail	1. oui	2. non
117) Le confort matériel	1. oui	2. non
118) Le traitement médical	1. oui	2. non
119) La médecine traditionnelle	1. oui	2. non
120) La prise en charge psychologique	1. oui	2. non
121) L'arrivée d'événements heureux	1. oui	2. non

**+++++Quelle fût l'évolution ?**

122) Diminution du sentiment de culpabilité	1. oui	2. non
123) Diminution du sentiment de colère	1. oui	2. non
124) Diminution de la douleur	1. oui	2. non
125) Les souvenirs sont moins douloureux	1. oui	2. non
126) Moins de difficulté à parler de la mort du défunt(e)	1. oui	2. non
127) Moins isolé	1. oui	2. non
128) Disparition des symptômes physiques	1. oui	2. non
129) Investissement dans de nouvelles relations	1. oui	2. non

130) Avez-vous éprouvé un changement après le décès de votre défunt ?

1. oui      2. non

**+++Si oui en quoi consiste t-il ?**

131) Capable de faire face aux difficultés	1. oui	2. non
132) Plus attentif et compréhensif	1. oui	2. non
133) Plus mûre	1. oui	2. non
134) Sentiment de vide	1. oui	2. non
135) Problèmes financiers	1. oui	2. non

## ملخص

لقد عرفت الجزائر منذ أكثر من عشر سنوات ارتفاعا محسوسا في نسبة الوفيات العنيفة، إذ بينت الإحصائيات الرسمية وجود 1187 وفاة ناجمة عن حوادث المرور لخمس الأشهر الأولى لسنة 2004 ، 633 حالة انتحار لسنة 2003 إضافة إلى عدد هام لكن غير محدد للوفيات الناجمة عن

جريمة القتل، المرتبطة غالبا بظاهرة الإرهاب التي مست كل شرائح المجتمع و ألحقت خسائر بشرية معتبرة.

هته الأرقام دفعت بنا إلى التساؤل حول أثر فقدان العنيف لأحد أفراد العائلة، كما حاولنا معرفة ما هي العوامل التي يمكن أن تؤثر على تطور حداد الأقارب و تحسن حالتهم.

من أجل ذلك قمنا بدراسة ميدانية شملت 81 شخص فقدوا أحد أقربائهم سواء نتيجة حادث، أو نتيجة جريمة قتل أو انتحار ذلك باستعمال الاستمارة.

النتائج المحصل عليها سمحت لنا بملاحظة أن 72,84% من أفراد العينة استجابوا بصدمة لما تلقوا خبر الوفاة ، 66,67% استجابوا بالبكاء، 43,21% أحسوا بالذنب بينما 67,90% تحسنت حالتهم بعد وفاة قريبهم.

أما من العوامل التي ساهمت في تعقيد عملية الحداد، نجد نوعية الوفاة مثل الانتحار أو صغر سن الشخص المتوفى. كما يلعب عامل السن، الجنس و المستوى التعليمي للمتدني لأقارب الفقيد دورا أساسيا في تعقد حالتهم الصحية.

من جهة أخرى لاحظنا أن العامل الديني في مجتمعنا و مساندة الأسرة يشجعان تحسن حالة هته الفئة من الأشخاص مما يؤدي إلى تجاوز عملية الحداد.

### **كلمات- مفاتيح**

الوفاة العنيفة، حادث، جريمة قتل، انتحار، عملية الحداد، تحسن، تعقد.

### **Summary**

Since more of a decade Algeria knew a considerable violent death upsurge. The official statistical data announce 1187 deaths by accidents of the circulation for the first five months of the year 2004, of 633 cases of suicides in 2003 as well as a very important number, but indeterminate of crimes bound notably to the phenomenon of terrorism that

touched all the national territory and plunged into mourning a thousands of Algerian families.

These alarming numbers pushed us to ask us what was the impact of these violent losses on the near of victims, and what are factors that influenced the evolution of their mourning and the improvement of their state.

For it we proceeded to an investigation by questionnaire that we passed to 81 persons having lost a near, either in an accident, either following a murder or after a suicide.

Results of our research permitted us to note that 72,84 % of them investigated reacted by the shock, 66,67% by tears, 43,21% of individual felt guilt, and finally 67,90% presented an improvement of their state.

As for factors that encouraged complications of the mourning, we raised that it is the nature of the death example of a suicide or the loss of a young person. Otherwise, the age, the sex and the low socio-culturels level of them, are going difficult the improvement of their state.

On the other hand, factors bound to religion and the family support, seem to play a very important role in our society since they encourage the resolution of the mourning and this fact the improvement of their state.

**Key words:** Violent death - Accident - Murder - Suicide - Work of mourning - Improvement - Complication.

## **Résumé**

Depuis plus d'une décennie, l'Algérie a connu une recrudescence considérable des morts violentes. Les données statistiques officielles font part de 1187 décès par accidents de la circulation pour les cinq premiers mois de l'année 2004, de 633 cas de

suicides en 2003 ainsi que d'un nombre très important, mais indéterminé de crimes liés notamment au phénomène du terrorisme qui a touché tout le territoire national et endeuillé des milliers de familles algériennes.

Ces chiffres alarmants nous ont poussé à nous demander quel a été l'impact de ces pertes violentes sur les proches des victimes, et quels sont les facteurs qui ont influencé l'évolution de leur deuil et l'amélioration de leur état.

Pour cela, nous avons procédé à une enquête par questionnaire que nous avons passé à 81 sujets ayant perdu un proche, soit dans un accident, soit à la suite d'un meurtre ou bien après un suicide.

Les résultats de notre recherche nous ont permis de constater que 72,84 % des enquêtés ont réagi par le choc, 66,67 % par les pleurs, 43,21 % des sujets ont ressenti de la culpabilité, et enfin 67,90 % des endeuillés ont présenté une amélioration de leur état.

Quant aux facteurs qui ont favorisé les complications du deuil, nous avons relevé que c'est la nature du décès qui est à l'origine des difficultés de l'amélioration de l'état des sujets notamment après un suicide ou bien à la suite de la perte d'une personne jeune. Par ailleurs, l'âge, le sexe et le niveau socioculturel des enquêtés vont rendre l'amélioration de leur état difficile.

Par contre, les facteurs liés à la religion et au soutien familial, semblent jouer un rôle très important dans notre société puisqu'ils favorisent la résolution du deuil et de ce fait l'amélioration de l'état des endeuillés.

**Mots clés** : Mort violente -Accident -Meurtre -Suicide -Travail de deuil –Amélioration -Complication.