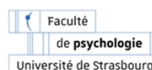


**MORT TRAUMATIQUE.
DEUIL TRAUMATIQUE**
8 ET 9 NOVEMBRE 2019

Université de Strasbourg
Palais Universitaire
Salle Pasteur

9 place de l'Université,
67000 Strasbourg

**COLLOQUE ORGANISÉ PAR L'EA
3071 - SULISOM
AVEC LE SOUTIEN :**



« **Forme toi toi-même
et agis sur les autres
par ce que tu es.** »
de Strasbourg
Wilhelm von Humboldt



ALPES
Association de langue française pour
l'étude du stress et du trauma

COUNCIL OF EUROPE
CONSEIL DE L'EUROPE
Under the auspices of
the Secretary General of
the Council of Europe,
Ms Marija Pejčović Burić

Table des matières

Remerciements.....	8
Programme.....	9
Vendredi 8 - Plénière débat (9h-11h).....	13
Les morts violentes : des significations sociales contrastées / Violent deaths: contrasting social meanings	14
Pascal Hintermeyer.....	14
Vendredi 8 - Table ronde (11h30-13h).....	15
Mourir en Afrique, mort africaine. Cas de la mort par noyade d'un missionnaire polonais au Congo - Brazzaville. / Dying in Africa, African death. The case of the death by drowning of a Polish missionary in Congo - Brazzaville.....	16
MOKELE Borice.....	16
Deuils Traumatiques et Complexes en Afrique Sub-Saharienne : Evolution et Synthèse de la Littérature Empirique. / Traumatic and Complex Grief in Sub- Saharan Africa: Evolution and Synthesis of Empirical Literature.	18
Cyrille K. Kokou-Kpolou	18
Vendredi 8 - Table ronde (14h30-15h45)	20
Questions éthiques autour du suicide assisté / Ethical issues around the subject of assisted suicide.....	21
Marie-Jo Thiel.....	21
Le rôle des intervenant.e.s en soins spirituels dans l'aide médicale à mourir au Québec : perspectives pluridisciplinaires / The role of spiritual care workers in medical assistance to die in Quebec: multidisciplinary perspectives	22
Jacques Cherblanc, PhD.....	22
Le décès périnatal : Une clinique du trauma, du deuil et de la créativité / Perinatal Death: A Clinic for Trauma, Grief and Creativity	24
delphine Rambeaud-Collin	24
Vendredi 8 - Ateliers en parallèle (16h30-18h30)	26
Enjeu(x) d'une reconnaissance institutionnelle dans le cas des décès périnataux. / Issue(s) of institutional recognition in the case of perinatal deaths.	27
Gaëlle Clavandier, Phippe Charrier	27

Traumatisme, non-deuil et pulsion de mort. Quelles transmissions aux générations futures ? /Trauma, unresolved grief, and death wish. What transmissions to future generations?	29
Boris Lassagne	29
Ni morts, ni vivants : la prise en charge du mourir aux frontières de la médecine / Neither dead nor alive: the care of the dying at the frontiers of medicine.....	32
Thomas DENISE.....	32
Les enjeux psychiques et éthiques de la prédiction biologique et datée de la mort. Point de vue de psychologues cliniciens. / The psychological and ethical issues of biological and dated death prediction. The point of view of clinical psychologists.	33
RICADAT Élise, ARANEDA Marco	33
From perinatal losses to complex trauma: the clinical psychology research pathway / Des pertes périnatales aux traumatismes complexes : le parcours de la recherche en psychologie clinique.....	36
José Rocha	36
Jouer avec la mort : appétence traumatophilique et prise de risque dans le sport / Playing with death: traumatophilic appetite and risk-taking in sport.....	38
PEIFFER Christine, SMANIOTTO Barbara	38
Le travail du trépas chez le sujet âgé insuffisant rénal chronique et hémodialysé / The work of the death in elderly people with chronic renal failure and hemodialysis.....	40
Romuald Jean-Dit-Pannel, Magalie Bonnet-Llompart	40
Les directives anticipés saisies au cœur d'un processus psychique : valeurs, identité et faisabilité face au traumatisme/Advance directives bound in a mental process: values, identity and feasibility in the face of trauma.....	43
AURIAC SLUSARCZYK Emmanuèle (1) ; LASSALAS Christine (2).....	43
Le suicide des personnes âgées : approches sociologiques et récits familiaux / Suicide among the elderly: sociological approaches and family narratives	47
Frédéric Balard.....	47
Soutien aux personnes en deuil en France : quel cadre législatif et quelle politique publique ? / Support for bereaved people in France: what legislative framework and public policy?.....	49
Marie Tournigand.....	49

Expérience migratoire et mort traumatique : Aspects du travail clinique avec des personnes migrantes confrontées à des expériences de morts traumatiques / The migration experience and traumatic death : Aspects of clinical work with migrants confronted with experiences of traumatic death.....	51
Christina Alexopoulos - de Girard.....	51
Des soins palliatifs en maternité ? / Palliative maternity care?.....	54
Alice Béchu	54
La mort périnatale : traumatisme psychique et nouvelle grossesse : un deuil impossible ? / Perinatal death: psychological trauma and new pregnancy: an impossible mourning?	57
Mériot Marie-Emmanuelle, Danion-Grilliat Anne.....	57
La prise en charge médicalisée et contemporaine de l'angoisse de mort. Quelle place pour la singularité des moyens de défense psychique ? / Medicalized and contemporary management of death anxiety. What place is there for the singularity of the means of psychological defence?.....	60
Cristina Cernat.....	60
Pourrait-on ressusciter ? / Can one resurrect the dead?.....	63
Chad Cape	63
La mort est le trou noir du traumatisme psychique. Considérations cliniques et métapsychologiques concernant l'impact de la mort dans l'inconscient. / Death is the black hole of psychic trauma. Clinical and metapsychological considerations regarding the impact of death in the unconscious	66
Jacques Roisin.....	66
Samedi 9 - Session plénière (9h-10h45).....	67
" Dispositif de soutien psychologique spécifique aux intervenants funéraires suite aux attentats de Paris du 13 novembre 2015 " / "Specific psychological support program for funeral workers following the Paris attacks of 13 November 2015" ..	68
Cynthia Mauro.....	68
Intervening in Meaning: New Directions in Grief Therapy / Intervenir dans le sens : Les nouvelles orientations de la thérapie du deuil	69
Robert A. Neimeyer, PhD	69
Morts traumatiques ; du terrain à l'avenir, que peut-on proposer ? / Traumatic deaths; from the field to the future, what can we propose?	71

Baubet Thierry, Héloïse Marichez, Dalila Rezzoug.....	71
Le deuil traumatique et post-traumatique : des définitions aux approches thérapeutiques. / Traumatic Grief and Post-traumatic Grief: from definitions to therapeutic approaches	72
Marie-Frédérique Bacqué	72
Épidémiologie des effets des attentats du 13 novembre 2015 à Paris : focus sur les endeuillés / Epidemiology of the effects of the attacks of 13 November 2015 in Paris: focus on the bereaved	75
P. Pirard , T. Baubet, Y. Motreff, A. Messiah.....	75
Samedi 9 - Table ronde (11h15-13h).....	77
Psychopathologie des survivants	78
Carole Damiani.....	78
Pourquoi la Mort ? " De la mort comme aporie à la mort comme objet hologrammatique. Dialogique et approches croisées appliquées aux " Death Studies " / Why Death? "From death as aporia to death as a hologrammatic object. Dialogy and cross-approaches applied to "Death Studies"	79
Ian Gonzalez Alaña.....	79
When Mourning was Hijacked: September 11th and Its Aftermath / Quand le deuil a été piraté : Le 11 septembre et ses conséquences.....	82
Steven Reisner.....	82
Adolescence exilée, les enjeux de confrontations complexes à la mort. Trauma, pertes et reconstruction. / Exiled teenager, the stakes of complex confrontations with death. Trauma, casualties and reconstruction.....	83
Catherine De Geynst.....	83
Samedi 9 - Ateliers en parallèle (14h30-16h30).....	84
Le transhumanisme ; une utopie managériale ? Transhumanism; a managerial utopia?.....	85
Thierry Jandrok.....	85
Pourquoi la mort ou pourquoi le deuil? Une perspective évolutionniste. / Why death or why mourning? An evolutionary perspective	86
Pedro Urbano	86
La lucidité terminale et le deuil : Quel impact sur les familles ? / Terminal lucidity and grief: What impact on families?	88

Maryne Mutis.....	88
Raconter la mort pour apprivoiser le deuil ? /Recounting death to tame grief?.....	89
Rozenn Le Berre	89
La maîtrise de la mort : de l'euthanasie au transhumanisme, le grand écart juridique ? / The control of death: from euthanasia to transhumanism, the great legal gap?	91
Aline Cheynet de Beaupré	91
L'annonce de la mort est-elle traumatique ? / Is the announcement of death traumatic?.....	93
Clément RIZET	93
De la maladie chronique à la certitude du mourir: impact sur les conjoints / From chronic illness to certainty of death: impact on spouses	95
Yasmine Chemrouk, Amandine Breton.....	95
Décisions de fin de vie : les limites d'une pensée binaire / End-of-life decisions: the limits of binary thinking.....	98
Célia CRISTIA	98
" Quand deuil et traumatisme se conjuguent et se compliquent mutuellement : un cas de deuil post-traumatique intra-familial. Approche psychodynamique et enjeux psychothérapeutiques " / "When grief and trauma combine and complicate each other: a case of intra-family post-traumatic grief. Psychodynamic approach and psychotherapeutic issues.....	100
ZAFFARONI Célia.....	100
Transhumanisme : nouveau paradigme ou fantasme séculaire ? / Transhumanism: a new paradigm or secular fantasy?.....	103
Yann Hermitte	103
Qu'est-ce qui de la mort fait trauma ? L'exemple des " maladies de vieillesse " dans le lien social contemporain. / What is so traumatic about death? The example of "old age diseases" in contemporary social relations.	105
Solène Hiton.....	105
Penser les rites funéraires et le travail des pompes funèbres en terme d'accompagnement au deuil / Thinking funeral rites and the work of funeral homes in terms of bereavement support.....	108
Aurélie Masciulli.....	108

Mourir au travail. Expérience avec un collectif de salariés suite à un accident mortel au travail / Dying at work. Experience with a group of employees following a fatal accident at work 109
 Yannick Mahé-Tyack (1) et Patricio Nussold (2)..... 109

De la pathologisation à la normalisation du suicide: réflexions du point de vue collectif / From pathologization to normalization of suicide: reflections from a collective perspective 112
 José Luis ESPERICUETA..... 112

Les concubins face au veuvage précoce : un deuil difficile / Concubines in the face of early widowhood: a difficult grieving process..... 115
 Isabelle Delaunay 115

" Disparition forcée : répercussions psychologiques et deuil traumatique ". 116
 Soraya Laribi 116

La figure du zombie est-elle une marque possible du malaise actuel dans la culture ? Les expériences de corps dans l'adolescence au risque de la mort ou de la métamorphose. / Is the figure of the zombie a possible mark of the current unease in culture? Body experiences in adolescence at risk of death or metamorphosis. 118
 Stéphane Muths..... 118

La gestion professionnelle des morts " traumatiques " : perceptions, catégorisations et pratiques / Professional management of "traumatic" deaths: perceptions, categorizations and practices 120
 Élodie Fornezzo 120

Les soignants et la mort à l'hôpital / Caregivers and death in hospital 122
 Alice Béchu, Hélène Riazuelo 122

Le processus de deuil chez les proches des détenus disparus pendant la dictature chilienne (1973-1989) / The mourning process among the relatives of detainees who disappeared during the Chilean dictatorship (1973-1989) 125
 Monica Araneda, Alice Bechu, Elodie Fornezzo, Soraya Laribi, Aurélie Masciulli 125

Samedi 9 - Conclusion (16h30-17h)..... 127

Index des conférenciers..... 128

REMERCIEMENTS

Nous tenons tout particulièrement à remercier pour leur soutien dans l'organisation de ce colloque :

Madame Chantal Cutajar, adjointe au maire de Strasbourg et organisatrice du groupe des psychologues citoyens référents formés en cas d'attentat. C'est aussi en référence à l'attentat du 11 décembre 2018 à Strasbourg, que nous avons organisé ce colloque.

Madame Catherine Florentz, Vice-Présidente Recherche et Formation doctorale ainsi que le Conseil Scientifique et l'Université de Strasbourg pour son accueil au Palais Universitaire et le soutien de nos travaux scientifiques.

Madame Eva Louvet, Doyen de la Faculté de Psychologie de l'Université de Strasbourg pour la participation de la Faculté de Psychologie et l'hébergement de nos professeurs invités.

Madame Odile Rohmer et la commission Recherche pour son soutien financier.

Merci au Conseil de l'Europe de nous avoir accordé son patronage, ainsi que pour une future conférence le 12 novembre en complément de notre colloque.

Merci à l'ALFEST (*l'Association Francophone pour l'étude du Stress et des Traumatismes*) et à Madame Carole Damiani pour sa participation active au Comité scientifique et au colloque.

Merci à la Société de Thanatologie-Centre d'Études Internationales sur la Mort, pour son projet d'éditer les actes du colloque dans le numéro 154 d'Études sur la Mort en 2020.

Madame Sandrine Amé, Secrétaire de l'EA 3071, pour son aide précieuse sans laquelle ce colloque n'aurait pas lieu.

Monsieur Philippe Enderlin, pour la réalisation du site internet et des supports de communication.

Les étudiants de Psychologie pour leur aide logistique.

Et bien sûr l'ensemble des intervenants pour avoir accepté d'apporter leur contribution scientifique et d'échanger avec nous, ainsi qu'au public qui a répondu à notre invitation.

Au nom de SuLiSoM-EA 3071, du Comité d'Organisation et et du Comité scientifique,
La présidente, Marie-Frédérique Bacqué

PROGRAMME

Vendredi 8 novembre 2019

8h Accueil des participants

8h30 Ouverture du colloque par *Chantal Cutajar, adjointe au maire de Strasbourg et organisatrice du groupe des citoyens référents formés en cas d'attentat & le président de l'Université de Strasbourg*

LA MORT, NOUVELLES REPRÉSENTATIONS OU LA MORT DU 21^{ème} SIÈCLE SERA - TELLE VIOLENTE ?

Présidence : **Marie-Frédérique Bacqué, directrice EA 3071**

9H - 11h PLÉNIÈRE DÉBAT

Damien Leguay : « Comment faire face à la violence de la mort ? Approche philosophique du traumatisme de la mort. »

Robert Neimeyer : « Intervening in Meaning: New Directions in Grief Therapy. »

Pascal Hintermeyer : « Les morts violentes : des significations sociales contrastées »

11h15 Pause-café

« ANTHROPOLOGIE, CROYANCES ET REPRÉSENTATIONS AUTOUR DE LA RÉALITÉ DE LA MORT »

11H30 - 13H00 TABLE RONDE : QUE RESTE-T-IL DE LA MORT AFRICAINE ?

Borice Mokélé : « Mourir en Afrique, mort africaine. Cas de la mort par noyade d'un missionnaire polonais au Congo - Brazzaville. »

Cyrille Kokou-Kpolou : « Deuils Traumatiques et Complexes en Afrique Sub-Saharienne : Evolution et Synthèse de la Littérature Empirique. »

13h00 - 14h30 Déjeuner

« L'APPROCHE DE LA MORT EN DIRECT OU MORT, ÉTHIQUE ET MÉDECINE »

Présidence : **Robert Neimeyer**

14H30 - 15H45 TABLE RONDE : EUTHANASIE ET SUICIDE ASSISTÉ

Claudia Gamondi : « La mort assistée est-elle vraiment une mort traumatique ? Expérience professionnelle et des proches. »

Marie-Jo Thiel : « Questions éthiques autour du suicide assisté. »

Jacques Cherblanc : « Le rôle des intervenant.e.s en soins spirituels dans l'aide médicale à mourir au Québec : perspectives pluridisciplinaires. »

16h00- 16h30 pause

16H30-18H30 ATELIERS EN PARALLÈLE

Atelier 1 : L'angoisse de mort et la pulsion de mort : (animation : Marie-Frédérique Bacqué, Jacques Roisin)

- Jacques Roisin : « La mort est le trou noir du traumatisme psychique. Considérations cliniques et métapsychologiques concernant l'impact de la mort dans l'inconscient. »
- Christina de Girard Alexopoulos : « Expérience migratoire et mort traumatique. Aspects du travail clinique avec des personnes migrantes confrontées à des expériences de morts traumatiques. »
- François-David Camps : « Jouer avec la mort : "appétence traumatophile" et prise de risque dans le sport
- Chad Cape : Can one resurrect the dead? Pourrait-on ressusciter ?
- Boris Lassagne : «Traumatisme, non-deuil et pulsion de mort. Quelles transmissions aux générations futures ? »

Atelier 2 : Les perspectives d'une mort annoncée : (animation : Olivier Putois)

- Christina Cernat : « La prise en charge médicalisée et contemporaine de l'angoisse de mort. Quelle place pour la singularité des moyens de défense psychique ? »
- Thomas Denise : « Ni morts, ni vivants : la prise en charge du mourir aux frontières de la médecine. »
- Elise Ricadat & Marco Araneda : « Les enjeux psychiques et éthiques de la prédiction biologique et datée de la mort. Point de vue de psychologues cliniciens. »

Atelier 3: La mort périnatale : (animation : Livia Sani, Gaëlle Clavandier et Jose Carlos Rocha)

- Jose Carlos Rocha : « From perinatal losses to complex trauma: the clinical psychology research pathway »
- Gaëlle Clavandier : « Enjeu(x) d'une reconnaissance institutionnelle dans le cas des décès périnataux. »
- Alice Bechu : « Des soins palliatifs en maternité ? »
- Delphine Collin Rambeaud : « Le décès périnatal : Une clinique du trauma, du deuil et de la créativité. »
- Marie-Emmanuelle Mériot : « La mort périnatale : traumatisme psychique et nouvelle grossesse : un deuil impossible ? »

Atelier 4 : Mort et vieillissement : (animation : Céline Racin, Maxime Lallemand) :

- Emmanuèle Auriac-Slusarczyk & Christine Lassalas : « Les directives anticipées saisies au cœur d'un processus psychique : valeurs, identité et faisabilité face au traumatisme. »
- Frédéric Balard : « Le suicide des personnes âgées : approches sociologiques et récits familiaux. »
- Romuald Jean-Dit-Pannel & Magalie Bonnet-Llompart : « Le travail du trépas chez le sujet âgé insuffisant rénal chronique et hémodialysé. »
- Marie Tournigand : « Soutien aux personnes en deuil en France : quel cadre législatif et quelle politique publique ? »

Samedi 9 novembre 2019

«FACE À LA MORT TRAUMATIQUE OU APPRIVOISER LA MORT EN SES NOUVEAUX VISAGES»

Présidence : **Patricia Cotti**

9H - 10H45 SESSION PLÉNIÈRE

Marie-Frédérique Bacqué : « Le deuil traumatique et post-traumatique : des définitions aux approches thérapeutiques. »

Dr. Philippe Pirard : « Épidémiologie des effets des attentats du 13 novembre 2015 à Paris : focus sur les endeuillés. »

Thierry Baubet : « Morts traumatiques ; du terrain à l'avenir, que peut-on proposer ? »

Cynthia Mauro : « Dispositif de soutien psychologique spécifique aux intervenants funéraires suite aux attentats de Paris du 13 novembre 2015. »

11h15 Pause

« MORT TRAUMATIQUE, POUVOIR STRATÉGIQUE DE REVANCHE SUR LES NATIONS, LES POPULATIONS ET INDIVIDUS »

Présidence : **Patricia Cotti**

11H15 - 13H00 TABLE RONDE : APRÈS LE TRAUMATISME

Carole Damiani : « Psychopathologie des survivants. »

Steven Reisner : « When Mourning was Hijacked: September 11th and Its Aftermath. »

Catherine De Geynst : « Adolescence exilée, les enjeux de confrontations complexes à la mort. Trauma, pertes et reconstruction. »

13h00 Déjeuner

« POURQUOI LA MORT ? ET POURQUOI PAS ! »

14H30 - 16H30 ATELIERS EN PARALLÈLE

Atelier 1 : Prospectives et futurologie de la mort : (animation : Thierry Jandrok, Jonathan Nicolas) :

- Thierry Jandrok : « Le transhumanisme ; une utopie managériale ? »
- Célia Cristia : « Décisions de fin de vie : les limites d'une pensée binaire. »
- Yann Hermitte : « Transhumanisme : nouveau paradigme ou fantasme séculaire ? »
- Solène Hiton : « Qu'est-ce qui de la mort fait trauma ? L'exemple des « maladies de vieillesse » dans le lien social contemporain. »
- Stéphane Muths : « La figure du zombie est-elle une marque possible du malaise actuel dans la culture ? Les expériences de corps dans l'adolescence au risque de la mort ou de la métamorphose. »

Atelier 2 : Pourquoi la mort ? (animation : Pedro Urbano)

- Pedro Urbano : « Pourquoi la mort ou pourquoi le deuil ? Une perspective évolutionniste. »
- Yasmine Chemrouk : « De la maladie chronique à la certitude du mourir : impact sur les conjoints. »
- Aline Cheynet de Beauprè : « La maîtrise de la mort : de l'euthanasie au transhumanisme, le grand écart juridique ? »
- José-Luis Espericueta : « De la pathologisation à la normalisation du suicide : réflexions du point de vue collectif. »
- Ian Gonzalez Alaña : « Pourquoi la Mort ? De la mort comme aporie à la mort comme objet hologrammatique. Dialogique et approches croisées appliquées aux " Death Studies". »
- Yannick Mahé-Tyack & Patricio Nusshold : « Mourir au travail. Expérience avec un collectif de salariés suite à un accident mortel au travail. »
- Célia Zaffaroni : « Quand deuil et traumatisme se conjuguent et se compliquent mutuellement : un cas de deuil post-traumatique intra-familial. Approche psychodynamique et enjeux psychothérapeutiques. »

Atelier 3 : Mort et virtualité : (animation : Fiorenza Gamba, Martin Julier-Costes) :

- Clément Rizet : « L'annonce de la mort est-il traumatique ? »
- Maryne Mutis : « La lucidité terminale et le deuil : Quel impact sur les familles ? »
- Isabelle Delaunay : « Les concubins face au veuvage précoce : un deuil difficile. »
- Rosenn Le Berre : « Raconter la mort pour apprivoiser le deuil ? »

Atelier 4 : Les rites funéraires au 21ème siècle : (animation : Anne Carol et Marie-Frédérique Bacqué) :

- Monica Araneda : « Le processus de deuil chez les proches des détenus disparus pendant la dictature chilienne (1973-1989). »
- Alice Bechu : « Les soignants et la mort à l'hôpital. »
- Elodie Fornezzo : « La gestion professionnelle des morts « traumatiques » : perceptions, catégorisations et pratiques. »
- Soraya Laribi : « Disparition forcée : répercussions psychologiques et deuil traumatique. »
- Aurélie Masciulli : « Penser les rites funéraires et le travail des pompes funèbres en terme d'accompagnement au deuil. »

16H30 - 17H CONCLUSION :

Marie-Frédérique Bacqué

Vendredi 8 - Plénière débat (9h-11h)

LES MORTS VIOLENTES : DES SIGNIFICATIONS SOCIALES CONTRASTEES / VIOLENT DEATHS: CONTRASTING SOCIAL MEANINGS

Pascal Hintermeyer

professeur des universités, Université de Strasbourg, CNRS

Mots-clés : MORTS VIOLENTES / VIOLENT DEATHS

Pour comprendre les réactions face aux morts violentes, il convient de prendre la mesure de leur ampleur et de leur diversité: accidents et catastrophes, suicides et homicides, guerres et terrorismes présentent des significations sociales où se mêlent des valeurs et émotions contrastées, voire contradictoires.

To understand reactions to violent deaths, it is necessary to take into account their magnitude and diversity: accidents and disasters, suicides and homicides, wars and terrorism have social meanings in which contrasting and even contradictory values and emotions are intertwined.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Hintermeyer P., « Les malentendus face à la mort » in Hintermeyer P., Le Breton D., Profita G. (dir) Les malentendus culturels dans le domaine de la santé, Strasbourg, Presses de l'Université de Nancy, 2015, p. 65-78.
- Hintermeyer P., « Extension des passions belligènes », Etudes polémologiques, 2017, n° 55, p. 73-94.
- Hintermeyer P., «Souffrir du mal du siècle au début de l'époque contemporaine », in Gianico M. (dir.), Raconter la douleur. Récits et interprétations de la souffrance en Europe, Paris, Garnier, 2018, p. 183-198.
- Hintermeyer P., « Conflits et négociations sur la maladie et la mort » in Klinger M., Schehr S., Les dynamiques sociales et leurs conflits : mobilisations, regulations, représentations, Presses de l'Université de Savoie, 2014, p. 19-32.

Vendredi 8 - Table ronde (11h30-13h)

MOURIR EN AFRIQUE, MORT AFRICAINE. CAS DE LA MORT PAR NOYADE D'UN MISSIONNAIRE POLONAIS AU CONGO - BRAZZAVILLE. / DYING IN AFRICA, AFRICAN DEATH. THE CASE OF THE DEATH BY DROWNING OF A POLISH MISSIONARY IN CONGO - BRAZZAVILLE.

MOKELE Borice

Doctorant, Faculté de Psychologie. Unité de recherche SuLiSom (Subjectivité, Lien social et Modernité)

Mots-clés : MORT - NOYADE - AFRIQUE - ÉMOTION - MAUVAISE MORT - SORCELLERIE - RITES FUNÉRAIRES - FUNÉRAILLES CHRÉTIENNES / DEATH - DROWNING - AFRICA - EMOTION - BAD DEATH - WITCHCRAFT - FUNERAL RITES - CHRISTIAN FUNERAL

Vivre et mourir en Afrique c'est s'inscrire dans la vision africaine du monde. C'est le cas de la mort par noyade d'un missionnaire polonais au Congo - Brazzaville. En effet, il n'y a rien de plus choquant qu'une mort par noyade. Un corps en putréfaction c'est un corps qu'on ne voit pas, qu'on n'approche pas, qu'on ne touche pas. Un corps qui sent déjà. Un corps qui vient du ventre du fleuve. Cet état du corps provoque "les traumatismes physiologiques et émotionnels" comme le souligne Jean-Pierre MOHEN dans son ouvrage *Les rites de l'au-delà* : "Les groupes humains ressentent la mort de l'un des leurs comme un double traumatisme physiologique et émotionnel. Le traumatisme physiologique est provoqué par la détérioration du corps humain ainsi que par l'amputation du corps social. Le traumatisme émotionnel correspond à la révolte née de la nouvelle situation qui affecte chaque membre du groupe dans son individualité et dans sa solidarité avec les autres" (p.29). Mais ce corps en décomposition est celui d'un homme de Dieu, le corps d'un prêtre, un corps sacré. Il est selon la tradition locale un "notable". Seulement cette mort ne correspond pas à celle d'un notable. Or, mourir par noyade dans cet environnement culturel relève à la fois de la mauvaise mort et de la sorcellerie. Le mort est supposé victime ou coupable. Même si la médecine a souligné un infarctus, la mort du Père Joseph est considérée comme une mort africaine. Seuls les rites funéraires accomplis par les notables locaux ont permis les célébrations des funérailles chrétiennes.

Living and dying in Africa is about being part of the African vision of the world. This is the case of the death by drowning of a Polish missionary in Congo - Brazzaville. Indeed, there is nothing more shocking than a death by drowning. A rotting body is a body that we do not see, that we do not approach, that we do not touch. A body that already smells. A body that comes from the belly of the river. This state of the body causes "physiological and emotional trauma" as Jean-Pierre MOHEN points out in his book *Les rites de l'au-delà*: "Human groups feel the death of one of their own as a double physiological and emotional trauma. Physiological trauma is caused by the deterioration of the human body as well as by the amputation of the social body. Emotional trauma is the revolt born of the new situation that affects each member of the group in his or her individuality and solidarity with others" (p. 29). But this decomposing body is that of a man of God, the body of a priest, a sacred body. According to local tradition, he is a "notable". Only this death does not correspond to the death of a notable person. However, dying by drowning in this cultural environment is both a bad death and a witchcraft. The dead man is supposed to be a victim or guilty. Even if medicine has pointed out a heart attack, Father Joseph's death is

considered an African death. Only the funeral rites performed by local dignitaries allowed the Christian funeral celebrations to take place.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Jean-Pierre MOHEN, Les rites de l'au-delà, Paris, Odile Jacob, 1995
- Marie-Frédérique BACQUE, Apprivoiser la mort, Paris, Odile Jacob, 2002
- Maurice GODELIER, La mort et ses au-delà, Paris, CNRS, 2014
- Louis-Vincent THOMAS, La mort africaine, Paris, Payot, 1982
- Thomas Walter LAQUEUR, Le travail des morts. Une histoire culturelle des dépouilles mortelles. Paris, Gallimard, 2018

DEUILS TRAUMATIQUES ET COMPLEXES EN AFRIQUE SUB-SAHARIENNE : EVOLUTION ET SYNTHÈSE DE LA LITTÉRATURE EMPIRIQUE. / TRAUMATIC AND COMPLEX GRIEF IN SUB-SAHARAN AFRICA: EVOLUTION AND SYNTHESIS OF EMPIRICAL LITERATURE.

Cyrille K. Kokou-Kpolou

Psychologue clinicien, Docteur et Qualifié MCU en Psychologie clinique, Université de Picardie Jules Verne, Amiens, France.

Mots-clés : DEUIL, TRAUMA, FACTEURS DE RISQUES ET DE PROTECTION, REVUE SYSTÉMATIQUE, APPROCHE TRANSCULTURELLE. / GRIEF, TRAUMA, RISK AND PROTECTIVE FACTORS, SYSTEMATIC REVIEW, CROSS-CULTURAL APPROACH.

L'efficacité socio-psycho-thérapeutique des modèles de prise en charge du mourir, de la mort et du deuil en Afrique sub-Saharienne a été minutieusement décrite dans plusieurs travaux socioanthropologiques (e.g., Thomas, 1982, 1985). Jusqu'à la fin des années 90, les deuils pathologiques dans ces " univers " étaient décrits comme plutôt rares. L'affaiblissement de ces modèles par la survenue de l'épidémie du SIDA, des guerres civiles et génocides provoquant d'innombrables morts traumatiques, dans un contexte socioreligieux et politique en crise, aurait été à l'origine de la récurrence des deuils traumatiques et complexes (Kilonzo et Hogan, 1999 ; Thomas, 1996). Les travaux empiriques en Afrique sub-Saharienne sur le deuil remontent au début des années 2000 (Taggart et Greatrex-White, 2015) et semblent, à ce jour, moins connus dans la littérature internationale. Dans cette communication, nous présentons, dans un premier temps, les résultats d'une revue systématique de ces travaux, en comparant les facteurs de risques et de protection associés et les mécanismes sous-jacents à ceux identifiés dans la littérature occidentale. Dans un deuxième temps, nous présentons les résultats préliminaires et les perspectives de nos travaux récents et en cours, tout en soulignant les enjeux de notre approche transculturelle comparative (France, Togo et Algérie).

The socio-psycho-therapeutic effectiveness of models for the management of death, dying and bereavement in sub-Saharan Africa has been carefully described in several socio-anthropological studies (e.g., Thomas, 1982, 1985). Until the late 1990s, pathological grief in these "universes" was described as rather rare. The weakening of these models by the emergence of the AIDS epidemic, civil wars and genocides causing countless traumatic deaths, in a socio-religious and political context in crisis, would have been at the origin of the recurrence of traumatic and complex mourning (Kilonzo and Hogan, 1999 ; Thomas, 1996). Empirical work on bereavement in sub-Saharan Africa dates back to the early 2000s (Taggart and Greatrex-White, 2015) and seems less well known in the international literature to date. In this paper, we first present the results of a systematic review of this work, comparing the associated risk and protective factors and underlying mechanisms with those identified in the Western literature. In a second step, we present the preliminary results and perspectives of our recent and ongoing work, while highlighting the challenges of our comparative transcultural approach (France, Togo and Algeria).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Kilonzo, G. P., et Hogan, N. M. (1999). Traditional African Mourning Practices Are Abridged in Response to the AIDS Epidemic: Implications for Mental Health. *Transcultural Psychiatry*, 36(3), 259–283. <https://doi.org/10.1177/136346159903600303>
- Taggart, H., et Greatrex-White, S. (2015). Traumatic grief in young people in Sub-Saharan Africa: A scoping review. *Nursing : Research and Reviews*, 5, 77-89.
DOI:10.2147/NRR.S80142
- Thomas, L. V. (1982). *La mort africaine*. Paris: Payot.
- Thomas, L-V. (1985). *Rites de mort. Pour la paix des vivants*. Paris : Fayard.
- Thomas, L. V. (1996). L'âme et les rituels funéraires africains. In G. Durand, M. Maffesoli (Dir.), *Imaginaire de l'âme* (pp. 13-35). Paris : L'Harmattan.

Vendredi 8 - Table ronde (14h30-15h45)

QUESTIONS ETHIQUES AUTOUR DU SUICIDE ASSISTE / ETHICAL ISSUES AROUND THE SUBJECT OF ASSISTED SUICIDE

Marie-Jo Thiel

Professeure des universités

Mots-clés : SUICIDE ASSISTÉ, AUTONOMIE, EUTHANASIE / ASSISTED SUICIDE, AUTONOMY, EUTHANASIA

Le suicide assisté est-il une simple décision individuelle autonome ? Il pose en fait de nombreuses questions éthiques, à commencer par la compréhension, la portée et les " usages " faits de l'autonomie.

Is assisted suicide a simple autonomous individual decision? In fact, it raises many ethical questions, starting with the understanding, scope and "uses" of autonomy.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Marie-Jo Thiel, « Devoir mourir au nom de son autonomie », tribune, La Croix du 6 mars 2017, p.26.
- Christiane Olivier et Marie-Jo Thiel, La fin de vie au risque d'une spoliation de l'autonomie. Esprit, décembre 2017, N°440, p.124-135.
- Marie-Jo Thiel, Faites que je meure vivant ! Vieillir, mourir, vivre. Paris, Bayard, 2013

LE RÔLE DES INTERVENANT.E.S EN SOINS SPIRITUELS DANS L'AIDE MÉDICALE À MOURIR AU QUÉBEC : PERSPECTIVES PLURIDISCIPLINAIRES / THE ROLE OF SPIRITUAL CARE WORKERS IN MEDICAL ASSISTANCE TO DIE IN QUEBEC: MULTIDISCIPLINARY PERSPECTIVES

Jacques Cherblanc, PhD

Professeur agrégé et Directeur d'Unité d'enseignement, Université du Québec à Chicoutimi (Québec, Canada), Laboratoire d'expertise et de recherche en anthropologie rituelle et symbolique

Mots-clés : AIDE MÉDICALE À MOURIR, QUÉBEC, CANADA, SOINS SPIRITUELS, DEUIL COMPLIQUÉ, TRAUMATISME / MEDICAL ASSISTANCE TO DIE, QUEBEC, CANADA, SPIRITUAL CARE, COMPLICATED BEREAVEMENT, TRAUMA

Cette communication souhaite présenter les premiers résultats d'une étude en cours au Québec sur les pratiques de l'aide médicale à mourir (AMM) et qui s'intéresse aux représentations sociales de la mort chez les intervenants de la santé et des services sociaux qui ont une certaine expérience de ce "soin de fin de vie". Il sera particulièrement question ici des Intervenants en soins spirituels (ISS), qui exercent "des activités de soutien et d'accompagnement à la vie spirituelle et religieuse des patients, à leur famille ainsi qu'à leurs proches" (MSSSQ, 2019) et qui sont devenus des acteurs incontournables de l'AMM, alors que bon nombre d'entre eux y sont par ailleurs moralement très réticents. Cette communication commencera par présenter brièvement le contexte de l'AMM au Québec et au Canada et celui de l'intervention en soins spirituels. Ensuite, on s'attardera à l'analyse de certaines entrevues réalisées auprès de six (n=6) intervenant.e.s de la santé et des services sociaux (travailleuses sociales, infirmières, médecins et intervenants en soins spirituels) afin de montrer la reconnaissance pluri et interdisciplinaire du rôle particulier des ISS dans la prévention des traumatismes de tous les participants (soignants, soignés, proches) lors de la réalisation de l'AMM et dans celle de l'accompagnement des proches afin d'éviter d'éventuels deuils compliqués.

This paper aims to present the first results of a study currently underway in Quebec on the practices of medical assistance to die (MA), which focuses on the social representations of death among health and social services workers who have some experience with this "end-of-life care". We will focus here on Spiritual Care Providers (ISS), who carry out "activities to support and accompany the spiritual and religious life of patients, their families and loved ones" (MSSSQ, 2019) and who have become key players in the WMA, while many of them are also morally very reluctant to do so. This paper will begin by briefly presenting the context of the AMM in Quebec and Canada and that of spiritual care intervention. Then, we will focus on the analysis of some interviews conducted with six (n=6) health and social services workers (social workers, nurses, doctors and spiritual care workers) in order to show the multidisciplinary and interdisciplinary recognition of the specific role of ISS in preventing trauma for all participants (caregivers, carers, relatives) when carrying out the MA and in accompanying relatives in order to avoid potential complicated bereavements.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- MSSSQ (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec). 2019. Nomenclature des titres d'emploi, disponible à <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca>

LE DECES PERINATAL : UNE CLINIQUE DU TRAUMA, DU DEUIL ET DE LA CREATIVITE / PERINATAL DEATH: A CLINIC FOR TRAUMA, GRIEF AND CREATIVITY

delphine Rambeaud-Collin

Docteur en psychologie clinique de la périnatalité, Psychologue clinicienne, Co-directrice du GIS "recherche clinique périnatale" LCPI, UT2J, Laboratoire LCPI, Université Toulouse Jean Jaurès

Mots-clés : MORT PÉRINATALE – DEUIL PÉRINATAL – TRAUMATISME -- CRÉATIVITÉ - RÉSILIENCE / PERINATAL DEATH – PERINATAL MOURNING – PSYCHIC TRAUMA – CREATIVITY – RESILIENCE.

Expérience unique de rencontre intime avec soi, la survenue d'une grossesse désirée, parfois longtemps attendue, engage la future mère vers des remaniements psychiques importants: de la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire, dans un continuum entre l'ante et le postnatal, la relation d'objet virtuelle vient actualiser l'interface entre le devenir parents et le naître humain (Missonnier, 2009). Le décès en fin de grossesse qui survient en moyenne dans 9 naissances sur 1000 en France représente pour les devenants-parents un traumatisme innommable, constitue un insupportable télescopage entre vie et mort, survenant dans ce contexte de fragilité psychique et venant bousculer l'ordre des choses et des générations. Penser ce champ spécifique de la clinique de la périnatalité suppose de penser la venue au monde d'un enfant au sein d'une histoire qui lui préexiste. Une histoire qui va venir colorer sa propre histoire à travers un florilège de représentations et de projections parentales. Si le périnatal convoque l'anténatal et le postnatal, nous pouvons ici y adjoindre l'antéconceptionnel. Une " antéhistoire " qui viendra circonscrire l'identité conceptionnelle (Bayle, 2005) de l'enfant à naître. Dans ce contexte, Diane de Wailly (2018) parle de ce puîné comme étant " l'enfant palimpseste ". Selon l'auteure, l'enfant palimpseste condense le bébé imaginaire de la grossesse actuelle empreint de la réalité de la grossesse précédente et de l'enfant mort, avec la relation que la mère projette sur lui, dans un gradient allant du normal au pathologique. L'enjeu ici étant de questionner comment l'aura de cette histoire endeuillée va venir colorer l'histoire de ce nouvel enfant.

Ainsi, dans la grossesse suivant une Mort Foétale In utero (MFIU), comment les parents (et notamment la mère) peuvent-ils investir psychiquement cette nouvelle promesse de vie, pris entre angoisse de répétition et travail de deuil, teinté de loyauté et de culpabilité envers le premier fœtus ? Comment ce corps, souvent parlé par les femmes comme étant " un corps tombeau ", va-t-il être réinvesti dans cette nouvelle expérience marquée par le sceau d'une possible trahison passée ? Finalement comment va s'élaborer la nidification biopsychique (Missonnier, 2006) dans l'ombre du " berceau vide " (Soubieux, 2008).

Et lorsque l'enfant paraît, quelle place pourra t'il prendre dans la psyché parentale ? Est-il condamner à incarner " l'enfant de remplacement " conceptualisé par Cain dès 1964 ? Ou bien, comme l'évoque Squires en 2004, un travail de différenciation des deux grossesses avec la mère et/ou le couple peut-il éviter que l'enfant mort n'étende son ombre mélancoliforme sur l'enfant survivant ?

Au-delà de cet irreprésentable, cet impensable, cet indicible que convoque la mort d'un enfant dans la psyché parentale, nous essayons alors de penser comment, et dans quel mesure une nouvelle grossesse pourrait participer soit à une élaboration du deuil de l'enfant mort, soit au contraire à une répétition mortifère de l'histoire passée.

Nous proposons de mettre au travail ces questions, relatives à la place et à la trace prise et laissée dans le monde interne de la mère, à partir d'un matériel clinique issu de nos pratiques de psychologue clinicienne.

As an experience of intimate encounter with oneself, the occurrence of a desired pregnancy, sometimes awaited for a long time, commits the future mother to important psychological changes: from psychic transparency to primary maternal concern, in a continuum between the antenatal and the postnatal, the Virtual Object Relationship updates the interface between becoming parents and being born human (Missonnier, 2009). When death occurs in the end of pregnancy, (9 out of 1,000 births in France), this event constitutes an unspeakable psychic trauma for parents-to-be and upsetting the order of things and generations. Thinking about this specific field of the perinatal clinic presupposes thinking about the birth of a child within a pre-existing history. A story that will impact its own history through representations and parental projections. If the perinatal field convokes the antenatal and the postnatal ones, here we can add the anteconceptional history too. An "antehistory" that will define the conceptional identity (Bayle, 2005) of the unborn child. In this context, Diane de Wailly (2018) refers to this child as "the palimpsest child". According to the author, the palimpsest child condenses the imaginary baby of the current pregnancy (coloured with the reality of the previous pregnancy and the dead child), with the relationship that the mother projects on him, in a gradient of psychic investment ranking from normal to pathological. The point is here to question how this bereaved story will impact the story of the next child. So, facing pregnancy after a fetal death in utero, how can parents (and especially the mother) psychically invest this new promise of life, caught between anxiety of repetition and work of mourning, tainted with loyalty and guilt towards the first fetus? How will this maternal body, that women often referred to as a "grave body", be reinvested in this new experience marked by the seal of a possible past betrayal? Finally, how "biopsychial nesting" (Missonnier, 2006) will develop in the shadow of this "empty cradle" (Soubieux, 2008)? And when a child finally appears, which place could he take in the parental inner world? Is he condemned to embody the "replacement child" conceptualized by Cain (1964)? Or, as Squires evokes in 2004, can a work of differentiation between the two pregnancies with the mother and/or the couple prevent the dead child from extending his melancholy shadow on the surviving child? Beyond this irrepresentable, this unthinkable, this indiscriminate that the death of a child represent in the parental psyche, we then try to think how a new pregnancy could participate either in the psychic elaboration of the mourning of the dead child, or on the contrary in a mortiferous repetition of past history. We propose to discuss these questions, relative to the place and the trace taken and left in the inner world of the mother, with clinical material derived from our practices as clinical psychologists.

Vendredi 8 - Ateliers en parallèle (16h30-18h30)

ENJEU(X) D'UNE RECONNAISSANCE INSTITUTIONNELLE DANS LE CAS DES DECES PERINATAUX. / ISSUE(S) OF INSTITUTIONAL RECOGNITION IN THE CASE OF PERINATAL DEATHS.

Gaëlle Clavandier, Phippe Charrier

Maître de conférences HDR, Université Jean Monnet, Saint-Etienne ; Centre Max Weber (CMW UMR 5283), Gaëlle Clavandier, Centre Max Weber (CMW UMR 5283) ; Equipe Dynamiques sociales et politiques de la vie privée, Philippe Charrier, Centre Max Weber (CMW UMR 5283) ; Equipe Travail, Institutions, Professions, Organisations

Mots-clés : DÉCÈS PÉRINATAUX - DEUIL PÉRINATAL - ETAT CIVIL - INSTITUTIONS /PERINATAL DEATHS - PERINATAL BEREAVEMENT - CIVIL STATUS REGISTRATION - INSTITUTIONS

Les décès périnataux ont ceci de particulier de reposer sur des situations disparates. Morts fœtales in utero, fausses couches tardives, interruptions médicales de grossesses sont concernées dès lors qu'un certificat d'accouchement a été délivré. De même, l'ensemble des femmes et des couples qui y sont confrontés n'a pas le même type de trajectoires après l'évènement en question. Néanmoins, depuis les années 1990, un ensemble de pratiques se sont formalisées en dispositifs qui tendent à appréhender ces situations sous l'angle de l'accompagnement du deuil périnatal (1). Toute une littérature en obstétrique, psychologie et santé publique, montre en effet le potentiel "traumatogène" de ces décès avant ou autour de la naissance.

Une recherche récente (PERISENS) s'est fondée sur les aspects institutionnels et administratifs : démarches en lien avec cet accouchement et la possibilité d'enregistrer un enfant sans vie à l'état civil et de pourvoir à ses funérailles (2). Elle a mis en évidence qu'au-delà d'un processus relationnel (3), il s'agissait, pour certaines personnes concernées tout au moins, de voir aboutir des rôles et un statut parental par l'entremise d'une reconnaissance des institutions.

Perinatal deaths are unique in that they are based on disparate situations. Fetal deaths in utero, late miscarriages, medical interruptions of pregnancy are concerned as soon as a birth certificate has been issued. Similarly, all women and couples who are confronted with it do not have the same type of trajectories after the event in question. Nevertheless, since the 1990s, a set of practices has been formalised into mechanisms that tend to approach these situations from the perspective of accompanying perinatal bereavement (1). A whole literature in obstetrics, psychology and public health shows the "traumatogenic" potential of these deaths before or around birth.

Recent research (PERISENS) has been based on the institutional and administrative aspects: steps related to this birth and the possibility of registering a lifeless child in the civil registry and providing for his funeral (2). It highlighted that, beyond a relational process (3), for some of the people concerned at least, it was a question of achieving parental roles and status through institutional recognition.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Dominique Memmi, *La seconde vie des bébés morts*, Paris, Editions EHESS, 2011.
- Gaëlle Clavandier, Philippe Charrier, Guillaume Rousset, Marion Girer, *Administrer une question incertaine. Le cas des enfants sans vie, rapport de recherche PERISENS, – Périnatal, Statuts, Enregistrement, Statistiques, CMW, CNRS, Mission de recherche droit et justice, FDSV, juin 2019, 308 p.*
- Anne-Sophie Giraud, "Les « péri-parents » : à la recherche d'un statut spécifique après une mort périnatale", *Recherches familiales*, n°12, 2015, p.85-97.

TRAUMATISME, NON-DEUIL ET PULSION DE MORT. QUELLES TRANSMISSIONS AUX GÉNÉRATIONS FUTURES ? /TRAUMA, UNRESOLVED GRIEF, AND DEATH WISH. WHAT TRANSMISSIONS TO FUTURE GENERATIONS?

Boris Lassagne

Psychologue clinicien, psychologue hospitalier - Centre hospitalier général Chaumont; HAD Chaumont-Langres

Mots-clés : TRAUMATISME, DEUIL, PULSION DE MORT, TRAVAIL DU NÉGATIF, NARCISSISME, MASOCHISME / TRAUMA, GRIEF, DEATH DRIVE, NEGATIVE WORK, NARCISSISM, MASOCHISM

" Un deuil n'est faisable que s'il est à soi. "

Paul-Claude Racamier

Les expériences traumatiques et la confrontation avec la mort gardent toute leur intensité lorsqu'elles ne sont pas reliées à un maillage signifiant permettant le travail psychique de la perte de l'objet d'amour. Toute perte étant à la fois objectale et narcissique, refoulées ou déniées, ces blessures restées vivaces auront diverses incidences sur les modes d'être des sujets concernés.

L'objet de cette communication est de mettre en perspective les perturbations liées au traumatisme de la perte d'un enfant et d'en mesurer les effets sur la dynamique familiale ainsi que sur les structures psychiques des descendants et plus particulièrement sur celles d'un homme de 35 ans.

Je reçois ce patient que nous nommerons Marcellin en psychothérapie d'orientation analytique depuis 2017 à la suite d'une décompensation grave liée à un événement de vie faisant s'effondrer l'ensemble de ses organisations défensives, permettant le retour des blessures traumatiques et narcissiques. Tôt dans la psychothérapie, Marcellin aborde un événement familial relatif à sa grand-mère maternelle qui a perdu le cadet de ses enfants alors âgé de 6 ans à la suite d'une vaccination. Marcellin, qui porte le même prénom que son oncle décédé, a occupé la place vacante auprès de cette femme tant du côté de la réalité que de celui de son fantasme.

Comment se sont manifestées les conséquences du non-deuil de cette grand-mère dans le fonctionnement psychique de son petit-fils ?

L'isolation des affects dépressifs liée à la mort de cet enfant a conduit sa mère ainsi que l'ensemble de la famille à s'inscrire dans des registres marqués par le refus de toute autre forme de perte.

Nous en étudierons les conséquences sur le fonctionnement narcissique de Marcellin, ses relations d'objet, ses identifications projectives, sa conscience de culpabilité et son fonctionnement masochique. Nous comprendrons que la tentative de maintien d'un équilibre précaire s'opère par le gel des affects dépressifs ainsi que par la mise en place de nombreux autres fonctionnements rigides. Ce mode opératoire est l'antithèse de ce que P-C Racamier nomme le deuil originaire comme processus inhérent à la vie.

L'ensemble de ces organisations défensives constituent ici le domaine électif du travail du négatif et de la pulsion de mort.

Partant de ce constat, nous étudierons les relations d'objets investis selon deux axes : jouissance/étayage, liaison/déliaison. Nous verrons à quel point les identifications projectives

sont exclusivement dirigées vers ce qui peut former une assise narcissique " suffisamment solide " afin d'oblitérer le risque d'effondrement lié à la vie et aux pertes actuelles. Placées sous l'égide du clivage de l'objet et du Moi, ces organisations défensives structurent chez ce patient sa conception manichéenne de l'existence. Le non-deuil fige les sujets et entrave la possibilité d'un narcissisme porteur de vie. Dans ce contexte, la fonction désobjectalisante s'oppose directement au possible travail du deuil obligeant à la fuite dans l'agir, la somatisation ainsi qu'aux procédés autocalmants. Pour Marcellin, le traumatisme est de ne pouvoir répondre à la commande familiale. Confronté à son impuissance de réparer ses proches, il ne cesse de batailler contre le risque de la perte, ce qui le conduit à une constante menace d'effondrement. Le travail du négatif est à l'œuvre. Nous poursuivrons notre exposé sur les conséquences narcissiques de l'impossible acceptation de " la mort dans la vie " laissant progressivement place à la pulsion de mort avec la mise en évidence des antagonismes pulsionnels dans son organisation psychique. A partir de l'identification du travail du négatif dans son fonctionnement nous aborderons enfin la question liée à la culpabilité ainsi que la prédominance à la compulsion de répétition et les fonctionnements masochistes qui témoignent de la recherche inconsciente de sanction afin de satisfaire un besoin d'autopunition, renvoyant à la dyade haine-souffrance. Marcellin est pris au piège. Investi comme celui qui devait protéger de la douleur et du traumatisme, il se retrouve sans cesse aux prises avec sa propre destructivité.

"Grief is only possible if it is yours."

Paul-Claude Racamier

Traumatic experiences and confrontation with death retain their full intensity when they are not connected to a meaningful mesh allowing the psychic work of the loss of the object of love. Any loss being both objectionable and narcissistic, repressed or denied, these wounds that remain perennial will have various effects on the modes of being of the subjects concerned.

The purpose of this communication is to put into perspective the disruptions related to the trauma of a child's loss and to measure the effects on family dynamics as well as on the psychic structures of descendants and more particularly on a 35-year-old male.

I am receiving this patient that we will name Marcellin in psychotherapy of analytical orientation since 2017 following a serious decompensation linked to a life event causing the collapse of all its defensive organizations, allowing for the return of traumatic and narcissistic wounds. Early in psychotherapy, Marcellin approaches a family event related to his maternal grandmother who lost the youngest of his children then aged 6 years following vaccination. Marcellin, who bears the same name as his dead uncle, occupied the vacant place with this woman both on the side of reality and that of her fantasy.

How did the consequences of this grandmother's lack of support manifest themselves in the psychic functioning of her grandson?

The isolation of the depressive feelings related to the death of this child led his mother and the entire family to register in registers marked by the refusal of any other form of loss.

We will study the consequences on Marcellin's narcissistic functioning, his object relations, his projective identifications, his guilt consciousness, and his masochistic functioning. We will understand that the attempt to maintain a precarious balance is made by freezing depressive feelings as well as by setting up many other rigid operations. This mode of operation is the antithesis of what P-C Racamier calls native mourning as an inherent process in life.

All of these defensive organizations constitute here the elective domain of the work of the negative and the death drive.

Based on this observation, we will study the relationships of invested objects according to two axes: enjoyment/shoring, connection/loosening. We will see to what extent projective identifications are directed exclusively towards what can form a narcissistic base "strong enough" to obliterate the risk of collapse associated with current life and losses.

Placed under the aegis of the cleavage of the object and the Self, these defensive organizations structure in this patient his manichaeian conception of existence.

Unresolved grief freezes the subjects and hinders the possibility of a life-bearing narcissism. In this context, the disaggregating function is directly opposed to the possible work of mourning requiring flight into action, somatization as well as autocalming processes.

For Marcellin, the trauma is not being able to meet the family order. Confronted with his inability to repair his loved ones, he continues to struggle against the risk of loss, which leads him to a constant threat of collapse. The work of the negative is at work.

We will continue our presentation on the narcissistic consequences of the impossible acceptance of "death in life" gradually giving way to the urge to die with the evidence of pulsating antagonisms in his psychic organization.

From the identification of the work of the negative in its functioning, we will finally address the question related to the guilt as well as the predominance to the compulsion of repetition and the masochistic functionings that testify to the unconscious search for sanction to satisfy a need for self-unity, referring to the dyad hate-suffering.

Marcellin is trapped. Invested as the one who had to protect from pain and trauma, he found himself constantly grappling with his own destructivity.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Green, A. Favarel-Garrigues, B. Guillaumin, J. Fedida, P. (1995). Le négatif, Bordeaux-le-Bouscat: L'esprit du temps.
- Green, A. (1993). Le travail du négatif, Paris, France: Les Editions de minuit.
- Racamier, P.-C. (1992). Le deuil originaire, Paris, France: Payot, 2016.
- Rosenberg, B. (1991). Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie, Paris, France: PUF, Monographies de la Revue Française de Psychanalyse, 2003.

NI MORTS, NI VIVANTS : LA PRISE EN CHARGE DU MOURIR AUX FRONTIÈRES DE LA MÉDECINE / NEITHER DEAD NOR ALIVE: THE CARE OF THE DYING AT THE FRONTIERS OF MEDICINE

Thomas DENISE

Sociologue, docteur en sociologie, ATER, Centre de Recherche Risques et Vulnérabilités | CERREV EA3918, Université de Normandie

Mots-clés : TRAJECTOIRE DU MOURIR ; SERVICES DE RÉANIMATION ; MORT SOCIALE ; TECHNIQUES DU CORPS : TRAVAIL THANATIQUE / TRAJECTORY OF DEATH; RESUSCITATION SERVICES; SOCIAL DEATH; BODY TECHNIQUES: THERAPEUTIC WORK

Aujourd'hui en France, plus d'une personne sur deux meurt dans un établissement de santé (Lalande et Veber, 2009). Parmi elles, environ 25 % décèdent dans un service de réanimation, dédié à l'accueil de patients dont le pronostic vital est engagé à très court terme. Le plus souvent vécu comme une épreuve par les familles (Legrand, 2010), le constat d'un échec a priori de la médecine actuelle interroge la place et la prise en charge du mourir dans ces services où la préservation de la vie est une priorité, parfois "à tout prix" (Paillet, 2007). À partir d'une étude ethnographique de trois services de réanimation adulte, on s'intéressera ici aux pratiques d'accompagnement du mourir en réanimation, pratiques dont on verra l'ambivalence puisqu'elles s'inscrivent à l'articulation de répertoires normatifs en tension (maintien en vie / accompagnement du mourir), mais aussi en ce qu'elles prennent forme, le plus souvent, aux frontières d'une médecine qui tend précisément à mettre la mort à distance.

Today in France, more than one in every two people die in public hospital (Lalande and Veber, 2009). Among them, some 25% die in a Intensive Care Units (ICU) intended for reception of patients whose vital prognosis is committed in the very short term. Most often considered as a traumatic experience by families (Legrand, 2010), the failure of current medicine to cope with death questions the place of dying in these services where the preservation of life is a priority, sometimes, "at any price" (Paillet, 2007). From an ethnographic study of three adult ICU, we will discuss practices that structure and accompany the life-end trajectory in these units. We will see that these practices are ambivalent, because they are situated between two normative repertoires (life support / life-end), but also because they take place, most often, at the borders of a medical practice that tends precisely to put the death at a distance.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Lalande F., Veber O., La mort à l'hôpital, Tome 1, Rapport de l'IGAS, novembre 2009.
- Legrand E. « Quand la réanimation échoue : l'expérience des familles », Sciences sociales et santé, 2010, vol. 28, n° 1, p. 43-70.
- Paillet A. "Sauver la vie, donner la mort. Une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale", Paris, La Dispute, 2007.
- Kentish-Barnes N., « "Mourir à l'heure du médecin". Décisions de fin de vie en réanimation », Revue française de sociologie, 2007/3 Vol. 48, p. 449-475

LES ENJEUX PSYCHIQUES ET ETHIQUES DE LA PREDICTION BIOLOGIQUE ET DATEE DE LA MORT. POINT DE VUE DE PSYCHOLOGUES CLINIENS. / THE PSYCHOLOGICAL AND ETHICAL ISSUES OF BIOLOGICAL AND DATED DEATH PREDICTION. THE POINT OF VIEW OF CLINICAL PSYCHOLOGISTS.

RICADAT Élise, ARANEDA Marco

Psychologue clinicienne, Maître de conférences, Université de Paris, Université de Paris - IHSS/EP/CRPMS/IUH, Université de Paris - IHSS/EP/CRPMS/IUH

Mots-clés : PRÉDICTION, SAVOIR, BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT, TRAUMATISME / PREDICTION, KNOWLEDGE, AGING BIOLOGY, TRAUMA

Alors que vivre et mourir interviennent comme un " fait " pour les individus d'autres espèces, penser sa propre finitude dialectise entièrement le rapport que l'individu humain entretient avec sa condition de vivant tout au long son existence. Dialectique en permanence à l'œuvre de manière individuelle d'une part, confrontant tout sujet en *lui-même* à la question de sa propre mort [1-5], ainsi que sur le plan collectif d'autre part, dans la manière dont les sociétés humaines ont cherché à repousser les effets de vulnérabilité et de précarité qu'induit la mort en se dotant de rites, croyances ou savoirs. Certains auteurs soutiennent ainsi que la médecine contemporaine serait paradigmatique de ces dispositifs permettant de refuser, refouler ou dénier la mort perçue comme " l'interruption d'une relation et intégration des limitations de la vie " [6-7].

En son sein, le champ de la médecine prédictive constitue un champ clinique et épistémologique de choix pour repenser les enjeux psychiques et éthiques d'être confronté à un savoir sur sa propre finitude. En réel essor du fait des avancées sur le génome et la bio-génétique, ce champ met en lumière le paradoxe d'une médecine, entendue comme science *et* pratiques de soin, qui divulgue un savoir encombrant. Pour les patients, leur entourage ou les soignants, ce savoir s'apparente à une " connaissance inutile " tel que le définissait C. Delbo [8], puisqu'ils se trouvent face à une information, une mort annoncée et parfois de façon très prochaine, mais pour laquelle aucune solution n'existe.

Dans cette communication, nous nous appuyerons plus précisément sur une recherche fondamentale actuellement menée en biologie du vieillissement par M. Rera [9] à laquelle nous sommes associés. Elle porte sur l'élaboration d'un marqueur de prédiction de survenue de la mort naturelle *sans* pathologie associée. La présence de tels marqueurs potentiellement identifiables chez l'individu humain dans un futur relativement proche, franchirait un pas de plus dans le champ de la médecine prédictive, puisqu'ils introduisent une prédictibilité *datable* aux implications cliniques inédites.

En nous appuyant sur nos travaux respectifs menés dans des champs connexes, nous discuterons des enjeux intrapsychiques et intersubjectifs que produirait la divulgation d'une telle information. Nous proposerons en particulier l'hypothèse que cette " certitude sans savoir " précipite le sujet dans un état de précarité ontologique dont Winnicott pensait, s'agissant du nourrisson humain, qu'elle empêchait le développement de la pensée. Elle s'apparenterait par conséquent à un fait potentiellement traumatique si l'environnement, entendu comme l'entourage du patient tout autant que les acteurs du soin, n'en permet pas la symbolisation. Parce qu'elle provient justement de la science et qu'elle plonge le sujet dans un savoir nu, c'est-à-

dire non encore ou non plus habillé par les "illusions consolatrices" [10] individuelles ou collectives, l'annonce de la prédiction de la mort prochaine promet par conséquent de réinterroger particulièrement vivement l'équilibre de la conflictualité qu'opère en permanence la psyché qui pourtant est l'essence même du bien-vivre. Enfin, cette "certitude sans savoir" nous invitera à mener une réflexion inédite sur une nouvelle forme de trauma. En effet, ces nouvelles avancées scientifiques bouleversent la pensée du destin, inversant le modèle ordinaire du concept de trauma : dans de telles situations cliniques, il s'agit de penser un avenir qui détermine le présent, faisant s'écouler le temps de la subjectivité de l'avenir vers le présent. Elles constituent donc pour la psychanalyse un nouveau paradigme pour étudier les aléas de cette subjectivité face aux avancées bio-médicales sources de situations extrêmes dans le champ de la médecine contemporaine.

While living and dying intervene as a "fact" for individuals of other species, thinking about one's own finiteness fully dialects the relationship that the human individual has with his condition of living throughout his life. Dialectic constantly at work on an individual basis on the one hand, confronting every subject in himself with the question of his own death [1-5], as well as on the collective level on the other hand, in the way in which human societies have sought to ward off the effects of vulnerability and precariousness that death induces by adopting rites, beliefs or knowledge. Some authors thus argue that contemporary medicine would be paradigmatic of these devices that make it possible to refuse, repress or deny death perceived as "the interruption of a relationship and integration of the limitations of life" [6-7]. Within it, the field of predictive medicine is a clinical and epistemological field of choice to rethink the psychic and ethical issues of being confronted with knowledge about its own finiteness. In real progress due to advances in the genome and bio-genetics, this field highlights the paradox of a medicine, understood as science and practices of care, which discloses a cumbersome knowledge. For the patients, their entourage or the carers, this knowledge is like a "useless knowledge" as defined by C. Delbo [8], since they are faced with information, a death announced and sometimes very next, but for which no solution exists. In this paper, we will rely more specifically on fundamental research currently being conducted in the field of aging biology by M. Rera [9] with which we are associated. It relates to the development of a marker for predicting the occurrence of natural death without associated pathology. The presence of such potentially identifiable markers in the human individual, in the relatively near future, would go a step further in the field of predictive medicine, since they introduce datable predictability with unprecedented clinical implications. Based on our respective work in related fields, we will discuss the intrapsychic and intersubjective issues that would arise from disclosing such information. In particular, we propose the hypothesis that this "certainty without knowing" precipitates the subject into a state of ontological precariousness that Winnicott thought, as regards the human infant, that it prevented the development of thought. It is therefore similar to a potentially traumatic event if the environment, understood as the patient's entourage as well as the caregivers, does not allow its symbolization. Because it comes precisely from science and it plunges the subject into a naked knowledge, that is to say not yet or no longer dressed by the "illusions consolatrices" [10] individual or collective, the announcement The prediction of the coming death therefore promises to re-examine, particularly strongly, the balance of conflictual dynamic that the psyche constantly operates, which is the very essence of good living. Finally, this "certainty without knowing" will invite us to lead an original reflection on a new form of trauma. Indeed, these new scientific advances disrupt the thought of destiny, reversing the ordinary model of the concept of trauma: in such clinical situations, it is a question of thinking of a future that determines the present, making the time of subjectivity elapse from the future to the present. For psychoanalysis, therefore, they constitute a new paradigm for studying the

vagaries of subjectivity facing the bio-medical advances that are the source of “extreme situations” in the field of contemporary medicine.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- [1] Lévi-Strauss Claude (1971), *L'homme nu*, Mythologiques, vol. 4, Paris, Plon, 2014.[2] Heidegger Martin (1927), *Être et temps*, Gallimard, 1986.[3] Freud Sigmund (1915), « Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort », in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot et Rivages, 2001, pp. 9-46. [4] Freud Sigmund (1915), « Notre rapport à la mort », *Œuvres complètes - Psychanalyse*, t. XIII, Paris, PUF, 1988, p. 151. [5] Pascal Blaise (1670), *Pensées*, Paris, La Pochothèque, 2004. [6] Villa François (2007), « Le refoulement organique et les progrès techniques de la médecine », *Cliniques Méditerranéennes*, 2007/2 n° 76, pp. 45 à 60.[7] Gori Roland, Bacqué Marie-Frédérique (2000), *Le deuil à vivre*, Odile Jacob Poches, Paris.[8] Delbo Charlotte (1970), *Auschwitz et après. II: Une connaissance inutile*, Paris, Les éditions de minuit, 1970.[9] Rera et al., “Intestinal barrier dysfunction links metabolic and inflammatory markers of aging to death in *Drosophila*”, *Proceedings of the National Academy of Sciences*, December 2012, DOI: 10.1073/pnas.1215849110, PubMed.[10] S. Freud « Le malaise dans la culture » (1930), trad. P. Cotet, R. Lainé, J. Stute-Cadiot, in *Œuvres complètes - Psychanalyse*, t. XVIII, Paris, PUF, 1994, p. 276-277.

FROM PERINATAL LOSSES TO COMPLEX TRAUMA: THE CLINICAL PSYCHOLOGY RESEARCH PATHWAY / DES PERTES PERINATALES AUX TRAUMATISMES COMPLEXES : LE PARCOURS DE LA RECHERCHE EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE

José Rocha

Professor, IINFACTS, CESPU, Centro de Psicologia do Trauma e do Luto, CPTL.PT

Mots-clés : GRIEF, BEREAVEMENT, ASSESSMENT, PSYCHOLOGICAL TREATMENTS, TRAUMATIC STRESS, COMPLEX TRAUMA / CHAGRIN, DEUIL, ÉVALUATION, TRAITEMENTS PSYCHOLOGIQUES, STRESS TRAUMATIQUE, TRAUMATISME COMPLEXE

Depuis 1997, des efforts successifs ont été déployés pour mesurer, reconnaître et traiter les conséquences négatives de plusieurs types de pertes, en consolidant les preuves et en fournissant des interventions très efficaces pour la communauté. Mesurer les symptômes à l'aide de modèles psychométriques, prédire les résultats et clarifier les conséquences sur la santé et la productivité au travail, en reconnaissant l'impact individuel et social spécifique du deuil prolongé, du stress post-traumatique et du traumatisme complexe. Cette séquence d'objectifs et de résultats fait partie de l'expérience portugaise en matière de traumatismes et de deuil et a commencé par des résultats concernant les facteurs de risque de résultats négatifs après des pertes périnatales.

Les méthodes sont quantitatives, psychométriques, épidémiologiques et se concentrent sur l'efficacité des traitements. Une approche à études multiples est présentée à partir d'échantillons avec des pertes périnatales traumatiques, des veuves en deuil prolongé, une intervention de crise après la perte, un deuil prolongé en contexte psychiatrique et un stress traumatique complexe chez les victimes de violence conjugale. Les interventions ont été manualisées à partir de modèles théoriques narratifs, sensoriels et décisionnels.

Les résultats du cheminement sont présentés en énumérant les instruments d'évaluation psychologique adaptés et les résultats des essais randomisés sont résumés à l'aide de l'échelle des effets entre les groupes.

Une évaluation critique des données probantes et les nouveaux défis à relever pour faire des choix de traitement plus éclairés pour les patients confrontés à des événements critiques sont abordés. La rationalité réelle a fourni un soutien politique sans précédent à la prestation de services, mais il est nécessaire de créer des contextes de traumatisme et de deuil, non seulement dans les établissements de santé, mais aussi sur les lieux de travail et dans les écoles qui utilisent une diversité de médias pour combler l'écart entre la recherche et la prestation des services.

Since 1997 successive efforts have been deployed to measure, to recognize and to treat negative consequences of several types of losses, consolidating evidence and providing highly effective interventions for the community. To measure symptoms using psychometric models, predicting outcomes and clarifying consequences on health and work productivity, recognizing the specific individual and social impact of prolonged grief, posttraumatic stress and complex trauma. This sequence of objectives and results are part of the Portuguese Trauma and Grief Experience and began with results concerning risk factors for negative outcomes after perinatal losses.

The methods are quantitative, mixed psychometric, epidemiological and with focus on treatments efficacy. A multistudy approach is presented based on samples with traumatic

perinatal losses, widows with prolonged grief, crisis intervention after loss, prolonged grief in psychiatric context and complex traumatic stress in intimate partner violence victims. The interventions were manualized based on narrative, meaning and decision-making theoretical models.

The results from the pathway are presented listing the psychological assessment instruments adapted and the randomized trials results are summarized using between-groups effect-sizes. A critical appraisal of the evidence and the new challenges for more informed choices of treatment for patients facing critical events are discussed. The actual rationale has provided a unprecedented political support to provision of services, however, there is need for trauma and grief-informed contexts, not only in health settings, but also at workplaces and schools using a diversity of media closing the gap between research and provision of services.

JOUER AVEC LA MORT : APPETENCE TRAUMATOPHILIQUE ET PRISE DE RISQUE DANS LE SPORT / PLAYING WITH DEATH: TRAUMATOPHILIC APPETITE AND RISK-TAKING IN SPORT

PEIFFER Christine, SMANIOTTO Barbara

Maître de Conférences en Psychopathologie et Psychologie Clinique à l'Université Lumière Lyon 2, Centre de Recherche en Psychopathologie et Psychologie Clinique (C.R.P.P.C.), Docteur en psychologie, Membre associée du Laboratoire PCPP, Université Paris Descartes, Maître de Conférences en Psychopathologie et Psychologie Clinique à l'Université Lumière Lyon 2, Centre de Recherche en Psychopathologie et Psychologie Clinique (C.R.P.P.C.)

Mots-clés : DEUIL – TRAUMATOPHILIE – SPORT – MORT – RISQUE – GRIEF - TRAUMATISM - SPORT - DEATH - RISK

Alors que dans les sociétés occidentales la mort est de plus en plus masquée, mise à la marge, reléguée dans des zones de bordures, les comportements de " trompe-la-mort permanent " pour reprendre l'expression de J. Cournut sont au contraire de plus en plus présents.

L'hypermodernité actuelle valorisent des conduites d'excès et de prise de risque dans une société où la mort et le deuil - la temporalité du deuil en particulier - sont niés. Alors que la société exige de plus en plus de sécurité, cherche le risque zéro, paradoxalement, les conduites à risque se multiplient, de plus en plus de contemporains " flirtent " avec la mort, une mort qui semble, en apparence, inutile, incompréhensible. L'étude des sports extrêmes et/ou des prises de risque dans le sport permet d'observer clairement ce jeu avec/autour/contre la mort. Les pratiques sportives " à risque " comme le canyoning extrême, le base jumping ou le flying suit se multiplient et se démocratisent mais aussi la recherche de l'excès dans des sports plus classiques.

A travers la situation de Kevin, adepte des prises de risques spectaculaire dans sa pratique sportive, nous proposons de montrer comment l'appétence traumatophilique et le jeu avec la mort seraient des tentatives de traiter des deuils multiples, mais aussi de restaurer illusoirement un narcissisme fragile et fragilisé par des pertes et deuils restés " en suspens ". Le recours au sport extrême, particulièrement les prises de risques répétées et gravissimes dans le sport, constituerait un défi constamment renouvelé à la mort, à sa propre mort, un moyen de tromper la mort dans une illusion de toute-puissance qui doit cependant être inlassablement vérifiée.

Cependant, ces conduites défensives entraveraient la possibilité de déployer un " travail du sépulcre ", ce processus intrinsèque au " travail du deuil " décrit par Freud. Le " travail du sépulcre ", concept proposé par R. Gori et M.-J. Del Volgo, ne se réduit pas à enterrer les morts, ses morts, mais décrit la manière dont le sujet s'y prend avec la mort, " la mort au cœur même de toute vie ". Le cas de Kevin, " riscomane ", pour reprendre l'expression de F. Duparc, permet de rendre compte de situations cliniques singulières dans lesquelles le travail du deuil n'a pu s'amorcer et la dépression advenir. Ces configurations psychopathologiques ne constituent d'ailleurs pas une clinique homogène, mais illustrent, à leur façon, des stratégies psychiques pour éviter la confrontation à la douleur de perdre. Elles traduisent, au plan inconscient, une lutte antidépressive si intense (mais peut-être plus courante que l'on ne le croit) qui, seule, permet de comprendre des agirs et comportements souvent extrêmes, dangereux et par ailleurs

énigmatiques. Ce sont ces quelques perspectives que nous souhaitons déployer dans cette communication.

While in Western societies death is increasingly masked, pushed aside to the fringes of society, relegated to border zones, the behaviors of "permanent death deception" to use the expression of J. Cournut, have become ever more prevalent. Current hyper-modern societies value excess and risk-taking behaviors, in a society where death and mourning - the temporality of mourning in particular - are denied. As society demands more and more security and seeks zero-risk situations, paradoxically, risky behavior is multiplying; more and more contemporaries "flirt" with death, a death that seems, apparently, a useless and incomprehensible event. The study of extreme sports and/or risk-taking in sport makes it possible to clearly observe this playing with/around/ against death of some of our contemporaries. "High-risk" sporting practices such as extreme canyoning, base jumping or flaying are multiplying and becoming more popular and accessible, but also the search for speed in more traditional sports.

Through the case of Kevin, a follower of spectacular risk-taking in sports, we propose to show how traumatophilic appetite and playing with death would be this young man's attempts to deal with multiple bereavements, but also to deludingly restore a fragile narcissism, which is weakened by losses and "suspended" mourning. The use of extreme sport, especially the repeated and serious risk-taking in sport, would be a constantly renewed challenge to death, to his own death, a way to deceive death in an illusion of omnipotence which must however be tirelessly verified. These defensive behaviors would nevertheless hinder the possibility of deploying a "sepulcher work", this process intrinsic to the "mourning work" described by Freud. The "sepulcher work", a concept proposed by R. Gori and M.-J. Del Volgo, goes beyond burying the dead or his dead, but describes the way whereby individuals deal with death, " death at the very heart of all life ". The case of Kevin, "riscomane", to use the expression of F. Duparc, allows to account for singular clinical situations, in which mourning work and depression are entirely skipped. These psychopathological configurations do not constitute a homogeneous clinical picture, but illustrate, in their own way, psychic strategies to avoid confrontation with the pain of losing. They translate, unconsciously, an anti-depressive struggle so intense (but perhaps more common than we think) that, it can explain the often extreme, dangerous and otherwise incomprehensible behaviors all by itself. These are the themes we would like to explore in this communication.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Cournut, J. (2002). L'ordinaire de la passion. Névroses du trop, névroses du vide, Le fil rouge, P.U.F.
- Freud S., (1914), Deuil et Mélancolie, In Métapsychologie, Folio essais, Gallimard, 1968, pp. 147-171
- Gori R. et Del Volgo M.-J., (2008) Les exilés de l'intime, Paris, Denoël.
- Duparc F., (2007), Les conduites à risques au regard de la psychanalyse, Le Journal des psychologues, 8, n° 251, pp. 58-61.

LE TRAVAIL DU TRÉPAS CHEZ LE SUJET AGE INSUFFISANT RENAL CHRONIQUE ET HEMODIALYSE / THE WORK OF THE DEATH IN ELDERLY PEOPLE WITH CHRONIC RENAL FAILURE AND HEMODIALYSIS

Romuald Jean-Dit-Pannel, Magalie Bonnet-Llompart

Maître de conférences en psychopathologie et psychologie clinique, UFR SLHS – Laboratoire de psychologie EA3188, Université de Bourgogne-Franche-Comté, Besançon., Maîtres de conférences en psychologie clinique, UFR SLHS – Laboratoire de psychologie EA3188, Université de Bourgogne-Franche-Comté, Besançon.

Mots-clés : INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE ; HÉMODIALYSE ; VIEILLIR ; MALADIE ; TRÉPAS. / CHRONIC RENAL FAILURE; HEMODIALYSIS; AGING; DISEASE; DEATH.

Introduction

Certaines périodes de la vie, propices aux remaniements somatiques et psychiques tels que l'adolescence et le vieillissement, questionnent notre rapport à la mort, notre fantasme d'immortalité. Si le vieillissement est un processus au long cours, la vieillesse est une période de remaniements. Chez le sujet âgé, différentes expériences psychiques de pertes, différents travaux de deuils, dont celui de sa santé somatique avec la maladie somatique chronique, peuvent entrer en jeu.

Le deuil de soi, le deuil de l'autre, les pertes narcissiques et objectales, questionnent le rapport à la mort du sujet : à sa mort, à sa finitude. L'identification à l'objet à perdre, à l'objet perdu peut conduire à des stratégies hypocondriaques, par un corps en voie de mourir, ce qui est toujours le cas, le corps n'en finissant pas d'évoluer-involuer, avec, à l'extrême finalité, la représentation du cadavre.

Problématique

La représentation de la mort chez le sujet âgé insuffisant rénal chronique et hémodialysé est colorée par différents travaux psychiques : celui de l'hypocondrie (Jean-Dit-Pannel, Riazuelo, Cupa, 2018), celui du vieillir (Bianchi, 1980 ; Quinodoz, 1994 ; Verdon, 2013, p. 5) celui de la maladie (Pédinielli, 1994), et celui du trépas (M'Uzan, 1977).

Contexte clinique

Aux confins de la vie et de la mort, le sujet insuffisant rénal chronique reste bloqué dans un entre-deux, sus-pendu à des objets étranges et étrangers : des séances de dialyse avec la perspective, ou non, d'une transplantation rénale. Par ce traitement palliatif, le sujet survit somatiquement et psychiquement. Cependant, si " " survivre " n'est pas mourir, ce n'est pas non plus vivre ", (Roussillon, 2007, p. 218).

Dispositif clinique

Avec l'" embrasement relationnel " (Cupa, 2006, p. 148) que l'on retrouve dans le travail du trépas, possiblement avec le clinicien, il est question d'une " dernière dyade ". " Le mourant forme ainsi avec son objet ce que j'appellerai sa dernière dyade, par allusion à la mère dont l'objet pourrait bien être une dernière réincarnation. " (De M'Uzan, 1977, p. 194). Ainsi, le sujet " s'engage (...) dans une ultime expérience relationnelle. " (De M'Uzan, 1977, p. 185). Une ultime expérience relationnelle permettrait ainsi une re-naissance, une dernière naissance afin de " disparaître " et non mourir.

Cas clinique

Nous évoquerons le cas clinique d'un sujet d'origine marocaine hémodialysé depuis ses 66 ans. Nous le rencontrerons pendant ses séances d'hémodialyse, alors qu'il avait 75 ans, pendant quatre années. Il se trouvait en hémodialyse " coincé " dans un travail du trépas sans fin, désireux d'en finir, s'identifiant aux cadavres de sa famille, et tout particulièrement celui d'un frère mort lors de la première guerre mondiale. Bachir attendait la mort, à la fois patient et impatient, résigné : " la feuille n'est toujours pas tombée ", me disait-il. Dans une dépendance absolue à ses environnements familiaux et médicaux, il se sentait " comme un tout petit bébé ". Pour Bachir, " Le moral, il est parti avec la santé ! " : " quand tu peux plus manger qu'est-ce que tu veux, quand tu peux plus boire ce que tu veux... Tu penses à la mort... Au cimetière... ". Allongé avec un drap blanc jusqu'au cou, il nous confiera, alors que nous rentrons de vacances, son souhait " de partir en vacances au cimetière "...

Discussion

Nous questionnerons ainsi les identifications au corps cadavre inanimé et nous nous demanderons quel Fort Da.

Cet autre hantant, persécutant, est pour le sujet sa propre mort, matérialisée par le spectre de son propre corps cadavre, cruel agresseur, auquel des mécanismes d'identifications sont psychiquement mis en branle. Ce corps cadavre se situe entre le quelqu'un et le quelque chose, il interroge la limite, la frontière. En lien au " travail de deuil " (Freud, 1915), cela fait inévitablement partie tout autant du " travail de vieillir " (Bianchi, 1980 ; Quinodoz, 1994 ; Verdon, 2013, p. 5) que du " travail de la maladie " (Pédinielli, 1986 ; 1994), du " roman de la maladie " – mythe individuel de la maladie – (Gori, 1998 ; Del Volgo, 1997), d'autant plus dans le cas d'une maladie somatique chronique, d'autant plus lorsque le sujet peut être en attente d'une transplantation rénale permise par un donneur pas encore cadavre... Si pour ne pas mourir, le sujet en insuffisance rénale chronique doit hémodialyser, cette crainte de la mort, cette crainte de son cadavre, est ce qui nourrit son désir et son rejet d'hémodialyser.

Perspectives

Cette perspective de son propre cadavre dirige le sujet dans une recherche d'un objet contenant, entourant, c'est " la troisième des femmes du destin, la silencieuse déesse de la mort, qui le prendra dans ses bras (Freud, 1913, p. 81) ".

Introduction

Periods of life, conducive to somatic and psychic reworkings such as adolescence and aging, question our relationship to the death, our fantasy of immortality. If aging is a long-term process, old age is a period of reworking. In the elderly, different psychic experiences of loss, various grief work, including that of his somatic health with chronic somatic disease, may come into play. The mourning of oneself, the mourning of the other, the narcissistic and objectal losses, question the relation to the death of the subject: to his death, to his finitude. The identification with the object to be lost, the lost object can lead to hypochondriac strategies, by a body in the process of dying, which is always the case, the body never ceasing to evolve-to involute, with, to the extreme end, the representation of the corpse.

Problematic

The representation of death in elderly patients with chronic renal failure and hemodialysis is colored by various psychic works: that of hypochondria (Jean-Dit-Pannel, Riazuelo, Cupa, 2018), that of aging (Bianchi, 1980, Quinodoz, 1994, Verdon, 2013, p.5) that of the disease (Pédinielli, 1994), and that of death (M'Uzan, 1977).

Clinical context

In the confines of life and death, the chronic kidney failure subject remains stuck in an in-between, suspended from strange and foreign objects: dialysis sessions with the prospect, or not, of a kidney transplant. Through this palliative treatment, the subject survives somatically

and psychically. However, if "" to survive "is not to die, it is not to live either", (Roussillon, 2007, 218).

Clinical device

With the "relational fire" (Cupa, 2006: 148) found in the work of death, possibly with the clinician, there is talk of a "last dyad". "The dying person thus forms with his object what I will call his last dyad, by allusion to the mother whose object could be a last reincarnation. (De M'Uzan, 1977, 194). Thus, the subject "engages (...) in an ultimate relational experience. (De M'Uzan, 1977, 185). An ultimate relational experience would allow a re-birth, a last birth in order to "disappear" and not die.

Clinical case

We will discuss the clinical case of a subject of Moroccan origin hemodialysis since his 66 years. We will meet him during his hemodialysis sessions, when he was 75, for four years. He was in hemodialysis "stuck" in a work of endless death, eager to end, identifying with the corpses of his family, especially that of a brother died in the First World War. Bashir waited for death, at once patient and impatient, resigned: "the sheet has not yet fallen," he told me. In absolute dependence on his family and medical environments, he felt "like a tiny baby". For Bachir, "Morale, he left with health! ":" When you can eat more than you want, when you can not drink what you want ... You think about death ... At the cemetery ... ". Lying with a white sheet up to his neck, he will confide us, while we come back from vacation, his wish "to go on vacation to the cemetery" ...

Discussion

We will thus question the identifications with the dead body and we will ask ourselves what Fort Da.

This other haunting, persecuting, is for the subject his own death, materialized by the specter of his own corpse body, cruel aggressor, to which mechanisms of identification are psychically set in motion. This corpse body is between the person and the something, he questions the limit, the border. In relation to the "work of mourning" (Freud, 1915), this is inevitably part of the "work of aging" (Bianchi, 1980, Quinodoz, 1994, Verdon, 2013, p.5) that the "work of the disease" "(Pédinielli, 1986, 1994), the" disease novel "- an individual myth of the disease - (Gori, 1998, Del Volgo, 1997), especially in the case of chronic somatic disease, so much more when the subject may be waiting for a kidney transplant allowed by a donor not yet corpse ... If not to die, the subject in chronic renal failure must hemodialysis, this fear of death, this fear of his corpse is what nourishes his desire and rejection of hemodialysis.

Prospect

This perspective of his own corpse directs the subject in a search for an object containing, surrounding, it is "the third of the women of destiny, the silent goddess of death, who will take him in his arms" (Freud, 1913, p. 81) ".

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Bonnet, M. (2012). L'attachement au temps de la vieillesse. Dialogue, (4), 123-134.
- Jean-Dit-Pannel, R., Riazuelo, H., et Cupa, D. (2018). Le travail de l'hypocondrie chez le sujet en insuffisance rénale chronique et hémodialysé. L'Évolution Psychiatrique, 83(1), 55-66.
- Pédinielli, J.-L. (1994). Hypothèse d'un « travail de la maladie ». Cliniques méditerranéennes. 41-42.
- Quinodoz, D. (1994). Le travail de vieillir. L'information psychiatrique. 70(4).
- Verdon, B. (2013). Le vieillissement psychique. Paris : Presses Universitaires de France. Coll. « Que sais-je ? ».

LES DIRECTIVES ANTICIPÉES SAISIÉS AU CŒUR D'UN PROCESSUS PSYCHIQUE : VALEURS, IDENTITÉ ET FAISABILITÉ FACE AU TRAUMATISME/ADVANCE DIRECTIVES BOUND IN A MENTAL PROCESS: VALUES, IDENTITY AND FEASIBILITY IN THE FACE OF TRAUMA.

AURIAC SLUSARCZYK Emmanuèle (1) ; LASSALAS Christine (2)

Maitre de conférences, HDR, Psychologie et Sciences du Langage, Université Clermont Auvergne (UCA), (1) Laboratoire ACTé, Activité Connaissances, Transmission, Éducation, EA4281, Université Clermont Auvergne (UCA), (2) Laboratoire CMH, Centre Michel de l'Hospital, EA4232, Université Clermont Auvergne (UCA)

Mots-clés : DIRECTIVES ANTICIPÉES – ÉTHIQUE- INTIME- DROIT- ÉDUCATION / ADVANCE DIRECTIVES – ETHICS – INTIMATE – LAW – EDUCATION

Notre communication s'appuiera sur la nécessité de constituer la collecte d'un corpus de directives anticipées, dans le cadre de la plateforme nationale de recherche sur la fin-de-vie (Aubry & Baudry, 2019). Face à la gérontocroissance (Dumont, 2010), à la médicalisation de la mort, l'accompagnement de la mort et de la vieillesse semble s'imposer (Broussy, 2014, pour exemple). Nous illustrerons la difficulté, psychologiquement pour tout sujet, à faire entendre sa voix à partir d'un cas d'école de directives rédigées en 2007, plusieurs fois modifiées ensuite entre 2015 et 2016, dévoilant le circuit intime d'une personne âgée atteinte d'une maladie rare et le circuit médical, accompagnant comme avortant la décision. Nous développerons alors l'incidence que l'écriture actuellement recommandée des DA (HAS, 2016) a sur la manière de s'approprier la mort, le mourir, le deuil pour les sujets (facette individuelle) et pour le collectif global (rituel culturel des sociétés) ou proche (rite des familles). Nous aborderons ainsi l'une de problématique proposée dans l'argumentaire du colloque : *La médecine peut-elle vraiment prendre soin de la mort ?*

La question des valeurs, personnelles, privées et celle de la décision, collégiale, sociétale, normée par les lois et les décrets dans une phase d'évolution de la loi Claeys-Leonetti (2016), sera interrogée à partir de deux entrées : 1. au niveau du droit, celle du principe de libre disposition de soi (Lassalas, 2019), et 2. au niveau psychologique celle de la liberté (Dupont-Morretti, 2018) qui impose de poser la question philosophique de la continuité dans le processus de la mort (Spranzi, 2018), l'idée de mourir, et ainsi l'assistance qui accompagne la mort.

Les DA seront abordées comme données qualitatives contributives de recherche, dans la continuité des travaux déjà par le CNSPFV (CNSPFV, 2018 ; Marin & Bretonnière, 2018) tout en orientant l'étude vers l'idée que si les valeurs et l'éthique produisent du sens accessible à tous (Fournier, 2004 ; Droit, 2009), elles restent éminemment intimes. Quid alors de l'idée d'une autonomie de la personne ? Comment se confier et comment confier sa mort ? Qu'est-ce que la confiance ? Comment un sujet, unique en soi, mais socialisé, de fait, depuis sa naissance (cf. Wallon, voir Bauthier & Rochex, 1999) peut aménager un positionnement alliant anticipation et confiance auprès d'autres ? Les médecins, les proches sont-ils de bonnes cibles pour projeter sa mort ? Les DA, la question de leur écriture, seront présentées comme une occasion d'être à la fois inventifs et réflexifs pour le futur (voir ci-après). Car, la qualité de vie de nos aînés, de ces " grands vieux " évoqués dans l'argumentaire, dépend largement des modalités de soins apporté

à la construction et à la diffusion des DA au-delà des inéquités de territoire (Ravello & Rotelli-Binet, 2018).

Comment engager des sujets à l'écriture ? Si rédiger suppose des mises en conditions pédagogiques, travaillées depuis très longtemps dans le secteur idoine de l'éducation (école, collège, lycée, université, voir Gunnarsson-Largy & Auriac-Slusarczyk, 2013), comme de manière plus ponctuelle dans d'autres lieux (écrivain public en santé dans des pays où l'illettrisme, l'analphabétisme fait obstacle, pour exemple), quelles contraintes psychologiques –individuelles- pour le sujet, et collectives, pour la société- entraîne sa mise en œuvre ? Nous exposerons sommairement les dispositifs d'aide à l'écriture envisagés auprès de publics variés (citoyen, lycéens, médecins, cf. Auriac-Slusarczyk & Lassalas, soumis, Auriac-Slusarczyk, Lassalas & Rochette, soumis) pour dégager ce que ces protocoles drainent comme réflexion. Nous dégagerons aussi en quoi le patrimoine culturel portant sur le mourir, en France et/ou en Europe, est actuellement en phase de re-construction. Quelle est l'incidence psychologique d'une intrusion d'un tiers (la loi, l'aide pédagogique, le médecin, le proche-aidant) sur le processus de mort anticipée ou la gestion du deuil ? Plusieurs cas sont repris par la presse (affaires Lambert, Bert, Jencquel etc.) de manière émotionnelle (cf. Dupont-Moretti, 2018) ou sensationnelle (Robert, 2018). Pourtant, la mort peut être approchée avec une alternative dépassionnée (Spranza, 2013), joignant délibération intime et collégiale, en privilégiant paradoxalement l'ordre du passionnel (Casiraghi & Maggiori, 2018) dans un contexte où la mort peut aussi s'aborder comme un espace relevant du sublime (Salvatore-Schiffer, 2018). S'agissant de la mort, pour ne pas confondre l'incurable et l'inévitable (Guérard, 2000) quelles précautions prendre ? La rédaction des DA s'interroge.

Références :

- Aubry R. & Baudry, P. (2019). Plaquette de présentation Plateforme nationale pour la recherche sur la fin de vie, www.plateforme-recherche-findevie.fr
- Auriac-Slusarczyk, E. & Lassalas, C. (soumis) Un corpus d'écrits en santé : les directives anticipées. Quel type de formation didactique proposer aux médecins versus aux citoyens ? Colloque Les corpus écrits et oraux pour approcher les domaines spécialisés (Droit, santé, etc.) vers une linguistique d'intervention ?, Clermont-Ferrand, 24-25 octobre 2019.
- Auriac-Slusarczyk, E. , Lassalas, C. & Rochette (soumis). Comment conserver une qualité de vie jusqu'au bout ? Témoignage en territoire auvergnat, Revue EFG, 15 juin 2019.
- Bautier, E. & Rochex J-Y. (1999). Henri Wallon. L'enfant et ses milieux. Paris : Hachette, Coll. Portraits d'éducateur.
- Bert, A. (2017). Le tout dernier été, Paris : Fayard.
- Broussy, Luc. 2014. Dix mesures pour adapter la société française au vieillissement, Paris, Éditions Dunod, 228p.
- Casigari, C. & Maggiori, R. (2018). Archipel des passions, Paris : Seuil.
- CNSPFV, (2018). Le cahier des soirées en région, Les directives anticipées, à quoi ça sert ?, janvier 2018, " https://www.parlons-fin-de-vie.fr/wp-content/uploads/2018/10/Cahier_soiree%CC%81es_en_re%CC%81gion_directives_anticipee%CC%81es_2018.pdf
- Droit, R-Pol (2009). L'éthique expliquée à tout le monde, Paris : Seuil.
- Dumont, G-F (2010). La géographie des territoires gérontologiques, Gérontologie et société, 132, 47-62.
- Dupont-Moretti, E. (2018). Le droit d'être libre. Dialogue avec Denis Lafay, Paris : Ed de l'Aube.
- Fournier, Véronique. (2004). L'éthique appartient à tout le monde, Sciences et avenir, septembre 2004, 50-52.
- Gunnarsson-Largy, C. & Auriac-Slusarczyk, E. (2013). Écriture et réécriture chez les élèves. Un seul corpus, divers genres discursifs et méthodologies d'analyse. Paris : Ed. Academia-Bruylant, Coll. Sciences du langage. Carrefour et points de vue, 10.
- Guérard, C. (2000). La mort. In ; C. Guérard, Petite philosophie pour temps variables (pp. 70-81). Paris : Équateurs parallèles.
- Haute Autorité de Santé, HAS, (2016). Rédiger ses directives anticipées, Guide patient, octobre 2016, https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2722363/fr/rediger-ses-

directives-anticipees.

Marin, I., Bretonnière, S. (2018). Un an de politique active en faveur des directives anticipées. Quels progrès, quelles limites, quelles pistes pour l'avenir ? Les travaux thématiques CNSPFV, Paris : Editions Parties Prenantes.

Ravanello, Alice, Rotelli-Binet, Laureen, 2018. Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie en France. Paris : Centre nationale des soins palliatifs et de la fin de vie, première édition, 70p.

Robert, A-C., (2018). La stratégie de l'émotion, Montréal (Canada) : Lux Editeur.

Salvatore-Schiffer, D. 2018). Traité de la mort sublime, Paris : Alam Editeur.

Spranzi, M. (2018). Le travail de l'éthique. Décision clinique et intuitions morales, Paris : Mardaga.

Spranzi, M. (2013). Décider et faire: le 'savoir-comment-faire' entre sagesse pratique, habilité et éthique du care, Implications philosophiques, numéro spécial, L'éthique dans tous les états, 8 p.

Our communication stems from the need to compile a corpus of advance directives (ADs) as part of the French national platform for end-of-life research (Aubry & Baudry, 2019). In our ageing society (Dumont, 2010), the medicalization of death, and the organized support of the dying and the elderly are now definite (e.g. Broussy, 2014). We will first illustrate the psychological difficulty any such individual has in expressing their wishes using a set case of directives drafted in 2007, subsequently modified several times between 2015 and 2016, that tracks the inner decisional pathways of an elderly person with a rare disease, and the attendant medical pathways that can support or abort decisions. We will then describe how the currently recommended AD drafting recommendations (HAS, 2016) affect how death, dying and mourning are appropriated by both individuals and society overall, through cultural and family ritual. This will thus address one of the topics proposed in the conference theme: *Can medicine really take care of death?*

The question of values, personal and private, and that of decisions, collegiate, societal, standardized and regulated by legislation in the currently evolving Claeys-Leonetti Law (2016), will be addressed in two approaches: (i) legal, on the principle of the right to dispose of one's self (Lassalas, 2019), and (ii) psychological, with the concept of free will (Dupont-Morretti, 2018), raising the philosophical questions of continuity in the process of death (Spranzi, 2018), the idea of dying, and thereby support in death.

DAs will be considered as qualitative data for research, in line with previous work by CNSPFV (CNSPFV, 2018; Marin & Bretonnière, 2018), while focusing on the truth that although values and ethics produce meaning that is accessible to everyone (Fournier, 2004; Droit, 2009), they remain essentially intimate. Where does this leave personal autonomy? How does one go about entrusting one's own death to others? How does an individual, singular yet social from birth (cf. Wallon, see Bauthier & Rochex, 1999) find a way to combine advance mandates with confidence in others? Are physicians and kin the best targets for projecting one's own death? DAs and how they are drafted will be presented as an opportunity to be both inventive and reflexive for the future (see below). The quality of life enjoyed by our elders, those of 'great age' mentioned in the conference theme, largely depends on the care with which these DAs are constructed and implemented, irrespective of territorial inequities (Ravanello & Rotelli-Binet, 2018).

How can individuals be helped to draft their wishes? Although drafting requires some preparatory learning, traditionally educational (primary and secondary schools and universities, see Gunnarson-Largy & Auriac-Slusarczyk, 2013), or sometimes provided indirectly (e.g. public healthcare writers in countries where illiteracy is an obstacle), what psychological constraints – personal for the individual, collective for society – does it imply? We will briefly set out the different types of assistance with drafting available for various sections of the public (citizens, high school pupils, physicians, cf. Auriac-Slusarczyk & Lassalas, submitted, Auriac-Slusarczyk, Lassalas & Rochette, submitted) and critically examine them. We will also explore in what ways culturally inherited attitudes to death and dying, in France and/or Europe, are currently being reshaped. What is the psychological impact felt by the intrusion of a third party (the law, educational agents, physicians, care-givers, kin) in the processes of impending death or

mourning? Several cases have been reported in the French press (Lambert, Bert, Jencquel, etc.), the emphasis being emotional (cf. Dupont-Moretti, 2018) or sensational (Robert, 2018). However, death can also be approached more dispassionately (Spranza, 2013), combining intimate and collegiate deliberation, yet with due place for emotion (Casiraghi & Maggiori, 2018) in a context in which death can also be envisioned as sublime (Salvatore-Schiffer, 2018). In death, what precautions must be taken not to confound the incurable and the inevitable (Guérard, 2000)? This question arises in the drafting of DAs.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Broussy, Luc. 2014. Dix mesures pour adapter la société française au vieillissement, Paris, Éditions Dunod, 228p.
- Spranzi, M. (2013). Décider et faire: le 'savoir-comment-faire' entre sagesse pratique, habilité et éthique du care, Implications philosophiques, numéro spécial, L'éthique dans tous les états, 8 p.
- Dupont-Moretti, E. (2018). Le droit d'être libre. Dialogue avec Denis Lafay, Paris : Ed de l'Aube.
- Marin, I., Bretonnière, S. (2018). Un an de politique active en faveur des directives anticipées. Quels progrès, quelles limites, quelles pistes pour l'avenir ? Les travaux thématiques CNSPFV, Paris : Editions Parties Prenantes.
- Salvatore-Schiffer, D. 2018). Traité de la mort sublime, Paris : Alam Editeur.

LE SUICIDE DES PERSONNES AGEES : APPROCHES SOCIOLOGIQUES ET RECITS FAMILIAUX / SUICIDE AMONG THE ELDERLY: SOCIOLOGICAL APPROACHES AND FAMILY NARRATIVES

Frédéric Balard

maitre de conférences, Laboratoire Lorrain de Sciences Sociales, Université de lorraine

Mots-clés : SUICIDE, PERSONNES ÂGÉES, SOCIOLOGIE, LIEN SOCIAL. SUICIDE, ELDERLY, SOCIOLOGY, SOCIAL LINK.

Alors même que l'on constate une baisse des taux de suicide à tous les âges de la vie depuis le milieu des années 1990, le taux de suicide des personnes âgées et en particulier des hommes demeure très élevé. En effet, selon les données de l'Observatoire National du Suicide (ONS 2018), le taux de suicide en France tous âges confondus s'élève aujourd'hui à 14.9/100 000 alors que celui des personnes âgées de 75 ans et plus est de 35,4/100 000. Ce taux s'élève jusqu'à 47.9/100 000 pour les 85-94 ans et atteint même 83.8/100 000 pour les hommes de 85-94 ans[1]. Si le taux de suicide des hommes de plus de 85 ans a pu atteindre 158/100 000 en 1993, le phénomène est resté relativement peu médiatisé au regard du suicide des jeunes. Parmi les raisons évoquées par littérature (Baudelot et Establet, 2016), le suicide des âgés serait souvent considéré comme moins choquant au regard du reste à vivre. En outre, le suicide représente une cause de mortalité qui apparaît assez marginale à ces grands âges auxquels les taux de mortalité sont très élevés. En effet, bien que présentant un taux 3.5 fois plus élevé que celui des 25-34 ans, le suicide des personnes de 75 ans ou plus ne compte que pour 0.5% des décès alors qu'il est responsable de près d'un décès sur 5 pour les 25-34 ans.

Pour autant, ainsi que le confirment les données statistiques des 150 dernières années, les taux de suicide augmentent avec l'âge, or cette tendance associée au vieillissement de la population peut conduire à une augmentation du nombre de suicide puisque l'on compte aujourd'hui en France près de 6 millions d'octogénaires soit près du double de ce qu'ils étaient il y a 10 ans. En outre, certains travaux (Charazac-Brunel 2014, CNBD 2013) défendent que le suicide d'une personne âgée ne doit pas être considéré seulement sous l'angle du décès mais également sous celui de ses répercussions (notamment psychologiques) sur l'entourage.

L'objectif du projet " Suicidâge ", financé par la Fondation de France, était d'étudier les conceptions scientifiques, médicales et familiales du suicide des personnes âgées. Cela a été fait à partir d'une revue de littérature en suicidologie, de 50 entretiens compréhensifs menés avec des professionnels (médecins généralistes, psychiatres, gériatres, assistantes sociales) ayant été confrontés au suicide d'un ou plusieurs patients âgés et de 16 entretiens de proches.

Dans le cadre de cette communication, nous proposons tout d'abord de réaliser une mise en perspective des travaux sociologiques qui ont interrogé le suicide des personnes âgées. Nous montrerons ainsi les oppositions[2] et rapprochements théoriques internes au champ de la sociologie et la manière dont cela s'articule ou non aux recherches en suicidologie avec une focale portée sur la notion d'autopsie sociologique (Baechler 1975, Scourfield et al. 2012). Puis, nous aborderons l'approche qui fut la nôtre dans l'analyse des récits de suicide des proches que nous avons rencontrés. Notre démarche consistait à considérer les récits des proches comme des narrations qui éclairent moins les causes et les motifs de suicide que l'image du parent âgé et de sa place dans la famille. Ce point sera l'occasion de discuter la question du lien entre suicide et isolement social.

[1] A noter que celui des femmes du même âge est de 12/100 000

[2] Notamment entre les approches de Durkheim (1897), Halbwachs (1930), Baudelot et Establet (2016) et celles de Baechler (1975), Campéon (2012) ou Scourfield et al.(2012).

While there has been a decline in suicide rates at all ages since the mid-1990s, the suicide rate for old people, and particularly for men, remains very high. According to data from the National Observatory of Suicide (ONS 2018), the suicide rate in France at all ages is now 14.9/100,000 while the rate of people aged 75 and more rises to 47.9/100,000 for the 85-94 age group and reaches 83.8/100,000 for men aged from 85 to 94.

While the suicide rate of men over 85 years old reached 158/100 000 in 1993, the phenomenon has remained relatively little publicized in relation to youth suicide. Among the reasons mentioned by literature (Baudelot and Establet, 2016), the suicide of the elderly would often be considered less shocking regarding the life expectancy. In addition, suicide represents a cause of mortality that appears to be rather marginal at these old ages, at which mortality rates are very high. Although having a rate 3.5 times higher than that of people aged from 25 to 34 year olds, the suicide of people aged 75 or more accounts for only 0.5% of deaths, while it is responsible for almost 1/5 death for people aged from 25 to 34 year olds.

However, as confirmed by the statistical data of the last 150 years, suicide rates increase with age. This trend associated with the aging of the population can lead to an increase in the number of suicide. In There are nearly 6 million octogenarians today in France, almost twice as 10 years ago. In addition, some researches (Charazac-Brunel 2014, CNBD 2013) argue that the suicide of an old people must not be considered only in terms of death but also in terms of its (psychological) impact on the entourage.

The aim of the "Suicidâge" project, funded by the Fondation de France, was to study scientific, medical and family conceptions of the suicide of the elderly. We did it from a literature review in suicidology, 50 comprehensive interviews conducted with professionals (general practitioners, psychiatrists, geriatricians, social workers) who were confronted with the suicide of one or more elderly patients and 16 interviews with relatives.

As part of this communication, we first propose to discuss the sociological reseraches that have questioned the suicide of the elderly. We will show the theoretical oppositions and connections into the field of sociology and the way in which this is articulated or not to research in suicidology with a focus on sociological autopsy (Baechler 1975, Scourfield et al). Then, we will prsent the approach that was ours in the analysis of the suicide stories of relatives we met. Our approach was to consider the stories of relatives as narrations that shed less light on the causes and motives for suicide than the image of the elderly parent and his place into the family. This will be an opportunity to discuss the link between suicide and social isolation.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Andrian, J. (1999). Suicide des personnes âgées: La mort. *Gérontologie et société*, (90), 49-68.
- Baechler, J. (1975). *Les suicides*, préface de R. Aron, Calmann-Lévy.
- Campéon, A. (2012). Se suicider au grand âge: l'ultime recours à une vieillesse déchuée?. *¿ Interrogations? Revue pluridisciplinaire de sciences humaines et sociales*, (14), 25-41.
- Charazac-Brunel, M. (2014). *Suicide des personnes âgées-Le. Erès.*
- Durkheim, E. (1897). *Le suicide: étude de sociologie*. F. Alcan.

SOUTIEN AUX PERSONNES EN DEUIL EN FRANCE : QUEL CADRE LEGISLATIF ET QUELLE POLITIQUE PUBLIQUE ? / SUPPORT FOR BEREAVED PEOPLE IN FRANCE: WHAT LEGISLATIVE FRAMEWORK AND PUBLIC POLICY?

Marie Tournigand

Déléguée Générale de l'association Empreintes

Mots-clés : DEUIL, POLITIQUE, PRÉVENTION, ACCOMPAGNEMENT, RISQUES, SANTÉ, BEREAVEMENT, POLITICS, PREVENTION, SUPPORT, RISKS, HEALTH

Alors que quatre français sur dix vivent un deuil ; que l'impact sanitaire, social et économique du deuil est objectivé par des études récentes (Crédoc-Empreintes-CSNAF 2019) ; la réponse aux besoins des personnes en deuil et des professionnels concernés mérite un plan d'action et de prévention.

La mort fait partie de la vie, en cela, la mort et le deuil sont annoncés. C'est le cas pour toutes les personnes âgées, mais aussi bien évidemment d'autres publics plus jeunes. La question se pose alors des moyens de soutenir les personnes en deuil sur le plan individuel, groupal et sociétal afin de prévenir les risques sanitaires, sociaux, économiques liés au deuil.

Le cadre juridique du soutien aux personnes en deuil a été expressément reconnu par le législateur français comme un droit pour l'entourage à un accompagnement (Kouchner 2002). Mais les lois sur la fin de vie (2005 et 2016) ne reprennent pas cette mention du soutien pour l'entourage qui figurait dans la loi de 1999 sur les soins palliatifs. Aussi, lorsque le patient ou l'aidé décède, comment l'entourage ou l'aidant est-il accompagné ?

La réponse politique aux problématiques sociétales doivent inclure les situations de deuil : bioéthique, aidants, handicap, dépendance, grand âge, risques psycho sociaux, prévention du suicide, maintien ou retour à l'emploi, pauvreté, petite enfance, protection de l'enfance, éducation, parcours du patient, qualité des soins, formation des professionnels de santé, etc. Afin de développer un accompagnement de deuil pour tous et partout, l'association Empreintes présente son plan d'action et la mobilisation amorcée auprès du législateur et de l'exécutif lors des premières Assises du Deuil qu'elle a organisées au Sénat le 12 avril 2019.

Une législation spécifique visant à développer et à encadrer le soutien de deuil en France pourrait offrir la possibilité de penser la vulnérabilité, les besoins, les acteurs, le financement de l'accompagnement de deuil.

While four out of ten French people are in mourning ; and the health, social and economic impact is objective ; meeting the needs of mourners and the professionals concerned requires an action and prevention plan.

Death is part of life, in this, death and mourning are announced. This is the case for all older people, but also of course for other younger audiences. The question then arises of ways to support grieving individuals, groups and communities in order to prevent the health, social and economic risks associated with bereavement.

The legal framework for bereavement support has been expressly recognised by the French legislator as a right for the family and friends to support (Kouchner 2002). But the end-of-life laws (2005 and 2016) do not include this reference to support for the family that was included in the 1999 law on palliative care. Also, when the patient or the person being cared for dies, how is the person around him or her accompanied ?

The policy response to societal issues must include grieving situations : bioethics, carers, disability, dependency, old age, psycho-social risks, suicide prevention, job retention or return to work, poverty, early childhood, child protection, education, patient pathways, quality of care, training of health professionals, etc.

In order to develop bereavement support for everyone and everywhere, the Empreintes association presents its action plan and the mobilization initiated with the legislator and the executive during the first Assises du Deuil that it organized at the Senate on April 12, 2019. Specific legislation to develop and supervise bereavement support in France could provide an opportunity to consider vulnerability, needs, actors and financing for bereavement support.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Enquête « Les français face au deuil 2019 » CREDOC-Empreintes-CSNAF 2019
- Enquête « Ecole et orphelins » OCIRP/IFOP janvier 2017
- LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie
- Mortel veuvage. Risques de mortalité et causes médicales des décès aux divers moments de veuvage. Xavier Thierry. 2000
- Code général des collectivités territoriales, art. L2223-33. Charte du respect de la personne endeuillée, 2009.

EXPERIENCE MIGRATOIRE ET MORT TRAUMATIQUE : ASPECTS DU TRAVAIL CLINIQUE AVEC DES PERSONNES MIGRANTES CONFRONTEES A DES EXPERIENCES DE MORTS TRAUMATIQUES / THE MIGRATION EXPERIENCE AND TRAUMATIC DEATH : ASPECTS OF CLINICAL WORK WITH MIGRANTS CONFRONTED WITH EXPERIENCES OF TRAUMATIC DEATH.

Christina Alexopoulos - de Girard

psychologue clinicienne, ATER en psychologie clinique sociale à l'Université d'Angers, docteure en Langues, Littératures et Sociétés, doctorante en Recherches en psychanalyse et psychopathologie., ATER, Université d'Angers, BePsyLab, Doctorante à Paris 7, CRPMS

Mots-clés : TRAUMA, MORT, TRANSGÉNÉRATIONNEL, INCORPORATION, MÉLANCOLIE TRAUMA, DEATH, TRANSGENERATIONAL, INCORPORATION, MELANCHOLY

Les demandeurs d'asile que je rencontre dans le cadre d'une consultation en Centre d'Hébergement d'Urgence pour Migrants relatent des expériences extrêmes qui posent la question de la pulsion de mort dans des agirs violents, mais aussi de l'angoisse provoquée par la confrontation continue à sa propre finitude dans ses différentes formes et des réactualisations transférentielles du vécu traumatique dans le travail thérapeutique. Dans leurs récits de vie, les personnes exilées fuyant la guerre, la torture, le génocide, racontent différents aspects de leur confrontation à des morts traumatiques survenues avant leur départ du pays ou pendant leur parcours migratoire. Dans le cas par exemple des patients originaires du Darfour, ce sont les milices janjawid, tuant, violant, incendiant des villages qui provoquent le départ de personnes appartenant à des tribus africaines persécutées par des miliciens aux ordres du pouvoir en place, vers les pays voisins et pour certains vers l'Europe. La traversée de la Libye, pays désertique infesté de groupes paramilitaires qui pratiquent la rançon, qui enferment et torturent les migrants dans des prisons secrètes ou qui les esclavagisent dans un trafic d'êtres humains parfaitement organisé, trouve son pendant imaginaire à la traversée tout aussi dangereuse de la Méditerranée, monstre dévorateur, avide de chair humaine. Toutes les deux étapes du parcours migratoire viennent se rajouter avec leur charge imaginaire évoquant des angoisses très archaïques à tout un vécu mortifère où l'idéalisation du pays d'arrivée trouve sa source dans le rejet massif du pays de départ, désormais assimilé à un cimetière à ciel ouvert. Ce sont chaque fois autant de nouveaux traumatismes qui se reproduisent dans l'après-coup de cette première expérience soudanaise, dans des récits qui souvent portent la marque de la désorganisation discursive et corporelle, résultant d'une désintrinsication pulsionnelle. La pulsion de mort semble prégnante dans cette expérience désobjectalisante. Elle agit en étant à l'origine de toute une série de violences dépassant l'entendement et mettant à mal les capacités narratives et les aptitudes représentationnelles des personnes qui les ont subies. Elle se manifeste aussi dans la compulsion de répétition qui régit la symptomatologie des patients. Des sensations corporelles agonistiques, des rêves traumatiques, des images et des pensées envahissantes et persécutrices en témoignent. La confrontation à la mort jusqu'à dans ses traces formelles devient alors paradigmatique de tout rapport à la séparation, à la perte et à l'impossible en mélancolisant le lien aux niveaux individuel et groupal. Travailler en tant que psychologue clinicienne auprès de ses patients est aussi questionner la place de la question de la mort, en tant que rupture de lien

dans le cadre transféro-contre-transférentiel mais aussi évoquer tout le travail de liaison intrapsychique et de séparation face à l'attraction mortifère du trauma, qui peut être mené en référence au paradigme psychanalytique. Relater à travers différentes situations cliniques l'élaboration des morts traumatiques est aussi insister sur les mandats transgénérationnels dont les patients sont porteurs, sur l'incorporation des figures de mort-vivant et sur les efforts de détruire et de réanimer l'objet qui se réactualisent dans le lien transférentiel. Un processus de subjectivation est alors à entendre comme une tentative de vivre avec et au-delà de ses morts traumatiques.

Asylum seekers whom I meet in the context of consultations in the Emergency Accommodation Centre for Migrants tell of extreme experiences which pose the question of a death wish in violent events, as well as in the anguish resulting from the continued confrontation with one's own mortality in its different forms and in the transferred reliving of the traumatic experience during therapy. When telling their life story, these exiled people, fleeing war, torture and genocide, recount different aspects of their confrontation with traumatic deaths which occurred before their departure from their country, or during their migration journey. In patients from Darfur, for example, it was the Janjaweed militia, killing, raping and burning villages, which caused people belonging to African tribes persecuted by the militias by order of the ruling power to leave for neighbouring countries, and in some cases for Europe. The route through Libya, a country of deserts infested with paramilitary groups that kidnap people for ransom, imprison and torture migrants in secret prisons or enslave them in well-organised human trafficking, has its imaginary counterpart in the equally dangerous crossing of the Mediterranean, a monster devouring human flesh. Both stages of the migration journey, weighing on the imagination and evoking archaic anxieties, add to the deadly experience these people have lived through in which the idealisation of the destination is based on their total rejection by their country of origin, henceforth seen as a open graveyard. The initial experience in Sudan is followed by more new, traumatic experiences that are recounted in stories which often show marked discursive and physical confusion, resulting from a drive to defusion. A death wish seems significant in this deobjectifying experience. It acts by being at the origin of a whole series of violent acts that defy understanding and damage the narrative and representational abilities of the people who have suffered them. It is also manifested in the compulsive repetition which is symptomatic of these patients. Agonistic physical sensations, traumatic dreams, invasive and oppressive images and thoughts all testify to this. Confronting death right up to its formal tracks then becomes paradigmatic of any link to separation, loss or impossibility by saddening the link at individual and group levels. To work with these patients as a clinical psychologist is to question the place of the issue of death, as breaking a link in transference-counter transference, and also evoking all the work on intrapsychic connection and on separation in the face of the deadly attraction of the trauma which can be carried out with reference to the psychoanalytical paradigm. To recount through different clinical situations the detail of traumatic deaths is also to stress the transgenerational mandate which the patients carry, the incorporation of the figures of the walking dead and the efforts to destroy and reanimate the object, which are all brought back in the bond of transference. A process of subjectification is then called for as an attempt to live with and beyond these traumatic deaths.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Bacqué M.-F. (2003), *Apprivoiser la mort*, Paris, Odile Jacob.
- Freud S. (1920), *Au-delà du principe de plaisir*, OCF, t. XVI, Paris, PUF.
- Freud S. (1924), *Le problème économique du masochisme*, OCF, t. XVII, Paris, PUF.
- Ribas D. (1989), *Pulsion de mort et temps*, in RFP, t. LIII, no 2, 669-680.
- Winnicott D. W. (2000), *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Paris, Gallimard.

DES SOINS PALLIATIFS EN MATERNITE ? / PALLIATIVE MATERNITY CARE?

Alice Béchu

Psychologue clinicienne, Centre Hospitalier Intercommunal de Villeneuve Saint Georges (94), EA 4430 Laboratoire CLIPSYD Equipe Approches en Psychopathologie Psychanalytique Université Paris Nanterre

Mots-clés : SOINS PALLIATIFS, SOIGNANTS, PÉRINATALITÉ, FIN DE VIE, PLURIDISCIPLINARITÉ / PALLIATIVE CARE, CAREGIVERS, PERINATALITY, END OF LIFE, MULTIDISCIPLINARY APPROACH

" Maternité " et " soins palliatifs " : deux mots qui ne sont pas habituellement associés, deux concepts qui se croisent peu, deux services de soins qui ne se rencontrent pas. Or le mouvement des soins palliatifs, confirmé par la législation française, les revendique accessibles à toute personne confrontée à une maladie au pronostic létal inévitable.

En tant que psychologue en Equipe Mobile de Soins Palliatifs, je travaille dans une équipe pluridisciplinaire qui intervient auprès des services hospitaliers confrontés à la maladie grave irrémédiablement évolutive, à la fin de vie et à la mort. Ces équipes, familiarisée aux problématiques de services adultes tels que l'oncologie, la gériatrie, les spécialités " d'organe ", sont encore peu accoutumées au travail auprès des patients les plus jeunes. Il a fallu des années pour parler de soins palliatifs en pédiatrie, et par là admettre la possible contiguïté entre fin de vie et début de l'existence. Ce processus est encore en cours concernant la périnatalité, spécialité médicale, qui relève aussi du psychique, et qui concerne les parents en devenir durant la grossesse et les premiers mois de la vie.

Les EMSP ne sont donc pas familiarisées avec les problématiques de la périnatalité. Les maternités, confrontées au décès périnatal dans des contextes d'incertitude et dans une temporalité souvent courte, n'ont pas l'habitude de penser ces situations en termes de fin de vie. Ce service hospitalier destiné à accueillir des familles en construction est associé à la vie dans les représentations de notre société. Mais comme tout lieu de soin médical où le corps est traité dans une situation de vulnérabilité exacerbée, il arrive que la mort fasse effraction. Les techniques d'imagerie toujours plus performantes mettent à jour des maladies et malformations létales incurables, voire révèlent le décès du bébé dans le ventre. Le développement des techniques médicales permet de préserver de nombreuses grossesses menacées, mais ne saurait prévenir toute naissance à un terme si prématuré que des soins de réanimation apparaissent déraisonnables.

Confronté.e.s au statut difficilement saisissable de l'enfant à naître, les soignant.e.s ont à penser le fœtus dans le ventre dans ses acceptions réelles, imaginaires et symboliques : être en développement physiologique, personne potentielle sans statut juridique, malade sujet de soins sans être pour autant le " patient " (qui est la femme enceinte), sujet du désir de ses parents, investi par eux, mais aussi par les soignants qui accompagnent la grossesse avant, pendant et après les différentes étapes du diagnostic anténatal, ou de la mort imminente ou effective du bébé dans le ventre en cas de Fausse Couche Tardive ou de Mort Fœtale In Utero.

Saisie par ces problématiques dans lesquelles soignant.e.s et patient.e.s sont mis à mal, l'EMASP du Centre Hospitalier Intercommunal de Villeneuve Saint George (94) a initié un travail de collaboration avec les soignants de maternité, qui s'est développée vers un accompagnement pluridisciplinaire et inter-services de la fin de vie en périnatalité.

Si la collaboration d'abord exclusive avec la psychologue de l'EMASP a fortement été investie par les soignants dans des situations de deuils périnataux, cette relation de travail s'est

progressivement ouverte aux autres membres de l'équipe de soins palliatifs (médecin et infirmier.e.s) et sur d'autres problématiques comme la gestion des symptômes de fin de vie en salle de naissance, de la douleur de la femme post-partum, et la création de projets d'accompagnement palliatif anté et néonatal. Un projet de formation des soignant.e.s à l'accompagnement de ces situations de fin de vie en maternité s'est parallèlement construit, à leur initiative.

Ce travail a permis d'ouvrir le champ de réflexion et les pratiques d'accompagnement vers une prise en soins plus globale des situations de fin de vie périnatales, et un meilleur soutien technique et psychologique des équipes de soins en maternité. Mais il ne permet pas aujourd'hui de repérer et répondre à toutes les problématiques cliniques rencontrées, et reste en cours de développement.

Cette communication propose de partager cette expérience et d'en faire une analyse rétrospective afin de repérer les problématiques et les besoins face à la fin de vie en maternité, et d'en penser les enjeux multiples à la croisée de la médecine, de l'éthique et de la psychopathologie psychanalytique.

"Maternity" and "palliative care": two words that are not usually associated, two concepts that rarely intersect, two care services that do not meet. However, the movement of palliative care, confirmed by the French legislation, claims they are accessible to anyone facing a disease with inevitable lethal prognosis.

As a psychologist in a mobile team of palliative care, I work in a multidisciplinary staff that cooperates with hospital departments facing incurable progressive disease, end of life and death. This type of staff, familiar with the problems of adult services such as oncology, geriatrics, "organ" specialties, are still little accustomed to work with younger patients. It took a long time to talk about palliative care in pediatrics, and by the way admit the possible proximity between end of life and beginning to live. This process is still ongoing regarding the perinatal field, a medical specialty, that also regards the psychic life, about parents-to-be during pregnancy and the child's first months of life.

So mobile teams of palliative care are not familiar with perinatal issues. Maternity wards, which deal with perinatal death in contexts of uncertainty and in an often short time frame, are not used to think about these situations in terms of end of life. These hospital services, intending to take care of families ongoing development, is associated with life in the commonly shared representations. But like any place of medical care where the body is treated in a situation of exacerbated vulnerability, it happens that death breaks into the situation. Improved imaging techniques can reveal diseases, lethal and incurable malformations, and even reveal the baby in the woman's belly is already dead. The development of medical techniques makes possible to preserve many threatened pregnancies, but can not prevent every lost during pregnancy, or situations where reanimation cares appear unreasonable.

Confronted to the hardly approachable status of the unborn child, the caregivers have to think about the fetus in the belly in its real, imaginary and symbolic acceptances: person-to-be during the physiological development, potential person without any legal status, sick subject of care without being the "patient" (who is the pregnant woman), subject to the desire of his/her parents, invested by them, but also by caregivers who take care of them and the pregnancy before, during and after the various stages of antenatal diagnosis, or the imminent or actual death of the baby in case of late-term miscarriages or fetal deaths into the uterus.

Confronted to the difficulty to understand status of the unborn child, the caregivers have to think about the fetus in the belly in its real, imaginary and symbolic meanings: to be in physiological development, potential person without legal status, sick subject of care without being the "patient" of taking care (who is the pregnant woman), subject to the desire of her parents, invested by them, but also by caregivers who accompany the pregnancy before, during

and after the various stages of antenatal diagnosis, or the imminent or actual death of the baby in the womb in cases of late-term or late-life Fetal Deaths in Utero.

Stroke by these issues in which caregivers and patients are undermined, the mobile team of palliative care of the Intercommunal Hospital Center of Villeneuve Saint George (Fr, 94) initiated a collaborative work with maternity caregivers that took place towards multidisciplinary and inter-service end-of-life support in perinatal care.

While the first exclusive collaboration with the psychologist of the mobile team of palliative care was heavily invested by caregivers about perinatal grief situations, this relationship progressively opened up to other members of the palliative care team (nurses and physician). Other issues have been worked on, such as the management of end-of-life symptoms in delivery rooms, postpartum woman's pain, and the creation of ante-neonatal palliative support projects. A training project for caregivers to support these end-of-life situations in maternity has also been initiated by them.

This whole work has opened up a wide field of thoughts and accompanying practices about perinatal end-of-life situations, and also allowed a better technical and psychological support. But today this work in progress does not enable appropriate answers regarding the issues that maternity wards caregivers often face.

This communication proposes to share this experience and make a retrospective analysis to identify the issues and needs facing the end of life in maternity wards, and to think about the several issues at the crossroads of medicine, ethics and psychopathology.

LA MORT PERINATALE : TRAUMATISME PSYCHIQUE ET NOUVELLE GROSSESSE : UN DEUIL IMPOSSIBLE ? / PERINATAL DEATH: PSYCHOLOGICAL TRAUMA AND NEW PREGNANCY: AN IMPOSSIBLE MOURNING?

Mériot Marie-Emmanuelle, Danion-Grilliat Anne

Pédopsychiatre, Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent Hôpitaux universitaires de Strasbourg

Mots-clés : MORT PÉRINATALE, TRAUMATISME PSYCHIQUE, DEUIL PÉRINATAL, GROSSESSE SUIVANTE, ENFANT DE REMPLACEMENT PERINATAL DEATH, PSYCHIC TRAUMA, PERINATAL GRIEF, SUBSEQUENT PREGNANCY, REPLACEMENT CHILD

Depuis des siècles, la mort périnatale, brutale et violente, fait partie intégrante de la naissance et de la vie. Mais, depuis 50 ans, avec les progrès de la médecine, elle en a été évacuée dans les pays développés, la rendant encore plus douloureuse et honteuse lorsqu'elle surgit.

Dans une grande majorité des cas, en Europe, de nos jours, la mort périnatale est la conséquence d'une interruption médicale de grossesse pour malformation fœtale ou de façon plus exceptionnelle pour pathologie voire détresse psychologique maternelle. En France, en 2016, on comptabilisait 7366 IMG, soit 7045 pour malformation fœtale et 321 pour détresse maternelle. La mort fœtale in utero, quant à elle, est plus rare.

Notons cependant que le phénomène est inversé dans les pays en voie de développement où la mort fœtale in utero est très présente avec une prévalence de 2%.

Événement dramatique, la mort d'un fœtus pendant la grossesse constitue un véritable traumatisme psychique pour les parents en devenir, associé à une fracture dans le processus de parentalisation. L'ordre des générations est inversé. L'atteinte narcissique est majeure d'autant que peuvent se raviver des traumatismes anciens à cette occasion. Le processus de deuil si particulier, tient sa spécificité du fait de la perte d'un enfant qui n'a pas vécu et pour lequel les souvenirs tangibles sont limités voire absents. Ce deuil périnatal, véritable " crise dans la crise " somato-psychique que constitue la grossesse, n'est souvent pas reconnu par l'entourage comme difficile et éprouvant pour les parents car banalisé du fait qu'il s'agit d'un enfant mort avant sa naissance.

Entre prolongement narcissique et objet en voie de différenciation dans le psychisme parental, le statut du fœtus va orienter le travail de deuil, qui est à haut risque mélancolique. En effet, l'élaboration de la perte dépendra notamment de la représentation que s'en font les parents. La mise en place de rites mortuaires autour du bébé mort (vêtir le bébé, traces mémorielles des mains ou des pieds, photos, portage du bébé, inhumation) est essentielle pour cela. La présence d'un accompagnement individualisé du couple (gynécologue-obstétricien, sage-femme, psychologue, psychiatre) avec la reconnaissance de la part des professionnels de l'existence de cet enfant mort va également aider à l'élaboration de cette perte.

Il est important de noter que 86% des femmes ayant perdu un bébé dans ces conditions, démarrent une nouvelle grossesse dans les 18 mois qui suivent la perte, comme une urgence pour survivre. Cette grossesse, à haut risque psychique, a peu été étudiée dans la littérature internationale psychiatrique comme psychanalytique. Pourtant, elle a des spécificités. Pour certains, elle correspondrait à un processus de déni du deuil et de blocage. D'autres au contraire, considèrent que cette nouvelle grossesse permettrait une réactualisation du deuil et serait même un indice de résolution de ce deuil. La nouvelle grossesse a des aspects réorganisateurs

qui permettent une élaboration du deuil et du traumatisme ainsi qu'une réparation narcissique pour la femme qui peut alors s'autoriser à se sentir mère.

Cette grossesse est investie avec une grande ambivalence. Elle peut l'être en réalisant scrupuleusement tous les examens complémentaires et en respectant les conseils des soignants pour donner les meilleures chances au bébé. Mais l'idée que la grossesse ne va pas aboutir persiste durablement. Les représentations maternelles sont comme sidérées.

Être enceinte n'est plus synonyme de pouvoir donner naissance à un enfant et l'investir semble extrêmement dangereux. L'attente jusqu'à la naissance est insoutenable. Et quelle place aura ce bébé à venir ? Sera-t-il un enfant de remplacement pris dans une compétition impossible avec le spectre du bébé défunt ? Pourra-t-il être différencié et gagner une place à part entière grâce à une élaboration psychique de l'enfant mort pendant cette grossesse suivante ?

Ce sont ces questions cliniques, d'une grande importance, que nous voudrions aborder dans cette communication.

For centuries, perinatal death, brutal and violent, has been part of birth and life. But over the past 50 years, due to continuous medical progress, it has been almost evacuated in developed countries, making it even more painful and shameful when it arises.

In the majority of cases in Europe, perinatal death corresponds to the medical termination of pregnancy (MTP) for fetal malformation or significant maternal distress. In France, in 2016, were recorded 7366 MTPs, 7045 for fetal malformation and 321 for maternal distress. Intrauterine fetal death is a rather rare condition

In developing countries, however, the phenomenon is inverted with fetal death in utero being highly common, with a prevalence rate of 2%.

Being a particularly dramatic life event, the death of a fetus during pregnancy is a real psychological trauma for future parents and is associated with a fracture in the process of parentalisation as well as a reversal of generations. The narcissistic wound is highly significant, so much so that old traumas can be revived. The process of mourning in all its specificities is due to the loss of a child who has not lived, and for whom concrete memories are limited, or even lacking altogether. This perinatal grief, a mind-body "crisis during the crisis" of pregnancy itself, is often not sufficiently recognized by relatives as difficult and stressful for parents.

The status that the fetus held in the mind of its parents, somewhere between narcissistic prolongation of the self and object that is progressively differentiating, will guide the work of mourning, at high risk for melancholy. The elaboration of the loss will depend in particular on the representation that the parents had constructed of the baby. Establishing mortuary rites around the dead baby (dressing the baby, memorial traces of its hands or feet, carrying the baby, burial) is essential. The presence of an individualized support of the couple (through midwives, psychologists, psychiatrists) will also help in the mourning process.

86% of women start a new pregnancy in the 18 months following the loss, as if it was an emergency to survive. This subsequent pregnancy, at high psychological risk, has been very little studied in the international literature, or even in psychoanalytic writings. Yet it has its specificities. For some authors, this pregnancy is a sign of the denial of grief. Others, on the other hand, consider that this new pregnancy may enable a renewed processing of the mourning and may thus even be a sign of resolution of this mourning. The new pregnancy has reorganizing aspects that allow the elaboration of the grief and of the trauma, and a narcissistic repair for the woman who can feel mother.

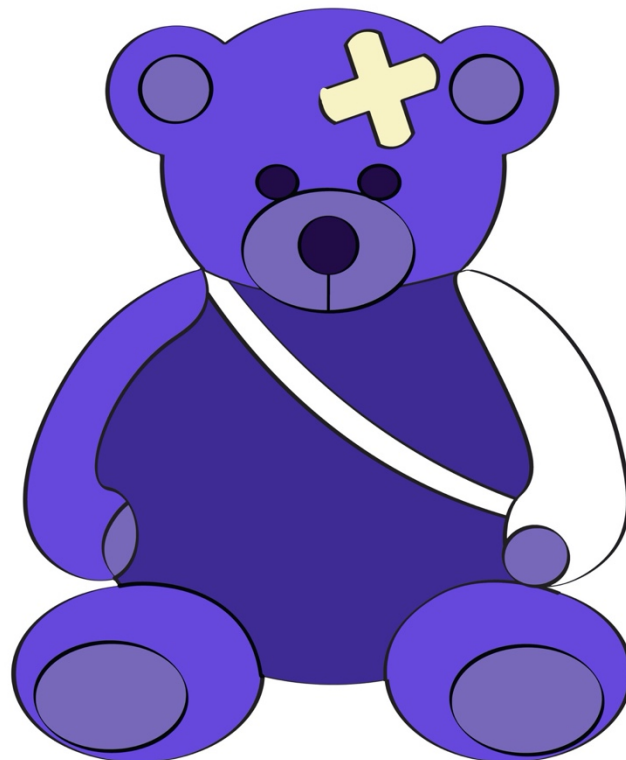
Frequently, this pregnancy is characterized by great ambivalence. It can be invested concretely by scrupulously carrying out all the complementary examinations and by respecting the advices of the medical team to give the baby the best chances. But the idea that the pregnancy may not succeed is always present. It is as if the maternal representations were under shock.

Being pregnant is no longer synonymous with giving birth to a child and investing it no longer seems possible. Waiting until birth seems unbearable. And what place will be allocated to this

baby to come? Will the baby be a replacement child, caught up in an impossible competition with the phantom of the deceased baby? Or can the baby be differentiated during this subsequent pregnancy, due to a psychological elaboration of the child who died?

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Meriot M-E, Shulz J, Soubieux M-J, Missonnier S, Beauquier-Maccotta B, de Wailly D. La grossesse suivant une perte prénatale. Rev. Méd. Périnat. (2014) 6:81-89.



LA PRISE EN CHARGE MEDICALISEE ET CONTEMPORAINE DE L'ANGOISSE DE MORT. QUELLE PLACE POUR LA SINGULARITÉ DES MOYENS DE DÉFENSE PSYCHIQUE ? / MEDICALIZED AND CONTEMPORARY MANAGEMENT OF DEATH ANXIETY. WHAT PLACE IS THERE FOR THE SINGULARITY OF THE MEANS OF PSYCHOLOGICAL DEFENCE?

Cristina Cernat

Docteur en psychologie, Psychologue clinicienne à l'Hôpital Delafontaine et enseignante en psychologie à l'université Paris Cité Sorbonne- Paris 7

Mots-clés : ANGOISSE DE MORT, SOINS PALLIATIFS, MÉDECINE CONTEMPORAINE, CANCER, DÉFENSE PSYCHIQUE, FANTASME D'IMMORTALITÉ, EXPÉRIENCE PSYCHIQUE / DEATH ANXIETY, PALLIATIVE CARE, CONTEMPORARY MEDICINE, CANCER, PSYCHOLOGICAL DEFENSE, FANTASY OF IMMORTALITY, PSYCHOLOGICAL EXPERIENCE

" Nous craignons tous la mort " comme le souligne Irvin Yalom. La condition mortelle se présente comme une condition ontologique, inhérente à tout être. Si nous fantasmons tous que nous y échapperons un jour à la mort, nous nous ne sommes pas moindre conscients de cette condition ontologique. Elle nous est rappelée à chaque fois que nous avons à faire au fameux " travail de deuil ", donc à la perte/ à la mort d'un être cher. Freud affirme que si l'homme a commencé à s'interroger sur sa propre fin et à entamer une quête de la recherche des solutions face à sa propre mort, c'est parce qu'un conflit de sentiments se produit à la mort de quelqu'un de cher. D'autant plus qu'il ne pouvait plus dénier sa propre mort à côté des cadavres. Il s'imaginera des esprits ou des créatures divines.

La clinique avec des patients atteints d'un cancer nous le montre tous les jours. Face à cette angoisse qui survient d'une manière brutale, le sujet n'a pas d'autres moyens psychique que d'associer sa morte avec les premières expériences qu'il a pu avoir dans la matière. Ainsi, beaucoup évoquent les cancers dont leurs proches ont été morts. Mme G. est une de telle patiente. Je suis sollicitée en tant que psychologue clinicienne de la voir car elle refuse toute prise en charge thérapeutique de son cancer, car elle a déjà vu son frère et son ex-mari partir comme ceci et elle n'a pas envie de subir la même chose. Elle me dit qu'elle est consciente qu'elle va mourir, mais elle préfère ceci à une morte dans des souffrances atroces comme celle qu'elle a pu connaître *via* les expériences de mort de ses proches. En souffrant d'un cancer de nez, elle se sent " défigurée " par ce cancer. L'équipe médicale me demande alors de la rencontrer pour qu'elle puisse au moins accepter les soins de la douleur/ les soins palliatifs.

Le contrôle de la douleur est un des moyens que la médecine contemporaine prendre en charge la mort. En étant aujourd'hui face à une médecine qui cherche plus à soigner le corps, mais plutôt à prévenir la maladie, mais aussi toute souffrance, comment est-ce que le sujet s'inscrit dans toute cette logique technologisée, médicalisée et esthétisée du corps et de sa singularité psycho-somato-sociale.

La médecine contemporaine propose ainsi une maîtrise illusoire de la mort, du corps et de notre angoisse de mort. Les moyens de prise en charge qu'elle propose se présentent comme des nouvelles formes d'un accomplissement illusoire d'une quête d'une fontaine de la jouvence que l'homme connaît depuis l'ère des temps.

Néanmoins si Freud affirme que la représentation de sa propre mort n'existe pas en tant que telle dans l'inconscient, qu'est ce que nous pousse alors à chercher à préserver notre corps et à être triste/endeuillé face à la mort ? Malgré, l'illusoire maîtrise de notre angoisse de mort que la médecine nous propose aujourd'hui, le cas de Mme G. nous montre que les moyens singuliers et propres de défense contre l'angoisse de mort " mettent à mal " le cadre médical et ses résistances.

Si l'angoisse de mort pour Freud s'associe à l'expérience de la castration et de la perte, nous pouvons constater que ceci ne pas le cas dans la psychose, où cette angoisse prend d'autres proportions en se rapportant à des expériences de fin de monde, d'effondrement, voir de décomposition/décompensation psychique.

Néanmoins, comment se fait-il que nous sommes si dépourvu face à la mort ? Comment se fait-il que malgré les rituels culturels, nous réagissons si différemment face à la mort, à un " travail de deuil " ? Comment se construit alors notre conscience de la mort ? Comment est-ce les premières ébauches d'une angoisse de mort apparaissent dans notre psyché ? Est-elle là de la naissance, avec ce traumatisme fondamental de naître et avec le risque de mourir que cette expérience nous inflige déjà ? Ce traumatisme de la naissance, ainsi que cette conscience d'être vivant ont subi dans le développement un refoulement, que Otto Rank nomme comme " refoulement primaire ". De plus, certains refusent la dette de la vie pour éviter celle de la mort, selon Otto Rank.

A partir de ces interrogations et d'une clinique exercée avec des sujets souffrants d'un cancer, nous nous proposons ici d'analyser les moyens que le sujet peut mettre en place pour faire face à la mort, ainsi que comment pouvons nous l'accueillir et les accompagner dans un cadre des soins hospitaliers. Entre le devoir médical d'annoncer l'impuissance d'un traitement et l'espoir ou plutôt le doute de sa propre mort (comme l'affirme Lacan), la question de " comment mieux faire ? " se pose toujours. Migne de rien, elle montre que le sujet jusqu'à la fin de ses jours, reste toujours suspendu ou divisé entre la vie et la mort, ainsi il peut être important pour le sujet de pouvoir l'historiser, l'inscrire en la faisant sien dans un cadre thérapeutique autre (psychologique) que celui médical.

"We all fear death," as Irvin Yalom points out. The mortal condition is presented as an ontological condition, inherent to all beings. If we all fantasize that we will one day escape death, we are no less aware of this ontological condition. It is reminded us every time we have to deal with the famous "work of mourning", i.e. the loss/death of a loved one. Freud affirms that if man has begun to question his own end and to seek solutions to his own death, it is because a conflict of feelings occurs at the death of a loved one. Especially since he could no longer deny his own death next to the corpses. He will imagine himself as spirits or divine creatures.

The clinic with cancer patients shows us this every day. Faced with this brutal anguish, the subject has no other psychological means than to associate his death with the first experiences he may have had in the matter. Thus, many people refer to cancers from which their loved ones have died. Mrs. G. is one of such a patient. I am asked as a clinical psychologist to see her because she refuses any therapeutic management of her cancer, because she has already seen her brother and ex-husband leave like this and she doesn't want to go through the same thing. She tells me that she is aware that she is going to die, but she prefers this to a dead person in excruciating suffering like the one she may have known through the death experiences of her relatives. When she suffers from nose cancer, she feels "disfigured" by it. The medical team then asks me to meet with her so that she can at least accept pain/palliative care.

Pain control is one of the ways that contemporary medicine deals with death. By being confronted today with a medicine that seeks more to treat the body, but rather to prevent disease, but also all suffering, how does the subject fit into all this technologized, medicalized and aestheticized logic of the body and its psycho-somato-social singularity.

Contemporary medicine thus offers an illusory mastery of death, the body and our anguish of death. The means of care it proposes are presented as new forms of an illusory accomplishment of a quest for a fountain of youth that man has known since the age of time.

Nevertheless, if Freud affirms that the representation of his own death does not exist as such in the unconscious, what then drives us to seek to preserve our body and to be sad/endeared in the face of death? Despite the illusory control of our death anxiety that medicine offers us today, the case of Mrs G. shows us that the singular and specific means of defence against death anxiety "puts at risk" the medical framework and its resistance.

If Freud's anguish of death is associated with the experience of castration and loss, we can see that this is not the case in psychosis, where this anguish takes on other proportions by referring to experiences of the end of the world, of collapse, or even of psychological decomposition/decompensation.

Nevertheless, why is it that we are so helpless in the face of death? Why is it that despite cultural rituals, we react so differently to death, to "mourning work"? How then is our consciousness of death constructed? How are the first drafts of a death anguish appearing in our psyche? Is it from birth, with this fundamental trauma of being born and with the risk of death that this experience already inflicts on us? This birth trauma, as well as this awareness of being alive, has undergone in development a repression, which Otto Rank calls "primary repression". In addition, some people refuse the debt of life to avoid the debt of death, according to Otto Rank.

Based on these questions and a clinic with cancer patients, we propose here to analyse the means that the subject can put in place to cope with death, as well as how we can welcome and support them in the context of hospital care. Between the medical duty to announce the impotence of a treatment and the hope or rather the doubt of one's own death (as Lacan states), the question of "how to do better?" always arises. Worthy of nothing, it shows that the subject, until the end of his days, always remains suspended or divided between life and death, so it can be important for the subject to be able to historize it, to inscribe it by making it his own in a therapeutic framework other (psychological) than medical one.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- OPPENHEIM, Daniel, Dialogues avec les enfants sur la vie et la mort, Paris, Editions du Seuil, 2000.
- RANK, Otto, Le traumatisme de la naissance (1924), Paris, Payot, coll. Petite Bibliothèque Payot, 2002.
- RANK, Otto, Le mythe de la naissance du héros. Essai d'une interprétation psychanalytique du mythe (1909), suivi de La légende de Lohengrin, Paris, Payot, 2000.
- VILLA, François, « La mort n'est pas la conséquence du vieillissement. Réflexion sur les effets du temps sur les processus psychiques. », *Topique* 2002/4 (no 81), p. 173-199.
- YALOM, Irvin Le jardin d'Épicure (2008), Paris, Galaade éditions, 2009.

POURRAIT-ON RESSUSCITER ? / CAN ONE RESURRECT THE DEAD?

Chad Cape

Docteur en Psychologie, psychologue formateur, attaché au service de protection de l'enfance de Strasbourg, SuliSoM-EA 3071, Université de Strasbourg, Association RESCIF, Strasbourg

Mots-clés : PSYCHIC DEATH, CHILD-THERAPIST, FALSE SELF, PSYCHOSOMATIC, LIFE AND DEATH INSTINCTS, MORT PSYCHIQUE, ENFANT-THÉRAPEUTE, FAUX SELF, PSYCHOSOMATIQUE, PULSIONS DE VIE ET DE MORT

Monsieur et Madame Guiraud, en couple depuis plus de 10 ans, sont venus en consultation pour une thérapie de couple. Madame Guiraud a pris rendez-vous car elle estimait que son couple était confronté à des difficultés de communication. Lorsque je les ai accueillis, le mari avait l'air " normal " ; Madame, elle, a éveillé mon attention. Elle était comme " éteinte ", et n'a fait preuve d'aucune réactivité. La demande de cette dernière était explicite : " *Comment est-ce que je peux changer pour sauver le couple ?* " A travers nos échanges, j'ai compris qu'elle occupait la forme pathologique du rôle de *l'enfant-thérapeute* : depuis toute petite, elle a sacrifié son développement psychique pour le bien-être du système familial. Elle avait une sœur atteinte de troubles mentaux dont le comportement avait provoqué de grosses difficultés et angoisses dans la famille. Les parents en étaient particulièrement affectés. En tentant d'apaiser les tensions de ses parents, Madame Guiraud a réagi de façon contraire : elle a cessé d'exister et a " disparu " pour ne pas créer de vagues supplémentaires dans la famille. Par cette décision elle a provoqué la destruction de son *self*, ainsi que tout espoir de le développer.

Il n'y a plus eu de stimulation de ses capacités de rêverie, ni de ses fantasmes. Conformément aux théories d'Harrus-Révidi (2001), cette *mort du fantasme* est une première étape dans le devenir d'un enfant-thérapeute. Il lui est impossible de symboliser et de devenir l'objet de ses fantasmes inexistantes. La " réalité " de Madame Guiraud – le désir de réduire les tensions de ses parents provoquées par le comportement exaspérant de sa sœur – a pris le dessus. Madame Guiraud a intégré que ses besoins et ses désirs étaient moins importants que ceux de ses parents et de son frère. Par conséquent, elle les a refoulés, ce qui a engendré la perte et la mort de son *self* (Karpel 1977).

Madame Guiraud a adapté ce fonctionnement à toute relation avec autrui, notamment à sa relation de couple. Elle cherchait à s'adapter et à changer pour son mari, pour " aider le couple ", et non pas à exister en tant qu'être psychique.

Lors d'un de nos échanges, je lui ai posé une question dont la réponse et la façon de répondre sont révélateurs du fonctionnement psychique de l'enfant-thérapeute : " *Qui êtes-vous ?* " Après une longue pause, Madame Guiraud s'est effondrée. Elle était sidérée car elle ne savait pas. Après, elle a pu répondre. Sa réponse a montré qu'elle était un *vide* (Freud A. 1965) qui cherchait à occuper la place assignée par d'autres en vue d'apaiser leurs tensions. Elle existait en fonction de et à travers l'autre. Madame Guiraud n'existait pas en tant qu'être psychique.

Il est clair que l'expérience de Madame Guiraud ne correspond pas à la définition d'une mort biologique ou physiologique : *cessation de la vie et de toute fonction biologique qui maintient un être en vie*. Cette définition est correcte, mais notre compréhension de la mort et de l'acte de mourir a évolué et a révélé qu'il existe d'autres formes de mort. Bien que Madame Guiraud ait été " en vie ", il y a eu une perte totale de son identité, de sa subjectivité et de son *self*. Selon la psychologie Jungienne (1933), il s'agit d'une mort psychique. D'autres auteurs, comme Stanislav Grof (2008), parlent de *l'Ego-death*. Selon ce dernier, cette mort concerne un anéantissement

total. C'est une destruction sans pitié de toute référence dans la vie de l'individu. La préoccupation de ses parents pour sa sœur, les demandes écrasantes de cette sœur et le sacrifice de Madame Guiraud ont fait que son *self* meurt, et qu'elle existe en tant que *faux self*. Mais tout n'était pas perdu. J'ai travaillé uniquement avec Madame Guiraud et, ce, pendant plus d'un an. La mort psychique n'est pas la fin. Elle pourrait, dans certains cas, laisser à l'individu l'opportunité de se transcender et de se distancier de ce *faux self*.

A travers ce cas clinique, j'aborderai les différents facteurs qui ont engendré la mort psychique chez Madame Guiraud et d'autres enfants-thérapeutes, ainsi que les mesures qui ont été mises en place dans l'espoir de "ressusciter" un mort.

A couple that had been together for over 10 years came to see me for couples therapy. Mrs Guiraud made the appointment because the couple was having difficulties communicating. The husband looked relatively "normal"; however the wife caught my attention. Nothing about her stood out; there seemed to be no "spark" in her; she was plain, lifeless and dare I say, bland. Her demand was clear, "*How can I change to make things better?*" On speaking with her, I came to understand that she fit the pathological form of the child-therapist, i.e. growing up, she sacrificed the development of her *self* for her family. She had an elder sister that caused many difficulties within the family. This sister also spent time in a mental hospital, much to the dismay of her parents and caused great strain on the entire family. Hence, at a very young age, Mrs Guiraud decided to do the opposite and thus attempted to lessen the "psychical load" on her parents. Unlike her sister whose existence was apparent and overwhelming, Mrs Guiraud disappeared and made it her mission to adopt whatever role she believed would ease her parents' stress. She was constantly changing herself and created no waves growing up. With this decision came the symbolic destruction of her *self*, or any hope of developing it.

Reverie and phantasy no longer existed in her, nor were they stimulated. Similar to Harrus-Révidi's (2001) theories, this *death of the phantasy* was the first step to becoming a child-therapist. As a consequence, it was impossible for Mrs Guiraud to symbolise and become an object, issue of her (inexistent) phantasies. The "reality" of her situation, i.e., the need to lessen the strain on her parents because of her sister's "overabundance in existence" took precedence. Mrs Guiraud also echoed Karpel's (1977) theories in that she learnt that her needs were less important than those of her parents and sister. Mrs Guiraud then subsequently repressed her needs and wants, engendering the loss and death of her *self*.

To make matters worse, Mrs Guiraud transposed this way of functioning onto her relationship with others, notably with her husband. She once again sought to change herself and adapt to make the couple's life better.

We got to talking, and I asked her a question that is very revealing as to the nature of the child-therapist, "*Who are you?*" After a long pause, she showed great frustration, pain and sadness for she did not know. It also left her in a state of sideration. Eventually, she did answer. She was a *vacuum* (Freud A. 1965) who sought to occupy whatever role that was assigned to her by others to ease their tension, yet who she was intrinsically as a person did not exist. Mrs Guiraud, as a psychical entity, no longer existed and she became a hollow shell, occupying that which was dictated upon her.

Admittedly, Mrs Guiraud's experience does not correspond to the biological or physiological definition of death: *the permanent cessation of all biological functions that sustain a living organism*. At the same time, evolution into our understanding of death and dying has revealed that other forms of death exist. Mrs Guiraud was biologically alive, yet was left with a *complete loss of subjective self-identity*. Jungian psychology (1933) refers to this as *psychic-death*; however others have employed the term *Ego-death*. According to Stanislav Grof (2008), this pertains to *a sense of total annihilation*. This form of death entails *an instant merciless destruction of all previous reference points in the life of the individual*. Her parents' preoccupation with her sister's

overwhelming need for attention, in conjunction with Mrs Guiraud's sacrifice, caused the latter to suffer a death of her *self*, ergo a *psychic death*.

However all was not loss. I started working solely with Mrs Guiraud for over a year. Through our psychotherapeutic sessions, I came to learn that psychic death is not a finality that bespeaks doom. It can sometimes afford the child-therapist an opportunity to transcend and rid himself of his false *self*.

Through an analysis of this case, I aim to explain the different factors that led to the psychic death of Mrs Guiraud and other child-therapists, as well as the measures that could be put in place in an attempt to resurrect them from the dead.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Freud, A. (1965). Normality and pathology in childhood. New York: International University Press.
- Grof, S. (1988). The Adventure of Self-Discovery. Dimensions of Consciousness and New Perspectives in Psychotherapy and Inner. Exploration, SUNY Press
- Harrus-Révidi, G. (2004). Parents immatures et enfants adultes [Immature parents and adult children]. Paris: Petite Bibliothèque Payot.
- Karpel, M. (1976). Intrapsychic and interpersonal processes in the parentification of children. Dissertation Abstracts International , 38 (365)

LA MORT EST LE TROU NOIR DU TRAUMATISME PSYCHIQUE. CONSIDERATIONS CLINIQUES ET METAPSYCHOLOGIQUES CONCERNANT L'IMPACT DE LA MORT DANS L'INCONSCIENT. / DEATH IS THE BLACK HOLE OF PSYCHIC TRAUMA. CLINICAL AND METAPSYCHOLOGICAL CONSIDERATIONS REGARDING THE IMPACT OF DEATH IN THE UNCONSCIOUS

Jacques Roisin

Docteur en psychologie, psychanalyste, chargé de cours émérite en Criminologie, Université catholique de Louvain

Mots-clés : TRAUMATISME, ANÉANTISSEMENT PSYCHIQUE, RENCONTRE DU RÉEL, INTROJECTION DE SURVIE, MÉMOIRE TRAUMATIQUE, PULSION DE MORT ET PULSION DE VIE/ TRAUMA, PSYCHIC ANNIHILATION, ENCOUNTER OF THE "REEL", INTROJECTION OF SURVIVING, TRAUMATIC MEMORY, DEATH DRIVE AND LIFE DRIVE.

Je présenterai tout d'abord mon parcours clinique auprès de personnes tombées en traumatisme suite à une situation violente. Cette spécificité clinique m'a mené à distinguer deux dimensions dans l'impact de la mort sur l'inconscient : celle de la perte de vie et celle de la rencontre du néant. Je présenterai brièvement comment dans cette seconde résonance se déploient et le trauma et le travail psychique permettant de dépasser la destruction mortifère. Je développerai ensuite des considérations métapsychologiques à partir d'une réflexion concernant la compulsion de répétition : Comment penser la rencontre du néant ? Quelle sont les places respectives de la pulsion de mort et de la pulsion de vie dans le fonctionnement et la résolution du trauma ? Quel est le statut des traces constitutives de la mémoire traumatique et quelle est leur fonction dynamique ?

I will first present my clinical background with people who have fallen into psychic trauma following a violent situation. This clinical specificity led me to distinguish two dimensions in the impact of death on the unconscious: that of the loss of life and that of the encounter of nothingness. I will briefly present how in this second resonance unfold and the trauma and psychic work to overcome the deadly destruction.

I will then develop metapsychological considerations based on a reflection on the repetition compulsion: How to think the encounter of nothingness? What are the respective places of the death drive and the life drive in the functioning and resolution of the trauma? What is the status of the constituent traces of traumatic memory and what is their dynamic function?

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Freud S., "Psychologie des processus du rêve in L'interprétation des rêves, PUF, 1967.
- Freud S., "Au-delà du principe de plaisir", in Essais de psychanalyse, Payot, 1981.
- Lacan J., "Tuche et automaton", in Le séminaire Livre XI. Les quatres concepts fondamentaux de la psychanalyse, Le Seuil, 1973.
- Roisin J., De la survivance à la vie. Essai sur le traumatisme psychique et sa guérison, PUF, 2010.

Samedi 9 - Session plénière (9h-10h45)

" DISPOSITIF DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE SPECIFIQUE AUX INTERVENANTS FUNERAIRES SUITE AUX ATTENTATS DE PARIS DU 13 NOVEMBRE 2015 " / "SPECIFIC PSYCHOLOGICAL SUPPORT PROGRAM FOR FUNERAL WORKERS FOLLOWING THE PARIS ATTACKS OF 13 NOVEMBER 2015"

Cynthia Mauro

Psychologue, Docteur en psychologie

Mots-clés : RÉQUISITIONS, DEBRIEFING PSYCHOLOGIQUE, ATTENTAT, INTERVENANTS FUNÉRAIRES /REQUISITIONS, PSYCHOLOGICAL DEBRIEFING, ATTACK, FUNERAL ATTENDANTS

Le 13 novembre 2015, Paris a été touchée en plein cœur par des attentats les plus meurtriers de son histoire. Les professionnels des Services Funéraires Ville de Paris figurent parmi les intervenants de première ligne dans la gestion de cet événement à la violence inaugurale que ce soit dans la recherche et la préservation des corps des personnes décédées sur les différents sites impactés, les transferts vers l'Institut de Médecine Légale, les transports vers les funérariums, l'organisation des funérailles, et l'accompagnement des familles brutalement endeuillées. La question que nous interrogeons ici s'articule, à la fois autour des modalités de prise en compte de l'existence d'une onde de choc psychologique chez ces intervenants habilités et expérimentés, mais aussi autour des modalités de prise en charge spécifique des vécus émotionnels individuels et collectifs réactionnels en phase immédiate et post-immédiate.

On November 13, 2015, Paris was hit in its very heart by the most deadly attacks in its history. The professionals of the City of Paris Funeral Services are among the first-line interveners in the management of this event with its inaugural violence, whether in the search for and preservation of the bodies of deceased persons on the various impacted sites, transfers to the Institute of Forensic Medicine, transport to the funeral homes, the organisation of funerals, and the support of brutally bereaved families. The question we are asking here is based both on the modalities of taking into account the existence of a psychological shock wave in these authorized and experienced workers, but also on the modalities of specific management of individual and collective emotional experiences of reactions in the immediate and post-immediate phase.

INTERVENING IN MEANING: NEW DIRECTIONS IN GRIEF THERAPY / INTERVENIR DANS LE SENS : LES NOUVELLES ORIENTATIONS DE LA THÉRAPIE DU DEUIL

Robert A. Neimeyer, PhD

Professor of Psychology, University of Memphis, Memphis TN, E.U.A., Department of Psychology, University of Memphis, Director, Portland Institute for Loss and Transition

Mots-clés : GRIEF, TRAUMATIC LOSS, GRIEF THERAPY, MEANING RECONSTRUCTION / DEUIL, PERTE TRAUMATIQUE, THÉRAPIE DU DEUIL, RECONSTRUCTION DU SENS

Du point de vue constructiviste, un processus central du deuil est la tentative de réaffirmer ou de reconstruire un monde de sens qui a été remis en question par la perte, surtout lorsque celle-ci est traumatique ou prématurée. Comme l'indiquent les recherches menées auprès de jeunes, de parents et d'adultes plus âgés endeuillés, les décès naturels et violents peuvent laisser les endeuillés en deuil aux prises avec l'histoire de la mort, leur permettre de comprendre ses répercussions sur leur vie et d'accéder à l'histoire de leur relation avec leur être cher décédé, d'une façon qui confirme leur sentiment de sécurité et d'appartenance. Dans cette présentation, je résume les études récentes de notre groupe sur la lutte psychologique et sociale pour donner un sens à la perte, j'expose plusieurs mesures validées des processus et des résultats de la création de sens, et je décris la recherche actuelle pour évaluer l'impact des nouvelles interventions axées sur le sens pour aider les gens à trouver la croissance par le deuil.

Viewed from a constructivist perspective, a central process in grieving is the attempt to reaffirm or reconstruct a world of meaning that has been challenged by loss, especially when such loss is traumatic or premature. As research with bereaved young people, parents and older adults indicates, both natural and violent death losses can leave mourners struggling to process the event story of the death and to make sense of its implications for their lives, and to access the back story of their relationship with their deceased loved one in a way that reaffirms their sense of secure attachment. In this presentation I summarize our group's recent studies of the psychological and social struggle to make sense of loss, outline several validated measures of meaning-making processes and outcomes, and describe current research to evaluate the impact of novel meaning-oriented interventions to help people find growth through grief.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Holland, J. M., Klingspon, K. L., Lichetnthal, W. G. et Neimeyer, R. A. (2018). The Unfinished Business in Bereavement Scale: Development and psychometric evaluation. *Death Studies*, DOI: 10.1080/07481187.2018.1521101,
- Bellet, B. W., Jones, P. J., Neimeyer, R. A. et McNally, R. J. (2018). Bereavement outcomes as causal systems: A network analysis of the co-occurrence of complicated grief and posttraumatic growth. *Clinical Psychological Science*, in press.
- Bellet, B. W., Holland, J. M. et Neimeyer, R. A. (2018). The Social Meaning in Life Events Scale (SMILES): A preliminary psychometric evaluation in a bereaved sample. *Death Studies*, DOI: 10.1080/07481187.2018.1456008
- Milman, E., Neimeyer, R. A., Ftizpatrick, M., MacKinnon, C. J., Muis, K.R. et Cohen, S. R. (2018). Prolonged grief symptomatology following violent loss: The mediating role of

meaning. *European Journal of Psychotraumatology*, 8, DOI: 10.1080/20008198.2018.1503522.

- Neimeyer, R. A. (2016). Meaning reconstruction in the wake of loss: Evolution of a research program. *Behaviour Change*, 33, 65-79. DOI: 10.1017/bec.2016.4.



MORTS TRAUMATIQUES ; DU TERRAIN À L'AVENIR, QUE PEUT-ON PROPOSER ? / TRAUMATIC DEATHS; FROM THE FIELD TO THE FUTURE, WHAT CAN WE PROPOSE?

Baubet Thierry, Héloïse Marichez, Dalila Rezzoug

PUPH en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (Univ Paris 13 et Cesp-Inserm) ; Chef de service Hôpital Avicenne, APHP ; Responsable de la CUMP93 depuis 2004, Création du Centre Régional du Psychotraumatisme Paris Nord (2019) ; Directeur scientifique du Centre National de Ressources et de Résilience (CN2R), Université Paris 13 (EA4403), AP-HP, Service de psychopathologie

Mots-clés : TRAUMATISME, DEUIL, CUMP / TRAUMA, BEREAVEMENT, CUMP

Nous nous basons sur notre longue expérience d'interventions de la CUMP comportant nombre de pertes traumatiques : tsunami de 2004, Crash du Rio-Paris ou de Charm-el-Sheikh, attentats de 2015. Ces événements débordent la capacité des CUMP à y faire face. Elles sont un impensé des CUMP. Nous voulons avancer ici ce que pourraient être des idées pour formaliser un peu mieux ces prises en charge complexes et atypiques. Nous espérons que le tout nouveau **Centre de Ressources et de Résilience (CN2R)**, qui sera brièvement présenté, pourra nous y aider.

We are taking into account our long experience of CUMP interventions with many traumatic losses: the 2004 tsunami, the Rio-Paris or Sharm-el-Sheikh crash, the 2015 attacks. These events are beyond the capacity of CUMPs to deal with them. They are an unthinkable of the CUMPs. We want to put forward here what ideas could be to formalize these complex and atypical treatments a little better. We hope that the brand new **Resource and Resilience Centre (CN2R)**, which will be briefly presented, will be able to help us in this regard.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Baubet T, Rouchon JF, Reyre A, Taïeb O, Marichez H, Rezzoug D, Laroche-Joubert M, Colle JB, Moro MR. La prise en charge des familles des victimes d'une catastrophe aérienne. Soins Psychiatrie 2010 ; 269 : 29-32.

LE DEUIL TRAUMATIQUE ET POST-TRAUMATIQUE : DES DÉFINITIONS AUX APPROCHES THÉRAPEUTIQUES. / TRAUMATIC GRIEF AND POST-TRAUMATIC GRIEF: FROM DEFINITIONS TO THERAPEUTIC APPROACHES

Marie-Frédérique Bacqué

Pr. des universités, SuLiSoM-EA3071, Université de Strasbourg

Mots-clés : DEUIL TRAUMATIQUE-DEUIL POST-TRAUMATIQUE-DEUIL TRAUMATOGENÈNE-RITES DE DEUIL / TRAUMATIC GRIEF-POST-TRAUMATIC GRIEF-TRAUMATOGENIC GRIEF-MOURNING RITES

Le deuil est un phénomène complexe et complet. Originellement rupture du lien d'attachement et tentative de réparation du groupe mis en danger par la mort, il fait l'objet d'un accompagnement social et psychologique. Aujourd'hui, les changements historiques en Occident, l'amélioration de la santé et la perte d'influence des croyances ont réduit le deuil à ses dimensions médicale et psychologique. Les complications du deuil figurent même dans les manuels de psychiatrie. Le développement des outils numériques conduit de nombreux endeuillés à vivre le deuil sous une forme analogique qui ne leur permet en rien d'entamer le processus de détachement progressif de l'objet perdu. Les morts traumatiques du 21^{ème} siècle ne trouvent pas dans le succédané funéraire actuel les moyens de donner du sens (ou de reconnaître qu'il n'y en ait pas) à la perte et de supporter le deuil qui suit.

Le deuil touche tous les humains et dans la majorité des cas, il se déroule normalement, sans complication. Depuis 100 000 ans, l'accompagnement des morts par les vivants semble l'interprétation préférentielle de l'archéologie des tombes. La mort puis le deuil passent par le traitement du cadavre dans un premier temps en vue de son assimilation par la terre, le feu, les animaux sauvages ou les humains, puis par la reconnaissance de la séparation (Van Gennep, 1909). L'intégration du mort au groupe des ancêtres, enfin le signalement de l'endroit où reposent les restes, complète ces étapes du deuil. Ces invariants universels permettent un détachement affectif et social progressif. Le deuil résulte bien de ce carrefour anthropologique, il est social dans les rituels collectifs, il est psychologique dans l'expérience vécue du sujet (Thomas, 1980).

Le deuil non compliqué repose sur ces mêmes étapes : quelle que soit la nature de la mort, la communauté est convoquée, parle un langage commun (souvent gestuel), déploie des symboles en vue de faire cesser l'entropie et de manifester la continuation du groupe.

Les morts traumatiques ont été majoritaires pendant des siècles. Meurtres, suicides, condamnations donnaient lieu à des funérailles particulières (l'absence de funérailles constituant le pire des sorts pour les familles). Les situations les plus difficiles (guerres et catastrophes), ont trouvé dans cette normalisation du deuil une possibilité d'apaisement. Depuis la fin de la seconde guerre mondiale, la mort traumatique s'est éloignée de l'Occident en tant que phénomène global. La santé s'est améliorée et la longévité s'est accrue. Cependant, si le principe de plaisir de la société de consommation met la mort à distance, elle revient de façon brutale dans les soubresauts socio-politiques du 21^{ème} siècle. Or, nous ne savons plus faire face à la mort traumatique. La société laïque ne propose pas d'attente croyante religieuse d'un au-delà meilleur, le soutien social et psychologique ne stimule plus la cicatrisation d'une société blessée. L'entité nosographique deuil traumatique créée par H.G. Prigerson (1995) a évolué en deuil compliqué et aujourd'hui en deuil complexe persistant. Le *Persistent complex bereavement disorder* est caractérisé par la durée (12 à 14 mois) de la souffrance liée à la séparation et par ses

conséquences lourdes fonctionnelles sur le sujet (DSM-5). La fréquence des situations concomitantes de mort et de violence nous a fait proposer la notion de *Deuil post-traumatique* (Bacqué 2003a et 2003 b) pour distinguer le deuil en situation de menace de mort, du syndrome psychotraumatique. Le deuil post-traumatique met en concurrence le traumatisme et le deuil, le premier empêchant le second. Pour éviter des confusions nous avons alors dénommé *deuil traumatogène* (Bacqué, 2006) ce que HG Prigerson appelait *Traumatic Grief* afin d'exprimer les effets de la perte chez des personnalités vulnérables à la perte parce que dépendantes. Pourquoi de telles précisions nosographiques ? Et surtout pourquoi ne pas faire suivre le diagnostic psychopathologique d'un diagnostic social ? Aujourd'hui les morts traumatiques ne sont pas suivies d'un accompagnement efficace au sens anthropologique, c'est-à-dire permettant une réintégration de l'endeuillé *rétabli* dans la communauté. Les endeuillés recherchent dans les associations et sur internet les moyens de soulager leur souffrance. Or aucune militance ne peut permettre d'accepter la perte. Quant à l'internet, il déçoit par les ruminations en ligne entre internautes et entraîne plus le maintien en phase dépressive qu'une progression du processus. Les groupes thérapeutiques d'endeuillés aident dans un premier temps, mais c'est en fait la combinaison du temps, de l'écoute, de l'acceptation d'une nouvelle relation affective avec le mort et la reconnaissance sociétale qui jouera sa mission de récupération. La clé réside dans la place et la succession des différentes étapes. La commémoration publique complètera les soutiens dans un renouvellement complet de l'accompagnement social et psychologique du deuil.

Grief is a complex and complete phenomenon. Originally breaking the bond of attachment and attempting to repair the group endangered by death, it is the subject of social and psychological support. Today, historical changes in the West, improved health and the loss of influence of beliefs have reduced grief to its medical and psychological dimensions. The complications of bereavement are even included in psychiatric manuals. The development of digital tools leads many bereaved people to experience mourning in an analogical form that does not allow them to begin the process of gradually detaching the lost object. The traumatic deaths of the 21st century do not find in the current funeral substitute the means to give meaning (or recognize that there is none) to the loss and to endure the grief that follows.

Grief affects all humans and in the majority of cases, it occurs normally, without complications. For 100,000 years, the accompaniment of the dead by the living has seemed to be the preferential interpretation of the archaeology of tombs. Death and then mourning involve treating the corpse first in order to assimilate it into the earth, fire, wild animals, even human beings and then recognizing the separation (Van Gennep, 1909). The integration of the deceased into the ancestor group, and finally the reporting of the resting place of the remains, completes these stages of mourning. It is these universal invariants that allow a progressive emotional and social detachment. Grief is the result of this anthropological crossroads, it is social in collective rituals, it is psychological in the subject's lived experience (Thomas, 1980).

Uncomplicated grief is based on the same steps: regardless of the nature of the death, the community is summoned, speaks a common language (often gestural), deploys symbols to stop the entropy and demonstrate the group's continuation.

Traumatic deaths have been the majority for centuries. Murders, suicides, convictions led to special funerals, with the absence of a funeral being the worst fate for families. The most difficult situations (wars and disasters) have found in this normalization of mourning a possibility of appeasement. Since the end of the Second World War, traumatic death has moved away from the West as a global phenomenon. Health has improved and longevity has increased. However, if the pleasure principle of consumer society puts death at a distance, it returns in a brutal way to the socio-political upheavals of the 21st century. However, we no longer know how to deal with traumatic death. Secular society does not offer a religious believer's expectation of a better afterlife, social and psychological support no longer stimulates the healing of a wounded society.

The nosographic traumatic bereavement entity created by H.G. Prigerson (1995) has evolved into complicated bereavement and today into persistent complex bereavement. Persistent complex bereavement disorder is characterized by the duration (12 to 14 months) of the suffering associated with separation and its severe functional consequences on the subject. The frequency of concurrent situations of death and violence has led us to propose the notion of post-traumatic grief to distinguish bereavement in a life-threatening situation from psychotraumatic syndrome. Post-traumatic grief competes trauma and grief, the former preventing the latter (Bacqué 2003a and 2003 b). To avoid confusion, we then referred to what HG Prigerson called Traumatic Grief as traumatogenic grief (Bacqué 2006) to express the effects of loss on people who are vulnerable because they are dependent to their objects.

Why such nosographic precision? And above all, why not follow the psychopathological diagnosis with a social diagnosis? Today, traumatic deaths are not followed by effective support in the anthropological sense, i.e. allowing the bereaved person to be reintegrated into the community. Mourners look for ways to relieve their suffering in associations and on the Internet. However, no militancy can make it possible to accept the loss. As for the Internet, it is disappointing because of online ruminations between Internet users and leads more to keeping people in a depressive phase than to progress in the process. Therapeutic groups of bereaved people help at first, but it is in fact the combination of time, listening, accepting a new affective relationship with the dead and societal recognition that will play its mission of recovery. The key is in the place and sequence of the different stages. Public commemoration will complement support in a complete renewal of social bereavement support.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- American Psychiatric Association, DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5e édition, Washington D.C. American Psychiatric Association, 2013
- Bacqué, M.-F. (2006). Deuils et traumatismes. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 164(4), 357–363. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2006.02.006>
- Bacqué, M.-F. (2003a). Abord et psychothérapie individuelle d'adultes et d'enfants présentant un deuil post-traumatique. *Études sur la mort*, no 123(1), 131–141. <https://doi.org/10.3917/eslm.123.0131>
- Prigerson, H., Frank, E., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Anderson, B., Zubenko, G. S., ... Kupfer, D. J. (1995). Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *American Journal of Psychiatry*, 152(1), 22–30. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.1.22>
- Thomas, L.V. (1980) *Anthropologie de la mort*. Paris, Payot. Van Genep, A.(1909, 1991) *Les rites de passage*. Paris, Picard

ÉPIDÉMIOLOGIE DES EFFETS DES ATTENTATS DU 13 NOVEMBRE 2015 À PARIS : FOCUS SUR LES ENDEUILLÉS / EPIDEMIOLOGY OF THE EFFECTS OF THE ATTACKS OF 13 NOVEMBER 2015 IN PARIS: FOCUS ON THE BEREAVED

P. Pirard , T. Baubet, Y. Motreff, A. Messiah

Médecin, épidémiologiste, responsable santé publique, coordonnateur réponse aux accidents, catastrophes et attentats, Direction des maladies non transmissibles et traumatismes, Unité Populations, Pathologies et Traumatismes, Santé publique France, INSERM, CESP, Unit 1178 "Mental Health and Public Health"

Mots-clés : DEUIL, ATTAQUE TERRORISTE, TROUBLE DE STRESS POST TRAUMATIQUE / BEREAVEMENT, TERRORIST ATTACK, POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER

Contexte :

Les attentats terroristes de Paris en novembre 2015 ont tué 131 personnes. Pour les personnes qui ont perdu des êtres chers dans une situation traumatisante, les symptômes du SSPT rendent difficile le processus de deuil nécessaire et augmentent le risque de psychopathologie liée au deuil. Le syndrome de stress post-traumatique à la suite d'attaques terroristes massives et les pathologies liées au deuil peuvent perdurer, avoir de lourdes conséquences et nécessiter des traitements spécifiques.

Objectifs :

Évaluer (1) l'impact psychologique de ces attaques sur les personnes exposées qui ont perdu quelqu'un au cours des événements, et (2) l'utilisation des soins de santé mentale par ces personnes.

Méthodes :

Une étude de cohorte a été lancée 8 mois après les attentats, ciblant les personnes dont l'exposition correspondait au critère A du DSM-5 pour le TSPT. L'étude a été annoncée à la population cible par le biais de campagnes médiatiques, d'associations de victimes, de lettres et de campagnes de terrain. Les volontaires devaient répondre à un questionnaire en ligne disponible sur le site de "Santé publique France". Après avoir répondu à un questionnaire d'inclusion, les participants étaient interviewés sur leur vécu des événements, leurs caractéristiques socioéconomiques, les traumatismes antérieurs et les antécédents de santé mentale, l'impact psychologique (PCL5 pour le TSPT, HAD_d pour la dépression, ICG de Prigerson pour le deuil complexe (CG), le recours aux soins de santé...

Résultats :

Parmi les 526 civils qui ont répondu au questionnaire, 132 étaient en deuil. Pour 46% d'entre eux il s'agissait d'un membre de la famille. Les endeuillés ont été confrontés à une incertitude sur la mort de leur proche durant 24h pour 53%, 48h pour 19%, plus longtemps pour 28%. Dix-sept pour cent étaient sur les lieux des attentats au moment de leur survenue.

Parmi les endeuillés, 46% présentaient un TSPT probable, 42% une dépression probable, 27% un score de 30 ou + à l'ICG et une pensée permanente et intense pour le mort (ICG+). Les comorbidités étaient de 67 % des PTSD avec dépression, 41 % des TSPT avec ICG+. Parmi ceux qui avaient un TSPT, 47 % n'avaient pas encore commencé de traitement ; pour les ICG+, cette proportion était de 50 %.

Conclusion :

Huit à onze mois après les attaques, une forte proportion de personnes souffrant probablement de TSPT ou de deuil compliqué n'avaient pas reçu de traitement régulier. L'étude des caractéristiques associées à ce manque d'usage est nécessaire pour orienter la politique de santé publique.

Background:

The terrorist attacks in Paris in November 2015 killed 131 people. For persons who lost loved ones during traumatic situation, PTSD symptoms make difficult the necessary mourning process and increase the risk of bereavement-related psychopathology. Post-traumatic stress disorder following massive terrorist attacks and bereavement related illnesses can persist, have serious consequences and require specific treatment.

Objectives:

To assess (1) the psychological impact of these attacks on exposed persons who lost someone during the events, and (2) mental health care use by these persons.

Methods:

A cohort study was launched 8 months after the attacks, targeting persons whose exposure corresponded to DSM-5 criterion A for PTSD. The study was announced to the target population via media campaign, victims' associations, letters and street campaigns. Volunteers had to respond to a web-questionnaire available on "Santé publique France" website. After completing an inclusion questionnaire, participants were interviewed on their experiences of events, socio-economic characteristics, previous trauma and mental health history, psychological impact (PCL5 for PTSD, HAD_d for depression, Prigerson ICG for complex grief (GC), health care utilization...

Results:

Of the 526 civilians who responded to the questionnaire, 132 were in mourning. For 46% of them, it was a family member. Mourners were confronted with uncertainty about the death of their loved one for 24 hours for 53%, 48 hours for 19%, longer for 28%. Seventeen percent were at the scene of the attacks at the time of their occurrence.

Among the bereaved, 46% had probable PTSD, 42% probable depression, 27% a score of 30 or more at ICG and a permanent and intense thought for the dead (ICG+). Co-morbidities were 67% of PTSD with depression, 41% of PTSD with ICG+. Of those with PTSD, 47% had not yet started treatment; for ICG+, this proportion was 50%.

Conclusion:

Eight to eleven months after the attacks, a high proportion of people with probable PTSD or complicated grief had not received regular treatment. The study of the characteristics associated with this lack of use is necessary to guide public health policy.

Samedi 9 - Table ronde (11h15-13h)

PSYCHOPATHOLOGIE DES SURVIVANTS

Carole Damiani

Docteur en psychologie, directrice de Paris aide aux victimes ; Co-responsable DU psychotraumatologie de Paris 7, Paris aide aux victimes, DU Psychotraumatologie Paris 7

Mots-clés : SURVIVANT, DEUIL POST TRAUMATIQUE, TRAUMATISME PSYCHIQUE, CULPABILITÉ, PSYCHOPATHOLOGIE / SURVIVOR, POST-TRAUMATIC GRIEF, PSYCHOLOGICAL TRAUMA, GUILT, PSYCHOPATHOLOGY

Après avoir rappelé les spécificités de la " mort violente " et celles des survivants de tels événements, nous différencierons la clinique du traumatisme psychique et celle du deuil chez ces survivants : la nature de l'angoisse, les affects dépressifs, le statut de l'image traumatique et le nécessaire travail d'élaboration psychique de l'un et de l'autre. Les effets du traumatisme psychique et ceux du deuil chez les survivants peuvent entrer en conflit et imposent au thérapeute une adaptation au cheminement du sujet en fonction d'une temporalité qui lui est particulière. Nous nous centrerons sur la fonction et l'élaboration de la culpabilité dite " du survivant ", qui peut se révéler moteur ou obstacle à la psychothérapie et qu'il conviendra de ne pas évacuer trop rapidement car elle est bien souvent un contrepoids à l'angoisse de néantisation.

After having recalled the specificities of "violent death" and those of the survivors of such events, we will differentiate between the clinic of psychological trauma and that of mourning in these survivors: the nature of the anguish, the depressive affects, the status of the traumatic image and the necessary work of psychological elaboration of both of them. The effects of psychological trauma and those of bereavement in survivors may conflict and require of the therapist to adapt to the subject's progress according to a particular temporality. We will focus on the function and development of the so-called "survivor's guilt", which can be a driving force or an obstacle to psychotherapy and which should not be evacuated too quickly because it is often a counterweight to the anguish of neantization.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Damiani C. et lebigot F. (2011). Les mots du trauma, vocabulaire de psychotraumatologie. Savigny sur orge, Editions Philippe Duval.
- Damiani C. (2008). La haine et le trauma ou felix culpa. Revue Francophone du Stress et du Trauma. 8(2). 94-101.
- Damiani C. (2017). L'organisation de la prise en charge globale des victimes des actes de terrorisme. Perspectives psychologiques, Vol. 56, N°2, avril-juin 2017, 153-159.
- Damiani C. (2015). Enquête qualitative et sociologique sur le traitement des victimes de catastrophes par la justice pénale. In, M.-F. Steinlé Feuerbach et C. Lacroix (Eds). La judiciarisation des grandes catastrophes, approche comparée du recours à la justice pour la gestion des grandes catastrophes (de types accidents aériens ou ferroviaires). Dalloz, Paris.

POURQUOI LA MORT ? " DE LA MORT COMME APORIE A LA MORT COMME OBJET HOLOGRAMMATIQUE. DIALOGIQUE ET APPROCHES CROISEES APPLIQUEES AUX " DEATH STUDIES " / WHY DEATH? "FROM DEATH AS APORIA TO DEATH AS A HOLOGRAMMATIC OBJECT. DIALOGY AND CROSS-APPROACHES APPLIED TO "DEATH STUDIES"

Ian Gonzalez Alaña

Doctorant en archéothanatologie et Epistémologie de la mort, Université Paul Valéry Montpellier 3, ICOM Andorra, Comité international ICEthics-Ethical Dilemmas

Mots-clés : ARCHÉOTHANATOLOGIE ; PLURIDISCIPLINARITÉ ; DIALOGIQUE ; COMPLEXITÉ ; DEATH STUDIES / ARCHAEOETHANATOLOGY; PLURIDISCIPLINARITY; DIALOGICAL; COMPLEXITY; DEATH STUDIES

" N'importe qui peut dire "ma mort". C'est un syntagme qui circule, dont on trouve de nombreux exemples. Mais qu'est-ce que "ma mort" ? Je ne peux pas le savoir. Si je parle de la mienne, c'est problématique. Comment pourrais-je la connaître ? Je ne peux pas l'expérimenter en mourant à la place d'un autre, et personne ne peut mourir à ma place. Elle franchit les limites du connaissable, les limites de la vérité. Rien n'est plus substituable et rien ne l'est moins que le syntagme "ma mort". Il s'agit toujours d'un hapax, d'un hapax legomenon, mais de ce qui ne se dit qu'une fois, chaque fois, indéfiniment une seule fois ".

" Pourquoi la Mort ? " Cette simple phrase renferme à elle seule l'exemple aporétique par excellence énoncé par DERRIDA. La mort représente l'infranchissable, ce je-ne-sais-quoi (JANKELEVITCH 1980) qui fait le propre de l'Humain, le faisant ainsi la craindre, la ressentir, l'espérer, voire la chercher dans le cadre du suicide ou de la mort assistée. Elle lui permet dans tous les cas de réfléchir, et donc d'être, comme dirait DESCARTES (COUSIN 1824). La mort comme aporie constituera le postulat de départ de cette réflexion, puisque l'aporie de la mort a été, est, et sera à la base de l'appréhension de la mort et du mourir par l'Humain. L'impossibilité de se figurer, de vivre, et donc de se représenter sa propre mort et donc l'acte de mourir, ainsi que ce qui en découle, fait qu'il existe autant de représentations de la mort et du mourir qu'il y a de manières de se représenter l'Humain.

Nous verrons donc dans un premier temps, et de façon dialogique, quelles sont certaines des manières de se représenter la Mort, à travers les processus mentaux et culturels tels que les mythes, les eschatologies, ou croyances funéraires. Autant de manières de se représenter la mort que d'exemples distincts à la fois culturels ou historiques.

Les développements cognitifs et mentaux dérivant de la conception de la mort comme aporie ont créé chez l'Humain la nécessité de trouver des parades, ou du moins des processus visant à l'appréhender au mieux. Ces processus ont donné toute une série de gestes, et donc de traces liées aux interrogations autour de la mort et du mourir. Nous verrons ainsi à travers des exemples tirés de sphères chronoculturelles éparses, que de la mort comme aporie découlent des gestes, des rituels à la fois funéraires, mortuaires, mais aussi nécrophobiques (GONZALEZ ALAÑA 2017 et 2018), dont l'objectif est souvent le même, celui d'appréhender au mieux ce je-ne-sais-quoi que constitue la mort.

Enfin, nous ne pourrions nous-même appréhender ce vaste sujet " pourquoi la mort ? " sans prendre la mesure de la complexité de l'objet mort. C'est ainsi que nous prendrons au niveau épistémologique le pari de poursuivre le cheminement du " nouveau paradigme " en ce qui concerne les études sur la mort, représenté par une approche systémique et complexe (MORIN 1951) de la mort comme champ d'étude globalisé. Nous présenterons l'étude des fosses communes franquistes en Espagne, qui à lui seul constitue l'exemple-même de ce " système émergent ", à savoir une méthodologie d'étude dialogique et pluridisciplinaire, à la croisée de l'archéologie funéraire, de l'anthropologie sociale et forensique, de l'archéologie cognitive, mais aussi de l'épistémologie et de la philosophie, parmi d'autres possibles nouveaux outils conceptuels qui puissent nous aider à avancer dans les études sur la mort.

"Anyone can say "my death". It is a syntagm that circulates, of which there are many examples. But what is "my death"? I can't know that. If I talk about mine, it's problematic. How could I know her? I cannot experience it by dying in someone else's place, and no one can die in my place. It crosses the limits of the knowable, the limits of truth. Nothing is more substitutable and nothing is less so than the phrase "my death". It is always a hapax, a hapax legomenon, but what is said only once, each time, indefinitely only once".

"Why Death? "This simple sentence alone contains the aporetic example par excellence set out by DERRIDA. Death represents the impassable, that I don't know what (JANKELEVITCH 1980) that makes the human being unique, making him fear, feel, hope, even seek it in the context of suicide or assisted death. It allows him in any case to reflect, and therefore to be, as DESCARTES would say (COUSIN 1824).

Death as aporia will constitute the starting postulate of this reflection, since the aporia of death has been, is, and will be at the basis of the apprehension of death and death by the Human. The impossibility of imagining, of living, and therefore of imagining one's own death and therefore the act of dying, as well as what results from it, means that there are as many representations of death and dying as there are ways of imagining the human being.

We will therefore first see, in a dialogical way, what are some of the ways of representing Death, through mental and cultural processes such as myths, eschatologies, or funeral beliefs. There are as many ways of thinking about death as there are distinct examples, both cultural and historical.

The cognitive and mental developments deriving from the conception of death as aporia have created in the human being the need to find ways of dealing with it, or at least processes aimed at understanding it as well as possible. These processes have given rise to a whole series of gestures, and therefore traces linked to the questions surrounding death and dying. We will thus see through examples drawn from scattered chronocultural spheres, that death as aporia derives from gestures, rituals that are both funerary, mortuary, but also necrophobic (GONZALEZ ALAÑA 2017 and 2018), whose objective is often the same, that of better understanding what death is all about.

Finally, we could not ourselves apprehend this vast subject "why death? "without taking into account the complexity of the dead object. Thus, at the epistemological level, we will take up the challenge of continuing the journey of the "new paradigm" with regard to studies on death, represented by a systemic and complex approach (MORIN 1951) to death as a globalized field of study. We will present the study of Francoist mass graves in Spain, which alone constitutes the very example of this "emerging system", namely a methodology of dialogical and multidisciplinary study, at the crossroads of funerary archaeology, social and forensic anthropology, cognitive archaeology, but also epistemology and philosophy, among other possible new conceptual tools that can help us to advance in the studies on death.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- COUSIN V. dir., 1824, 1 Œuvres de Descartes, Paris, Levrault.
- DERRIDA J., 1996, Apories, Paris, Galilée.
- GONZALEZ ALAÑA I., 2017, « Sacrifice ou geste nécrophobique ?Nouvelles perspectives concernant les pratiques funéraires hors norme en Égypte Prédynastique ». In Rencontre autour de nouvelles approches de l'archéologie funéraire. Paris.
- GONZALEZ ALAÑA I., 2018, « Deviant burials, nécrophobie, rite liminaire : pour une normalisation sémantique et une approche systémique des gestes funéraires et mortuaires "atypiques" ». In Archeologia e antropologia della morte : 1. La regola dell'eccezione, 552. Roma.



WHEN MOURNING WAS HIJACKED: SEPTEMBER 11TH AND ITS AFTERMATH / QUAND LE DEUIL A ETE PIRATE : LE 11 SEPTEMBRE ET SES CONSEQUENCES

Steven Reisner

Psychoanalyst and activist, Co-founder, Coalition for an Ethical Psychology, Psychological Ethics Advisor, Physicians for Human Rights

Mots-clés : TERRORISM, TRAUMA, MOURNING, PSYCHOANALYSIS, NEO-LIBERALISM /
TERRORISME, TRAUMATISME, DEUIL, PSYCHANALYSE, NÉOLIBÉRALISME

Le massacre du 11 septembre à New York a coûté la vie à près de 3000 personnes en l'espace de 90 minutes. Cette mort en masse a été télévisée en temps réel. Ainsi, la nation entière a vécu un événement traumatisant dévastateur; mais les réactions des Américains à cet événement traumatique étaient très différentes, en fonction de leur point de vue. Dans cet exposé, je parlerai de la réponse aux traumatismes subie à New York dans les jours et les mois suivants et de la manière dont des agendas politiques, économiques et psychologiques extérieurs ont détourné les processus de deuil que nous connaissions sur le terrain au centre-ville de New York. Je ferai valoir que le résultat est un traumatisme à long terme accru, une peur de masse et une agression accrue. Je vais tracer une ligne directe entre la "guerre mondiale contre le terrorisme" et les "exercices de tir actif" obligatoires aujourd'hui dans les écoles publiques américaines. Je soutiendrai que chacune d'entre elles est le résultat de notre refus de deuil soutenu par des considérations politiques et culturelles. En Amérique du 21^{ème} siècle, il n'ya pas de pertes, seulement des privations; il n'y a pas de souffrance, seulement de la victimisation; et au lieu de la justice, il y a de plus en plus de vengeance.

The September 11th massacre in NYC claimed nearly 3000 lives in the space of 90 minutes. This mass death was televised in real time. Thus, the entire nation experienced a devastating traumatic event; but Americans' responses to the traumatic event were quite different, depending on their vantage point. In this talk I will address the trauma response in New York City in the days and months following, and how outside political, economic and psychological agendas hijacked the mourning processes we in downtown New York were experiencing on the ground. I will argue that increased long-term trauma, mass fear, and aggression are the result. I will draw a line from the 'global war on terror' to today's mandatory "active shooter drills" in American public schools. Each, I will argue, is the result of our politically and culturally sanctioned refusal to mourn. In 21st century America, there are no losses, only deprivations; there are no sufferers, only victims; and instead of justice, there is, increasingly, vengeance.

ADOLESCENCE EXILEE, LES ENJEUX DE CONFRONTATIONS COMPLEXES A LA MORT. TRAUMA, PERTES ET RECONSTRUCTION. / EXILED TEENAGER, THE STAKES OF COMPLEX CONFRONTATIONS WITH DEATH. TRAUMA, CASUALTIES AND RECONSTRUCTION.

Catherine De Geynst

Psychologue Clinicienne, Psychothérapeute Systémique, Victimologue

Mots-clés : EXILE- MINEURS MIGRANTS NON-ACCOMPAGNÉS- ADOLESCENCE- TRAUMA- MORT - RÉ-HUMANISATION, RESILIENCE / EXILE- UNACCOMPANIED MIGRANT MINORS- ADOLESCENCE- TRAUMA-DEATH - RE-HUMANISATION, RESILIENCE

L'orateur part de son expérience de psychologue clinicienne au sein d'un refuge pour mineurs migrant non-accompagnés et décrit les particularités de ce contexte. Séparés de leur famille, ces adolescents ont dû fuir leurs pays d'origine, synonyme de zones de conflits extrêmement violents (Syrie, Somalie, Yémen, Cameroun, Congo, ...). Les pertes subies ont un caractère particulièrement traumatique et cumulatif, la mort est omniprésente sur leur parcours migratoire. Quels impacts de tels événements et circonstances ont-ils sur le jeune et sa vision du monde ? Comment la confrontation à l'irreprésentable agit-elle sur son psychisme, son identité et son rapport à l'autre ? Le propos est de présenter les symptômes post-traumatiques (psychiques, somatiques, ...) rencontrés, en tenant compte des dimensions culturelles et de la singularité. L'intervenant aborde aussi les effets de telles confrontations sur les soignants. Le récit amène, ensuite, à une réflexion autour de ce qui peut étayer un processus de reconstruction, les facteurs de résilience et ressources de ces "adolescents". Enfin, l'invitée suggère des outils pour un accompagnement clinique au plus près des besoins du jeune, basé sur la construction d'un lien thérapeutique authentique et engagé, visant, entre autres, la ré-humanisation du patient.

The speaker refers to his experience as a clinical psychologist in a shelter for unaccompanied migrant minors and describes the particularities of this context. Separated from their families, these adolescents had to flee their countries of origin, synonymous with extremely violent conflict zones (Syria, Somalia, Yemen, Cameroon, Congo, etc.). The losses suffered have a particularly traumatic and cumulative character, death is omnipresent on their migratory journey. What impacts do such events and circumstances have on the young person and his or her world view? How does the confrontation with the unrepresentable affect his psyche, his identity and his relationship with the other? The purpose is to present the post-traumatic symptoms (psychic, somatic,...) encountered, taking into account the cultural dimensions and singularity. The speaker also discusses the effects of such confrontations on caregivers. The story then leads to a reflection on what can underpin a reconstruction process, the resilience factors and resources of these "adolescents". Finally, the guest suggests tools for clinical support as close as possible to the needs of the young person, based on the construction of an authentic and committed therapeutic link, aiming, among other things, at the re-humanization of the patient.

Samedi 9 - Ateliers en parallèle (14h30-16h30)

LE TRANSHUMANISME ; UNE UTOPIE MANAGERIALE ? TRANSHUMANISM; A MANAGERIAL UTOPIA?

Thierry Jandrok

Psychologue clinicien-psychanalyste-Docteur en psychologie, psychopathologie et études psychanalytiques, Établissement Public de Santé Alsace Nord

Mots-clés : TRANSHUMANISME, TECHNOLOGIES, FANTASMES, PULSIONS, DÉSIR. / TRANSHUMANISM, TECHNOLOGIES, FANTASIES, URGES, DESIRE.

Le transhumanisme porte l'espoir élitiste à la fois d'une transcendance et d'une gouvernance par la technologie. Depuis le milieu du vingtième siècle, cette notion du transfert de l'intelligence voire de la subjectivité dans un ordinateur emporte l'adhésion des technophiles qui rêvent d'échapper à leur condition de mortels. Les zélotes de cette cyber-religion fantasment également autour de la création prophétisée d'une intelligence artificielle (IA) forte qui supplanterait le règne humain. Une analyse et un diagnostic psychodynamique nous paraissent nécessaire afin de trancher dans la chair du fantasme et de présenter les implications ainsi que les conséquences logiques de ces projets.

Transhumanism carries the elitist hope of both transcendence and governance through technology. Since the middle of the twentieth century, this notion of the transfer of intelligence or even subjectivity into a computer has been gaining the support of technophiles who dream of escaping their mortal condition. The zealots of this cyber-religion also fantasize about the prophesied creation of a strong artificial intelligence (AI) that would supplant the human kingdom. We believe that a psychodynamic analysis and diagnosis is necessary in order to decide in the flesh of the fantasy and to present the implications and logical consequences of these projects.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Truong, Jean-Michel : *Totalement inhumaine, Les empêcheurs de penser en rond*, Paris, 2001.
- Nachez, Michel : *Les machines intelligentes et l'homme : Collaboration ? Conflit ? Ou... fusion ?...*, Néothèque, Strasbourg, 2014.
- Penrose Roger : *The Emperor's New Mind*, Oxford University Press, Oxford, 1989.
- Vernon Vinge : *The coming Technological Singularity : how to survive in the Post-Human Era*, 1993, <https://ntrs.nasa.gov/search.jsp?R=19940022856>
- Jandrok, Thierry : *La Société Décors : L'Emprise du Management*, Rouge Profond, Collection Débords, Pertuis, 84120, 2014.

POURQUOI LA MORT OU POURQUOI LE DEUIL? UNE PERSPECTIVE ÉVOLUTIONNISTE. / WHY DEATH OR WHY MOURNING? AN EVOLUTIONARY PERSPECTIVE

Pedro Urbano

Professeur d'université, FPCE/CEIS20 - Universidade de Coimbra

Mots-clés : MORT; DEUIL; ÉVOLUTION / DEATH; MOURNING; EVOLUTION

La mort est un sujet qui fascine toutes les sociétés humaines, probablement depuis toujours. Elle offre mille visages, de la cellule à l'être humain. Elle est philogénétiquement nécessaire aux adaptations des espèces à leur environnement. Elle peut être accidentelle (nécrose) ou au contraire régulée, voire programmée (apoptose), dans les communautés pluricellulaires. Elle peut signifier une rupture définitive, dans la cohérence des processus vitaux; ou désigner l'arrêt ou la suspension des fonctions vitales; ou encore un état irréversible, une incapacité permanente, la disparition définitive de l'activité, etc. Mais elle peut être aussi perçue comme une continuité, n'être qu'un passage d'une vie à l'autre, ou représenter la séparation du corps avec l'âme, etc. En tant qu'idée universelle, en tant qu'image primordiale dans l'histoire de l'humanité, elle doit correspondre à un important archétype. Et en tant qu'événement final, irréfutable, insurmontable, elle provoque en règle générale une crise, un changement radical, dans la vie d'un individu. Pourquoi? Quel serait le sens de cette réaction? Quel sens peut-on donner aux sentiments de tristesse éprouvée à la suite de la mort d'un proche? Quel est le sens de cette souffrance, souvent associé à la mort physique de quelqu'un, évidemment, mais aussi à la mort de la confiance en quelqu'un, à la mort d'une relation amoureuse ou, encore, d'une image parfaite — des parents, par exemple? La présente réflexion aborde quelques de ces questions, à la lumière de l'évolution et de la Psychologie Évolutionniste.

Death is a subject that fascinates all human societies, probably always has been. It offers a thousand facets, from the cell to the human being. It is philogenetically necessary for the adaptation of species to their environment. It can be accidental (necrosis) or, on the contrary, regulated or even programmed (apoptosis) in multi-cellular communities. It can mean a permanent rupture, in the coherence of vital processes; or it can mean the cessation or suspension of vital functions; or an irreversible state, a permanent incapacity, the permanent disappearance of the activity, etc. But it can also be perceived as a continuity, as a passage from one life to another, or as the separation of the body from the soul, etc. As a universal idea, as a primordial image in the history of humanity, it must correspond to an important archetype. And as a final, irrefutable, insurmountable event, it generally causes a crisis, a radical change, in the life of an individual. Why? Why? What would be the meaning of this reaction? What meaning can be given to feelings of sadness after the death of a loved one? What is the meaning of this suffering, often associated with the physical death of someone, of course, but also with the death of trust in someone, the death of a loving relationship or, again, a perfect image - of parents, for example? This reflection addresses some of these questions, in the light of evolution and Evolutionary Psychology.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Urbano, P. (2015). Au-delà de la mort, au-delà du plaisir: la sexualité selon une perspective évolutionniste. *Études sur la mort*.
- Dobzhansky, T. (1973). Nothing in biology makes sense except in the light of evolution. *The American Biology Teacher*, 35(3).
- URBANO, Pedro (2018). Para uma conceptualização evolucionista da doença mental. *Estudos do Século XX*, Vol. 19.

LA LUCIDITE TERMINALE ET LE DEUIL : QUEL IMPACT SUR LES FAMILLES ? / TERMINAL LUCIDITY AND GRIEF: WHAT IMPACT ON FAMILIES?

Maryne Mutis

Psychologue clinicienne et doctorante

Mots-clés : LUCIDITÉ TERMINALE ; DEUIL ; PRÉDEUIL / TERMINAL LUCIDITY; GRIEF; PRE-DEATH

Dans l'accompagnement des personnes en fin de vie, les familles sont confrontées à un certain nombre de renoncements, comme celui d'un destin ou de projets communs. Bien qu'il ne s'agisse pas d'un travail de deuil puisque la personne reste présente et investie, ces différentes pertes obligent peu à peu la famille à renoncer à l'image de ce proche tel qu'il le connaissait. Il s'agit alors pour ceux qui restent, d'accepter un certain état de séparation tout en maintenant un investissement de la relation. Cet apprivoisement progressif de la mort à travers un travail de prédeuil, participe pour beaucoup de familles à préparer le travail de deuil lui-même, qui se fera après la perte. Mais qu'advient-il lorsqu'un phénomène exceptionnel vient bouleverser, à l'orée de la mort, ce continuum de l'accompagnement, de même que le travail déjà mis en place par la famille ? La question sera ici abordée à travers le phénomène de lucidité terminale, qui consiste en un brusque retour des fonctions altérées par une pathologie grave, quelques heures à quelques jours avant le décès de la personne. Deux hypothèses seront en particulier soulevées à propos de ce phénomène, qui semble pouvoir être à la fois source de traumatisme ou source d'aide pour le processus de deuil.

In the support of people at the end of their lives, families are confronted with a certain number of renunciations, such as that of a destiny or common projects. Although this is not a mourning job since the person remains present and invested, these various losses gradually force the family to give up the image of this loved one as he or she knew him or her. For those who remain, it is a matter of accepting a certain state of separation while maintaining an investment in the relationship. This progressive taming of death through pre-mourning work helps many families to prepare the mourning work itself, which will take place after the loss. But what happens when an exceptional phenomenon comes to upset, on the verge of death, this continuum of accompaniment, as well as the work already put in place by the family? The question will be addressed here through the phenomenon of terminal lucidity, which consists of a sudden return of functions altered by a serious pathology, a few hours to a few days before the person's death. In particular, two hypotheses will be raised about this phenomenon, which seems to be both a source of trauma and a source of help for the grieving process.

RACONTER LA MORT POUR APPRIVOISER LE DEUIL ? /RECOUNTING DEATH TO TAME GRIEF?

Rozenn Le Berre

Docteure en philosophie, enseignante-chercheuse, Centre d'Ethique Médicale, EA 7446 ETHICS

Mots-clés : DEUIL, TRAUMA, LITTÉRATURE, EXPÉRIENCE, COLLECTIF / GRIEF, TRAUMA, LITERATURE, EXPERIENCE, COLLECTIVE

L'objectif de cette réflexion est de s'intéresser à la question de la transformation de soi que l'expérience de deuil engage, et ce, à partir de l'initiative littéraire. A partir de l'étonnement que produisent certains récits de deuil, nous interrogerons le besoin d'écrire comme initiative tendant à approcher l'expérience du deuil, à la comprendre, voire à " résoudre " le trauma. Sous cet angle, l'écriture de deuil, singulière, tout à fait spécifique, s'envisage sous le registre de l'action, possédant ses modalités, ses dynamiques propres et entraînant ses effets biographiques. Il s'agira alors d'interroger et de pointer les richesses et les limites du cadre théorique ouvert par la notion d'identité narrative de Paul Ricoeur (Ricoeur, 1991), dans le cas précis de la dynamique propre à l'impulsion créatrice du geste littéraire, dans le cas du deuil. En effet, la littérature contribue à engendrer son propre ordre de connaissance ou d'approche du deuil : elle le construit comme " objet ". En prenant cet ordre du littéraire – qu'il nous faudra qualifier – au sérieux, nous nous proposons d'interroger la notion de créativité littéraire : quelles sont les ressources propres à la littérature qui permettent de rendre compte de la dynamique à l'œuvre dans l'entreprise de " reconstruction " du sujet ? Celle-ci est-elle seulement possible ? Mais sous l'angle de l'action, nous montrerons également que l'écriture du deuil répond à une forme d'engagement public et d'interpellation dont les enjeux normatifs sont larges. Loin de considérer la démarche d'écriture de deuil comme réservée à la sphère intime, nous tenterons de montrer en quoi l'expérience du deuil, par la médiation de l'écriture et de la lecture, est d'emblée collective, publique, voire politique (Butler, 2005). En effet, contre l'idée d'un vécu du deuil comme relevant uniquement de la sphère de l'intime, les récits de deuil interrogent le lien à autrui, entre travail d'écriture et expérience de lecture : le besoin d'écrire permet-il de dire quelque chose du trauma de la perte ? Cette question rencontre le besoin de lire : qu'est-ce qui pousse les endeuillés à lire des récits littéraires ou des témoignages ? Parle-t-on ici d'une " communauté " d'endeuillés ? Ainsi, à l'entrecroisement du travail d'écriture et de l'expérience de lecture, dans quelle mesure l' objet deuil " fait société ", questionne le lien social ?

The purpose of this reflection is to focus on the question of the self-transformation that the experience of mourning engages, and this, from the literary initiative. From the astonishment that certain narratives of mourning produce, we will question the need to write as an initiative tending to approach the experience of mourning, to understand it, even to "solve" the trauma. From this point of view, the singular, quite specific writing of mourning is considered under the register of action, possessing its modalities, its own dynamics and resulting in its biographical effects. It will then be a question of pointing out the richness and the limits of the theoretical framework opened up by the notion of " narrative identity " of Paul Ricoeur (Ricoeur, 1991), in the specific case of the creative impulse of the literary gesture, in the case of mourning. In fact, literature contributes to generating its own order of knowledge or approach to mourning: it constructs it as an "object". By taking this order of the literary - which we will have to describe - seriously, we propose to question the notion of literary creativity: what are the resources specific

to the literature which make it possible to account for the dynamics at work in the enterprise of "reconstruction" of the subject? Is this only possible?

But from the point of view of action, we will also show that the writing of mourning responds to a form of public engagement and interpellation whose normative issues are broad. Far from considering the process of writing of mourning as reserved for the intimate sphere, we will try to show how the experience of mourning, through the mediation of writing and reading, is from the outset collective, public, even policy (Butler, 2005). Indeed, against the idea of an experience of mourning as belonging solely to the sphere of intimacy, the stories of mourning question the link to others, between writing work and reading experience: the need to write allows it say something about the trauma of the loss? This question meets the need to read: what causes the bereaved to read literary stories or testimonies? Are we talking about a "community" of mourners? Thus, at the intersection of writing and reading experience, to what extent does the mourning object "make society" question the social bond?

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Paul Ricoeur, Temps et récit, 1991
- Judith Butler, Vie précaire; pouvoirs du deuil et de la violence

LA MAITRISE DE LA MORT : DE L'EUTHANASIE AU TRANSHUMANISME, LE GRAND ECART JURIDIQUE ? / THE CONTROL OF DEATH: FROM EUTHANASIA TO TRANSHUMANISM, THE GREAT LEGAL GAP?

Aline Cheynet de Beaupré

Professeur de droit privé, Professeur de droit privé - Université d'Orléans

Mots-clés : DROIT – ETHIQUE – EUTHANASIE – FAMILLE - TRANSHUMANISME / LAW - ETHICS - EUTHANASIA - FAMILY - TRANSHUMANISM

Le projet de loi bioéthique avait inscrit la fin de vie au programme des révisions, contrairement aux précédentes lois, avant de l'en retirer.

Le transhumanisme est, quant à lui, inscrit dans les autres développements de révision des lois de bioéthique. Les projets de libéralisations des règles en matière de génétique pourraient donner une nouvelle dynamique à la fin de vie dans ses applications scientifiques (in vitro, génomique et prédictive).

Génétique, intelligence artificielle, médecine prédictive, recherche sur les embryons... : la mort est bien présente " derrière " la vie et donc l'éthique. Pourtant, le transhumanisme contient un vivier de problématiques juridiques autour de la question de la mort (médecine de précision, traitement personnalisé, désescalade, médecine prédictive, action sur le risque, médecine génomique...).

La maîtrise de la mort est un sous-jacent qui dépasse la " simple " volonté de l'individu. Le Droit doit être apte à gérer de nouvelles approches manifestées par les limites de la science (mort brutale, état végétatif post-traumatique...), comme par ses nouveaux horizons : greffes d'organes, transhumanisme et médecine prédictive.

Pour le juriste, la mort traumatique renvoie à diverses situations que le Droit devra gérer :

- ne pas vouloir mourir, vouloir mourir ou ne pas avoir prévu de mourir
- les difficultés liées aux funérailles et au devenir du corps
- le transhumanisme (tenter de gérer la mort ou la retarder) et la médecine prédictive (éviter la mort, annonce de la mort, responsabilités pour erreur ou mauvaise gestion de l'événement...).

The bioethics bill had included the end of life in the revisions program, contrary to previous laws, before withdrawing it.

Transhumanism is, in turn, inscribed in the other developments of revision of the laws of bioethics. Plans to liberalize the rules on genetics could give end-of-life dynamics a new dynamic in its scientific applications (in vitro, genomic and predictive). Genetics, artificial intelligence, predictive medicine, research on embryos ...: death is present "behind" life and therefore ethics. However, transhumanism contains a pool of legal issues around the issue of death (precision medicine, personalized treatment, de-escalation, predictive medicine, risk action, genomic medicine ...).

The control of death is an underlying that goes beyond the "simple" will of the individual. Law must be able to manage new approaches manifested by the limits of science (sudden death, post-traumatic vegetative state ...), as well as its new horizons: organ transplants, transhumanism and predictive medicine.

For the jurist, traumatic death refers to various situations that the law will have to deal with:

- not wanting to die, wanting to die or not having planned to die
- difficulties related to the funeral and the future of the body
- transhumanism (trying to manage death or delaying it) and predictive medicine (avoidance of death, announcement of death, responsibility for error or bad management of the event...).



L'ANNONCE DE LA MORT EST-ELLE TRAUMATIQUE ? / IS THE ANNOUNCEMENT OF DEATH TRAUMATIC?

Clément RIZET

Docteur en psychologie clinique et psychopathologie, psychologue clinicien au centre de santé de l'université de La Rochelle et psychanalyste à Royan., Service de santé universitaire. Université de La Rochelle., Cabinet privé. 17200 ROYAN.

Mots-clés : MORT - TRAUMATISME - TRAVAIL DU TRÉPAS - SUICIDE / DEATH - TRAUMA - WORK OF DEATH - SUICIDE

A la charnière des années 90 et 2000, j'avais écrit un petit texte, perdu depuis, mais cité parfois (ce qui ne cesse de me surprendre), qui portait ce titre. Je l'avais lu puis distribué à très petite échelle dans l'hôpital où j'exerçais alors. Il s'avérait utile, à cette époque, que les médecins, les chirurgiens, les soignants (et les internes pour lesquels j'animais un groupe Balint), puissent avoir le courage de donner à leurs patients non pas seulement un pronostic, mais surtout de ne pas se défilier devant la vérité : la mort à venir, la mort à annoncer, et ce, directement auprès de leurs patients.

Ce petit texte, nullement destiné à publication, eut un effet utile, je crois, amenant à discuter de la question, et surtout contribuant à lever en partie l'angoisse de l'annonce, si difficile pour le médecin, si éloignée du fantasme de guérisseur. Cependant, le caractère péremptoire de mon affirmation finale de l'époque, à savoir que cette annonce n'est pas traumatogène, me semble aujourd'hui plus difficile à soutenir que jamais.

L'époque a, selon moi, vu évoluer défavorablement la capacité de chacun d'entre nous à tolérer, accepter, tout ce qui tourne autour de la mort. Ma propre vie ne m'a pas amené à faire sagesse, en moi, vis-à-vis de cette question, loin s'en faut. Mon métier non plus. Pourtant, mes réflexions sur la question, étayée tant par ma pratique clinique que mes lectures philosophiques (Platon, Jankélévitch, Merleau-Ponty, etc.) et l'admiration que j'ai pour quelques peintres (comme Soulages, par exemple), ainsi que mon intérêt pour la question du suicide, me conduisent à mieux penser cette question : l'annonce de la mort est-elle traumatique ?

J'aimerais, dans cette communication, faire part, tout simplement, du moment où j'en suis de mes réflexions, et permettre d'engager une discussion sur ce thème.

At the turn of the 90s and 2000s, I wrote a little text, lost since, but sometimes quoted (which continues to surprise me), which bore this title. I read it and distributed it on a very small scale in the hospital where I was working. It proved useful, at that time, that the doctors, the surgeons, the carers (and the interns for whom I animated a Balint group), could have the courage to give to their patients not only a prognosis, but especially not to be defiled before the truth: the death to come, the death to announce, and this, directly with their patients.

This little text, which was not intended for publication, had a useful effect, I believe, leading to a discussion of the question, and especially helping to remove in part the anxiety of the announcement, so difficult for the doctor, so far removed from the fantasy of healer. However, the peremptory nature of my final statement of the time, that this announcement is not traumatic, seems more difficult to sustain than ever before.

In my opinion, the time has unfavorably evolved the capacity of each of us to tolerate, accept, everything that revolves around death. My own life did not bring me wisdom, in me, vis-à-vis this

question, far from it. My job no more. However, my reflections on the question, supported both by my clinical practice and my philosophical readings (Plato, Jankélévitch, Merleau-Ponty, etc.) and the admiration I have for some painters (like Soulages, for example), as well as that my interest in the question of suicide leads me to think better of this question: is the announcement of death traumatic?

I would like, in this communication, simply to share my thoughts and to start a discussion on this topic.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Camus A., Le Mythe de Sisyphe, Paris, Gallimard, 1942.
- Jankelevitch V. La Mort, Paris, Flammarion.
- M'Uzan M. de, Le Travail du trépas, in De L'Art à la Mort, Paris, Gallimard.

DE LA MALADIE CHRONIQUE A LA CERTITUDE DU MOURIR: IMPACT SUR LES CONJOINTS / FROM CHRONIC ILLNESS TO CERTAINTY OF DEATH: IMPACT ON SPOUSES

Yasmine Chemrouk, Amandine Breton

Doctorante en psychologie et psychologue

Mots-clés : CANCER, CONJOINTS, TEMPORALITÉ, ANNONCE, DEUIL ANTICIPÉ. / CANCER, SPOUSES, TEMPORALITY, ANNOUNCEMENT, ANTICIPATED BEREAVEMENT.

Aujourd'hui les avancées de la médecine offrent de meilleures chances de survie aux patients atteints de cancer. Le parcours du patient atteint d'un cancer est jalonné d'annonces : annonce de la maladie et/ou : de la rémission, de la récurrence, de changements de traitements, de la phase palliative, phase terminale, le cas échéant.

Ces annonces sont faites dans une temporalité objective médicale mais aussi subjective pour le patient et son conjoint, il s'agit de la temporalité psychique. La vie du couple est en grande partie rythmée par les traitements, les rendez-vous hospitaliers, les examens et leurs résultats, etc.

Question de recherche

La littérature nous montre que le délai entre l'annonce d'un échappement thérapeutique et le décès a un impact sur le vécu du conjoint, ainsi que sur son adaptation psychique. Nous discuterons ici des notions de pré-deuil (adaptatif) et de deuil anticipé (désinvestissement libidinal massif, pathologique, qui induirait une moins bonne adaptation après le décès).

Cette recherche concerne l'intérêt, la formation et la motivation du médecin à communiquer un pronostic à un patient et sa famille. Un pronostic transmis dans des conditions non contrôlées, par un médecin non formé, a des conséquences majeures sur les liens affectifs d'un patient avec ses proches. Nous étudierons comment une annonce à l'échappement thérapeutique de la maladie peut faire effraction et empêcher la mentalisation et ainsi engendrer un deuil anticipé.

Méthodologie et population

Pour illustrer notre propos nous présenterons le cas de Madame W. mariée avec un patient atteint de cancer depuis 4 années et qui jusqu'à l'annonce de l'échappement thérapeutique était considéré en rémission. Ils ont un enfant âgé de 10 ans. Nous utiliserons des enregistrements audio d'entretiens cliniques, ils ont été réalisés après recueil du consentement de la personne.

Les entretiens ont été entièrement retranscrits, une analyse thématique des verbatim par triangulation est en cours de réalisation par deux psychologues et le logiciel Nvivo a été utilisé. Nous avons privilégié cette méthode à celle de l'IPA puisqu'il s'agit d'entretien clinique et non de recherche.

Résultats attendus

L'annonce d'un échappement thérapeutique n'est pas sans conséquence pour celui qui la reçoit. En fonction de sa temporalité subjective, et la manière dont elle sera annoncée, elle peut être perçue comme brutale (traumatogène) et ainsi empêcher l'élaboration psychique et éventuellement provoquer un deuil anticipé chez le conjoint qui la reçoit. A travers l'étude de cas

présentée, nous verrons comment l'épouse du patient, après la sidération, désinvestit la relation affective avec son mari.

Perspectives

Cette étude nous renseigne sur le fonctionnement psychique des conjoints de patients atteints de cancer face à la certitude du mourir. Elle nous rappelle l'importance de la temporalité dans ce type d'annonce ainsi que les précautions à prendre pour limiter le risque traumatogène. Le cancer prend souvent le statut de " maladie chronique " pour les professionnels de santé. Le risque léthal semble s'éloigner sur les plans symbolique et temporel. Mais la représentation mortelle du cancer est-elle détachée du terme qui le désigne ?

Today, medical advances offer better chances of survival for cancer patients. The cancer patient's journey is marked by announcements: announcement of the disease and/or: remission, recurrence, changes in treatment, palliative phase, terminal phase, if applicable.

These announcements are made in an objective medical temporality but also subjective for the patient and his spouse, it is about psychological temporality. The couple's life is largely punctuated by treatments, hospital appointments, examinations and their results, etc.

Research question

The literature shows us that the delay between the announcement of a therapeutic escape and death has an impact on the spouse's experience, as well as on his or her psychological adaptation. We will discuss here the notions of pre-death (adaptive) and early bereavement (massive, pathological libidinal disinvestment, which would lead to less good adaptation after death).

This research concerns the interest, training and motivation of the physician to communicate a prognosis to a patient and his or her family. A prognosis transmitted under uncontrolled conditions by an untrained physician has major consequences on a patient's emotional ties with family and friends. We will study how an announcement to the therapeutic escape of the disease can break in and prevent mentalization and thus generate early grief.

Methodology and population

To illustrate our point, we will present the case of Mrs W. who has been married to a cancer patient for 4 years and who, until the announcement of the therapeutic escape, was considered in remission. They have a 10-year-old child. We will use audio recordings of clinical interviews, they were made after obtaining the person's consent.

The interviews were fully transcribed, a thematic analysis of the verbatim by triangulation is being carried out by two psychologists and the Nvivo software was used. We have favoured this method over the API method since it is a clinical interview and not a research method.

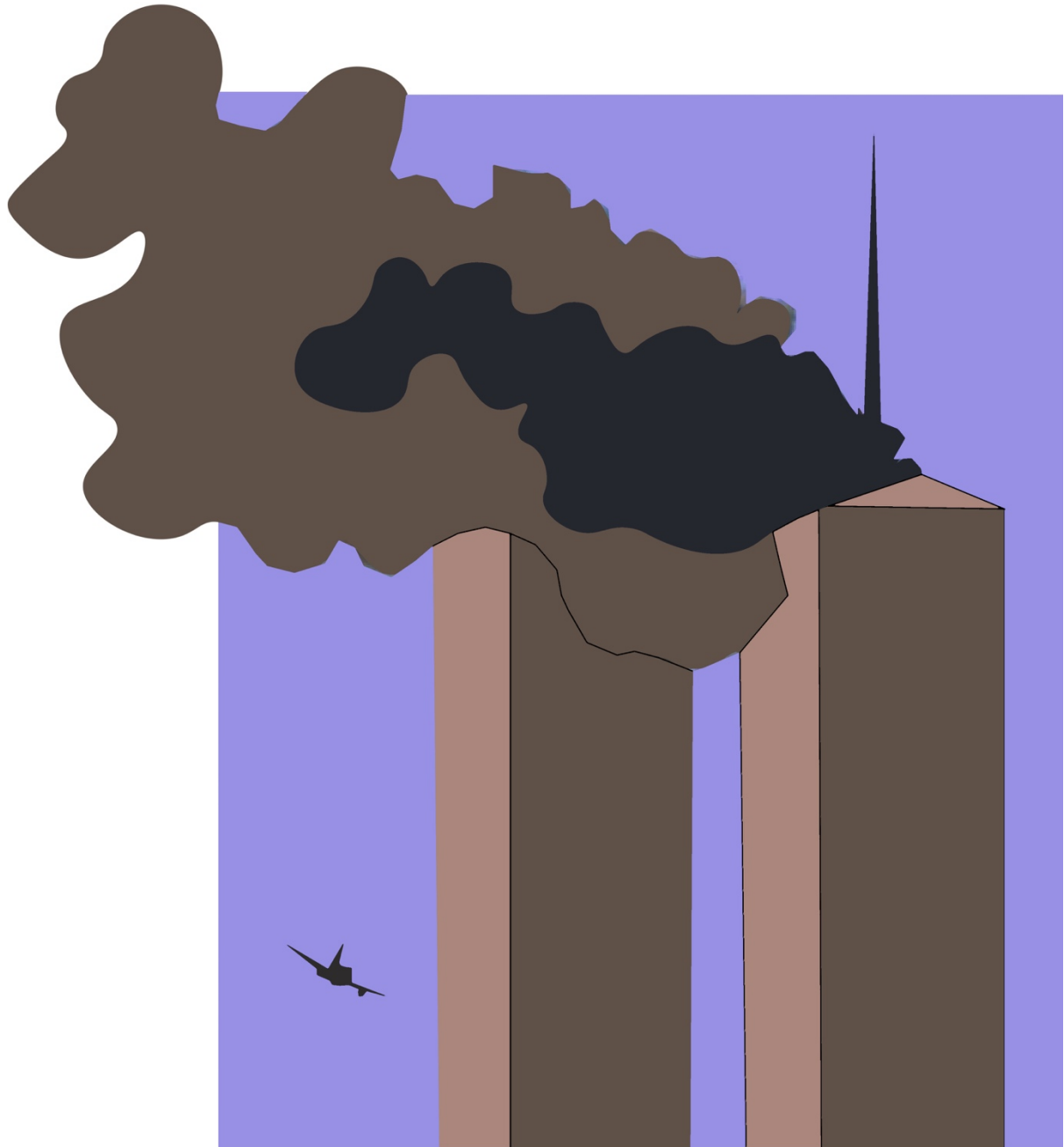
Expected results

The announcement of a therapeutic escape is not without consequence for the person receiving it. Depending on its subjective temporality, and the way it will be announced, it can be perceived as brutal (traumatogenic) and thus prevent psychological development and possibly cause early bereavement in the spouse who receives it. Through the case study presented, we will see how the patient's wife, after the astonishment, disinvests the emotional relationship with her husband.

Prospects for the future

This study provides us with information on the psychological functioning of spouses of cancer

patients in the face of the certainty of death. It reminds us of the importance of temporality in this type of announcement and the precautions to be taken to limit the risk of trauma. Cancer often takes on the status of a "chronic disease" for health professionals. The lethal risk seems to be moving away symbolically and temporally. But is the fatal representation of cancer detached from the term that refers to it?



DÉCISIONS DE FIN DE VIE : LES LIMITES D'UNE PENSÉE BINAIRE / END-OF-LIFE DECISIONS: THE LIMITS OF BINARY THINKING

Célia CRISTIA

Psychologue clinicienne - doctorante, Centre de Recherche en Psychopathologie et en Psychologie Clinique, Université Lyon 2

Mots-clés : DÉCISION – DOUBLE-EFFET – INTENTION – PSYCHISME – SOIGNANTS / DECISION - DOUBLE EFFECT - INTENTION - PSYCHISM - CAREGIVERS

En 2016, la loi Claeys-Leonetti était promulguée, créant de nouveaux droits aux patients en fin de vie. Parmi ceux-ci, la sédation profonde et continue a ouvert de nouvelles possibilités mais aussi de nouveaux questionnements. En promulguant ce droit, le législateur semble conduire un chemin vers plus de liberté pour le patient tout en réaffirmant l'interdit de l'euthanasie. Le double-effet d'une telle prescription soulève un questionnement éthique qu'il semble primordial d'explorer tant il place les principaux acteurs concernés dans des situations d'accompagnements psychiquement extrêmes.

En effet, la décision à double-effet convoque une double conséquence : l'une est considérée comme bonne et souhaitable ; l'autre est vue comme mauvaise et non-désirée. L'exemple de la légitime-défense montre comment un acte irréversible comme un crime peut être légalement et moralement excusé si l'intention de l'acteur était de se défendre lui-même d'une attaque contre sa vie.

Dans le cas d'une sédation profonde et continue, la question est " presque " simple lorsque le patient peut décider. Le médecin n'a qu'à vérifier que les conditions physiologiques et psychologiques soient réunies pour que le patient ait droit à la prescription. Mais, dans le cas de patients qui ne peuvent plus s'exprimer, les soignants (et principalement les médecins) doivent prendre toutes les décisions médicales les concernant. A propos de la sédation profonde et continue, les experts recommandent, après validation de tous les critères mesurables à propos du patient de " vérifier l'intention de l'équipe "[1]. Cela signifie que les professionnels doivent être clairs quant à leurs intentions pour le patient inconscient : soulager sa peine est accepté tandis que raccourcir sa vie est proscrit.

Cette étude, menée lors d'un projet de doctorat en psychologie, s'intéresse à cette notion particulière d'*intention* pour autrui, lorsqu'autrui est sur le point de mourir. Est-il possible d'articuler ce type de décision à double-effet autour d'une pensée clivée (bon ou mauvais soin) ? Plusieurs facteurs sont impliqués dans ces processus décisionnels particuliers : une part individuelle et subjective, une dynamique groupale à plusieurs niveaux et, si l'observateur est un psychologue clinicien, nous pouvons aussi pointer les divers procédés inconscients qui traversent ces différentes parts. Evidemment, l'aspect mortifère d'un environnement telle qu'une unité de soins palliatifs crée un habitus d'expériences qui impacte inévitablement la manière de penser. La fin de vie de l'autre est, lors de ce type de situation, une expérience qui mêle désirs, projections, effroi ou convictions.

Plus que des résultats définis, cette recherche vise à ouvrir une plus large réflexion sur les *décisions prises à la place d'autrui* dans le cas de fins de vie et à décrire les effets inconscients de ce type de processus qui méritent d'être plus considérés. L'étude, menée dans deux unités de soins palliatifs durant 17 journées (ou nuits) à chaque fois, a permis de recueillir des observations de terrain ainsi que 26 entretiens enregistrés avec des professionnels volontaires.

L'analyse qualitative des données permet de dessiner les contours des mécanismes de tels processus décisionnels pris *à la place d'autrui* en fin de vie mais aussi de proposer des hypothèses sur les conséquences psychiques qu'introduisent de tels mises à l'épreuve pour le collectif des professionnels, les patients accueillis, l'institution... La présentation de *triangulations cliniques*, issues du travail de recherche, étayera cette présentation.

[1] Sédation pour détresse en phase terminale et dans des situations spécifiques et complexes : recommandations chez l'adulte et spécificités au domicile et en gériatrie, SFAP, p. 10

In 2016, the Claeys-Leonetti law was promulgated, creating new rights for end-of-life patients. Among these, the terminal sedation opened new possibilities but also new questions. By enacting this right, the legislator seems to be leading a path towards more freedom for the patient while reaffirming the prohibition of euthanasia. The principle of double effect of such a prescription raises an ethical question that it seems essential to explore as it places the main actors concerned in situations of extreme psychic support.

Indeed, a double-effect decision imposes a double consequence: one is considered as good and desirable; the other one is seen as bad and undesired. The example of self-defense shows how an irreversible act as a crime can be legally and morally excused if the actor's intention was to defend himself from an attack against his life.

In the case of end-of-life sedation, the question is "quite" simple when the patient can decide for himself. The doctor only has to check that the physiological and psychological conditions are met for the patient to be eligible for treatment. But, in the case of patients who can no longer express themselves, caregivers (and mainly doctors) must make all medical decisions concerning them. Regarding deep and continuous sedation, the experts recommend, after validation of all measurable criteria about the patient, to "verify the intention of the team". This means that caregivers' team must be clear about its intentions for the unconscious patient: relieving his pain is accepted while shortening his life is prohibited.

This study, conducted as part of a doctoral project in psychology, focuses on this particular notion of *intention* for others, when others are about to die. Is it possible to articulate this type of double-effect decision around a cleaved thought (good or bad care)? Several factors are involved in these particular decision-making processes: an individual and subjective part, a multi-level group dynamic and, when the observer is a clinical psychologist, we can also point out all the subconscious processes that go through these different parts. Obviously, the deadly aspect of an environment such as a palliative care unit creates some experience habit that inevitably impacts the way of thinking. The end of the other's life is, in this type of situation, an experience that combines desires, projections, fear or convictions.

More than defined results, this research aims to open up a broader reflexion on *decisions taken in the place of others* in end-of-life situations and to describe the subconscious effects of this type of process that deserve more consideration. The study, conducted in two palliative care units over 17 days (or nights) each, collected field observations and 26 recorded interviews with volunteer professionals. Qualitative data analysis makes it possible to draw the contours of such decision-making process mechanisms taken *in the place of others* at the end of life but also to propose hypotheses on the psychological consequences that such trial introduce for the professionals team, the patients received, the institution.... The presentation of *clinical triangulations*, resulting from the research work, will support this presentation.

" QUAND DEUIL ET TRAUMATISME SE CONJUGENT ET SE COMPLIQUENT MUTUELLEMENT : UN CAS DE DEUIL POST-TRAUMATIQUE INTRA-FAMILIAL. APPROCHE PSYCHODYNAMIQUE ET ENJEUX PSYCHOTHÉRAPIQUES " / "WHEN GRIEF AND TRAUMA COMBINE AND COMPLICATE EACH OTHER: A CASE OF INTRA-FAMILY POST-TRAUMATIC GRIEF. PSYCHODYNAMIC APPROACH AND PSYCHOTHERAPEUTIC ISSUES

ZAFFARONI Célia

Psychologue clinicienne, CHRU NANCY - Service de Médecine légale, Unité Médico-Judiciaire, Consultation du psycho traumatisme et de victimologie

Mots-clés : DEUIL, TRAUMATISME, PSYCHODYNAMIQUE, PULSION DE MORT, DÉPRESSION / GRIEF, TRAUMA, PSYCHODYNAMICS, DEATH DRIVE, DEPRESSION

Mme D. consulte sur le conseil d'une juriste du service d'aide aux victimes dans les suites d'une tentative d'homicide par son conjoint après que ce dernier ait tué leur enfant unique au moyen d'une arme à feu. Mme D. doit sa vie à sa fuite panique après que l'arme se soit enrayée. Mme D. a vécu un événement d'une grande violence qui l'a confrontée à la fois à l'imminence de sa propre mort et à la perte d'un enfant. Dans les suites de cet événement, Mme D. a rapidement développé un syndrome psychotraumatique massif avec des mécanismes de défense dissociatifs marqués, associés à un deuil des plus " compliqué ".

Cette situation clinique soulève de nombreux questionnements : Comment cohabitent psychiquement l'expérience traumatique et l'expérience de deuil ? Quels sont les mécanismes intra psychiques à l'œuvre quand la confrontation au réel de sa propre mort se double d'une confrontation à la mort de l'autre ? Comment le trauma impacte-t-il le travail de deuil et inversement ? Qu'en est-il de la pulsion de mort ? A quelles expressions cliniques et difficultés singulières cette double problématique nous confronte-t-elle ? Enfin, quels leviers thérapeutiques le clinicien peut-il mobiliser ?

A partir de l'illustration du cheminement psychothérapique singulier de Mme D., l'auteur analyse les dynamiques internes propres aux processus impliqués dans le trauma et le deuil ainsi que leurs facteurs de complications respectifs.

Le deuil et le trauma ne se distinguent pas seulement sur le plan de l'expérience vécue mais également sur le type d'angoisse, d'affect, de processus internes qu'ils génèrent. Dans un contexte aigu, ils se différencient également dans leurs indications et modalités de prise en charge.

L'analyse clinique montre que les mécanismes intra psychiques propres au deuil et au trauma correspondent à des mouvements qui peuvent s'opposer au niveau dynamique et agir comme un conflit.

La fascination traumatique qui mobilise et fige l'énergie psychique peut retarder l'acceptation du " verdict " du principe de réalité à savoir la mort de l'être cher. De même que le poids des mécanismes de défense dissociatifs, le déni et le clivage en particulier dans le cas de Mme D. Le syndrome de répétition agit quant à lui comme un frein au travail de mémoire pourtant si essentiel au processus de deuil en ce qu'il contribue à l'intériorisation de l'objet perdu.

Les sentiments d'abandon et de culpabilité sont communs au deuil et au trauma mais leurs déterminismes et ressorts internes diffèrent ainsi que leurs possibles expressions cliniques. Dans le cas de Mme D., ces sentiments se sont révélés si massifs que leur expression est longtemps restée non dicible.

Les voies d'élaboration sur lesquelles s'est appuyée progressivement Mme D. sont passées par une nécessaire régression, en particulier vers la position dépressive, l'exposant au retournement sur soi des pulsions agressives. Pour Mme D. le mouvement régressif s'est aussi traduit par l'investissement du corps à la fois comme support d'identification mortifère à l'objet perdu et comme lieu de symbolisation possible au sens de la " somatisation symbolisante ". Peut-on y voir la marque du dualisme pulsion de vie /pulsion de mort ?

In fine, il nous semble que le travail psychothérapique mené avec Me D. et le potentiel de la " fonction pacifiante " du procès judiciaire ont trouvé leurs limites dans la douloureuse quête d'un sens à donner à l'expérience vécue ; en témoigne le maintien d'un noyau inélaborable en lien avec la confrontation à la " violence fondamentale ".

Il nous apparaît que le travail psychique sur la perte peut, sous certaines conditions, contribuer à l'élaboration autour du trauma en ce qu'il fait appel à des représentations qui peuvent nourrir le travail de liaison psychique. Parmi ces conditions, l'analyse de la dynamique transféro-contre-transférentielle nous semble essentielle.

Madam D. is consulting after seeing a legal advisor in a victim counsel service following an attempted homicide by her partner after he murdered with a firearm their only child. Madam D. is alive thanks to her flee after the weapon jammed.

Madam D. has lived a very violent event where she faced both an imminent threat to her life and the loss of a child. After this event, Madam D. quickly developed a massive psychotraumatic syndrome with aggravated dissociative defense mechanisms related to a very complicated grief. This clinical situation raises many interrogations : how the traumatic experience and the grief interact with each other ? What are the intra psychic mechanisms working when the imminence of one's own death clashes with the reality of someone else's death ? How does the trauma influence the grief process and vice versa? What about the death drive? What are the specifics clinical expressions and issues of this very particular situation that we might face? Finally, what therapeutic tools the therapist can use?

Using the singular case of Madam D. as an illustration, the author analyzes the internal movement specific to the process at work in trauma and grief, and their respective impact on each other.

Grief and trauma are the product of two distinct experiences, but are also distinct regarding the type of anxiety, affect, internal process, that they create. In an aggravated context, they also differ in their nursing modalities.

Clinical analysis shows that intra psychic mechanisms specific to grief and trauma are linked to opposed dynamics moves and can act as a conflict.

Traumatic fascination which drains mental energy can delay acceptance with the loss of a loved one. The same can be said for dissociative defense mechanism, denial and splitting in particular, for Madam D.

Repetition compulsion slows down the healthy grieving process.

Feeling of abandonment and guilt are common during grief and trauma, but their factors and mechanisms are as different as their clinical manifestation. In Madam D.'s case, those feeling were so massive that their manifestation remained unspoken for a long time.

Elaboration paths followed by Madam D. went through a needed regression, in particular toward depression, exposing her to self-destructive impulses. For madam D, the regressive move was characterized by an investment of the body, identified as the lost object and as a place of symbolization. May we see here the duality between death and life drive?

Finally, it appears that the psychotherapy conducted with Madam D. and the " pacifying effect " of the judicial process reached their limits with this painful quest for a meaning in this experience and this confrontation to violence.

It seems to us that psychological work on grief can, under certain conditions, helps with the elaboration of the trauma because it uses representation that can feed the work of psychic link. Among those conditions, analysis of the dynamic transference and counter-transf rence seems essential.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- BACQUE M.F. (2003) « Abord et psychothérapie individuelle d'adultes et d'enfants présentant un deuil post-traumatique » dans Etudes sur la mort 2003/1 n 131-141.
- DAMIANI C. (2010) « La réparation psychique ». Médecine et Droit, vol. 2010,n  100-101 :56-61.
- DEJOURS C. (2009) Les dissidences du corps. Répression et subversion en psychosomatique. Petit bibliothèque Payot.
- FREUD S. (1917) « Deuil et Mélancolie » in Métapsychologie, Paris, Gallimard, coll. « Folio essais », 1968, p 145-171.
- HANUS M. (1994) les deuils dans la vie. Paris, Ed Maloine.

TRANSHUMANISME : NOUVEAU PARADIGME OU FANTASME SECULAIRE ? / TRANSHUMANISM: A NEW PARADIGM OR SECULAR FANTASY?

Yann Hermitte

Psychologue au C.M.P.P. N.F.C., Docteur (PhD) en Psychologie Clinique et Psychopathologie (Rennes 2), Chargé d'enseignement à l'Université de Besançon, Psychologue au C.M.P.P. N.F.C., Chargé d'enseignement à l'Université de Besançon

Mots-clés : TRANSHUMANISME, DÉCOUVERTES SCIENTIFIQUES, NARCISSISME, PULSION DE MORT, PULSION DE VIE. / TRANSHUMANISM, SCIENTIFIC DISCOVERIES, NARCISSISM, DEATH DRIVE, LIFE DRIVE.

Le transhumanisme, bien qu'il ne se diffuse pas aussi rapidement que les gadgets connectés sur lesquels il espère tant, s'inscrit remarquablement bien dans un grand nombre d'entreprise mondialement connues et reconnues. Il ne s'agit cependant pas seulement de quelques ensembles logés au creux de la Silicon Valley et de leur financement, il s'agit aussi de recherches scientifiques et universitaires, d'un courant de pensée influant dans certains milieux et enfin, d'un public disposé à se faire glisser des implants sous la peau afin que chacun puisse rentrer chez lui sans avoir nul besoin de clef...

Qu'il s'agisse de ces " implant party " (Joly, 2015), plus largement de la convergence des quatre technologies dites " NBIC " (Vincent, 2011), ou encore de Calico, l'entreprise fondée par Google pour lutter contre le vieillissement et les maladies qui y sont rattachées, ces démarches illustrent cette tendance et cette volonté de voir apparaître non seulement une humanité " augmentée " (Benasayag, 2016) mais surtout, un " post-humain " qui viendrait prendre le relai d'un autre qui a suffisamment prouvé ses défaillances.

Ces espérances visent une augmentation du bien-être de l'être humain, une augmentation des compétences et de ses capacités et enfin, une augmentation de l'espérance de vie et le recul de la mort. Ainsi, ces mouvements transhumanistes prédisent-ils aux hommes, dans un avenir excessivement proche et grâce à toutes les avancées scientifiques, une durée de vie avoisinant les 1000 ans (Alexandre, 2012).

Mais pourquoi une telle entreprise, aux atours louables, prend des allures périlleuses et signe un malaise de nos civilisations ? Quels sont les ressorts possiblement psychopathologiques de ce mouvement et que nous en enseigne la psychanalyse ?

A ces questions Freud, nous apporte des réponses qui, semble-t-il, peuvent venir de ses travaux sur le narcissisme et une certaine expression de la pulsion de vie. L'un et l'autre n'étant pas sans lien avec la mort précisément et sans nul doute, avec le traumatisme que tout vide génère. Car la psychanalyse apporte un éclairage non seulement clinique à la question de la mort, mais elle reste également un support remarquable face à ces soubresauts de la modernité. Ainsi, grâce à une lecture freudienne, le transhumanisme peut être possiblement pensé comme une réponse, par la " mégalomanie humaine " (Freud, 2010), à notre condition de mortel, et comme un ersatz d'une pulsion de vie rendue morbide par le fantasme de vivre sans la mort et ce, grâce aux avancées technologiques.

Oubliant les blessures passées, infligées par Copernic, Darwin et Freud ; par l'astronomie, la biologie et la psychanalyse ; par la fin du géocentrisme, la théorie de l'Evolution et l'inconscient, le transhumanisme espère accoucher d'un sujet " hors-sol " (Ferone & Vincent, 2011), sans mort... et pourtant traumatisé par elle. A ce titre, de quoi le transhumanisme est-il le nom ? Ne

peut-il pas être envisagé comme le signe d'un deuil inachevé chez l'humain de sa condition de mourant ? Ou comme une réponse à ce traumatisme par un narcissisme poussé à son paroxysme grâce aux découvertes scientifiques – qui ne mènent pourtant pas forcément à ces dérives scientistes ? Ou enfin, comme un symptôme aux conséquences multiples et étendues (Benasayag, 2018) signe d'un conflit persistant entre deux pulsions ?

Even if it does not spread as quickly as the connected gadgets it hopes for, transhumanism influences a lot of recognized companies all around the world. It is not just about few enterprises in the Silicon Valley: it also have an influence on scientific and academic researches, on laboratories and universities, and on lot of people who wants to slip implants under the skin to open doors or unlock their phone...

Implant parties (Joly, 2015), the convergence of the four technologies called "NBIC" (Vincent, 2011), or Google's company named Calico founded to fight against aging diseases, illustrate this will to see an "augmented" humanity appear (Benasayag, 2016) and above all else, to see the rising of a "post-human" better than the old human kind who sufficiently proved his failings. Transhumanist hope that scientific progress will increase the well-being of men, will add skills and abilities to everyone, and finally, will increase lifetime and push back this age of death. Those transhumanist movements predict to men a lifetime about 1000 years old soon (Alexandre, 2012).

But why transhumanism is scary – even if it wants to make the world getting better? Is there any psychopathological mechanisms to understand this undertaking and what are the psychoanalysis explanations?

Freud brings us answers which come from his works on narcissism and life instinct. Both are related to death and trauma. Psychoanalysis brings a clinical light to the question of death, but it's also a support to understand these upheavals of modernity. With a Freudian reading of transhumanism, we possibly can see an answer of our mortal condition by the "human megalomania" (Freud, 2010), and an ersatz of a life instinct made morbid by the fantasy to live without the death, thanks to technological advances.

Forgetting past wounds inflicted by Copernicus, Darwin and Freud; by astronomy, biology and psychoanalysis; by the end of geocentric, the theory of Evolution and the unconscious, transhumanism hopes to give birth to an "off-ground" subject (Ferone & Vincent, 2011), ignoring death ... but still traumatized by it. So what transhumanism is about? Is it a sign of an infinitive mourning? Or is it a narcissist answer pushed to its peak thanks to scientific discoveries - which do not necessarily lead to these scientific ideas? Or finally, is it a symptom, with lot of consequences (Benasayag, 2018), sign of a persistent conflict between two instincts?

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Benasayag, M. (2016). Cerveau augmenté, homme diminué. Paris: La Découverte.
- Ferone, G., et Vincent, J.-D. (2011). Bienvenue en transhumanie: sur l'homme de demain. Paris: Bernard Grasset.
- Freud, S. (2010). Introduction à la psychanalyse. Paris: Payot et Rivages.
- Alexandre, L. (2012). Le recul de la mort : Vers une immortalité à brève échéance ? Conférence présenté à Paris. <https://www.youtube.com/watch?v=HTdQhf-y-eM>
- Vincent, J.-D. (2011, décembre). Bienvenue en transhumanie, sur l'homme de demain. Consulté à l'adresse https://www.youtube.com/watch?v=b_p6D1YzD9A

QU'EST-CE QUI DE LA MORT FAIT TRAUMA ? L'EXEMPLE DES " MALADIES DE VIEILLESSE " DANS LE LIEN SOCIAL CONTEMPORAIN. / WHAT IS SO TRAUMATIC ABOUT DEATH? THE EXAMPLE OF "OLD AGE DISEASES" IN CONTEMPORARY SOCIAL RELATIONS.

Solène Hiton

Psychologue clinicienne, doctorante en psychopathologie psychanalytique, Université Paris Diderot, CRPMS

Mots-clés : MORT, TRAUMA, VIEILLISSEMENT, MALADIE, LIEN SOCIAL / DEATH, TRAUMA, AGEING, DISEASE, SOCIAL LINK

Le sexe et la mort sont très certainement les deux impensables les plus examinés par la psychanalyse, l'un et l'autre se substantivant au cœur du conflit psychique du sujet parlant. En effet et malgré d'innombrables efforts dont certains remarquables, des philosophes, scientifiques, psychanalystes, analysants ou encore artistes, le sexe et la mort restent inexorables. Ainsi, penser la mort est, du moins en partie, impossible. Cette dernière est signe du réel, de ce qui échappe à l'entière compréhension. Alors, le sujet malade ou non, jeune ou âgé n'en veut rien savoir (du moins dans la névrose) et ne peut, quoi qu'il en soit, tout en savoir. Néanmoins, il est des situations où l'intraitable de la mort se fait davantage visible et le sujet ne peut s'y soustraire. Par exemple, la maladie organique confronte le sujet à la finitude de son être, finitude inscrite au creux même de son propre corps, les "maladies de vieillesse" l'illustrant exemplairement. L'annonce d'une maladie neurodégénérative telle qu'Alzheimer, dévoile alors, outre la mort réelle, la mort sociale voire psychologique du sujet à venir. L'angoisse et la dépression en sont les manifestations cliniques clefs et les EHPAD, plus qu'un lieu de vie, sont considérés par les sujets comme le lieu de leur mort anticipée en directives. Ainsi, le destin ineffable de la vie révélé crûment au sujet trace la voie à une perte irréversible, que cela soit la sienne seulement anticipée et que jamais le sujet ne connaît, ou bien celle d'un proche invoquant la douleur et le deuil. Mais si dans le Phédon, Platon évoque un " apprendre à mourir ", est-il seulement possible de saisir, d'appréhender sa propre mort, soit de l'introduire dans le registre du signifiant frayant la voie au processus de symbolisation ? La révélation de la maladie ou encore le placement en institution médicalisée précipitent le sujet vers une métabolisation impossible de la mort réelle qui se conjugue aux effets d'un changement de vie brutal, d'un rapport à soi et à l'autre remanié bouleversant la façon dont ce dernier donnait du sens à sa vie, plus qu'à sa mort ! Par ailleurs, la manière dont la mort elle-même, la maladie ou encore le vieillissement s'inscriront et seront accueillis au sein de la famille et du lien social, aura un impact non négligeable sur la réponse que le sujet élaborera. De fait, si la mort convoque diverses représentations tant au plan individuel que social, il est évident qu'elle ne peut entièrement être symbolisée, il perdure un reste, c'est ce qu'indique son potentiel traumatique. En effet, la mort fait toujours trou dans la trame subjective. Alors, si trauma et mort semblent couramment couplés, il s'agira de se demander ce qui précisément, de la mort, peut se révéler traumatique. Nous postulons que la mort elle-même est un trauma constitutif du sujet et nous en tirerons les conséquences. Plus encore, les nouvelles expériences confrontant le sujet à sa finitude tel que le vieillissement et la maladie porteront ainsi un potentiel traumatique dans leur lien avec l'impossibilité du sujet à donner du sens, à penser ce

qui ne peut l'être du fait même de la structure du langage. Pour le dire autrement, ces potentielles nouvelles confrontations à l'ab-sens (Lacan, 1975)¹ à la dépendance et au manque constitutifs du fait humain pourront se révéler traumatiques dans l'après-coup. Celles-ci prendront une coloration tout à fait particulière au regard du traitement contemporain de la mort (rationalisation scientiste, idéal transhumaniste, etc.).

Notre problématique nous conduira d'une part à examiner ce qu'il en est de la mort au regard de l'enseignement de Lacan, soit dans ses trois dimensions réelle, imaginaire et symbolique afin d'en dégager sa logique au regard de la subjectivité. D'autre part, la notion de traumatisme méritera à être explicitée tant elle est, déjà depuis quelques années, omniprésente dans le discours commun. Conséquemment, nous ébaucherons une perspective critique des effets de la dimension structurelle traumatique de la mort. Enfin, nous verrons que si l'accueil de la mort dans le lien social contemporain comporte des enjeux, notamment politiques, ils ne seront pas sans incidence sur la subjectivité du sujet confronté à sa propre mort par le vieillissement et la maladie.

Sex and death are among the most discussed topics in the psychoanalytic field. They play a major and complex role in the psychological conflict. Despite many endeavours from philosophers, scientists, psychoanalysts, patients and even artists, sex and death remain inexorable. Therefore, thinking death is in many ways impossible. Indeed, death paves the way to the Real in that sense that it is beyond utter understanding. The subject, whether ill or not, whether young or old, represses death (at least in the neurosis) and, be that as it may, is unable to know everything about it.

By some situations, however, the incomprehensible character of death is highlighted and cannot be evaded. For instance, organic diseases challenge the subject with the finite character of the being, which is inherent to the body. Diseases affecting the elderly well exemplify that point. The enunciation of a neurodegenerative disease, such as Alzheimer, confronts subjects with their death to come in its real, social and psychological dimensions. Anxiety and depression are the key clinical manifestations of this confrontation, which can be well observed in retirement homes. These institutions appear, in that sense, as the place of death anticipated by advance directives. The finite character of life, bluntly revealed to the subject, suggests an irreversible loss, be it its own loss, only anticipated and never known, or the loss of a loved one resulting in sorrow and mourning.

In the *Phaedo*, Plato addresses the notion of "learning how to die", but is it even possible to grasp and apprehend one's own death, that is to say, placing death in the signifier's field which clears the way to the process of symbolisation? The enunciation of the disease and the institutional placement, with the brutal change in life, the remodelling in the relationship to the self and others that ensue, pushes patients to confront themselves with the question of death. This creates a bigger disruption in the way they used to give sense to their life rather than their death. Besides, the way death itself, but also ageing and disease will be perceived by the family and took into account in the social link, will have a non-negligible impact on the subject's response.

Thus, death triggers various representations both on the individual and social levels and it appears obvious that death cannot be fully symbolised, which suggests a traumatic potential. Indeed, death pierces the subjectivity. Trauma and death are therefore commonly associated, however a question to be addressed here is what in death can have a traumatic effect. The hypothesis of this paper is that death itself is a constituent trauma of the subject. Besides, new experiences confronting patients with their finiteness, such as ageing and disease, have a traumatic potential in relation with the impossibility to make sense of death and the limited character of language. In other words, these possible new confrontations with the "ab-sens" (Lacan, 1975), dependence and the constituent lack of human experience might be perceived as traumatic in the afterwardsness. These confrontations take on various forms in the

way death is apprehended in contemporary approaches such as scientist rationalisation and transhumanist ideal.

In an attempt to answer what in death can have a traumatic effect, on the one hand, death will be examined through the three fundamental dimensions of the subjectivity according to Lacan, namely the Imaginary, the Symbolic and the Real. On the other hand, the notion of trauma will be addressed as it has been widely used in the common discourse for a few years now.

Subsequently, a critical perspective on the traumatic structural dimension of death will be offered. Finally, focus will be on integrating death in the contemporary social link, its various stakes, particularly political, and its incidence on the subjectivity of someone confronted with death by ageing and disease.

PENSER LES RITES FUNÉRAIRES ET LE TRAVAIL DES POMPES FUNÈBRES EN TERME D'ACCOMPAGNEMENT AU DEUIL / THINKING FUNERAL RITES AND THE WORK OF FUNERAL HOMES IN TERMS OF BEREAVEMENT SUPPORT

Aurélie Masciulli

Doctorante, HES-SO, Université de Genève

Mots-clés : RITES – POMPES FUNÈBRES – DEUIL – ACCOMPAGNEMENT – PROCHE(S) /RITES - FUNERAL HOMES - MOURNING - ACCOMPANIMENT - CLOSE RELATIVE(S)

Sur la base d'un matériel empirique récolté auprès de quatre maisons de pompes funèbres en Suisse romande, il est démontré que la relation mercantile proche(s) – pompes funèbres est également source de relations qui tendent vers une prise en charge réhumanisée de la mort de la part des agent·e·s funéraires, comprenant assistance, conseil et soutien moral. Les compétences relationnelles – écoute, empathique, compréhension de dynamique familiale à l'œuvre - dans la gestion et la régulation même des émotions décrivent l'accompagnement proposé qui vient se positionner en plus des compétences techniques nécessaires à la mise en place et à la réalisation des rites funéraires. Ceux-ci, conçus par la profession comme le premier pas vers le deuil, sont ainsi investis par une forme de psychologisation de la relation professionnel·le·s – endeuillé·e·s. Penser alors les rites funéraires en termes de *savoir-être* et de *savoir-faire* des pompes funèbres, à travers l'accompagnement au deuil, pose la question de savoir s'ils participent à une certaine forme de facilitation du deuil à travers notamment l'expression et l'accompagnement des rites contemporains. La question est centrale dans une perspective qui conçoit le deuil comme étant collectif puisque ces professionnel·le·s sont les seul·e·s acteurs et actrices toujours présent·e·s en lien direct avec le(s) proche(s) dans les premières heures ou jours suivant un décès.

On the basis of empirical material collected from four funeral homes in French-speaking Switzerland, it has been demonstrated that the close commercial relationship between the funeral director and the funeral director is also a source of relationships that tend towards a rehumanized management of death by funeral directors, including assistance, advice and moral support. Relational skills - listening, empathy, understanding family dynamics at work - in the management and regulation of emotions themselves describe the proposed accompaniment, which is positioned in addition to the technical skills necessary to set up and carry out funeral rites. These, conceived by the profession as the first step towards mourning, are thus invested by a form of psychologization of the professional relationship - bereaved. Thinking funeral rites in terms of the knowledge and skills of funeral directors, through bereavement support, raises the question of whether they contribute to a certain form of bereavement facilitation, in particular through the expression and support of contemporary rites. The question is central from a perspective that conceives grief as collective since these professionals are the only actors always present in direct contact with the loved one(s) in the first hours or days following a death.

MOURIR AU TRAVAIL. EXPERIENCE AVEC UN COLLECTIF DE SALARIES SUITE A UN ACCIDENT MORTEL AU TRAVAIL / DYING AT WORK. EXPERIENCE WITH A GROUP OF EMPLOYEES FOLLOWING A FATAL ACCIDENT AT WORK

Yannick Mahé-Tyack (1) et Patricio Nussold (2)

Docteur en Psychologie, Médecin du Travail SAMSI Toulouse. Membre du groupe de psychodynamique du travail « Grand Sud ». yamahtya@hotmail.fr, Docteur en Psychologie (CNAM et UBA) /Membre du Laboratoire EPSYLON, Psychologie Clinique et Psychopathologie Université Paul Valéry Montpellier 3 et de l'équipe de recherche de l'Institut de Psychodynamique du Travail (IPDT ASTI). patricio.nussold@univ-montp3.fr

Mots-clés : TRAVAIL, MORT, TRAUMATISME, SOUFFRANCE, DÉFENSES VIRILES, PSYCHODYNAMIQUE DU TRAVAIL / WORK, DEATH, TRAUMA, SUFFERING, MALE DEFENSES, WORK PSYCHODYNAMICS

Comme l'énonce l'argument du colloque, la plupart des occidentaux meure dans leur lit. Pour autant, 540 personnes sont victimes d'accidents mortels au travail chaque année en France et 2 millions dans le monde selon l'OIT, soit l'équivalent de 5000 décès par jour : des accidents liés à la conduite de véhicules, l'utilisation de machines, des chutes de hauteur, mais aussi des suicides sur le lieu de travail, entre autres. Dans notre société occidentale, cette notion de travail risqué, d'exposition professionnelle à des nuisances physiques et le risque de trouver la mort ne semblent pas assez débattus.

Certains métiers sont identifiés comme étant dangereux, comme ceux dans le secteur du bâtiment, du transport routier, de l'industrie. Cette possibilité de survenue d'accidents est alors intégrée comme faisant partie des risques du métier. Cependant, dans toutes ces situations de travail, le péril psychique de la peur doit être surmonté au quotidien pour pouvoir accomplir la tâche.

Dans les services de santé au travail, les professionnels sont amenés à intervenir dans des situations où les travailleurs ont côtoyé, voire trouvé la mort. Ainsi, en 2018, nous sommes intervenus en binôme suite à la survenue d'un accident mortel dans une entreprise industrielle. Nous avons alors accompagné un collectif de salariés volontaires via un dispositif spécifique inspiré de celui de la psychodynamique du travail, suite à une demande d'intervention de prévention en psycho traumatologie.

Au cours de ces rencontres, les salariés ont pu raconter comment cette mort brutale a déstabilisé leur équilibre psychique dans une rencontre avec le réel qui est venue modifier leur système de défenses. On a pu voir de quelle façon les défenses viriles de ce collectif étaient organisées autour des jeux périlleux permettant de nier la peur du danger, mais aussi l'ennui et la monotonie du travail posté. Cependant, avec la peur, c'est le risque d'accident et de mort qui a été nié, et ce malgré la survenue d'accidents annonciateurs du drame. En effet, des accidents similaires s'étaient déjà produits, mais aucun n'a pour autant déstabilisé les défenses au point de remettre en route la pensée collective.

Lors des séances, ont pu être également évoquées les questions de la participation active, de responsabilité et donc de culpabilité devant l'évidence de la mort annoncée. Ils ont pu également parler de comment cette mort a finalement vite été " balayée " pour laisser la place à la reprise du travail, avec pour autant persistance de la " trace " de cet évènement chez les salariés.

Par cette communication, nous proposons de vous présenter quelques éléments de notre démarche inspirée des principes méthodologiques de la psychodynamique du travail :

1. En quoi et comment cette expérience de la mort dans le milieu professionnel a fait traumatisme auprès de ces travailleurs, auprès de l'entreprise et plus largement dans la société périphérique ;
2. Comment la rencontre brutale avec le réel de la mort dans le milieu professionnel est venue effracter l'appareil psychique et déstabiliser les défenses, remettant en cause la façon de travailler, l'organisation du travail.
3. Comment nous avons accompagné ce groupe de travailleurs endeuillés par la mort d'un des leurs, en permettant le déploiement de la parole tant dans un espace collectif qu'individuel, en laissant place à l'expression de leur subjectivité et en veillant à respecter une temporalité dans la prise en charge afin de ne pas être nous-même " happés " par l'urgence à " évacuer, faire taire " l'évènement ;
4. Comment penser la centralité du travail dans la construction de la santé dans ce contexte d'accident mortel ;
5. Et comment, à partir de cette mort, nous avons pu, avec les salariés, penser le lien entre travail, traumatisme et souffrance éthique.

As stated in the symposium introduction, most of westerners die in their bed. However, 540 people a year experience fatal accidents at the workplace in France and 2 millions at global level according to the ILO. This amounts to 5000 deaths per day: ranging from vehicle or machinery accidents, falls from heights, through to suicides committed at the workplace. Yet, the notion of high-risk jobs exposed to physical harm and fatality has long been overlooked in our western societies.

Certain types of occupations are naturally identified as dangerous when performed in the building, transportation or manufacturing industries. Fatalities are then considered an intrinsic component of these high-risk jobs. However workers have to cope with its associated fear and psychological distress when fulfilling their jobs on a daily basis.

Occupational physicians are led to operate in situations where employees have witnessed or died at the workplace. In 2018, we intervened as a pair after a fatality took place in a manufacturing organization located in a rural area. We supported a group of voluntary employees through a custom process inspired by occupational psychodynamics following the company's request for prevention in the field of psycho traumatology.

During our meetings, employees told us how this sudden death destabilized their psychological well being and how they had to face a reality, which deeply undermined their innate defense mechanism. We thus observed how male defenses got deployed into heroic games either to deny the fear of danger or adjust to the work's boredom and monotony. These behaviors occurred despite the fact that previous accidents could have acted as warning signs and undermine the groupthink.

The issues of active participation, accountability and therefore guilt towards a death foretold were raised during the counseling sessions. And the employees verbalized how this death was swiftly "swept aside" to return to work although it had left a persistent mark.

Through this communication proposal, we would like to introduce our support methodology inspired by work psychodynamics:

1. How and in what way this experience of fatality at the workplace caused trauma amongst these workers and spread across the organization and local community;
2. How facing a sudden death at the workplace disrupted their psychic apparatus and destabilized their defense mechanisms to eventually question their work organization and arrangements.
3. How we supported this group of employees mourning the death of their colleague by: a) allowing for communication in individual and group circumstances b) making room for

subjectivity and personal temporality so that we could ourselves avoid being either trapped into emergency or silencing the event.

4. How to rethink the centrality of work and the construct of health within the context of a fatality;
5. How this fatality helped collectively redefine the link between work, trauma and ethical suffering within the organization.



DE LA PATHOLOGISATION A LA NORMALISATION DU SUICIDE: REFLEXIONS DU POINT DE VUE COLLECTIF / FROM PATHOLOGIZATION TO NORMALIZATION OF SUICIDE: REFLECTIONS FROM A COLLECTIVE PERSPECTIVE

José Luis ESPERICUETA

Mots-clés : SUICIDE ; ORGANICISME ; SÉLECTION NATURELLE ; ÉVOLUTION ; SURVIE. / SUICIDE; ORGANICISM; NATURAL SELECTION; EVOLUTION; SURVIVAL

Le phénomène que nous aborderons dans ce colloque consacré à la mort traumatique a constitué, dans l'antiquité, la mort violente par antonomase : le suicide. Même l'homicide ne pouvait pas aspirer à être comparée à cet acte, car le fait de s'ôter la vie signifiait que le sujet actif et le passif étaient la même personne. Autrement dit, la violence était condensée en un seul être, de sorte que la catharsis d'autrui ne pouvait pas être obtenue en culpabilisant un tiers. De même, contrairement à l'homicide, qui préserve son individualité, le suicidaire a été considéré comme porteur d'un mépris plus sévère envers l'humanité. Cette particularité a été représentée de façon emblématique dans la Divine Comédie, dans laquelle Dante Alighieri place les " violents contre eux-mêmes " plus près de Lucifer, et les dépouille de leur humanité en leur transformant en arbustes. Par ailleurs, bien que l'acte de se donner la mort a été criminalisé principalement pour des raisons théologiques pendant le Moyen Âge, puisqu'il constituait une offense au pouvoir de Dieu sur la vie et la mort, Thomas d'Aquin, en continuité avec la pensée aristotélicienne, avait déjà relevé que le suicide n'était pas seulement un acte violent contre Dieu et la personne elle-même, mais aussi contre la société. Cependant, il est intéressant de mentionner que, quatre siècles après le reproche thomiste, on peut trouver l'abbé Duvergier de Hauranne (1609), qui a consacré tout un livre au devoir moral des sujets de se suicider si cela permet de sauver la vie du souverain.

Cette communication a pour but d'analyser la probabilité que la posture qui envisage le suicide comme un grief contre la société puisse tendre vers un paradigme utilitariste dans lequel cet acte soit considéré, dans certaines circonstances, comme bénéfique et souhaitable pour la survie de l'humanité. L'hypothèse qui sous-tend ce travail est la croyance qu'il y aura une plus grande ouverture à la revendication du droit de mourir, non seulement à cause de la reconnaissance d'une liberté, mais aussi à cause d'une probable politique d'État. Pour aborder cette tâche, le suicide sera étudié, d'un point de vue philosophique et biopolitique, sous trois aspects : comme une menace pour la santé de l'État ; comme un élément inhérent aux sociétés, qui doit être traité cliniquement ; et, enfin, comme un phénomène naturel bénéfique pour l'évolution et la survie humaines.

Dans la première partie, nous ferons un bref aperçu de la pensée politique organiciste, qui conçoit la société comme un corps humain composé de différents organes, certains plus importants que d'autres. Nous observerons également comment le suicidaire était considéré, selon cette théorie, comme un membre malade qui avait le potentiel de nuire à l'ensemble du corps social, et représentait donc une menace dont l'État devait être protégé.

Dans un deuxième temps, nous nous pencherons sur le changement de paradigme qui s'est produit à la fin du XVIIIe siècle et qui s'est développé tout au long du XIXe siècle. Dans cette période, la contradiction de criminaliser le suicidaire deviendra évidente sous l'argument que l'État existe fondamentalement pour assurer la préservation de ses membres ; cette logique

moderne a été bien résumée par Foucault (2012) dans la phrase : " faire vivre et laisser mourir ", contrairement à l'ancienne prérogative de "faire mourir et laisser vivre". Cela ne signifie pas pour autant que le pouvoir de l'État perdra de sa validité, mais qu'il continuera d'être présent par le biais de stratégies plus subtiles, notamment cliniques.

En troisième lieu, nous identifierons certaines des postures qui ont commencé à considérer le suicide comme un élément inhérent à toutes les sociétés (Durkheim, 1960), ainsi que celles qui l'ont conçu comme faisant partie de la sélection naturelle et indirectement bénéfique pour l'humanité (Morselli, 1883 ; deCatanzaro, 1980). Enfin, l'attention sera portée sur les risques pour l'État et la société de considérer le suicide comme un phénomène naturel qui ne doit être maintenu qu'en quantité acceptable. Cette préoccupation se met en évidence dans la mesure où la terrible situation environnementale, la pénurie des ressources naturelles et économiques et la question de la surpopulation se manifestent avec une grande force de nos jours, de sorte que cette situation défavorable peut faire que l'exhortation de l'abbé Duvergier soit reprise par certains individus comme une maxime personnelle propre à une gouvernamentalité.

The phenomenon that we will address in this colloquium dedicated to traumatic death has represented in antiquity the violent death par excellence: suicide. Not even homicide could aspire to be compared to this act, because taking one's life meant that the active subject and the passive were the same person. In other words, violence was condensed into a single being, so that the catharsis of others could not be obtained in the act of blaming a third party. Likewise, in contrast to the murderer, who retains his individuality, the suicidal person has been considered the bearer of a more serious contempt for humanity. This peculiarity has been iconic represented in the Divine Comedy, where Dante Alighieri places the "violent against themselves" closer to Lucifer and strips them of their humanity by turning them into bushes. Moreover, while the act of taking one's own life during the Middle Ages was criminalized primarily for theological reasons as an offense to God's power over life and death, Thomas Aquinas, following Aristotelian thought, had already pointed out that suicide was not only an act of violence against God and one's own person, but also against society. However, it is interesting to mention that four centuries after the Thomistic reproach, we can find Abbot Duvergier of Hauranne (1609) writing an entire book on the moral duty of subjects to take their own lives if they could save the life of the sovereign.

The aim of this communication is to analyze the possibility that the position that conceives suicide as an aggravation for society may tend notably towards a utilitarian paradigm in which this act is seen in some circumstances as beneficial and desirable for the survival of humanity. The belief that there will be greater openness towards the vindication of the right to die, not only because of the recognition of a freedom, but also because of a probable state policy, is the hypothesis behind this work. In order to approach this task, suicide will be studied, from a philosophical and biopolitical perspective, under three aspects: as a threat to the health of the State; as an inherent element to societies, which must be treated clinically; and, finally, as a natural phenomenon beneficial to human evolution and survival.

The first part will briefly review organicist political thought, which conceives society as a human body made up of different organs, some more important than others. It will also be observed how the suicidal person under this theory could be considered as a sick member who had the potential to harm the whole social body and therefore represented a threat from which the State had to protect itself.

A second section will study the paradigm shift that arose at the end of the 18th century and developed throughout the 19th century. In this period, the contradiction of criminalizing suicide will become evident under the argument that the State fundamentally exists to ensure the preservation of its members ; this modern logic was well summarized by Foucault (2012) in the phrase: "make live and let die", contrary to the old prerogative of "make die and let live".

However, this does not mean that state power will lose its validity, but that it will continue to be present through more subtle strategies, especially clinical ones.

In a third moment, we will identify some of the postures that began to consider suicide as an inherent element in all societies (Durkheim, 1960), as well as those that conceived it as part of natural selection and indirectly beneficial for humanity (Morselli, 1883; deCatanzaro, 1980). Finally, attention will be focused on the risks of the State and society thinking of suicide as a natural phenomenon which only has to be maintained in acceptable quantities. This preoccupation is presented whenever the terrible environmental panorama, the scarcity of natural and economic resources, and the question of overpopulation are manifested with great force in our time, so that this adverse situation may make the exhortation of abbot Duvergier be assumed by some individuals as a personal maxim proper to a governmentality.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- DeCatanzaro, D. (1980). Human suicide: A biological perspective. *Behavioral and Brain Sciences*, 3(2), 265-272.
- Durkheim, E. (1960) *Le suicide*. Paris : P.U.F.
- Duvergier de Hauranne, J. (1609) *Question royale et sa decision*. Paris : Du Bray, Toussaint.
- Foucault, M. (2012) *Il faut défendre la société*. Paris: Centre Michel Foucault.
- Morselli, H. (1883) *Suicide An Essay On Comparatice Moral Statistics*. London: Kegan Paul, Trench, et Co.

LES CONCUBINS FACE AU VEUVAGE PRÉCOCE : UN DEUIL DIFFICILE / CONCUBINES IN THE FACE OF EARLY WIDOWHOOD: A DIFFICULT GRIEVING PROCESS

Isabelle Delaunay

Sociologue, Chercheure correspondante du Centre Norbert Elias, Ecole des hautes Études en Sciences Sociales, Marseille

Mots-clés : VEUVAGE PRÉCOCE, VEUF DE FAIT, DEUIL, INVISIBILISATION, EARLY WIDOWHOOD, WIDOWHOOD OF UNMARRIED PERSONS, MOURNING, INVISIBILISATION,

Ma contribution porte sur le veuvage précoce entendu au sens large : celui de personnes qui étaient mariées ou non, et qui ne sont pas toutes considérées comme des veufs au sens de l'état civil. Elle s'intéresse au veuvage précoce des concubins. L'exploitation d'entretiens révèle la souffrance que représente, pour eux, leur invisibilisation par le droit civil et par le droit social. Hormis la filiation, rien ne fait trace de leur union passée. Ils n'ont pas " droit au veuvage " et leur deuil est difficile. Par ailleurs, leur droit à disposer du corps et à organiser les obsèques de leur compagnon ou compagne peut aussi leur être contesté par la famille et engendrer un deuil impossible.

My contribution examines early widowhood in the broadest sense, i.e., the widowhood of married and unmarried persons who are not usually considered widows or widowers in the sense of civil status. In particular, it focuses on early widowhood of unmarried people. The exploitation of interviews shows the suffering that represents their invisibilisation by the civil law and the social right. Apart from filiation, nothing traces their past union. They have no "right to widowhood" and their mourning is difficult. In addition, their right to dispose of the body and to organize the funeral of their partner may also be challenged by the family and cause an impossible mourning.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Isabelle Delaunay, « L'autre veuvage : les concubins face à la mort en France », *Enfances Familles Générations* [En ligne], 24 | 2016. URL : <http://journals.openedition.org/efg/983>
- Isabelle Delaunay, 2009. « Le veuvage précoce en France : la dimension oubliée de la conjugalité contemporaine », dans A. Martial (dir.), *La Valeur des liens : hommes, femmes, et transactions familiales*, Presses Universitaires du Mirail, collection " Les anthropologiques", pp. 91-112.
- DELAUNAY, I. 2004. « Veuvage précoce : les raisons d'un oubli », *Recherches et Prévisions*, n° 76, p. 107-112.
- ARIES, P. 1967. « La mort inversée: Le changement des attitudes devant la mort dans les sociétés occidentales », *Archives européennes de sociologie*, Vol. 8, n° 2, p. 169-195. DOI : 10.1017/S0003975600001508
- FABRE-VASSAS, C. 1993. « Avant-propos », *La mort, Terrain*, n° 20, p. 5-6. DOI : 10.4000/terrain.3054

" DISPARITION FORCEE : REPERCUSSIONS PSYCHOLOGIQUES ET DEUIL TRAUMATIQUE " .

Soraya Laribi

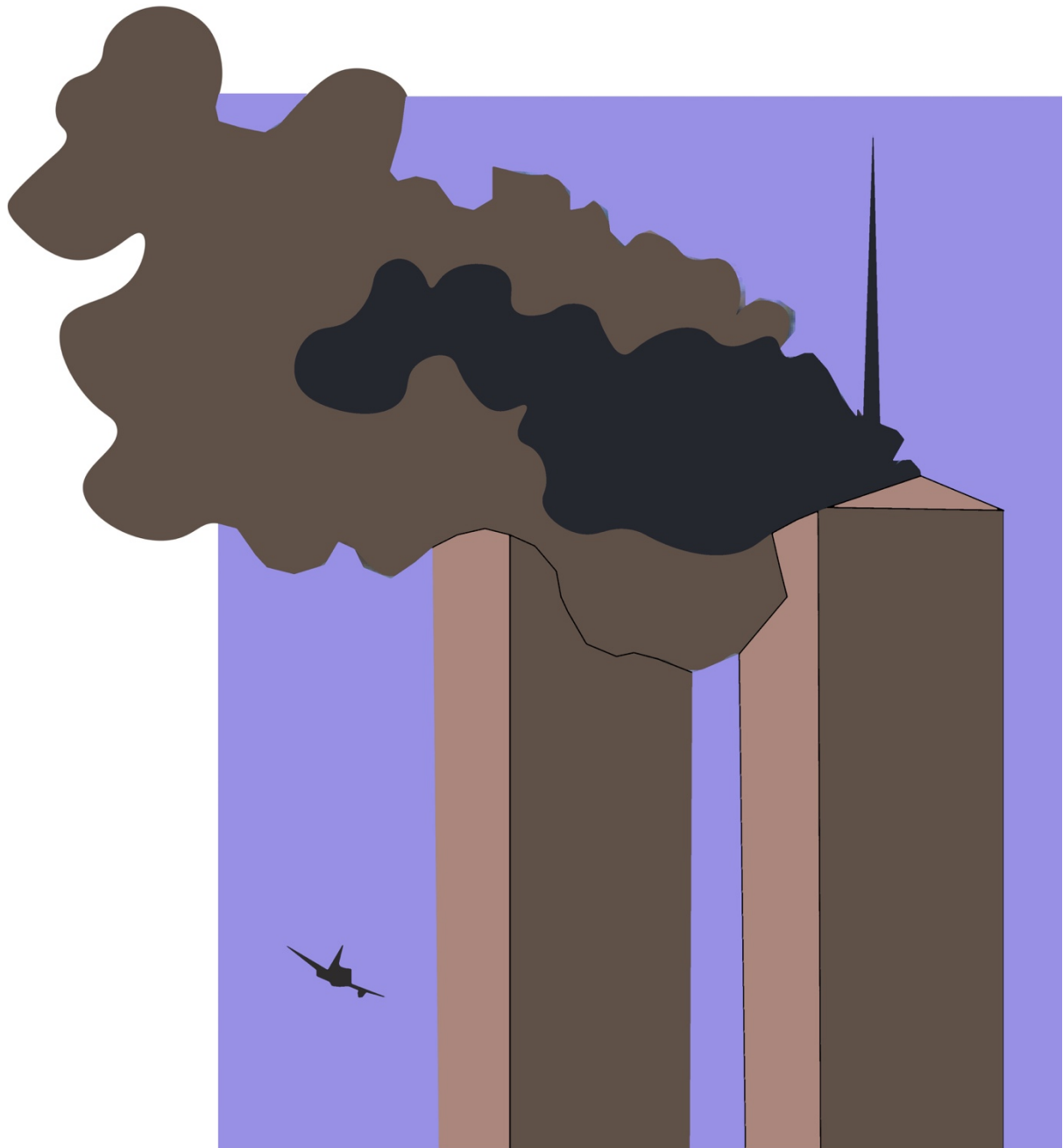
Docteure en Histoire de l'Université de Paris-Sorbonne.

Mots-clés : DEUIL TRAUMATIQUE, DISPARITIONS FORCÉES, RITUELS FUNÉRAIRES, ONG.
/TRAUMATIC GRIEF, ENFORCED DISAPPEARANCES, FUNERAL RITUALS, NGOS.

La " disparition forcée " - notion apparue dans le droit international en 1978 - est une arme de terreur qui se globalise. Ainsi, par exemple, des disparitions ont récemment été enregistrées en Syrie comme le révèlent le documentaire de Sophie Nivelles-Cardinale et Étienne Huvert, *Disparus, la guerre invisible de Syrie* (prix Albert Londres le 27 mai 2015) ainsi que les rapports alarmants de l'Organisation Non Gouvernementale *Amnesty International*. En dépit de l'acceptation de jugements déclaratifs de décès, le deuil des familles demeure complexifié par l'incertitude quant au sort du disparu. De fait, les étapes dites " normales " du deuil sont bloquées en raison de l'absence de corps. L'analyse de certaines affaires de disparition montre les inlassables démarches poursuivies par l'entourage du disparu et les problèmes rencontrés. " Ni mort, ni vivant ", le disparu dont les traces ont été effacées demeure omniprésent dans l'esprit de ses proches. Des familles sont brisées et vivent parfois dans le fantasme, les questions incessantes ou la culpabilité...Ainsi la situation de disparition est tellement singulière que le Comité International de la Croix-Rouge a décidé de publier un document donnant des instructions au personnel, travaillant pour l'organisation humanitaire, qui serait confronté à des familles de disparus. Les familles réclament en effet le " droit de savoir " évoqué par les experts gouvernementaux de la Conférence sur les disparitions forcées qui s'est tenue à Genève en 2003 et s'adonnent à diverses formes de rituels afin de pallier l'absence de corps et / ou pour revendiquer plus d'informations sur le sort de leurs proches disparus (Journée internationale des victimes de disparition forcée le 30 août, érection d'un Mur des disparus, manifestations, messes de souvenir...). Ceux-ci sont néanmoins régulièrement contrariés en raison de l'instrumentalisation politique et mémorielle de la question des disparus dans certains pays.

Forced disappearance" - a concept that appeared in international law in 1978 - is a weapon of terror that is becoming more global. For example, disappearances have recently been recorded in Syria, as revealed by the documentary by Sophie Nivelles-Cardinale and Étienne Huvert, *Disparus, the invisible war in Syria* (Albert Londres Prize on 27 May 2015) and the alarming reports by the non-governmental organization Amnesty International. Despite the acceptance of death judgments, the mourning of families remains complicated by the uncertainty about the fate of the disappeared. In fact, the so-called "normal" stages of mourning are blocked because of the absence of bodies. The analysis of some disappearance cases shows the tireless efforts made by the relatives of the disappeared and the problems encountered. "Neither dead nor alive", the disappeared person whose traces have been erased remains omnipresent in the minds of his relatives. Families are broken and sometimes live in fantasy, incessant questions or guilt... Thus the situation of disappearance is so singular that the International Committee of the Red Cross has decided to publish a document giving instructions to staff, working for the humanitarian organization, who would be confronted with families of the disappeared. Families are demanding the "right to know" mentioned by government experts at the Conference on Enforced Disappearances held in Geneva in 2003 and are engaged in various forms of rituals to

compensate for the absence of bodies and/or to demand more information on the fate of their missing relatives (International Day of the Victims of Enforced Disappearance on 30 August, erection of a Wall of the Missing, demonstrations, memorial services, etc.). However, they are regularly frustrated because of the political and memorial instrumentalization of the issue of the missing in some countries.



LA FIGURE DU ZOMBIE EST-ELLE UNE MARQUE POSSIBLE DU MALAISE ACTUEL DANS LA CULTURE ? LES EXPERIENCES DE CORPS DANS L'ADOLESCENCE AU RISQUE DE LA MORT OU DE LA METAMORPHOSE. / IS THE FIGURE OF THE ZOMBIE A POSSIBLE MARK OF THE CURRENT UNEASE IN CULTURE? BODY EXPERIENCES IN ADOLESCENCE AT RISK OF DEATH OR METAMORPHOSIS.

Stéphane Muths

Psychologue clinicien (Service de psychiatrie infanto-juvénile, EPSAN Brumath, 67102, Grand Est) ; Docteur en Psychopathologie et Psychanalyse et Chercheur associé au CRPMS (EA 3522) de l'Université Paris-Diderot, chargé de cours à la faculté de psychologie de l'Université de Strasbourg.

Mots-clés : ZOMBIE, ADOLESCENCE, TEMPORALITÉ, PULSION DE MORT, FIGURE DU DOUBLE /ZOMBIE, ADOLESCENCE, TEMPORALITY, DEATH DRIVE, FIGURE OF THE DOUBLE

La mort contemporaine nous confronte à des changements inédits dans l'appréhension que nous avons d'elle-même avec le développement croissant de technologies qui prônent une transformation de l'humain. Les catastrophes se rendent de plus en plus présentes comme si le monde, notre environnement était devenu hostile et inquiétant. Les nouvelles technologies situent notamment les adolescentes et leur famille dans de nouvelles formes de temporalités vectorisées par un idéal d'immédiateté. Leur pratique des interfaces internet, des jeux vidéo ne sont pas sans effet sur leur construction subjective. Quelles sont les figures ou imagos actuelles qui sont véhiculées auprès des adolescents ? Outre les figures de métamorphoses propres au pubertaire telles que les vampires et autres loups garous, la figure du zombie tend à se développer et proliférer. Le zombie est-il devenu une des figures actuelles du malaise dans la culture ? Les productions culturelles témoignent assez justement des idéaux, de la symptomatologie d'une époque. La figure du zombie est devenue depuis quelques décennies un personnage incontournable dans les livres, le cinéma, les séries TV et les jeux vidéo. Notre propos sera centré sur l'étude de la figure du zombie comme un reliquat, une trace d'enfouissement cryptique, le retour du refoulé de la croyance transhumaniste car la monstruosité fait pendant à la question de la mort et du deuil. Il sera également question de reprendre le questionnement de *l'Unheimliche* et ses articulations avec les notions de toute-puissance des pensées, la figure du double et le besoin de croire développé par Sophie De Mijolla. La clinique actuelle des adolescents nous confronte avec insistance à des jeunes gens qui sont pris dans des temporalités mortifères dans une difficulté de construire un horizon. Ils se retrouvent alors dans un temps gelé qui les place dans un entre-deux immobile. Ils peinent à s'engager, à prendre des décisions, comme s'ils étaient bloqués au moment d'avant l'acte dans une force de suspension. Ils sont alors englués dans une stase mélancolique.

Contemporary death confronts us with unprecedented changes in our self-apprehension with the increasing development of technologies that promote a transformation of the human being. Disasters are becoming more and more present as if the world, our environment has become hostile and worrying. New technologies are placing teenage girls and their families in new forms of temporality that are driven by an ideal of immediacy. Their practice of Internet interfaces and

video games have an impact on their subjective construction. What are the current figures or images that are conveyed to adolescents? In addition to the metamorphosis patterns specific to puberty such as vampires and other werewolves, the zombie pattern tends to develop and proliferate. Has the zombie become one of the current figures of discomfort in culture? Cultural productions quite rightly reflect the ideals and symptomatology of an era. The figure of the zombie has become an essential figure in books, movies, TV series and video games in recent decades. Our discussion will focus on the study of the figure of the zombie as a relic, a trace of cryptic burial, the return of the repressed transhumanist belief because monstrosity parallels the question of death and mourning. It will also be a question of taking up again the questioning of the Unheimliche and its articulations with the notions of the omnipotence of thoughts, the figure of the double and the need to believe developed by Sophie De Mijolla. The current adolescent clinic insists on confronting us with young people who are caught in deadly temporalities in a difficulty of building a horizon. They then find themselves in a frozen time that places them in a motionless in-between. They struggle to commit themselves, to make decisions, as if they were stuck in a suspension force before the act. They are then stuck in a melancholic stasis.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Canguilhem G. (1965). *La connaissance de la vie*, Vrin, Paris, 1993.
- Coulombe M. (2012). *Petite philosophie du Zombie*, PUF, Paris.
- Bonnet, C. (2016). Le mythe du « Héros à la cicatrice » : une structure idéologique adolescente » ou « Quand le Héros affronte la mort de la Mort ». *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 67(2), 157-166.
- Le Maître B. (2015). *Zombie, une fable anthropologique*, Presses universitaires Paris Nanterre, Paris.
- Le Breton D. (2015). *Disparaître de soi. Une tentation contemporaine*. Editions Métailié, Paris.

LA GESTION PROFESSIONNELLE DES MORTS " TRAUMATIQUES " : PERCEPTIONS, CATEGORISATIONS ET PRATIQUES / PROFESSIONAL MANAGEMENT OF "TRAUMATIC" DEATHS: PERCEPTIONS, CATEGORIZATIONS AND PRACTICES

Élodie Fornezzo

Doctorante en Sociologie, 2L2S (Laboratoire Lorrain de Sciences Sociales) - Université de Lorraine

Mots-clés : MORT – NORMES – PRATIQUES – RITES – CATÉGORISATION / DEATH - NORMS - PRACTICES - RITES - CATEGORIZATION

Plusieurs travaux en sciences sociales ont montré que la mort, en tant que phénomène biologique, social, culturel, etc. fait l'objet de cadres normatifs dont les rites funéraires peuvent être les garants. Ces normes tendent à différencier la " bonne mort " de la " mauvaise mort " d'après plusieurs critères, par exemple, l'aspect et l'intégrité du corps (Lemonnier, 2006), les modalités de la mort (Michaud-Nérard, 2016), l'accompagnement de la mort (Pennec, 2004), ou encore la présence de fluides et éléments corporels sur les lieux du décès. Nous consacrons ainsi notre thèse de sociologie à l'étude du traitement social et professionnel des " malemorts " (Bonnet-Carbonell, 2005) individuelles, c'est-à-dire des morts advenant hors du cadre des institutions médicalisées tels que les hôpitaux, EHPAD, et pouvant être considérées comme " mauvaises ", " traumatiques " selon les critères déjà cités (par exemple les suicides, accidents, homicides, ou morts dites " avec découverte tardive " du corps, c'est-à-dire lorsque le corps du défunt est découvert plusieurs jours voire semaines après le décès).

A travers des entretiens compréhensifs menés auprès de professionnels issus de différents secteurs, nous montrerons comment ces morts particulières, par leurs modalités, temporalités, etc. donnent lieu à des projections, des pratiques de travail et de mise en sens de la mort (Laqueur, 2015), et des jugements moraux. Ensuite, nous évoquerons les pratiques relatives au corps du défunt et restes humains par les différents professionnels, intervenant chacun à différents temps : de la mort jusqu'aux rites funéraires. Ces pratiques qui précèdent les rites funéraires officiels peuvent-elles être considérées comme des rites officieux préparant aux rites funéraires ? Enfin, dans une dernière partie, nous montrerons comment, par la gestion de ces morts à travers leurs pratiques professionnelles, les interviewés, participent à l'idéal de la " bonne mort ".

Several social science studies have shown that death, as a biological, social, cultural phenomenon, etc., is the subject of normative frameworks for which funeral rites can be the guarantors. These standards tend to differentiate between "good death" and "bad death" according to several criteria, for example, the appearance and integrity of the body (Lemonnier, 2006), the modalities of death (Michaud-Nérard, 2016), the accompaniment of death (Pennec, 2004), or the presence of fluids and bodily elements at the death site. We devote our sociology thesis to the study of the social and professional treatment of individual "malemorts" (Bonnet-Carbonell, 2005), i.e. deaths occurring outside the framework of medical institutions such as hospitals, EHPAD, and which can be considered as "bad", "traumatic" according to the criteria already mentioned (for example suicides, accidents, homicides, or deaths called "with late

discovery" of the body, i.e. when the deceased's body is discovered several days or weeks after death).

Through comprehensive interviews with professionals from different sectors, we will show how these particular deaths, by their modalities, temporalities, etc., give rise to projections, working and death-sense practices (Laqueur, 2015), and moral judgments. Then, we will discuss the practices relating to the body of the deceased and human remains by the different professionals, each intervening at different times: from death to funeral rites. Can these practices that precede formal funeral rites be considered as informal rites in preparation for funeral rites? Finally, in the last part, we will show how, by managing these deaths through their professional practices, the interviewees participate in the ideal of "good death".

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Bonnet-Carbonell, J. (dir.) (2005). *Malemort, revenants et vampires en Europe*. Paris : L'Harmattan
- Laqueur, T.W. (2015). *The work of the Dead. A cultural history of mortal remains*. Princeton University Press.
- Lemonier, M. (2006). *Thanatopraxie et thanatopracteurs : étude ethno-historique des pratiques d'embaumement*. Thèse de doctorat, Université Paul Valéry (Montpellier)
- Michaud-Nerard F. (2016). Les morts « en mauvais état ». In : MEMMI, D., RAVENEAU, G., Taïeb, E., (dir) *Le social à l'épreuve du dégoût*, (pp.33-43). Rennes : Presses Universitaires de Rennes.
- Pennec, S. (2004). *Une bonne mort pour ses parents : accompagner leur fin de vie, assurer des obsèques en règle, hériter et entretenir la mémoire familiale*. In Pennec, S. (dir.) *Des vivants et des morts. Des constructions de la « bonne mort »*. Brest : Université de Bretagne occidentale.

LES SOIGNANTS ET LA MORT A L'HOPITAL / CAREGIVERS AND DEATH IN HOSPITAL

Alice Béchu, Hélène Riazuelo

Psychologue ; Doctorante en Psychopathologie Psychanalytique, EA 4430, Laboratoire CLIPSYD, Equipe Approche en Psychopathologie Psychanalytique, Université Paris Nanterre, Hôpitaux Confluence Val de Marne - Essone

Mots-clés : SOIGNANT, FIN DE VIE, MORT, HÔPITAL, SOINS PALLIATIFS. / CAREGIVER, END OF LIFE, DEATH, HOSPITAL, PALLIATIVE CARE.

Mourir à l'hôpital, c'est le sort final de la majorité des français.e.s. Décès qui peut arriver brutalement, de façon inattendue, mais qui bien souvent survient suite à une procédure de limitation des soins, lorsque la rémission devient inaccessible. Les progrès de la recherche médicale font gagner un temps de vie précieux aux malades atteints de pathologies évolutives incurables comme le sont encore certains cancers, mais si la progression morbide est ralentie, elle évolue inexorablement vers la mort.

Les lits dédiés à l'accompagnement de la fin de vie (Lits Identifiés de Soins Palliatifs dans des établissements de soins, ou en Unité de Soins Palliatifs) représentent une infime partie des lits d'hospitalisations. Aussi, les soignant.e.s qui accompagnent ce temps de la fin et du décès, quelle que soit sa temporalité, sont des soignant.e.s dont la mission principale est la lutte pour la guérison, dans un contexte de spécialité médicale ciblée. Peu ou pas formé.e.s aux pratiques d'accompagnement de la fin de vie, ou acculturé.e.s au mouvement des " soins palliatifs ", ils et elles sont pourtant confronté.e.s à des décès plus ou moins fréquemment.

Que vivent ces soignant.e.s sans expérience ni formation spécifique, infirmier.e.s et aides-soignant.e.s au plus près du lit des patient.e.s, qui sont confronté.e.s à la fin de vie et à la mort dans des services qui ne sont pas dédiés à son accompagnement ? Sur quelles ressources s'appuient-ils/elles pour accueillir individuellement et en équipe la fin de vie de patient.e.s incurables et leur entourage ? Quels processus psychiques sont mobilisés dans ce contexte de faible étayage théorique et pratique ?

Objectif :

Le travail de thèse " Les soignants face à la fin de vie des patients ", avec le laboratoire CLIPSYD de l'université Paris-Nanterre, se penche sur ces questions par une recherche-action, exploratoire et qualitative, dans un groupement de centres hospitaliers en région parisienne. Il propose aux infirmier.e.s et aux aide-soignant.e.s travaillant dans des services de médecine, sans formation et sans expérience dans des spécialités de soins palliatifs, de revenir sur leur parcours professionnel en s'arrêtant sur leur confrontation à la fin de vie et la mort des patient.e.s, l'accompagnement de leur entourage, pris dans leur pratique professionnelle et dans le travail en équipe.

S'appuyant sur l'expérience clinique de la chercheuse en Equipe Mobile de Soins Palliatifs, qui intervient comme support aux équipes de soins des différents services de l'hôpital dans les situations d'atteintes graves, évolutives ou terminales, il s'agit de proposer aux soignant.e.s de prendre un temps de recul et d'élaboration, faire un pas de côté sur leurs pratiques et leur expérience.

Méthodologie :

La passation se déroule en deux temps : un premier entretien semi-directif où le/la participant.e

est invité.e à retracer son parcours professionnel dans une dynamique d'association libre, et où la chercheuse intègre les différentes thématiques évoquées plus haut (relation au patient jusqu'à la mort, temps du décès et de l'après-décès, relation avec l'entourage, et avec l'équipe du service). La durée de l'entretien est estimée à une heure, et il s'arrête lorsque le/la participant.e estime ne plus avoir d'évocation en lien avec les thématiques abordées. Lors d'un second entretien, il/elle est invité.e à revenir sur son expérience du premier entretien, faire part de son vécu suite à cet entretien, et le compléter si d'autres idées lui sont venues à l'esprit depuis. Bénévole et reposant sur le volontariat, la participation attire les soignant.e.s qui s'intéressent ou s'interrogent sur la fin de vie dans leur travail. Le recueil des données, toujours en cours, montre un intérêt des participant.e.s pour une dynamique réflexive sur leur expérience, prise dans un mouvement autour de leurs valeurs d'aide et de soutien pour les patient.e.s, les familles, leurs pairs soignant.e.s, et la chercheuse elle-même. Lieu d'élaboration ou d'expression de leurs défenses psychiques face à la mort, les entretiens enregistrés et qui seront prochainement retranscrits témoignent de ce que ces professionnel.le.s confronté.e.s au réel de la mort, peu contenus par un étayage de formation initiale ou continue, ont à dire de leur expérience et de ce qu'elle touche en eux. Ils s'inscrivent pour l'instant dans une certaine continuité avec les entretiens menés lors d'une pré-étude auprès de deux infirmières libérales et d'une revue de la littérature.

Dying at the hospital is the final fate for most of French people. A death that can happen suddenly, unexpectedly, but that often occurs after a procedure of treatments limitation, when the remission becomes inaccessible. The progress of medical research saves a precious life time for patients suffering from incurable diseases. But if the morbid progression is slowed down, it inexorably evolves towards a certain death.

Beds dedicated to the end-of-life care (identified beds dedicated to palliative care in health care facilities, or in palliative care wards) represent a small part of hospitalization beds. Also, the caregivers who support this time of the end and the death, whatever its temporality, are caregivers whose main mission is to struggle for healing, in a context of focused medical specialty. They are little or not at all trained in end-of-life supporting practices, and few acculturated to the "palliative care" movement, nevertheless they face the death of patients more or less frequently. What do those caregivers without any specific experience or training live about those situations? Nurses and assistant nurses are the closest to the patients who are facing end of life and death in hospital services that are not dedicated to this type of support. What resources do they rely on to support individually and as a team the end of life of incurable patients and their entourage? What psychic processes are mobilized in this context of weak theoretical and practical support?

Purpose of the study:

The thesis work "Caregivers facing patients' end of life", with the CLIPSYD laboratory of Paris-Nanterre University, examines these questions through an exploratory and qualitative action-research in a group of hospital centers in Paris area. It offers nurses and nurse assistants working in medical services, with no training or experience in palliative care specialties, the opportunity to look back on their career path, stopping at their patients' end-of-life and death confrontation, the accompaniment of their entourage, taken place in their professional practice and in teamwork.

Based on the researcher's clinical experience in a mobile palliative care team, which supports the care teams of the different hospital departments in situations of serious, progressive or terminal illness, this experiment propose caregivers to take a step aside to elaborate their practices and experience.

Methodology:

The experiment contains two stages: a first semi-directive interview in which one the participant is invited to trace his/her professional career in a dynamic of free association, and the researcher

would integrate the different themes mentioned above (relationship with the patient until death, the time of death and after death, relationship with the entourage, and with the service team). The duration of the interview is estimated at one hour, and it stops when the participant thinks to have no more evocation linked to the topics addressed. During a second semi-directive interview, he/she is invited to review his/her experience of the first interview, share his/her experiences following this interview, and complete it if other ideas have come to his/her mind since.

Based on volunteering, the participation at this experiment attracts caregivers who are interested or wondering about the end of life subject in their work. The collection of the data, still in progress, shows an interest of the participants for a reflexive dynamic on their experience, taken in a movement around their values of help and support for the patients, the families, their peers, and the researcher herself. Place for elaboration or expression of their psychic defenses in the face of death, the interviews recorded and which will soon be transcribed, testify that these professionals confronted to the real of death, little contained by a support of initial or continue training, have much to say about their experience and in which way they are moved by it. For now, those data are consistent with the interviews conducted during a pre-study with two home care nurses.

LE PROCESSUS DE DEUIL CHEZ LES PROCHES DES DÉTENUS DISPARUS PENDANT LA DICTATURE CHILIENNE (1973-1989) / THE MOURNING PROCESS AMONG THE RELATIVES OF DETAINEES WHO DISAPPEARED DURING THE CHILEAN DICTATORSHIP (1973-1989)

Monica Araneda, Alice Bechu, Elodie Fornezzo, Soraya Laribi, Aurélie Masciulli

Doctorante à Paris 13

Mots-clés : TRAUMATISME - TRACE MNÉSIQUE - APRÈS-COUP. /TRAUMA - MEMORY TRACE -
DAMAGE AFTER THE EVENT.

Cette communication porte sur certaines particularités du processus du deuil chez les proches des détenus disparus pendant la dictature chilienne (1973-1989). Parmi les atrocités commises pendant la dictature chilienne, figure le phénomène des détenus disparus dont le sort a été caché à leurs proches plongeant ceux-ci dans un deuil infaisable et interminable.

Le phénomène de la disparition est vécu par les familles dans le désaveu. Les victimes sont culpabilisées, isolées, stigmatisées par le régime dictatorial. La négation des faits oblige à une "privatisation" de la perte et à des sentiments de honte et de confusion.

En 1978 dans la localité de Lonquén fut trouvée une fosse clandestine dans une mine de chaux abandonnée. Les corps des personnes qui se trouvaient dans la mine n'ont jamais pu être rendus à leurs proches, parce que les cadavres avaient été volés à la morgue.

Après la découverte des cadavres de la mine de Lonquén, Augusto Pinochet a organisé "l'Opération Retrait de Téléviseurs" : cette opération consistait à déterrer les cadavres de tous les cimetières clandestins, de les détruire ou de les lancer à la mer, de façon à effacer toutes les traces des crimes commis.

Les deux cas que nous proposons de présenter sont ceux de deux femmes (somatisantes) ayant été séparées de leurs maris ou compagnons et dont le sort était incertain. Rencontrées en bilan psychologique des années plus tard dans le cadre d'un dispensaire spécialisé dans le traitement des victimes de la dictature, les cas de ces personnes illustreront certaines particularités des processus psychiques liées au deuil faute d'être commencé. Les épreuves projectives apportent des renseignements sur les effets et les aménagements de cette problématique douloureuse, entre deuil pathologique, position nostalgique, et mélancolie corporelle. Le bilan a toutefois permis l'expression libératrice de la souffrance psychique ; les enseignements ainsi dégagés permettent d'avancer des hypothèses sur les ressorts de cette violence d'État en Amérique du Sud ainsi que sur les moyens d'en permettre une atténuation des ravages pour les victimes et leurs descendants.

This paper focuses on certain particularities of the mourning process among the relatives of detainees who disappeared during the Chilean dictatorship (1973-1989). Among the atrocities committed during the Chilean dictatorship was the phenomenon of missing detainees whose fate was hidden from their relatives, leaving them in unfeasible and endless grief. The phenomenon of disappearance is experienced by families in disavowal. The victims are guilt-ridden, isolated and stigmatized by the dictatorial regime. Denial of the facts forces "privatization" of loss and feelings of shame and confusion.

In 1978 in the locality of Lonquén was found a clandestine pit in an abandoned lime mine. The bodies of the people in the mine could never be returned to their loved ones because the bodies had been stolen from the morgue.

After the discovery of the bodies of the Lonquén mine, Augusto Pinochet organized "Operation Television Removal": this operation consisted in digging up the bodies of all clandestine cemeteries, destroying them or throwing them into the sea, in order to erase all traces of the crimes committed...

The two cases we propose to present are those of two women (somatizers) who were separated from their husbands or companions and whose fate was uncertain.

The cases of these people, who were seen in a psychological assessment years later in a clinic specialising in the treatment of victims of the dictatorship, will illustrate some of the particularities of the psychological processes linked to mourning, that have not yet begun.

Projective tests provide information on the effects and adjustments of this painful problem, between pathological grief, nostalgic position, and bodily melancholia. The balance, however, allowed the liberating expression of psychological suffering to be expressed; the lessons thus learned make it possible to put forward hypotheses on the causes of this State violence in South America as well as on the means to allow a mitigation of the ravages for the victims and their descendants.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Abraham Nicolas et Torok Maria, *L'Écorce et le Noyau*, Flamarion, 1987
- Amati Silvia, « Avatars de l'angoisse de séparation dans les conditions extrêmes », *Revue Française de Psychanalyse. A la recherche de l'objet perdu*. Tome LIII janvier-février 1989.
- Amati-Mehler Jacqueline, « Inscription psychique et trace mnésique », *Revue Française de Psychanalyse*. Volume 73, 2009.
- Antelme Robert, *L'espèce humaine*, Édition Gallimard, 1996.
- Araneda Monica, « Le Traumatisme psychique dans les situations extrêmes », 44e Congrès sur le Trauma, Rio de Janeiro, juillet 2005. www.exil-ciph.com

Samedi 9 - Conclusion (16h30-17h)

Index des conférenciers

France

- **Marie-Frédérique Bacqué**, pr. de psychopathologie clinique, directrice de SuLiSoM- EA 3071, Université de Strasbourg
- **Thierry Baubet**, PUPH de psychiatrie, chef de service psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital Avicenne, créateur – rédacteur en chef de la revue l'Autre, cliniques, cultures et sociétés. Coordinateur de cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) 93
- **Anne Carol**, pr. d'histoire contemporaine, UMR 7303 Telemme, CNRS, Université d'Aix-Marseille
- **Gaëlle Clavandier**, maître de conférences HDR – sociologue et anthropologue, Centre Max Wéber, UMR 5283, Lyon-Saint-Etienne
- **Patricia Cotti**, maître de conférences HDR en psychopathologie clinique, SuLiSoM- EA 3071, Université de Strasbourg
- **Carole Damiani**, docteure en psychologie, directrice de Paris-Aide aux victimes, secrétaire générale de l'ALFEST.
- **Pascal Hintermeyer**, pr. de sociologie, DynamE – UMR7367, Université de Strasbourg.
- **Thierry Jandrok**, docteur en psychologie, psychologue clinicien, psychanalyste, Établissement Public de Santé Alsace Nord (EPSAN)
- **Martin Julier-Costes**, docteur en socio-anthropologie, formateur, Pompes Funèbres Intercommunales (PFI) de Grenoble Métropole, chercheur associé, Centre Georges Chevrier – UMR 7366, Université de Bourgogne.
- **Cyrille Kossigan Kokou-Kpolou**, docteur en psychologie de la santé, CURAPP – UMR 7319, Université d'Amiens.
- **Maxime Lallemand**, doctorant en psychologie clinique, SuLiSoM- EA 3071, Université de Strasbourg
- **Damien Le Guay**, philosophe essayiste, enseignant associé, Département de recherche en éthique, Université Paris-Sud – Paris-Saclay.
- **Cynthia Mauro**, docteure en psychologie, psychologue, Unité de Soins palliatifs, GHICL, Saint Vincent de Paul, Lille, formatrice, Espace éthique, Université Paris-Sud – Paris-Saclay.
- **Jennifer Mertz**, psychologue clinicienne – hypnothérapeute, Sarrebourg.
- **Borice Mokele**, doctorant en psychologie clinique, SuLiSoM- EA 3071, Université de Strasbourg.
- **Jonathan Nicolas**, docteur en psychologie, psychologue, chercheur associé SuLiSoM- EA 3071, Université de Strasbourg.
- **Philippe Pirard**, médecin, épidémiologiste, responsable santé publique, InVS, et écrit pour le Haut Conseil de la Santé Publique.
- **Olivier Putois**, maître de conférences en psychopathologie clinique, SuLiSoM- EA 3071, Université de Strasbourg.
- **Céline Racin**, maître de conférences en psychopathologie clinique, SuLiSoM- EA 3071, Université de Strasbourg.
- **Livia Sani**, doctorante en psychologie clinique, SuLiSoM- EA 3071, Université de Strasbourg.
- **Marie-Jo Thiel**, pr. d'éthique, médecin, philosophe, TCSR – EA 4377, directrice du CEERE, Université de Strasbourg.

Conférenciers internationaux

- **Jacques Cherblanc**, PhD, D.Sc.Po, professeur régulier, directeur du LERARS, Université du Québec à Chicoutimi, Chercheur associé au CRIFPE, Canada
- **Catherine De Geyst**, psychologue clinicienne, victimologue, Centre de politique de la CRC « Hope For Children » de Chypre, Belgique
- **Fiorenza Gamba**, Ph.D, collaboratrice scientifique, IRS, département de sociologie, Université de Genève, Suisse.
- **Claudia Gamondi**, médecin-adjointe, unité de Soins Palliatifs, Hôpital Universitaire du Canton de Vaud, Lausanne, médecin – cheffe, Unité de Soins Palliatifs tessinoise, Bellinzona, Suisse
- **Robert A. Neimeyer**, PhD, pr. de psychologie, Université de Memphis, dir. du Portland Institute for Loss and Transition, USA
- **Steven Reisner**, Ph.D en psychologie clinique et responsable de l'International Trauma Studies Program, Université de New York, conseiller en éthique psychologique pour Physicians for Human Rights, NY, USA.
- **Jose Carlos Rocha**, PhD, pr. de psychologie clinique, CESPU, directeur d'équipe de recherche, IINFACTS, directeur du Centre de psychologie des traumatismes et du deuil, Portugal.
- **Jacques Roisin**, Ph.D en psychologie, psychanalyste, chargé de cours, Faculté de droit et de criminologie, Université de Louvain, Belgique.
- **Pedro Urbano**, Ph.D., pr. en philosophie des sciences, éthique et psychologie de l'évolution, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université de Coimbra, Portugal.



