

Expériences exceptionnelles nécrophaniques et deuil paradoxal : études de la phénoménologie et des répercussions des vécus effrayants de contact avec les défunts

Résumé

Introduction : Les expériences exceptionnelles de contact avec les défunts font l'objet d'un regain d'intérêt dans le cadre de la clinique du deuil. Plusieurs travaux sont venus montrer les aspects positifs de tels vécus, tout en posant certaines questions quant aux liens complexes entre ceux-ci et la psychopathologie. Le modèle de la rupture, renforcé par l'apport freudien, promeut l'acceptation de la perte ; tandis que le modèle des liens continus favorise un maintien des identifications et des relations avec les défunts. Ce dernier modèle s'appuie sur les investigations récentes de ces vécus « nécrophaniques » dont la prévalence est de 47 à 82 % chez les endeuillés.

Méthode : Nous analysons 108 témoignages (anglais et français) sur un ensemble de 1004 questionnaires complétés en ligne. Ils correspondent à un sous-ensemble de l'échantillon de répondants qui ont qualifié d'effrayantes ou de négatives leur expérience de contact avec les défunts. Notre analyse mixte des questions fermées et ouvertes permet d'éclairer le contenu des messages, les angoisses associées à ces vécus, les manières dont les sujets ont partagé ces expériences et leurs répercussions.

Résultats : Nous procédons à un découpage phénoménologique pour requalifier 20 cas de vécus de rencontres avec des entités non-identifiées, généralement associés à des paralysies du sommeil ; et 6 cas lacunaires qui sont non-catégorisables. Les contenus des messages sont majoritairement positifs. Les angoisses sont plutôt ambivalentes et transitoires. Le partage des expériences se fait aisément avec des proches, mais est difficilement adressé à des professionnels de santé. Il y a une perception rétrospective d'une religiosité pratiquement inchangée et d'une spiritualité significativement augmentée, s'accompagnant d'effets spécifiques globalement favorables au processus de deuil.

Discussion : Ces données sur des expériences spontanées dites effrayantes suggèrent plutôt que ces vécus peuvent constituer des catalyseurs d'un deuil non-pathologique. En contradiction avec le modèle de la rupture, ces résultats renforcent le modèle des liens continués en suggérant un deuil paradoxal : le deuil est accompli au prix de maintenir toujours ouverte et vivante la relation avec le défunt. Des indications guidant la prise en charge de tels vécus sont exposées et discutées.

Mots-clés : hallucination, deuil, sensation de présence, liens continués, deuil compliqué, vécu subjectif de contact avec un défunt

Abstract

Introduction: The exceptional experiences of contact with the deceased are the subject of renewed interest in the bereavement clinical practice. Several works have highlighted positive aspects of such experiences, while asking certain questions about their complex links with psychopathology. The rupture model, reinforced by the Freudian theory, promotes the acceptance of loss; while the model of continued bonds promotes the maintenance of identifications and relationships with the deceased. The latter model is based on recent investigations of these "necrophanic" experiences, the prevalence of which is 47 to 82% among bereaved.

Method: We analyze 108 testimonies (English and French) on a set of 1004 questionnaires completed online. They correspond to a subset of the sample of respondents who described their experience of contact with the deceased as frightening or negative. Our mixed analysis of closed and open questions sheds light on the content of the messages, the anxieties associated

with these experiences, the ways in which the subjects shared these experiences and their aftereffects.

Results: We carry out a phenomenological refinement to requalify 20 cases of lived encounters with unidentified entities, generally associated with sleep paralysis; and 6 incomplete cases which cannot be categorized. The contents of the messages are mostly positive. The anxieties are rather ambivalent and transitory. Sharing experiences is easily done with relatives, but hardly with clinicians. There is a retrospective perception of an almost unchanged religiosity and a significantly increased spirituality, with specific effects generally favorable to the grieving process.

Discussion: These data on so-called frightening spontaneous experiences rather suggest that these experiences may be catalysts for non-pathological grief. In contradiction with the rupture model, these results reinforce the model of continued bonds by suggesting paradoxical mourning: grief is accomplished at the cost of always keeping the relationship with the deceased open and alive. Clinical guidelines of such experiences are presented and discussed.

Key-words: hallucination, grief, sense of presence, continued bonds, complicated grief, after-death communications

La théorisation freudienne affirme que « la mort propre est irréprésentable » et que, « dans l'inconscient, chacun de nous est convaincu de son immortalité » [1]. Plus largement, ce sont la mort et la mortalité elles-mêmes qui peinent à prendre place dans le système représentationnel du sujet, en raison des angoisses de mort et de castration majeures qu'elles viennent réactiver. Dans ce contexte, les vécus subjectifs de contact avec un défunt (que nous proposerons de désigner sous le terme générique de nécrophanies) peuvent être compris comme des constructions venant combler ce vide représentationnel. Ils permettent ainsi aux cliniciens d'observer les aménagements trouvés par certains sujets face à la mort, sur les plans intrapsychique et interpersonnel.

Les expériences de nécrophanie induisent un sentiment de proximité avec l'au-delà. En rendant poreuse la frontière entre morts et vivants, elles peuvent ainsi donner à certains le sentiment de mieux accepter la mort, de ne plus la craindre. Selon la psychanalyse et son « modèle de la rupture », cette apparente acceptation constitue une forme de processus défensif, les sujets vivant ce type d'expériences visant à échapper au dictat de la réalité et à l'acceptation de la finitude. Finalement, ces sujets feraient l'expérience d'une mort barrée, en tentant de se déjouer de la mort, dans la réactivation d'un fantasme d'immortalité. Toutefois, certaines théorisations actuelles (le « modèle des liens continués ») font également valoir l'idée que le maintien d'un lien avec le défunt faciliterait le deuil. Ces considérations nous conduiront à proposer le terme de « deuil paradoxal ».

Les nécrophanies posent en outre les questions de la place et de la vision culturelle de la mort dans nos sociétés contemporaines. Émerge entre autres une question d'importance : où place-t-on, de nos jours, le curseur entre deuil normal et deuil pathologique ? Les critères d'intensité et de durée des symptômes dépressifs et la présence de comorbidités réactionnelles font l'objet de débats nosographiques récurrents [2]. L'investigation clinique de ces expériences se situe dans un entre-deux des perspectives psychopathologiques et parapsychologiques, en priorisant la question de l'accueil qui peut leur être fait au sein des dispositifs d'écoute à celle de leurs interprétations ontologiques.

Enfin, les nécrophanies interrogent sur les conceptions psychanalytiques de la mort et du deuil, et sur la prise en charge des endeuillés par les psychanalystes et les psychologues psychodynamiques. En particulier, ces expériences se révèlent parfois effrayantes, motivant alors des demandes de soin. Comment les accueillir, les considérer, les mettre au travail ?

Nous développerons l'ensemble de ces questionnements en les positionnant dans une perspective historique et psychanalytique, et en nous étayant sur les données d'une vaste enquête [3-4] sur les vécus subjectifs de contact avec un défunt. Après une partie historique, nous développerons une revue de littérature actuelle sur la question des nécrophanies et de la clinique du deuil. Nous introduirons la notion de deuil paradoxal, puis discuterons de la sensibilité culturelle des phénomènes évoqués et de l'inconfort culturel qu'ils peuvent générer. Nous exposerons ensuite la phénoménologie des nécrophanies telle qu'exposée dans la littérature, ce qui nous permettra d'introduire l'enquête précédemment citée, dont nous analysons ici une partie des données. Nous nous centrerons spécifiquement sur l'analyse des expériences effrayantes, pour en présenter une phénoménologie affinée, et illustrer les choses grâce à des témoignages. L'ensemble de ces développements aboutira à la discussion sur la prise en charge évoquée plus tôt.

Historique des recherches

Le lien entre les vécus subjectifs de contact avec des défunts et le deuil a intéressé les cliniciens dans le contexte du développement du spiritisme à partir du milieu du XIXe siècle [5]. Cette croyance consolatrice pouvait également être jugée par des psychiatres responsable d'aggravations des troubles psychiques chez des individus vulnérables [6-7]. Dans le contexte des charniers des grandes guerres, le fait de prouver la réalité des phénomènes spirites avait également des implications sociales [8].

À partir des années 1950, cette interrogation initiale s'est étendue car ces vécus furent décrits par des individus qui n'étaient pas directement connectés aux croyances spirites. L'étude de Rees [9] parue en 1971 marqua un tournant dans ces recherches, car elle se fondait sur des témoignages qui ne parvenaient jusqu'alors que rarement aux oreilles des cliniciens, du fait de tabous culturels [10]. Rees repéra une fréquence élevée de ce qu'il appela « hallucinations post-deuil », en particulier chez des veufs et veuves. De tels récits avaient pourtant déjà été recensés dès la fin du XIX^e siècle dans le cadre des premières enquêtes internationales sur les hallucinations dans la population générale réalisées par les Sociétés de recherche psychique [11-13]. L'abord « parapsychologique », n'excluant pas la factualité de telles communications avec les morts, avait entraîné une marginalisation de ces études [14].

Les tergiversations terminologiques pour désigner ces vécus reflètent leur place disputée, entre psychopathologie et paranormalité. Ainsi que le soulignent Kamp et ses collègues ([15], p. 2), chaque auteur semble y aller de son terme, ce qui ne facilite pas la construction d'un savoir cumulatif¹. Certains termes plus « émiques » mettent l'accent sur la paranormalité du vécu, d'autres plus « étiques » sur leur interprétation en termes psychopathologiques. Les expressions les plus courantes sont celles de communications post-mortem (*After-death communications*) et vécus subjectifs de contacts avec un défunt (VSCD) [16]. Ces mêmes auteurs ont sélectionné l'expression d'expériences sensorielles ou quasi-sensorielles de contact avec des défunts [15]. Nous n'échappons pas à la règle en faisant une proposition originale, guidée par la volonté de développer une appréhension la plus neutre possible de ces vécus, en les intégrant dans le champ

¹ Kamp et ses collègues [15] recensent principalement les appellations suivantes : communications post-mortem, expériences spirituelles post-mortem, hallucinations du deuil, continuation des liens initiée par le défunt, expériences de présence continue, expériences de présence, expériences extraordinaires du défunt, maladie du fantôme, hallucinations du deuil, hallucinations et illusions, expériences d'hallucinations au cours du deuil, expériences au cours du deuil, idiophanie, idionécrophanies, expérience idionécrophique, présence perçue des êtres chers défunts, hallucinations post-enterrement, contact post-mortem, rencontres post-mortem, présence des défunts, sensation de présence du défunt, expériences, expériences sensori-perceptuelles d'endeuillés, visions du défunt, connexions spirituelles avec le défunt, visions d'un fantôme.

plus large des expériences exceptionnelles [17-18]. Plusieurs auteurs soulignent en effet que ces vécus ne doivent pas être jugés prématurément ou injustement de façon psychopathologique [19-21], et que la question de leur factualité n'est pas première [22]. Aussi, nous privilégions une notion dérivée du terme d'idionécrophanies [23] en parlant d'*expériences exceptionnelles nécrophaniques* ou, plus succinctement, de *nécrophanies*.

Une difficulté supplémentaire dans ce champ de recherche vient du fait que les études subséquentes à celles de Rees [15] furent majoritairement une quinzaine de thèses non publiées (dont : [24-30]). Les échantillons sont de taille très variable, tout comme la méthodologie employée. Afin d'examiner plus attentivement la question de leur prise en charge clinique, nous nous intéressons plus particulièrement au sous-groupe de ces expériences dites négatives ou effrayantes. Dans l'échantillon de Rees [9], 8 des 94 personnes interrogées ont trouvé leurs expériences à la fois apaisantes et déplaisantes. MacKenzie [31] a collecté quelques récits négatifs, mais qui ne sont pas en lien avec une situation de deuil. Dans la thèse de Parker [29], seul un sujet sur 12 a eu une expérience négative. La thèse de Callum Cooper [32], l'un des spécialistes actuels de ce sujet, mentionne uniquement quelques brefs commentaires négatifs associés à ces récits.

L'aspect « négatif » de ces vécus s'exprime sur plusieurs registres. Le vécu peut s'avérer effrayant sur l'instant ; il peut avoir un impact personnel négatif, par exemple en suscitant l'impression de devenir fou ; enfin, les tentatives de partage de l'expérience peuvent être dépréciées. Jakeman et Cooper [33] distinguent également un regret ou une nostalgie de ne plus bénéficier de ces expériences, baptisé « deuil spirituel ». L'analyse de la valence de ces vécus est similaire à ce qui est appliqué dans le cas des expériences de mort imminente [34].

L'intérêt de ces expériences négatives vient du fait qu'étant mal répertoriées dans la littérature, elles pourraient remettre en cause les conclusions auxquelles les chercheurs sont d'ores et déjà parvenues. En effet, le débat actuel porte sur le fait que ces vécus puissent être associés à la pathologie, en particulier aux complications du deuil. La synthèse récente de l'*International consortium for hallucination research* conclut que la vaste majorité de ces expériences sont bénignes et doivent être considérées à la lumière de leur contexte biographique, relationnel et socio-culturel [15]. Parviendrait-on aux mêmes conclusions en intégrant les expériences négatives ?

Nécrophanies et clinique du deuil

Les expériences exceptionnelles nouent un rapport complexe avec la psychopathologie [35], et celles qui sont associées à la mort interrogent à nouveau l'impact de tels vécus sur la santé mentale. Certains chercheurs ont conclu qu'il fallait considérer les expériences exceptionnelles de façon neutre [36] : elles s'inscrivent dans l'ensemble du continuum entre mieux-être psychique et aggravation des troubles mentaux. Pour les nécrophanies, la problématique s'est recentrée autour des repères de la clinique du deuil, avec de nombreux auteurs venant souligner les fonctions salutaires que pouvaient parfois prendre ces vécus [37]. Ce phénomène n'est plus si marginal et commence à être appréhendé au cours des formations de soignants, notamment en soins palliatifs [38].

Ainsi, Steffen et Coyle [39] estiment que l'expérience de sensation de présence consécutive à un décès pouvait concourir à donner du sens à la perte. Les personnes qu'ils ont interrogées manifestaient un sentiment de perte partiellement inversé ou réduit, source de réconfort. Ces chercheurs n'interprétaient pas ces sensations comme des formes du déni de la mort ou de deuil non résolu. Ils rappellent cependant l'existence d'expériences négatives, dont les praticiens peuvent explorer le sens, par exemple en termes de « travail inachevé » avec le défunt [21, 40] ou en ce qui concerne l'anxiété déclenchée par l'expérience [41].

L'évaluation de l'impact des nécrophanies dépend, en premier lieu, du modèle de référence. L'abord psychanalytique du deuil procure quelques notions aptes à entrer en dialogue avec ces vécus. Dans un second temps, nous explorerons une perspective plus large issue de l'anthropologie de la mort dans nos sociétés.

Approche psychanalytique

Le psychanalyste Jean Allouch ([42], p. 64) déploie le terme de « vivance » lorsqu'une personne récemment endeuillée croit reconnaître, à partir d'une image faisant signe, la présence réelle de l'être perdu. Il explique ce phénomène par le fait que le deuil est « une des expériences possibles de la perte de la réalité. (...) la réalité ne fait plus paravent au réel » ([42], p. 67), au sens où la réalité est mise à l'épreuve par la mort. Il conçoit le deuil comme « parapsychose » fondée sur une *opération inverse de la forclusion* : un trou dans le réel qui appelle le symbolique et l'imaginaire. Les possibles phénomènes parapsychotiques seront alors la « quasi-hallucination » de la vivance, l'atteinte à l'image du corps de l'endeuillé, la convocation des éléments symboliques liés au mort, et les « "folies collectives" du type croyance aux fantômes » ([42], p. 333).

Pascal Le Maléfan [43-44] exploite cette conception lacanienne du deuil pour montrer comment on peut comprendre certaines expériences exceptionnelles autour du *ghost* (apparition d'un revenant, illusion de présence, hantise, etc.) comme un désordre transitoire provoqué par le trou laissé par le disparu. Ce désordre ne serait pas alors de l'ordre de la psychose (où l'hallucination est un retour dans le réel du symbolique forclos), ce qui l'incite à en parler comme une *quasi-hallucination* du deuil ou une *illusion*, conformément à cette différence fondée structurellement et à ce que proposent certains spécialistes de la clinique du deuil ([45], p. 351).

Thomas Rabeyron [18] affirme que ce n'est pas un hasard si certaines personnes font de telles expériences. Elles viendraient métaboliser une angoisse sous-jacente, angoisse de mort, de séparation, d'abandon ou de l'inconnu. Rabeyron ([18], p. 116) les interprète « comme des phénomènes hallucinatoires correspondant à un mode particulier de traitement du deuil aux vertus potentiellement symbolisant ». Le modèle de la satisfaction hallucinatoire du désir vaut ici pour ce débordement, par le truchement d'une régression, faisant passer une représentation d'objet surinvestie au statut de perception. On serait dès lors dans le registre de la quasi-hallucination [46].

Rabeyron [18] fait également référence à un « objet de deuil », défini par Matot ([47], p. 152) « comme le lieu d'une émergence, de nature transitionnelle, d'une figure intermédiaire entre perception des représentations, qui est à la fois présente et absente, et assure, au sein du processus de deuil, la continuité de l'investissement objectal par la promesse d'autre chose derrière ». Les nécrophanies pourraient alors contribuer à l'élaboration du deuil [48]. Rabeyron [18] souligne néanmoins les formes angoissantes que peuvent parfois prendre ces vécus, et qui seraient le signe d'un retour, sous la forme d'une compulsion de répétition, d'un réel traumatique autrement irréprésentable [47, 49]. Des processus inter- et transgénérationnels sont parfois en jeu [50]. Le caractère de récurrence de certains « revenants » nous placerait donc « au-delà du principe de plaisir » [51]. En somme, la quasi-hallucination nécrophanique permet à la fois de nier la perte et d'en représenter les aspects négatifs. L'hallucinatoire apparaît ainsi comme le négatif du trauma.

Deuil paradoxal, modèles de la rupture et des liens continués

L'approche psychanalytique du deuil est fondée sur *le modèle normatif de la rupture* [42]. « Faire son deuil » est un principe clinique entremêlé à une norme culturelle qui passe nécessairement par l'acceptation de la réalité de la perte [52]. Or, le spiritisme, comme d'autres

courants culturels, ont plutôt argué en faveur d'une acceptation de la continuité de « quelque chose » après la mort, autrement dit d'une perte partielle (l'enveloppe physique) qui n'annihilerait pas toute forme d'existence spirituelle prolongée. Cette affirmation consolatrice opère fréquemment un soulagement qui n'est pas considéré comme pleinement adaptatif selon le modèle de la rupture. L'incapacité à admettre la perte totale peut être interprétée comme un signe clinique du deuil compliqué, un trouble qui touche 10 % des endeuillés [53]. En effet, une position contrevenant si clairement au modèle normatif de la rupture serait qualifiable de pensée et ou de comportement inadaptés relatifs à la mort ou au défunt, entraînant une dérégulation émotionnelle continue vis-à-vis de la mort, deux des principaux signes de ce trouble. Toutefois, peu de liens ont été établis entre les nécrophanies et le deuil compliqué, et quasiment aucune étude ne les corrèle avec la psychose ([15], p. 9).

Or, la prévalence de cette croyance « spirite » reste forte en Occident. Ainsi, aux États-Unis, 33 % des adultes croient que les vivants et les morts peuvent communiquer entre eux [54]. De nombreux cliniciens questionnent ces modèles et en viennent à soutenir un « deuil paradoxal »² qui ne passerait pas par cette étape cruciale de reconnaissance de l'intégralité de la perte. Un lien continu se met en place, défini comme « la présence d'une poursuite de la relation intime avec la personne défunte par l'individu endeuillé » ([57], p. 477). Ce modèle pointe l'intérêt d'un tel attachement perpétué dans de nombreux cadres « normaux », telles que des traditions, des histoires, des images [58]. En somme, « maintenir des connexions avec le défunt serait normal et au bénéfice de l'endeuillé » ([15], p. 11). Les nécrophanies spontanées possèdent une place toute désignée dans un tel modèle, et les individus qui en font sont invités à les communiquer. Elles seraient la forme « externalisée » du lien perpétué « en interne » ([57], p. 7).

Une différence peut être faite entre les cas où les nécrophanies sont spontanées, c'est-à-dire apparemment initiées par les défunts, et les cas où elles sont activement recherchées [60]. Ces modèles des « liens continués » ou « liens continus » [61-62] vont en effet de pair avec l'intérêt pour des dispositifs thérapeutiques de facilitation de tels vécus nécrophaniques [63]. L'un de ces dispositifs repose sur le principe antique du psychomantéion, c'est-à-dire un espace contenant d'évocation des morts [64]. Un autre plus récent utilise la stimulation sensorielle bi-alternée ou EMDR pour induire de tels vécus et permettre leur reprise dans le cadre thérapeutique [65]. Les premières études montrent des effets positifs sur le deuil, même si ces dispositifs facilitateurs ne produisent aucun effet sur une personne sur trois [66-67].

Un autre dispositif semble prendre la même direction : l'emploi de médiums pour diminuer les effets délétères d'un deuil, ou « expériences assistées de contact post-mortem » [68]. Si des addictions aux médiums sont parallèlement constatées par des psychiatres [69] quelques études commencent à mettre en évidence les bienfaits de la réception de messages transmis par un tiers qui permettent à l'endeuillé d'identifier le défunt, de comprendre que celui-ci l'observe depuis son décès et de pouvoir interagir avec lui (adieux, conseils, objectifs non résolus de son vivant...) [70]. Aux États-Unis, le Windbridge Research Center et la Forever Family Foundation (ONG séculaire) établissent des certifications pour des médiums qui sont ensuite consultés par les individus en demande d'aide.

Enfin, les requêtes de contacts post-mortem passant par l'emploi de technologies ou de drogues psychoactives, sans assistance d'un médium ou d'un clinicien, permettent visiblement d'évoquer une phénoménologie similaire. Toutefois, aucune étude systématique n'a encore vérifié leur intérêt thérapeutique sur le processus de deuil ([61], p. 17-20).

² La notion de « deuil paradoxal » a déjà été proposée dans la littérature, pour recouvrir d'autres formes de contradictions avec la *doxa*, par exemple la joie de vivre de l'endeuillé [55] ou un deuil qui demande à être répété et réinventé chaque jour [56].

En dehors de ces travaux indiquant que des liens continués apportent un certain soutien aux endeuillés [71], quelques travaux montrent un impact négatif sur eux [72-74]. Il est donc important d'examiner les conditions qui permettent à un deuil paradoxal d'être salubre pour la vie psychique. Les chercheurs encouragent à systématiser les études cliniques impliquant les nécrophanies perturbantes afin d'identifier les principes clefs de cette nouvelle clinique du deuil ([15], p. 11).

Sara Stemen [75-76] a mené plusieurs études sur les liens continués. Dans une étude sur 18 adultes [75], elle a trouvé que 89 % d'entre eux continuaient à inclure leurs défunts au sein de la représentation de leur réseau social, à une place restée souvent inchangée. Dix de ces 18 participants (soit 56 % de l'échantillon) avaient éprouvé au moins une nécrophanie spontanée [76]. L'analyse qualitative de leur récit montre leurs tentatives pour normaliser ces liens continués face à des interlocuteurs perçus comme critiques. Ces deux études viennent pointer une distinction à opérer entre les deuils paradoxaux avec ou sans nécrophanies. En effet, un individu peut adopter un modèle de liens continués sans avoir été marqué personnellement par de tels vécus (6 personnes sur 18 dans l'échantillon de Stemen). Ces deux registres de la croyance et de l'expérience ne se chevauchent donc pas systématiquement. Notre étude s'ancrant sur la dimension expérientielle sous-jacente, elle devra être complétée par des études portant davantage sur le registre des croyances.

Sensibilité culturelle et inconfort intellectuel

Ces études psychologiques et psychiatriques renvoient fréquemment à la question du relativisme culturel du deuil paradoxal [59]. La détresse associée à certaines nécrophanies peut provenir de comptes non réglés avec le défunt [77] ou de déviations des règles socio-culturelles localement en vigueur [78]. De nombreux exemples transculturels montrent que le modèle des liens continués constitue une norme culturelle plus acceptable que le modèle de la rupture dans de nombreux pays [79-80]. À Hong Kong, par exemple, il est attendu que le défunt reste présent sur Terre sous forme d'insecte, entraînant de fréquents comportements d'endeuillés dialoguant avec des insectes [81]. Dans d'autres cultures, telles que les Navajos d'Amérique du nord [82] et les Kagwahiv et Matsigenka d'Amazonie [83-84], les nécrophanies sont sources de peurs et d'évitement. Ces variations culturelles ont des implications cliniques importantes. Shimabukuro et ses collègues ([85], p. 225) invitent à « ne pas pathologiser des comportements qui pourraient paraître inhabituel à un praticien culturellement incompetent, alors qu'ils sont pleinement appropriés dans la perspective culturelle de l'endeuillé ». Les auteurs s'accordent pour normaliser les nécrophanies qui n'entraînent aucune détresse, mais à appréhender cliniquement celles qui ne sont pas bien accueillies par le patient ou un observateur extérieur [86].

Walter [87] a identifié, de façon schématique, les cultures dans lesquelles il est attendu que les vivants et les morts veillent les uns sur les autres (« cultures du care ») et celles où les morts sont relégués au statut de réminiscences (« cultures de la mémoire »). Ce contraste n'est pourtant pas pleinement efficace, car les deux tendances peuvent co-exister au sein d'une même culture. Magali Molinié [88] a ainsi analysé l'évolution de ces deux cultures en Occident. Elle montre que, historiquement, la mort s'inscrivait dans la continuité, l'interaction, et non dans la coupure. Saint Augustin, interrogé sur le culte des morts dans le cadre du christianisme, avait donné des indications claires pour lutter contre ces pratiques « hétérodoxes » :

« En lutte contre les pratiques de divination par les rêves et les morts, tant répandues dans l'Antiquité, Augustin reconnaît la réalité des apparitions des morts dans les rêves, mais conteste en revanche que le défunt soit pour quelque chose dans son apparition onirique. Pour lui, les morts n'existent que comme *fantasma*, illusion. » ([88], p. 17)

Le rejet de certaines croyances au profit d'autres a conduit à renégocier les frontières entre les morts et les vivants. Le modèle de la rupture qui va progressivement dominer l'Occident sera largement diffusé, sous une forme laïque et rationnelle, à partir des travaux de Freud [1]. La notion de « travail de deuil » [89], extraite de façon inexacte [42] à partir du texte freudien « Deuil et mélancolie », rédigé en 1915, développe un modèle naturaliste du deuil qui passe nécessairement par des procédés intrapsychiques de remaniement du lien, par « l'acceptation de l'irrévocabilité de la perte, le détachement progressif de l'objet perdu, ce qui libère l'endeuillé et lui permet de créer de nouvelles relations et de trouver de nouvelle satisfaction » ([90], p. 549.) Cette vision vient de la formulation freudienne originale du processus de deuil, qui stipule que le problème de l'endeuillé est essentiellement de nature économique : l'épreuve de réalité ayant montré que l'objet aimé n'existait plus, elle « édicte l'exigence de retirer toute la libido des liens qui la retiennent à cet objet » ([1], p. 147).

Ce faisant, ce modèle se coupe des précédents, dont le but, remarqué par Freud, était « d'établir une alliance durable avec le mort » ([88], p. 50). Dans un premier temps, Freud n'en fera rien, ne retenant au contraire que la tâche de détachement, préférant souligner la peur et l'ambivalence de l'endeuillé à l'égard du défunt [89]. Dans un article peu cité, Gaines [90] rappelle cependant que le fondateur de la psychanalyse fut progressivement conduit vers une reconnaissance de la tâche de continuité, à partir de son appréciation grandissante du rôle de l'identification dans l'élaboration du deuil. Pour décrire cette évolution brièvement, rappelons que Freud considéra dans un premier temps que l'identification était un processus pathologique, la perte de l'objet se transformant en une perte du Moi, ce qui entraînait le sujet dans la mélancolie [1]. Puis il revint sur ses propos, dans « Le moi et le ça », écrivant en particulier ces lignes : « Il se peut également que [l']identification soit la condition sans laquelle le ça ne saurait renoncer à ses objets. » ([91], p. 198). Freud suggérait donc déjà que le fait de parvenir à vivre sans l'objet externe était facilité par le renforcement de la relation intérieure à ce dernier, même s'il n'a pas spécifiquement commenté cette apparente contradiction. Ainsi, la conservation d'une relation privilégiée avec l'objet d'amour au-delà de sa perte – qui serait le propre de la mélancolie – pourrait être une étape nécessaire du processus de deuil normal. Dans le modèle des liens continués, cela n'impliquerait pas un déplacement de cette libido sur un autre objet, mais sur le même objet qui continue à subsister *ailleurs et autrement*.

L'accent mis par Freud sur l'acceptation solitaire de la perte opère une autre rupture radicale. Ainsi, Geoffroy Gorer [92] a souligné la non-prise en compte de la question rituelle par Freud à partir d'une grande enquête menée en 1963, en Grande-Bretagne auprès de trois cent cinquante-neuf personnes qui ont perdu un proche :

« [Gorer] établit une corrélation entre l'incapacité à se remettre de son affliction et l'absence de tout rituel, individuel ou social, laïc ou religieux pour guider les inconsolables, eux et ceux qui les entourent, et insiste sur le "soutien que les rituels peuvent apporter en balisant l'affliction et en fournissant des schémas de conduite (...)". Il a proposé de considérer les rituels comme canalisant les processus intrapsychiques du deuil. Sa thèse, qui associait absence de rituel et deuil pathologique, influencera nombre de travaux ultérieurs, notamment en France ceux de Philippe Ariès et de Louis-Vincent Thomas. » ([88], p. 72)

De telles enquêtes ont été reproduites récemment avec les mêmes constats [93]. Selon Patrick Baudry ([94], p. 96) : « Aucune société n'a jamais accepté que les gens disparaissent sans intervention culturelle, c'est-à-dire sans qu'intervienne culturellement la mise en place des morts. » Pour autant, le même auteur condamne les prétentions de communications spontanées avec les morts, car elles induiraient l'idée d'une merveilleuse continuité entre morts et vivants. La « routinisation » de la croyance en l'après-vie serait délétère, alors que l'incrédulité serait de mise.

Selon l'analyse de Marc-Antoine Berthod, les défunts ont ainsi dans notre société un statut paradoxal : « affirmer la rupture avec eux devient la condition même pour que les vivants puissent penser leur présence » ([95], p. 200). Il souligne l'inconfort intellectuel que peut produire cette mise en présence paradoxale des défunts et exemplifie certaines manières de composer avec cette dissonance. Pour autant, le clinicien, informé par l'anthropologie [96], se doit de déployer une sensibilité culturelle qui l'amène à neutraliser les biais associés aux normes culturelles qui le traversent. Cette limite radicale entre les vivants et les morts ne doit pas être attaquée pour imposer au patient de nouvelles croyances, comme le font certaines approches [70], mais une forme de tolérance active doit permettre d'accompagner le patient dans ses référentiels, suivant la position d'indécidabilité qui sied à la clinique des expériences exceptionnelles [17, 97]. En prenant en considération toutes ces réflexions, notre étude visera à évaluer l'impact de ces vécus sur le processus de deuil et en particulier lorsqu'ils se présentent sous une forme effrayante.

Phénoménologie

Avant de présenter les données issues de notre étude, il est nécessaire de faire le point sur la phénoménologie habituellement associée aux nécrophanies. Kamp et ses collègues ([15], p. 3) décrivent un continuum phénoménologique allant d'expériences claires et distinctes à des impressions subtiles ou partielles. Ainsi, la sensation de présence est parfois dépeinte comme une « sensation » diffuse et d'autres fois comme une perception d'un invisible clairement localisable : par exemple, un sujet dira « C'est réellement comme s'il était assis à côté de moi. » [39]

Selon Beischel [63], les nécrophanies prennent les formes suivantes : conviction de sentir la présence du défunt ; phénomènes visuels, olfactifs, tactiles et auditifs (voix et sons) ; conversations avec le défunt ; rêves puissants ; le fait d'entendre des chansons signifiantes à la radio ou bien de la musique associée au défunt ; messages de la part d'objets ; le fait de retrouver des objets perdus ; communication à travers des appareils électriques (par exemple des lumières qui clignotent) ; communication à travers des téléphones ; phénomènes naturels incluant des comportements inhabituels de la part d'animaux ou d'insectes ; comportement inhabituel chez un animal ou de la part d'insectes ; messages symboliques ; coïncidences ou synchronicités ; autres incidents inhabituels ou phénomènes inexplicables. Cette phénoménologie élargie correspond à celle rapportée dans notre base de données. D'autres typologies restreignent davantage ces expériences à des phénomènes sensoriels, des sensations de présence et des expériences oniriques étranges, sans y inclure les aspects relatifs aux coïncidences entre le monde interne et l'environnement externe. Kamp et ses collègues ([15], p. 4-5) synthétisent en deux tableaux les modalités sensorielles des nécrophanies spontanées et les taux de prévalence rencontrés dans les études antérieures.

La modalité première est donc la sensation de présence, à la lisière entre l'intériorité et l'extériorité psychique. Celle-ci a fait l'objet d'études particulières. Ces expériences tendent à se produire de manière inattendue [98] et sont généralement perçues comme réconfortantes [99-100], agréables [101] et aidantes ou positives [41, 81], même s'il en existe de négatives. Concernant ces dernières, Tyson-Ramson [40] a remarqué que la sensation d'une présence malvenue et intrusive était souvent liée à un travail non terminé dans la relation avec le décédé [39].

Quelques difficultés surviennent pour distinguer les nécrophanies d'autres expériences telles que la paralysie du sommeil. Ces vécus partagent la sensation immédiate d'une présence dans un environnement domestique, avec très souvent l'impression d'une agentivité intentionnelle, mais la paralysie du sommeil implique souvent une présence malveillante avec

une identité anonyme [102]. Nous ferons une proposition de catégorisation pour distinguer ces deux vécus.

Selon la synthèse de Kamp et ses collègues [15], les nécrophanies se rencontrent dans toutes les cultures, dans tous les groupes d'âge et dans tous les types de perte de relation. Elles ne sont pas dépendantes de l'appartenance religieuse, ni de la cause de la mort. Elles apparaissent plus répandues chez les femmes, et plus fréquentes chez les veuves lorsque la relation avait été harmonieuse et le mariage long. Du point de vue des caractéristiques psychologiques, elles ont été associées à l'ouverture à l'expérience, le névrosisme, l'extraversion et la tendance à adopter un coping d'évitement. Un lien a également été identifié avec les hallucinations, ainsi que les expériences mystiques et exceptionnelles [103].

Kamp et ses collègues [15] soulignent que les hallucinations et autres expériences sensorielles inhabituelles sont souvent associées à un trouble psychiatrique, mais qu'elles peuvent aussi survenir chez des sujets sans pathologie particulière, mais à la faveur d'un événement de vie tel que le deuil. Leur prévalence dans ce contexte est évaluée entre 47 et 82 % en fonction des études [104-105]. La plupart des recherches sur les nécrophanies sont conduites dans le champ du deuil, et reflètent le débat général sur la nature pathologique ou non pathologique des hallucinations [15].

Description de l'étude

Grâce à une bourse d'une fondation, un ambitieux projet multilingue a été conduit de février 2018 à janvier 2020 intitulé *Investigation de la phénoménologie et de l'impact des vécus subjectifs de contact avec un défunt (VSCD) spontanés et directs*. Le projet est dirigé par la Suisse Evelyn Elsaesser, chercheuse indépendante spécialiste des expériences relatives à la mort. Les chercheurs principaux sont les psychologues Prof. Chris A. Roe et Dr. Callum E. Cooper de l'université de Northampton, au Royaume-Uni [3-4, 106].

Un questionnaire en ligne de 194 questions est resté accessible pendant six mois. Un total de 1004 questionnaires ont été complétés, 416 en Anglais, 440 en Français et 148 en Espagnol. L'ensemble des narrations de ces vécus comptabilise plus de deux millions de mots. Cela fait de cette étude la plus importante collecte mondiale de données sur ces vécus, laissant place à une analyse qualitative et quantitative des résultats.

Le premier objectif de l'étude est d'examiner précisément la phénoménologie de ces vécus. Qui sont ceux qui les vivent ? Dans quelles circonstances ? Sous quelles formes ? Nous examinerons en particulier le **contenu des messages** ainsi obtenus.

Le deuxième objectif de l'étude est d'analyser l'impact de ces vécus et notamment leur influence sur le processus de deuil. Dans ce cadre, nous procéderons à l'analyse des **angoisses associées aux vécus**, aux **manières dont les sujets ont partagé leurs expériences**, et aux **répercussions de ces vécus** sur leurs attitudes religieuses et spirituelles, ainsi que sur leur processus de deuil spécifiquement. Pour remplir ces deux objectifs, nous avons identifié les items pertinents pour chacune de ces catégories et nous avons ensuite analysé les données collectées.

Dans le cadre de cette large étude, notre rôle a consisté à analyser une portion des témoignages anglais et français pour lesquels les participants ont affirmé qu'ils avaient été effrayés par un aspect au moins de l'expérience. Comme nous l'avons constaté dans la revue de littérature, la majorité des recherches réalisées ont porté sur les nécrophanies plaisantes ([15], p. 4). Plusieurs auteurs ont indiqué l'importance d'explorer ce contrepoint constitué par les expériences déplaisantes, à la manière dont les expériences de mort imminente *négatives* ont modifié la vision globale de ces vécus [34]. À plusieurs reprises, nous comparerons cet échantillon à l'ensemble des 1004 questionnaires.

Nos différentes interrogations ont permis de sculpter, à partir de la base de données et de statistiques descriptives, plusieurs représentations de ces expériences qui restent relativement méconnues. Étant donné que le support d'enquête comporte à la fois des questions fermées et des questions ouvertes, nous avons développé une analyse thématique pour les questions ouvertes, que nous combinons avec les réponses aux questions fermées pertinentes.

Dans la portion de la base de données que nous avons analysée, la population est composée de 108 individus, dont 45 Anglais et 64 Français, 11 hommes et 97 femmes. L'âge moyen de l'échantillon est de 47,75 ans. Sur le plan socio-démographique, il s'agit principalement de personnes mariées (43 %) ou en concubinage (17 %). Leur niveau d'études est universitaire pour 48 % d'entre elles ou intermédiaire entre niveau secondaire et université (23 %). Elles font majoritairement partie de la population active (temps plein 46 %, temps partiel 17 %) ou sont à la retraite (13 %). Ces caractéristiques socio-démographiques diffèrent peu de celles de l'ensemble des participants.

Analyse phénoménologique des expériences effrayantes

Sur les 108 expériences relatées, nous repérons trois catégories.

- La première est relative à des **signes perimortem³ d'un défunt identifié** : ils se manifestent sous forme d'annonces, d'apparitions employant une ou plusieurs modalités sensorielles ou d'apparentes communications spontanées avec un défunt soit clairement identifiable, soit dans le contexte d'un deuil. C'est la catégorie la plus fréquente (82 cas, soit 76 %). Souvent ces signes surviennent en rêve ou autour du sommeil.

Exemples :

(F153, Femme, 48 ans) : « Pendant mon sommeil, j'ai vu la personne [son patron] très mal physiquement poussant un déambulateur et en blouse d'hôpital, alors que je ne savais pas qu'elle était décédée le jour même [d'un cancer foudroyant]. »

(E392, Femme, 37 ans) : « Vers minuit, assise sur le canapé. Je ressens une présence. Je vois un reflet sur l'écran de télé, une forme humaine qui marchait derrière moi et dans le couloir. Je savais que c'était mon arrière-grand-mère. J'étais en hyperventilation et mon téléphone s'est allumé. C'était un texto de ma mère disant que mon arrière-grand-mère venait de décéder, à 1000 kilomètres de là. Je suis allé me coucher avec ma porte entr'ouverte. Allongée dans mon lit, pas encore endormie, ma porte s'ouvre complètement. J'ai senti une pression chaude sur ma main. Personne n'était là. Je savais que c'était elle qui disait au revoir. »

- La deuxième catégorie correspond à des **vécus de rencontre avec des entités non identifiées** : visiteurs de chambre à coucher qui ne sont pas reconnus dans l'immédiat ; éléments de paralysie du sommeil associés à une présence ou une interaction ; expériences de hantise dans un lieu familier ou méconnu. Au total, 20 cas (19 %) présentent cette phénoménologie. Pour trois cas, les personnes relatent avoir vécu durant l'enfance ce type de rencontre avec des inconnus au pied du lit, mais que leur nécrophanie principale entre plutôt dans la première catégorie.

Exemple :

³ Aux alentours de la période de la mort.

(F042, Femme, 57 ans) : « Mon mari et moi avons restauré une très vieille maison de deux cents voire trois cents ans. Ce fait s'est passé dans la chambre. La chambre est la seule pièce pas encore restaurée à l'époque mais nous l'avons tout de même investie. Un matin traînant au lit, je rêve, je songe mais j'insiste : je ne dors pas ! Il est 8h15 du matin, je branche ma couverture électrique car j'ai un peu froid et à 8h20 très exactement, plusieurs personnes situées au bout du lit, me tirent par les pieds, elles sont très en colère et je les vois ! Au premier plan je distingue une femme la bouche grande ouverte, vêtue pauvrement... Pleine de colère. À ce moment je sens mon corps se soulever... Je suis en lévitation. Je ne peux faire aucun geste, je ne peux parler, je suis complètement paralysée, mes yeux voient puisque j'ai vu l'heure à mon réveil mais je ne fais que subir et puis tout s'arrête. Je me lève sans vraiment avoir peur mais le cœur bat tout de même un peu plus vite ! Dans ma tête... une seule question 'Mais qu'est-ce que c'était ?' Juste une évidence... ces gens voulaient me chasser. J'ai la sensation [que cela] m'est arrivé hier, il est toujours très présent malgré toutes ces années passées et très fort en intensité... pas d'équivoque je dérangeais ! »

- La troisième catégorie contient tous les cas pour lesquels trop d'informations sont manquantes ou qui ne sont pas catégorisables (6 cas, soit 5 %).

La phénoménologie des nécrophanies mériterait d'être affinée car il semble y avoir des différences importantes entre une expérience, parfois récurrente, de paralysie du sommeil [102] ou d'apparitions d'êtres inconnus au pied du lit, d'une part ; et la survenue unique ou rare de contacts avec un défunt (identifié dans 84,9 % des cas sur les 1004 sondés, cf. [3], p. 11), souvent dans le contexte de son décès, d'autre part. La petite taille de notre échantillon ne nous permet pas d'envisager des comparaisons statistiques entre ces deux catégories majeures.

Contenu des messages

Dans l'ensemble, 49 des 108 personnes (45 %) conservent une sorte de message, soit directement perçu auditivement (ou « télépathiquement »), soit déduit d'une attitude non-verbale ou de la situation. Nous avons dégagé cinq catégories thématiques pour rendre compte du contenu de ces messages :

- Message de consolation, de réassurance ou d'adieux (27, 55 %)

Exemples :

(F038, Femme, 32 ans) : « J'ai cru percevoir la chose suivante : il voulait me voir avant de partir, il voulait avoir un dernier contact sur Terre avant de s'en aller définitivement. »

(F407, Femme, 33 ans) : « Il me disait qu'il fallait arrêter de pleurer, qu'il fallait avancer, qu'il était bien, il fallait que je le dise aussi à ma mère pour qu'elle arrête de pleurer et le laisse partir »

- Message préventif ou d'annonce (9, 18 %)

Exemples :

(F387, Femme, 43 ans) : « Il va arriver quelque chose mais tout va bien. »

(F083, Femme, 29 ans) : « Il souhaitait que j'aille dans sa chambre car sa lettre s'y trouvait »

(F436, Femme, 65 ans) : « Je pars. Il est l'heure pour moi de partir. »

- Message d'excuse, de restauration/réparation de la relation (4, 8 %)

Exemple :

(F265, Femme, 47 ans) : « Il avait besoin d'expliquer la raison pour laquelle il avait eu ce geste qu'il ne voulait pas fatal et présenter ses excuses à sa mère. »

- Message communiquant un savoir sur l'après-vie (6, 12 %)

Exemple :

(E392, Femme, 37 ans) : « La mort n'est pas ce que l'on nous apprend à croire (religion) »

- Menace ou demande d'aide (3, 6 %).

Exemple :

(F042, Femme, 57 ans) : « Que je devais quitter les lieux, que c'était chez eux, que je n'avais rien à faire ici. »

Nous pouvons nous rendre compte qu'en dépit du fait que nous analysons des nécrophanies dites effrayantes, les messages sont très rarement perçus comme étant de l'ordre d'une volonté malveillante imposée par les entités. La grande majorité des messages se révèlent positifs, certains portant précisément sur les ratés de la relation, d'autres préparant davantage à l'annonce du décès ou à un futur événement de vie négatif. Les messages communiquant un savoir sur l'après-vie pourraient aussi correspondre à une autre forme de consolation, de registre intellectuel plutôt que directement affectif.

De tels messages semblent avoir pour finalité de faciliter le détachement, la conviction de sentir le défunt bien où il est permettant à l'endeuillé de se sentir en paix. Dans le processus d'acceptation de la perte, ce type de message vient diminuer la tension psychique et notamment l'alliance inconsciente source de culpabilité. L'idée d'une vie prolongée ailleurs facilite une transition : si l'être cher est « encore vivant », et même joyeux, dans un espace confortable, alors l'inquiétude n'a plus lieu d'être. En esprit, la personne peut désormais concevoir un espace psychique qui accueille le réel de la mort. Le vécu multisensoriel des nécrophanies vient actualiser dans le présent la relation d'objet, en permettant de la réparer là où le lien s'était potentiellement abîmé du fait du décès. Si le corps physique n'est plus, l'objet psychique, lui, n'est pas mort ! Il doit donc désormais occuper une autre position dans l'espace psychique. La nécrophanie semble manifester cette œuvre de subjectivation et de repositionnement de l'objet psychique. Il permet aux tensions résiduelles de trouver une échappatoire. De facto, le sujet ne se voit plus privé de la relation d'objet au défunt, il est désormais autorisé à ne pas terminer cette relation : celle-ci doit évoluer post-mortem. L'autre est, dans les meilleurs cas, logé en position d'objet d'amour omniprésent et omnipotent, qui veille au bonheur des vivants. Cette représentation de la survie offre une compensation bénéfique aux entraves à la continuité relationnelle dans une culture faisant de la mort une discontinuité radicale.

Il est intéressant de noter que les messages d'annonce ou de prévision, ou ceux pour qui la personne n'est que le médium ou le canal d'un message à porter à d'autres, rejouent une scène essentielle de la vie psychique. Le fait d'en passer fantasmatiquement par un autre permet au sujet de moins ressentir sa part de responsabilité dans sa vie psychique, dans un processus plus respectueux de ses mécanismes de défense.

Étant donnée la dimension globalement positive des messages extraits de ces expériences, on peut dès lors légitimement se demander quelles sont les sources des angoisses associées à ces vécus.

Contenu des angoisses

Notre échantillon a la particularité d'avoir vécu sa nécrophanie avec effroi. Cela représente 12,1 % de l'ensemble des personnes ayant répondu à l'enquête ([3], p. 13), ce qui est déjà une information importante car les données en la matière sont rares.

Dans le détail, 79 % de l'échantillonnage analysé affirment avoir été effrayés par le contact supposément initié par le défunt (Q108), tandis que 18 % n'en sont pas sûrs et 3 % ne se prononcent pas explicitement sur cet item. La peur était continue pendant toute la durée de la nécrophanie pour 46 % des personnes, seulement au début (24 %) ou seulement à la fin (15 %) pour les autres (Q109).

Les motifs d'effroi sont déclinés ainsi (Q110) : « J'étais destabilisé(e) par le fait que le défunt était apparemment en mesure d'établir un contact avec moi » (39 %) ; « J'avais peur de perdre la raison / d'halluciner » (16 %) ; « Je pensais que l'intention du défunt était de me faire du mal » (13 %) ; « Autre » (22 %).

Nous avons à nouveau opéré une analyse thématique des réponses aux questions ouvertes sur l'item Q111 rempli par les personnes qui avaient indiqué une réponse « Autre » à l'item Q110. Quatre catégories se dégagent :

- Continuum de la surprise à l'effroi

Exemples :

(E014, Femme, 69 ans) : « J'étais surprise. (...) Je me suis demandé pourquoi il y avait quelqu'un dans ma chambre. (...) J'ai mis ma tête sous les draps. »

(E238, Femme, 53 ans) : « Je n'étais pas effrayée du tout... c'était juste une expérience nouvelle et étrange et je me suis sentie un peu choquée et alarmée, mais je n'étais pas préoccupée en me rendormant. »

- Perte de contrôle physique

Exemples :

(E056, Femme, 67 ans) : « J'ai ressenti comme une étrange décharge électrique traversant mon corps lorsque j'ai réagi à la visite, et je me suis retournée dans le lit. »

(F139, Femme, 37 ans) : « C'est mon corps qui ressent qu'il est là. Les battements de mon cœur s'accélérent. C'est la surprise. Après je souffle et je tente de maîtriser ça car c'est l'effet de surprise le plus difficile à gérer. »

- Intention perçue comme malveillante

Exemple :

(E079, Femme, 57 ans) : « Lorsque le défunt a commencé à entrer en contact, c'était assez agressif, comme déplacer mon chien par exemple, ce qui nous dérangeait tous les deux. »

- Aspects positifs exclusifs

Exemple :

(E299, Femme, 86 ans) : « Je suis un channel pour un Esprit supérieur et je fais l'expérience de ce genre de communication tout le temps. En fait, j'écris mon troisième livre à partir de cette source. »

Ce dernier exemple est relativement atypique, car les sondés sont principalement des personnes qui ont vécu spontanément cette expérience et non des individus qui recherchent activement à les provoquer.

Les manifestations monstrueuses de dangereux spectres, dont les représentations culturelles du fantôme nous abreuvent, sont très clairement absentes. L'effroi provient principalement de l'effet de surprise : il s'agit du choc de l'inconnu, un choc à la fois perceptuel, émotionnel et rationnel. Des interrogations peuvent émerger très vite sur les intentions de l'entité et le sens de la rencontre. Parfois, ce sont les phénomènes semblant survenir dans le monde physique qui suscitent l'incompréhension. D'autres craintes concernent plutôt des doutes naissants sur la santé mentale de la personne et la possibilité de partager ce vécu incongru.

Souvent, cette angoisse se résorbe quand la personne exprime sa peur (verbalement ou en se retirant de la situation), car elle se sent obéie et non pas harcelée, gardant ainsi un sentiment de contrôle. Cela n'est pas toujours le cas dans les quelques secondes ou minutes que peuvent durer les épisodes impliquant des formes de paralysie du sommeil, où la perte de contrôle physique peut générer de l'anxiété (61,6 % de l'ensemble des 1004 sondés n'ont pas été effrayés pendant la paralysie partielle temporaire, cf. [3], p. 14). Cela étant, cette peur est majoritairement transitoire, voire même combinée sur le moment avec des sentiments positifs. Lorsque nous analyserons les répercussions du phénomène, il sera confirmé que les personnes conservent une perception positive ou très positive de leur expérience.

Le partage d'expériences

L'enquête interroge les personnes pour savoir avec qui elles ont partagé leur expérience. On pourrait s'attendre à ce que des vécus aussi effrayants et déstabilisants entraînent une demande de soin et, par conséquent, la sollicitation de professionnels de santé. L'analyse des 88 réponses aux questions ouvertes Q140 et Q141 permet de distinguer six catégories, répondant à deux interrogations : avec qui ont-elles partagé leur expérience ? Et comment ont-elles été reçues ?

Expérience partagée... :

- Avec tout le monde : 6 (7 %)

Exemple :

(F001, Femme, 49 ans) : « J'ai même témoigné à l'époque dans un numéro de l'INREES⁴ ! J'ai raconté mon expérience dans un de mes livres, et toute la famille la connaît. Je ne crains pas d'en parler à tous ceux qui me deviennent familiers. Personne ne s'est jamais moqué de moi. Comme je suis quelqu'un de très sérieux (ancien professeur des universités en littérature comparée), je bénéficie d'une sorte de crédibilité ! »

- Avec quelques personnes sélectionnées : 79 (90 %)

Exemple :

(F095, Femme, 48 ans) : « Des amies qui sont comme moi ouvertes à l'énergie et qui pensent que l'âme ou la conscience survit à la matière. »

- Avec personne : 3 (3 %)

Exemple :

(F366, Femme, 44 ans) : « Je suis moi-même dans le doute... alors comment aborder cette question avec les autres. »

⁴ Le magazine *Inexploré* publiée par la société « Institut de recherches sur les expériences extraordinaires » est distribué en kiosque depuis 2008 et traite des thématiques entre psychologie, spiritualité et paranormal.

Accueil fait à l'expérience :

- Accueil positif : 45 (51 %)

Exemple :

(F116, Femme, 36 ans) : « Avec la famille proche et des amies. Très bien reçue, on ne m'a jamais fait passer pour folle. J'ai eu du mal à en parler à mon père, je ne savais pas comment aborder le sujet et finalement cela [a] également contribué à son apaisement. »

- Accueil mixte : 28 (32 %)

Exemples :

(F364, Femme, 33 ans) : « Les amis proches, beaucoup ont été amusés... »

(F416, Femme, 34 ans) : « Certains ont compris, m'ont rassurée, d'autres ont écouté sans conviction. »

- Accueil négatif : 15 (17 %)

Exemples :

(F020, Femme, 45 ans) : « Mon mari : il me dit que c'est mon cerveau qui me jouait des tours. À ma sœur : elle est effrayée de cette expérience »

(F351, Femme, 70 ans) : « J'ai été traitée avec des anti dépresseurs, Imovane pour dormir et Solian pour mes visions et les voix que j'entendais / les personnes n'ont pas compris ces expériences (famille et collègues). »

Ces témoignages nous apprennent que les personnes privilégient d'en parler à des proches, des amis, ou des personnes qu'elles savent sensibles à ces questions (79 sur 88, 90 %). De rares personnes prétendent pouvoir en parler avec tout le monde ou diffuser leur message publiquement (6 sur 88, 7 %). D'autres préfèrent ne pas en parler, ou attendre de trouver les bonnes personnes pour le faire (3 sur 88, 3 %). Une personne affirme en avoir parlé à un psychologue, sans que ce dernier n'exprime d'avis, une autre en a parlé à son conseiller en deuil, et une autre a été traitée par de la pharmacopée pour ses expériences. Il apparaît donc que les professionnels de santé semblent rarement informés de ces expériences.

Les personnes présentent souvent des appréhensions quant à l'accueil qui sera réservé à ces expériences. Beaucoup ont été confrontées à de l'incrédulité vécue comme un rejet, à de l'indifférence ou à de la moquerie. Parfois elles sont parvenues à avoir des retours plus nuancés, ou via des personnes plus ouvertes. Au total, 15 (17%) ont un accueil exclusivement négatif ; 28 (32%) un accueil mixte ; et 45 (51%) affirment avoir bénéficié d'une écoute soutenante auprès des (rares) personnes auprès desquelles elles se sont confiées.

Répercussions de l'expérience

Les expériences exceptionnelles ont la réputation d'avoir un impact important sur la trajectoire de vie individuelle. Les études prospectives examinant les répercussions des expériences de mort imminente semblent aller dans ce sens [107], mais font toujours l'objet de critiques méthodologiques [108]. Qu'en est-il des nécrophanies ?

À l'item Q137, 36 % des personnes affirment que la nécrophanie a changé leur vie, 49 % qu'il est important, 7 % le considère modérément important, 3 % pas très important et 2 % pas du tout important. C'est donc globalement un épisode marquant de leur existence. Ces données ne diffèrent pas significativement des répercussions pour l'ensemble des participants [3], ce qui suggère un impact similaire des vécus plaisants et effrayants.

Plus précisément, les expériences de mort imminente sont réputées pour amoindrir la peur de la mort physique en supposant qu'elle n'est pas la fin de tout [107]. L'item Q132 évalue le changement de la peur de la mort suite à la nécrophanie. En tout, 25 % affirment que leur peur de la mort a disparu, 34 % qu'elle a diminué, 34 % qu'elle est restée la même, 1 % qu'elle a augmenté. (Pour l'ensemble des participants, les chiffres diffèrent un peu avec des pourcentages respectifs de 29,5 %, 31,4 %, 33,2 % et 0,8 %). Les nécrophanies ont donc un impact similaire aux EMI en ce qui concerne la peur de la mort [108].

Derrière cette représentation modifiée de la mort, plusieurs interprétations peuvent se profiler. Des items passés avant la description de la nécrophanie questionnent le degré de religiosité (Q11 et Q12) et de spiritualité (Q13 et Q14) dans lequel la personne se reconnaissait *avant* et *après* leur expérience.

	Tout à fait d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Fortement en désaccord
Religiosité avant	4	17	39	21	18
Religiosité après	10	20	30	30	10
Spiritualité avant	28	29	22	17	4
Spiritualité après	60	26	13	2	0

Ces données rétrospectives ne reflètent pas rigoureusement la situation avant la nécrophanie, mais elles donnent une indication de la façon dont les personnes perçoivent ou plutôt revendiquent une évolution de leurs convictions associées à leur expérience. On peut y voir une légère augmentation de la religiosité (de 21 à 30 % d'accord) et un maintien du désaccord avec la religion (de 39 à 40 % en désaccord), souvent perçue comme une source de dogmatisme. Les variations sont manifestement dues aux personnes plutôt neutres qui vont se polariser légèrement. En revanche, on constate une très forte augmentation de la spiritualité (de 57 à 86 %), avec un nombre minime de personnes qui ne s'y identifient pas. Sur l'échantillon global, on constate des chiffres très similaires ([3], p. 5).

Plus précisément, les items Q130 et Q131 évaluent (rétrospectivement) la croyance en l'existence d'une vie après la mort *avant* et *après* la nécrophanie. On passe ainsi de 51 % des personnes qui croyaient à la vie après la mort *avant* à 89 % qui y croient après la nécrophanie (+ 38 %). Les 19 % de sceptiques initiaux ne sont plus que 1 % dans l'après-coup, tandis que les incertains passent de 28 % à 9 %. Sur l'ensemble des participants, on détecte une ligne de base plus élevée : 68,8 % sont initialement favorables à la croyance à la vie après la mort (10,8 % de sceptiques), pour 92,8 % dans l'après-coup (1,2 % de sceptiques). Notre échantillon implique donc davantage de personnes abordant la survie de manière plus dubitative, ce qui peut renforcer l'effet de choc ontologique. On peut imaginer que cette conversion massive dans la conviction d'une continuité de la conscience après la mort physique vient interroger l'ensemble du rapport social. En effet, les participants à l'enquête proviennent de cultures où la mort reste perçue comme une discontinuité totale, sauf dans le cadre des croyances religieuses, dont l'autorité s'est amoindrie avec la sécularisation des sociétés occidentales. Comment pourrait se positionner un clinicien face à un individu investissant une telle croyance ?

Il se trouve que l'intérêt clinique pourrait prioritairement se focaliser sur le bien-être du patient. Aussi quelques items évaluent l'impact perçu de la nécrophanie sur le processus de deuil, avec la question Q170 sur l'apport de la nécrophanie en termes de réconfort et de guérison

émotionnelle. En tout, 55 % des personnes affirment avoir ainsi bénéficié de leur nécrophanie, contre 19 % répondant « non » à cette question et 11 % se disant incertains. Cette question n'était pas appropriée à tous les contextes puisque 14 % expliquent n'avoir jamais été en deuil du défunt perçu. Pour l'ensemble des participants, le réconfort est présent chez 73,4 % d'entre eux, tandis que 10,4 % répondent « non » et que 8 % sont « incertains » ([3], p. 21). L'aspect effrayant de l'expérience semble avoir significativement freiné son intégration positive dans le travail de deuil.

Dans la question ouverte suivante (Q171), les personnes décrivent de quelles façons la nécrophanie a eu un **effet spécifique sur le processus de deuil** :

Exemples :

(F132, Femme, 30 ans) : « Cette "apparition" m'a apaisée. Je me suis dit qu'elle veillait sur moi, que j'avais les capacités de rebondir. Plus tard j'ai réussi à me pardonner complètement. »

(F308, Femme, 36 ans, qui a perdu sa fille quelques heures après l'accouchement) : « Quand j'ai eu la certitude que c'était réel et que j'ai reçu les certitudes, cela a apaisé mon chagrin, je ne me suis pas enfermée et apitoyée sur mon sort... d'autres questions se sont posées... puisqu'après la mort ce n'est pas le néant... qui prend soin d'elle ? Comment ça se passe ? Etc. Cela a ouvert une autre forme d'inquiétude. Le message sur le répondeur de mon mari m'a ensuite rassuré également... "Tout va bien"... Je sais que je la retrouverai quand il sera temps... je suis une maman spéciale avec un pied dans le ciel et l'autre sur terre car il faut... continuer et avancer (je suis à ce jour enceinte de sa petite sœur, 6 mois de grossesse) »

(F365, Femme, 63 ans) : « Avant ce contact, j'étais en survie. »

Certains y logent des **changements dans la relation avec le défunt** :

(F153, Femme, 48 ans) : « Je ne comprenais pas pourquoi j'étais aussi bouleversée par la mort de mon directeur (cancer foudroyant) et pourquoi je vivais ces contacts et puis de l'avoir écouté et aidé m'a soulagé de ce bouleversement. »

Certains affirment même que cela les **prépare mieux aux prochains deuils** à venir :

(F158, Femme, 39 ans) : « Le deuil se fait par rapport à la personne physique et tous les moments qui n'existeront plus jamais. Ceci-dit, je pense que je ne vivrai pas les prochains deuils tout à fait pareil. Mais perdre un être cher au quotidien n'a rien à voir avec le fait de maintenir une "relation" au-delà. On ne partage plus le quotidien, il n'y a plus de présence dans le monde physique. »

D'autres font de la nécrophanie une **étape cruciale de leur deuil** :

Exemples :

(F068, Femme, 23 ans) : « Je n'arrivais pas à faire le deuil jusqu'à la VSCD [nécrophanie] »

(E145, Femme, 50 ans) : « Je ne suis vraiment pas sûr de la façon dont se serait passé mon processus de deuil si je n'avais pas vécu la communication avec le défunt. »

L'item Q185 analyse la centralité de la nécrophanie dans le processus de deuil. Les personnes attribuent à 43 % un rôle majeur à la nécrophanie, 26 % ne sont pas sûres, et 14 % pensent que le deuil se serait déroulé de la même manière sans ce vécu. Ici encore, on constate l'importance donnée à cette expérience par ceux qui l'éprouvent. Dans la population totale, 68,4 % trouvent l'expérience importante, 11,4 % sont incertains et 20,2 % ne la trouvent pas importante relativement au processus de deuil ([3], p. 22). On note un écart significatif dans la centralité

de l'expérience entre l'ensemble des vécus nécrophaniques et ceux qui furent effrayants. L'ensemble suggère que les nécrophanies en contexte de deuil pourraient correspondre, chez certains, à une phase nécessaire au travail de deuil, décrite par Freud [1] comme un surinvestissement de l'objet perdu – ici par une quasi-hallucination – après lequel s'accomplit à son égard le détachement de la libido.

L'item 177 pose la question différemment : « Souhaitez-vous intensément un nouveau contact avec le défunt ou est-ce que le(s) contact(s) perçu(s) est/sont suffisant(s) pour vous ? ». On pourrait s'attendre à ce que des nécrophanies dites effrayantes soient des expériences dissuasives. Or, 36 % voudraient répéter l'expérience (contre 26 % qui ne le voudraient pas, et 6 % d'incertains). Ces chiffres sont inférieurs à ceux de l'ensemble de l'échantillon (46,9 % souhaitent un nouveau contact, contre 33,3 % pour qui les contacts perçus sont suffisants et 7,5 % d'incertains) ([3], p. 22). Lorsqu'on examine les réponses « Autre » (13 %), on constate majoritairement une envie de poursuivre l'expérience mais avec certaines nuances, dues notamment à la formulation spécifique de l'item :

Exemples :

(F308, Femme, 36 ans) : « J'aimerais des contacts réguliers avec ma petite fille, mais je sais qu'elle doit aussi "faire sa vie"... ce que j'ai reçu est tellement incroyable que je pourrai m'en contenter jusqu'au moment de la retrouver »

(F300, Femme, 35 ans) : « Je ne le souhaite pas intensément mais certains jours, je l'espère »

(F119, Femme, 40 ans) : « Le contact perçu est suffisant dans son essence et son intention mais il est vrai que je ne dirais pas non à un autre contact s'il devait y avoir. »

(E094, Homme, 22 ans) : « Je souhaite un contact, mais pas en rêves : d'une façon contrôlée ou dans un état de veille. »

Par les multiples fenêtres par lesquelles sont observées les répercussions des nécrophanies, nous constatons des changements revendiqués comme importants, d'ordre général dans la spiritualité, plus spécifiquement dans le développement d'une croyance en la continuité de la vie après la mort, diminuant ou faisant disparaître la peur de celle-ci. Que ce soit le résultat de l'expérience ou de l'interprétation qui lui est associée, ou d'une combinaison des deux, les personnes revendiquent majoritairement un impact crucial de l'ensemble sur l'évolution favorable de leur processus de deuil.

S'il fallait comparer un deuil classique et un deuil avec nécrophanie, la question se poserait de la place à donner à cette croyance dans la continuité de la vie. En effet, de nombreux deuils classiques aboutissent à une reconstruction de la philosophie de la vie, porteuse d'apaisement et de sérénité. Ici, l'après-deuil semble avoir pour socle, pour une majorité des participants, une articulation entre expérience et croyance survitaliste qui s'achève sur une **forme paradoxale du deuil** (cf. supra) : le deuil est accompli au prix de maintenir toujours ouverte et vivante la relation avec le défunt. Cela vient contredire la norme rationnelle d'une mort comme discontinuité, mais est-ce finalement un horizon culturel vers lequel le clinicien devrait guider son patient (cf. infra) ? Cette hypothèse de la continuité paraît pouvoir se généraliser à d'autres pertes et d'autres deuils, développant un effet protecteur. La saillance et la centralité de la nécrophanie dans ce montage se lit dans les réponses données quand est évoquée la conjecture d'une vie où un tel vécu n'aurait pas eu lieu.

Témoignages

Pour se représenter plus complètement la trajectoire d'une personne vivant une nécrophanie, nous avons sélectionné trois cas qui exemplifient la diversité phénoménologique de ces expériences et les problématiques d'accompagnement qu'elles soulèvent. Ces données sont extraites des parties du questionnaire acceptant des réponses libres et permettant une analyse qualitative.

La participante F132 est une femme de 30 ans, sans enfants, travaillant à temps plein. À 19 ans, elle a subi une IVG qu'elle avait du mal à se pardonner :

« Une nuit, j'ai rêvé que j'étais immobile, au milieu d'une église, comme si j'étais sur le point de me marier, avec beaucoup de personnes que je ne pouvais reconnaître et qui s'affairaient autour de moi. Plus loin, immobile elle aussi, se tenait ma grand-mère, décédée 5 ans plus tôt (un deuil difficile à faire pour moi). Nous nous faisons face, avec une dizaine de mètres entre nous. Elle paraissait en forme, calme et me regardait. Elle s'est mise à me sourire avec ce sourire que je n'oublierai jamais, que j'ai toujours adoré étant petite, qui m'a toujours rassurée. Ce sourire qui semblait vouloir me dire "tout va bien et tout ira bien, je suis avec toi". Ce rêve était tellement fort et changeait tellement de tous les rêves que j'avais pu faire jusque-là (en intensité notamment, en sensation que c'était "plus que réel"), qu'en me réveillant, j'ai eu peur ! Peur de me rendormir le lendemain soir et refaire le même genre de rêve. Ce n'est pas de ma grand-mère que j'avais peur mais je n'avais jamais vécu cela, j'avais vraiment l'impression d'avoir vécu quelque chose de surnaturel. Comme je n'avais pas d'explication, j'ai opté pour celle qui me plaisait le plus : ce rêve était une sorte de "prise de contact" de ma mamie, à un moment difficile de ma vie, pour me rappeler sa présence bienveillante à mes côtés. »

Ce rêve est repéré comme ayant facilité l'acceptation de cet « épisode traumatique » que constituait pour elle l'IVG. Il a produit un certain apaisement, tandis que le pardon complet ne sera possible que plus tard. L'expérience a été partagée avec sa mère et certains amis « choisis pour leur ouverture d'esprit ». La spiritualité a pris ensuite une place plus importante dans sa vie, avec la conviction nouvelle d'un lien par-delà la mort. Il est intéressant dans cette expérience qu'il n'y ait aucune représentation du fœtus ou de l'enfant à naître, simplement une attitude corporelle associée à la réassurance.

Le témoin F312 est une femme de 57 ans, célibataire et travaillant à temps plein. Sans conviction religieuse, sa spiritualité a fait un bond de « neutre » à « tout à fait d'accord » suite à son expérience vécue 21 ans auparavant. Alors qu'elle se tenait assise dans son lit, « profondément désespérée par le décès de [sa] mère » d'un cancer deux semaines plus tôt, elle se confrontait comme depuis plusieurs jours à cette question : « Mais où est-elle ? ». Elle voit soudain apparaître devant elle « le visage d'une dame âgée que je ne connaissais que très peu (la belle-mère d'une de mes amies), décédée quelques mois avant ma mère ». C'était « comme une image projetée sur un écran », « qui donnait toute impression de s'adresser à moi ». Aussitôt, elle entendit dans son esprit ces paroles : « Ta mère ne peut pas t'apparaître. Elle est trop fatiguée et n'en a pas la force. C'est pourquoi je viens à sa place. L'âme fatiguée doit parcourir sept cercles de régénération avant de pouvoir matérialiser une image de la personne qui l'a portée. ». Elle complète sa description : « ses mots s'imposaient à moi sans, je crois, qu'ils n'aient été articulés ». La scène est si insolite qu'elle suscite l'effroi. L'endeuillée s'exprime : « Je ne veux pas savoir ! », paroles qui ont l'effet de mettre fin à tout, mais qu'elle regrette désormais. Elle affirme que, quelques jours avant, une nette sensation de présence de sa mère en face d'elle avait constitué un prélude à cette vision. Elle affirme qu'elle ne connaissait rien de ces phénomènes à cette époque. Désormais, l'expérience est gravée en elle. Après la frayeur, elle a ressenti « un soulagement, de la gratitude pour le message mais aussi beaucoup d'interrogations sur mon état mental... ». Elle attend plusieurs années avant d'en parler et décide d'ailleurs de le confier à un psychologue, qui ne fait aucun retour. Sa conviction

est néanmoins faite : « Je n'ai plus aucun doute sur le fait que ça s'est réellement passé. Je n'aurais pas pu fantasmer ces paroles, qui n'avaient pas de sens pour moi à l'époque et étaient très éloignées de ma culture et de mes préoccupations. » Cette explication est privilégiée à celle de l'hallucination, car source d'un réconfort plus grand. Cette tentative de contact de sa mère par personne interposée, en réponse à son appel, a joué un rôle crucial dans le processus de deuil : « Si cette expérience n'avait pas eu lieu, je me serais vraiment sentie abandonnée. »

La participante F020 est une femme mariée de 45 ans, mère, et travaillant à temps plein. Quelques années auparavant, elle a perdu son père d'un cancer. Elle l'avait accompagné jusqu'au bout et était très proche de lui. Quelques jours après la cérémonie et la crémation, alors que ses cendres avaient été dispersées dans la mer, elle a vécu un phénomène étonnant. En conversation téléphonique sur son portable avec sa tante, la communication s'est « brouillée net » au moment où elle pénétrait dans la maison de son père. « Un sifflement très intense, de la friture sur la ligne pendant 3 à 4 minutes. Je n'entendais plus ma tante. Le sifflement et la friture se sont arrêtés d'un coup lorsqu'une respiration forte et rapide s'est fait entendre dans le téléphone. Je demandais qui était en ligne : pas de réponse, mais seulement cette respiration qui est revenue plusieurs fois pendant cet événement. Je connaissais cette respiration car mon papa avait eu cette respiration saccadée forte et rapide quelques jours avant son départ. J'étais attirée par cette respiration mais effrayée également. Je ne voulais pas raccrocher bien que j'en tremblais, alors j'ai ouvert le store car la maison était dans la pénombre et, là, plus rien. La communication avec ma tante est redevenue fluide. De son côté, ma tante a entendu le sifflement et de l'eau coulée, des clapotis » (qu'elle associe à la mer où les cendres ont été jetées). Quelques minutes après cette communication, elle sent l'odeur du parfum de son père, et a l'impression d'avoir rêvé. Elle comprend désormais cela comme un message de sa part lui montrant qu'il était toujours là, qu'il y avait quelque chose après la mort. Cela n'a pas modifié ses convictions religieuses ou spirituelles, qui restent neutres, mais sa vie en est changée et sa peur de la mort a diminué. Émue, troublée, elle regrette que son action d'ouvrir les stores ait interrompu la communication qui n'aura duré que quelques minutes. Elle n'a pas trouvé autour d'elle des personnes avec qui partager ce vécu. De telles expériences semblant emprunter les voies modernes de télécommunication ont été recensés par des chercheurs professionnels ou amateurs depuis les années 1970 et semblent de plus en plus fréquentes [109-111]. L'intrusion de ce « réel technologique » dans le récit du vécu n'est pas sans poser de nombreuses questions sur l'accompagnement clinique [112].

Implications pour la pratique clinique

Au travers de l'analyse de ces données, nous constatons que même les nécrophanies qualifiées d'effrayantes peuvent être considérées rétrospectivement comme une ressource positive. Cette conclusion rejoint celle de Drewry [113] après son analyse de 40 cas de nécrophanies. Un phénomène similaire avait été constaté pour les expériences de mort imminente négatives qui auraient les mêmes effets protecteurs vis-à-vis du traumatisme que les expériences de mort imminente dites plaisantes [34].

Deux questions vont guider nos réflexions sur la prise en charge de ces vécus : pourquoi ces expériences ne parviennent-elles pas plus souvent jusqu'aux oreilles des psychologues et psychiatres ? Et quelle serait la conduite pour un clinicien confronté à de tels cas ?

En Angleterre, Elizabeth Roxburgh et Rachel Evenden [114] ont interrogé huit thérapeutes ayant reçu des patients relatant des expériences exceptionnelles. D'après eux, les patients appréhendent de révéler leurs expériences, par crainte de l'interprétation qui pourrait en être faite, par la société en général et par le clinicien en particulier. Des recherches montrent que les

patients témoignant de tels vécus dans des contextes thérapeutiques traditionnels ne se sentent pas suffisamment écoutés, acceptés ou compris [115]. Ils peuvent également recevoir une aide qu'ils jugent inadéquate [116], et craindre d'être ridiculisés ou pathologisés, raison pour laquelle ils abordent leurs expériences par petites touches et ne révèlent l'étendue de leur vécu que lorsqu'ils sentent que le thérapeute accueille leur récit positivement [114]. La crainte de la stigmatisation sociale est l'un des freins les plus importants à la demande d'aide [117].

Keen, Murray et Payne (2013), pour leur part, ont mené une méta-analyse des recherches publiées sur les sensations de présence et pointent également l'aspect stigmatisant du récit de telles expériences, confirmant ainsi ce qui a déjà été souligné par ailleurs [9-10]. Keen, Murray et Payne [104] rapportent que les hommes sont dans l'ensemble plus réticents à discuter de l'expérience de ce phénomène que les femmes [118] et que les personnes âgées le sont davantage que les endeuillés plus jeunes [10]. À l'instar de Roxburgh et Evenden [114], ils font le constat que cette réticence à discuter des expériences de sentiment de présence est due à la crainte d'être ridiculisés ou considérés comme mentalement malades. Cette retenue pourrait avoir une incidence sur la volonté des gens de partager cette information avec les praticiens du deuil et les chercheurs, et laisse supposer que la prévalence de ce genre d'expériences est sous-estimée. Il est toutefois notable que cette réticence est également un effet de culture. Ainsi, les participants japonais et chinois des études de Yamamoto et ses collègues [80] et de Chan et ses collègues [81] n'ont pas rapporté cette gêne, et ont au contraire déclaré que les sensations de présence du défunt étaient normales et réconfortantes dans leur culture. Nowatzki et Kalischuk [22] ont même suggéré que l'influence de théories plus « orientales » pourrait contribuer à notre compréhension de l'expérience du sens de la présence en offrant une vision plus équilibrée des effets normaux, sains et curatifs de ces expériences qui, selon eux, ont été négligées par les modèles occidentaux.

La majorité des thérapeutes rencontrés par Roxburgh et Evenden [114] affirment qu'il est important d'explorer le sens de l'expérience du point de vue du patient, plutôt que d'imposer leur propre interprétation. Ce constat valide les résultats de recherches auprès de patients qui avaient cherché du soutien concernant leurs expériences exceptionnelles [119] : il est important de pouvoir donner du sens à l'expérience avec un thérapeute ouvert d'esprit. Il serait légitime de considérer les nécrophanies comme du « matériel clinique » [120], de la même façon que pour l'ensemble des expériences exceptionnelles [17-18]. En ce sens, il est important pour les professionnels de mettre leurs propres croyances de côté afin qu'ils puissent se concentrer sur les avantages thérapeutiques et curatifs de ces expériences sans remettre en question leur validité ni tenter de les expliquer [22].

Les études examinées par Keen, Murray et Payne [104] mettent elles aussi au jour la nécessité de mieux préparer les praticiens prenant en charge les personnes endeuillées qui vivent des sensations de présence. Par exemple, les dix participants à la recherche de Taylor [115] ont tous indiqué qu'ils avaient vécu une expérience de conseil insatisfaisante ou médiocre, c'est-à-dire que les praticiens n'avaient pas mentionné ou ne s'étaient pas enquis d'une expérience de sentiment de présence, l'avaient considérée comme anormale ou avaient évité le sujet lorsque la personne en avait parlé. Ces participants ne s'étaient sentis ni acceptés ni compris. Quatre participants sur les dix avaient ensuite fait l'expérience d'un soutien satisfaisant, avec un praticien différent, qui avait considéré l'expérience comme normale, les avait encouragés à en discuter davantage et semblait comprendre la personne et ses vécus. Il n'en reste pas moins que certains de ces participants auraient souhaité qu'on les interroge davantage sur leur culture et leurs croyances.

Cette question de la formation accompagne un débat déjà présent dans la littérature, concernant le terme qui serait le mieux adapté à la description de ces expériences. Le terme d'« hallucination du deuil » ayant été utilisé dans plusieurs études traitant de ces expériences, il n'est pas surprenant que les professionnels de la santé associent ce phénomène à la maladie

mentale [121-122]. Les praticiens sont en outre susceptibles d'avoir des convictions personnelles divergentes sur la question des sensations de présence. Ainsi Sanger [123] a-t-il interviewé 21 travailleurs sociaux, et découvert qu'ils avaient toute une variété d'explications de ces expériences, allant d'idées psychologiques, biologiques, spirituelles à paranormales.

Kamp et ses collègues ([15], Tableau 4, p. 6) listent une série de recommandations cliniques pour évaluer et travailler avec les nécrophanies, synthétisant l'avis de plusieurs auteurs [19-22, 123], que nous adaptons ci-dessous :

- 1) Accueillir les nécrophanies divulguées en encourageant un récit détaillé, indiquant l'impact et le sens de ces vécus du point de vue du sujet ;
- 2) Évaluer les liens avec des problématiques de santé mentale (préexistantes) en tenant compte des risques de mauvais diagnostic, du fait de la teneur majoritairement bénigne de ces vécus ;
- 3) Psycho-éduquer en normalisant ces vécus (démythologiser) et en rassurant sur les liens avec la santé mentale (dépathologiser) ;
- 4) Travailler sur la relation avec le défunt, dont la nécrophanie peut être un catalyseur. Un lien continu salutaire peut être construit dans certains cas ;
- 5) Développer les aspects positifs des nécrophanies plaisantes, par rapport à la problématique de deuil ou à d'autres aspects de la vie ;
- 6) En cas de nécrophanies négatives ou ambivalentes, il est important d'approfondir l'évaluation du contexte de survenue et les problématiques associées à la relation avec le défunt. Puis explorer avec le sujet différentes façons de réagir à cette expérience.
- 7) Il est nécessaire de se confronter aux problématiques liées à la dissonance cognitive et/ou à la crise existentielle associées à cette expérience exceptionnelle. Les sujets peuvent être en difficulté pour leur donner du sens, les intégrer dans un cadre conceptuel et notamment dans les croyances religieuses ou spirituelles qui sont les leurs.
- 8) Les cliniciens doivent aborder ces vécus en procédant à une exploration dépourvue de jugement, ce qui implique de l'ouverture d'esprit et du respect pour la perception et l'interprétation du sujet.
- 9) Les cliniciens se doivent d'être sensibles aux aspects culturels, aux termes employés pour interpréter le vécu, et se montrer globalement bienveillant vis-à-vis des perspectives envisagées par le sujet.
- 10) Si cela est approprié et pertinent, les cliniciens peuvent prendre une position positive quant à la réalité et à l'intérêt des nécrophanies, aider les sujets à en explorer le potentiel transformateur, et renforcer la croissance post-traumatique qui surviendrait déjà naturellement chez le sujet en réaction à son vécu.

Par rapport à la possibilité énoncée de prendre position au sujet du statut ontologique des nécrophanies, certains auteurs estiment inutile de fournir une explication psychologique de l'expérience aux patients. Ainsi Parker [21] soutient-il que si les expériences sont perçues comme « réelles » par l'endeuillé, de telles explications rationalisantes pourraient nuire à l'intégration de l'expérience dans son système de croyance. Dans le même ordre d'idée, Longman et ses collègues [124] affirment que, toute expérience étant propre à chacun, les gens devraient être encouragés à chercher leur propre explication pour y trouver réconfort. La pertinence à s'étayer sur les croyances culturelles et religieuses des endeuillés pour les accompagner est elle aussi fréquemment soulignée [39, 115, 123].

Keen, Murray et Payne [104] font encore d'autres suggestions concernant l'accompagnement des endeuillés vivant des sensations de présence :

- Préparer les endeuillés à l'idée qu'ils puissent rencontrer le défunt d'une manière ou d'une autre [100, 118].

- Rassurer sur le fait que ces expériences ne dépendent pas de la nature de la relation avec le défunt, dans le but de réduire la détresse des endeuillés qui recherchent cette expérience mais ne l'ont jamais vécue [101, 123].
- Aborder la possibilité de l'expérience lors des premières séances avec les personnes endeuillées et leurs familles, de manière à réduire la crainte d'une maladie mentale et la peur de la stigmatisation associées à une présence « hallucinatoire » [101].

L'intérêt de ces recommandations est qu'elles rejoignent, au-delà des seules expériences exceptionnelles nécrophaniques, la clinique interculturelle dans son abord d'une symptomatologie en déviance par rapport aux normes culturelles du clinicien. Toutefois, elles présentent certaines limites que des études de terrain permettraient d'affiner. Ainsi, elles incitent à séparer les nécrophanies plaisantes de celles qui le sont moins, alors que la dynamique psychique en jeu semble la même, ainsi que le montre notre étude. Elles pensent ces vécus principalement dans un contexte de deuil, alors qu'ils surviennent dans des contextes variés. Elles s'appliquent surtout aux nécrophanies spontanées, marquées par une sorte de lâcher-prise, et moins à celles qui sont provoquées volontairement. Enfin, l'état de conscience dans lequel l'expérience est vécue n'est pas encore enregistré comme une variable pouvant fournir des indications cliniques. Il nous semble pertinent d'explorer les modalités sensorielles dans lesquelles les nécrophanies surviennent et leurs liens avec la vie psychique, notamment avec les enveloppes psychiques et leurs frontières [18]. Cet article se concentrant sur la description phénoménologique des nécrophanies effrayantes, il appelle d'autres travaux à même d'approfondir l'appréhension clinique de tels vécus [125].

Conclusion

Nous parlons ici d'une place de clinicien, notre propos n'étant nullement de prouver l'existence d'une vie après la mort, mais de plaider pour la prise en compte d'expériences subjectives puissantes et fréquentes. Il nous apparaît nécessaire de cesser de scotomiser les nécrophanies d'une manière générale, et les expériences effrayantes ou leurs répercussions négatives en particulier, que ce soit pour le sujet lui-même ou son entourage.

Les évolutions sociétales apportent leur lot de mutations dans la manière de « faire son deuil », en témoignent les sites mémoriels en ligne [126-127] ou encore les « autels Facebook » [128]. Ces expériences de contact subjectif avec les défunts permettent d'observer l'évolution des formes prises par le travail de deuil chez nos contemporains. Elles appellent à une évolution des théorisations sur la question, et c'est dans ce contexte que nous proposons la notion de deuil paradoxal. La question centrale du travail de deuil est en effet celle du remodelage du lien à l'objet : selon la psychanalyse, l'objet perdu, frappé du sceau de la perte, se doit d'être désinvesti au profit de l'objet interne, avec lequel le lien est renforcé. Dans les expériences de nécrophanies, tout se passe comme si l'on assistait à une externalisation de ce processus intrapsychique. Le deuil prend alors une forme paradoxale : le sujet « ressuscite » fantasmatiquement l'objet perdu, pour le « rencontrer » (dire au revoir, se sentir pardonné, briser le sentiment de solitude...) et avancer dans l'élaboration de son deuil. En quelque sorte, il s'agit de pouvoir retrouver le disparu pour mieux s'en séparer, ou parfois de le garder « un peu présent » pour vivre son absence au quotidien. Ces considérations, soulignant la dimension adaptative des liens continués dans le deuil, ne nous font toutefois pas oublier que certaines nécrophanies sont aussi l'expression d'un deuil pathologique où domine le déni de la mort.

D'un point de vue méthodologique, notre étude se fonde sur des témoignages issus d'une très large base de données appelée à conduire à d'autres études précises. Le questionnaire, diffusé jusqu'alors en français, anglais et espagnol, sera traduit en d'autres langues et employé sur d'autres continents. Il serait nécessaire d'enquêter de manière plus longitudinale afin de confirmer ou infirmer les effets à long terme de ces vécus.

Enfin, nous souhaitons souligner à nouveau l'influence de la culture dans la manière de considérer la mort et le deuil. Ainsi que nous l'avons exposé, la pensée dominante de nos sociétés européennes a répandu la vision normative du modèle de la rupture. Ce paradigme, historiquement daté en Occident, n'est-il pas en train de montrer ses limites ? Il importe selon nous que les professionnels du soin psychique n'adhèrent pas sans recul, explicitement ou implicitement, aux prédicats anthropologiques ou aux partis-pris idéologiques. Il doit « s'informer » par l'anthropologie clinique des particularités et des évolutions des normes culturelles [96]. La fonction du clinicien est en effet de prendre en compte la singularité de chacun, et donc de considérer avec attention toute expérience exceptionnelle, d'en faire un matériel clinique à part entière. Ce positionnement, parfois contre-culturel, se révèle le garant d'une authentique disponibilité à l'accueil de récits de nécrophanies et des expériences exceptionnelles dans leur ensemble. Ainsi nous pourrions réhabiliter un espace pour l'élaboration de ces vécus qui pourrait faire rempart contre des pratiques alternatives moins bien réglementées et plus sujettes à caution.

Références

1. Freud S. Deuil et mélancolie [1917]. In : *Œuvres complètes, Psychanalyse, vol. XIII (1914-1915)*. Paris : PUF, 3e éd. corrigée ; 2005, p. 261-280.
2. Frances A. *Sommes-nous tous des malades mentaux ? Le normal et le pathologique*. Paris : Odile Jacob ; 2013.
3. Elsaesser E, Roe CA, Cooper CE, Lorimer D. *Investigation of the phenomenology and impact of spontaneous and direct After-Death Communications (ADCs)* ; 2020. https://www.evelyn-elsaesser.com/wp-content/uploads/2020/02/Booklet_Web_French_Research.pdf
4. Woollacott M, Roe CA, Cooper CE, Lorimer D, Elsaesser E. Perceptual phenomena associated with spontaneous experiences of after-death communication: Analysis of visual, tactile, auditory and olfactory sensations. *Explore* 2021. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2021.02.006>
5. Le Maléfan P. *Folie et spiritisme Histoire du discours psychopathologique sur la pratique du spiritisme, ses abords et ses avatars. 1850-1950*. Paris : L'Harmattan ; 1999.
6. Schiff P. Automatismes mentaux, délire spirite et spiritisme. *Annales médico-psychologiques* 1926 ; 84(2) : 240-249.
7. Leroy R, Pottier C. Délire systématisé de persécution et de possession démoniaque consécutif à des pratiques spirites. *Annales médico-psychologiques* 1930 ; 88(2) : 217-232.
8. Winter J. *Sites of Memory, Sites of Mourning. The Great War in European cultural history*. Cambridge : Cambridge University Press ; 1995.
9. Rees WD. The hallucinations of widowhood. *British Medical Journal* 1971 ; 4(5778) : 37-41.
10. Anderson KL, Dimond MF. The experience of bereavement in older adults. *Journal of Advanced Nursing* 1995 ; 22 : 308-315. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.22020308.x>
11. Gurney E, Myers FWH, Podmore F. Les hallucinations télépathiques [1886]. Paris : Alcan ; 1891.
12. Sidgwick H, Johnson A, Myers FWH, Podmore F, Sidgwick EM. Report on the census of hallucinations. *Proceedings of the Society for Psychological Research* 1894 ; 10 : 25-422.
13. Flammarion C. *L'inconnu et les phénomènes psychiques*. Paris : Flammarion ; 1900.

14. Le Maléfian P. L'hallucination télépathique ou véridique dans la psychopathologie de la fin du XIXe siècle et du début du XXe siècle. *L'Evolution Psychiatrique* 2008 ; 73(1) : 15-40.
15. Kamp KS, Steffen EM, Alderson-Day B, Allen P, Austad A, Hayes J, Larøi F, Ratcliffe M, Sabucedo P. Sensory and quasi-sensory experiences of the deceased in bereavement: An interdisciplinary and integrative review. *Schizophrenia Bulletin* 2020 ; 46(6) : 1367-1381.
16. Elsaesser-Valarino E. Vécu subjectif de contact avec les défunts. In : S Allix, P Bernstein (editors), *Manuel clinique des expériences extraordinaires*. Paris : InterEditions ; 2009, p. 109-132.
17. Evrard R. *Folie et Paranormal. Vers une clinique des expériences exceptionnelles*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes ; 2014.
18. Rabeyron T. *Clinique des expériences exceptionnelles*. Paris : Dunod ; 2020.
19. Costello J, Kendrick K. Grief and older people: the making or breaking of emotional bonds following partner loss in later life. *Journal of advanced nursing* 2000 ; 32(6) : 1374-1382.
20. Datson SL, Marwit SJ. Personality constructs and perceived presence of deceased loved ones. *Death Studies* 1997 ; 21(2) : 131-146.
21. Parker JS. Extraordinary experiences of the bereaved and adaptive outcomes of grief. *Omega* 2005 ; 51(4) : 257-283.
22. Nowatzki NR, Kalischuk RG. Post-death encounters: Grieving, mourning, and healing. *Omega: Journal of Death and Dying* 2009 ; 59(2) : 91-111.
23. MacDonald WL. Idionecrophanies: the social construction of perceived contact with the dead. *Journal of scientific study of religions* 1992 ; 31(2) : 215-223.
24. Burton J. *Survivors' Subjective Experiences of the Deceased*. Unpublished doctoral thesis, International College, Los Angeles, CA ; 1980.
25. Conant RD. *Widow's Experiences of Intrusive Memory and "Sense of Presence" of the Deceased after Sudden and Untimely Death of a Spouse During Mid-Life*. Thèse de doctorat non publiée, Massachusetts School of Professional Psychology, Newton, MA ; 1992.
26. Devers E. *Experiencing the Deceased: Reconciling the Extraordinary*. Thèse de doctorat non publiée, University of Florida, Gainesville, FL ; 1994.
27. Hayes J. *Experiencing the Presence of the Deceased: Symptoms, Spirits, or Ordinary Life?* Thèse de doctorat non publiée, University of Manchester, Manchester ; 2011.
28. Knight MT. *Ways of Being: The Alchemy of Bereavement and Communiqué*. Thèse de doctorat non publiée, University of Sydney, NSW ; 2011.
29. Parker JS *After Death Communication Experiences and Adaptive Outcomes of Grief*. Thèse de doctorat non publiée, Saybrook Graduate School, San Francisco, CA ; 2004.
30. Steffen E. *'Sense of Presence' Experiences and their Role in Meaning Making Processes Following Bereavement*. Thèse de doctorat non publiée, University of Surrey, Surrey ; 2011.
31. MacKenzie A. *Apparitions and Ghosts*. London: Arthur Barker ; 1971,
32. Cooper CE. *Spontaneous Post-death Experiences and the Cognition of Hope: An examination of bereavement and recovery*. Thèse de doctorat non publiée, University of Northampton, Northampton, UK ; 2017.
33. Jakeman M, Cooper CE. Exploring the impact of negative spontaneous post-death experiences on the bereavement process [Poster & Abstract]. In : MD Smith, P Worth (editors.) *4th Applied Positive Psychology Symposium: Proceedings of Presented Papers*. High Wycombe: Bucks New University ; 2018.
34. Boussaert G, EvrardR. Les expériences de mort imminente négatives protègent-elles du psychotraumatisme ? *Etudes sur la mort* 2020 ; n°153 : 65-77.

35. Evrard R. Psychopathologie et expériences exceptionnelles : une revue de la littérature. *L'Evolution Psychiatrique* 2013 ; 78(1) : 155-176.
36. Simmonds-Moore C. *Investigating schizotypy as an anomaly-prone personality*. Thèse de psychologie à l'Université de Leicester, Leicester ; 2003
37. Muhammad Gadit AA. Insightful hallucination: psychopathology or paranormal phenomenon? *BMJ Case reports* 2011 ; doi:10.1136/bcr.10.2010.3456
38. LaGrand LE. *Gifts from the unknown: Using extraordinary experiences to cope with loss and change*. St Paul, MN, USA: Llewellyn Publications ; 2001.
39. Steffen E, Coyle A. Sense of presence experiences and meaning-making in bereavement: a qualitative analysis. *Death Studies* 2011 ; 35(7) : 579–609.
40. Tyson-Rawson K. Relationship and heritage: manifestations of ongoing attachment following father death. In: D Klass, PR Silverman, S Nikman (editors), *Continuing Bonds: New Understandings of Grief*. Bristol, UK: Taylor & Francis ; 1996, p. 125-145.
41. LaGrand LE. *After death communications: Final farewells*. St Paul, MN, USA: Llewellyn Publications ; 1997.
43. Le Maléfan P. Grief illusions and/or pseudo-hallucinations in children: a “ghost” slips by. In : C Murray (editor), *Mental Health and Anomalous Experiences* (pp. 193-204). London : Nova Publishers ; 2012.
44. Le Maléfan P, Lemerrier D. Clinique lacanienne du « fantôme » chez un adolescent en deuil. *L'Evolution Psychiatrique* 2012 ; 78(2) : 233-242.
42. Allouch J. *Érotique du deuil au temps de la mort sèche, 3ème édition* [1ère édition : 1995]. Paris : E.P.E.L ; 2011.
45. Hanus M. Deuils normaux, deuils difficiles, deuils compliqués et deuils pathologiques. *Annales Médico-Psychologiques* 2006 ; 164 : 349-356.
46. Cognet A. Mauriac : le père halluciné. *Champ psychosomatique* 2007 ; 46(2) : 161-174. <https://doi.org/10.3917/cpsy.046.0161>
47. Matot J. L'objet de deuil entre figuration et représentation. *Cahiers de psychologie clinique* 2003 ; 20(1) : 137-155. <https://doi.org/10.3917/cpc.020.0137>
49. Sali M. Les deux voies de l'hallucination. *Revue française de psychanalyse* 2001 ; 65(4) : 1389-1396. <https://doi.org/10.3917/rfp.654.1389>
50. Rabeyron T, Veuillet-Combié C, Chouvier B. Les fantômes d'un deuil impossible: Transmission d'un deuil pathologique entre une mère et son fils. *Psychothérapies* 2016 ; 36(1): 13-25. <https://doi.org/10.3917/psys.161.0013>
51. Penot B. Le phénomène du revenant dans les cas limites. *Revue française de psychanalyse* 1992 ; 56(1) : 123-124.
52. Walter CA, McCoyd JLM. *Grief and loss across the lifespan: A biopsychosocial perspective*. New York: Springer Publishing Company ; 2009.
53. Macallum F, Bryant R. A cognitive attachment model of prolonged grief: Integrating attachments, memory, and identity. *Clinical Psychology Review* 2013 ; 33(6) : 713-727.
54. Beischel J, Mosher C, Boccuzzi M. The potential therapeutic efficacy of assisted after-death communication. In D. Klass & E. M. Steffen (editors), *Continuing bonds in bereavement: New directions for research and practice*. Routledge ; 2018, p. 176-187.
55. Paul NL. The paradoxical nature of the grief experience. *Contemporary Family Therapy: An International Journal* 1986 ; 8(1) : 5–19. <https://doi.org/10.1007/BF00891830>
56. Skaff C. *Les manifestations psychopathologiques chez les mères des enlevés de la guerre libanaise (1975-1990). Du Complexe de Pénélope au deuil paradoxal*. Thèse de psychologie Clinique, Université de Strasbourg ; 2015.
57. Stroebe M, Schut H. To continue or relinquish bonds: A review of consequences for the bereaved. *Death Studies* 2005 ; 29 : 477–494. doi:10.1080/07481180590962659

58. Root BL, Exline JJ. The role of continuing bonds in coping with grief: Overview and future directions. *Death Studies* 2014 ; 38 : 1–8. doi:10.1080/07481187.2012.712608
59. Sabucedo P, Evans C, Hayes J. Perceiving those who are gone: Cultural research on post-bereavement perception or hallucination of the deceased. *Transcultural Psychiatry* 2020 ; 1-12. DOI: 10.1177/1363461520962887
60. Guggenheim B, Guggenheim J. *Hello from Heaven: A new field of research-after-death communication confirms that life and love are eternal*. Bantam Books ; 1997.
61. Klass D, Silverman PR, Nickman SL (editors). *Continuing bonds: New understandings of grief*. New York: Routledge ; 1996.
62. Klass D, Steffen EM (editors) (*Continuing bonds in bereavement: New directions for research and practice*. New York: Routledge ; 2018.
63. Beischel J. Spontaneous, facilitated, assisted, and requested after-death communication experiences and their impact on grief. *Threshold* 2019 ; 3(1) : 1–32.
64. Hastings A, Hutton M, Braud W, Bennett C, Berk I, Boynton T, Dawn C, Ferguson E, Goldman A, Greene E, Hewett M, Lind V, McLellan K, Steinbach-Humphrey S. Psychomanteum Research: Experiences and Effects on Bereavement. *Omega: Journal of Death & Dying* 2002 ; 45 : 211-228.
65. Botkin AL. The induction of after-death communications utilizing eye-movement desensitization and reprocessing: A new discovery. *Journal of Near-Death Studies* 2000 ; 18(3) : 181–209. doi: 10.1023/A:1021323516796
66. Botkin AL, Hannah MT. Brief report: Psychotherapeutic outcomes reported by therapists trained in Induced After-Death Communication. *Journal of Near-Death Studies* 2013 ; 31(4) : 221–224. doi: 10.17514/JNDS-2013-31-4-p221-224
67. Hannah MT, Botkin AL, Marrone JG, Streit-Horn J. Brief report: Induced After-Death Communication: An update. *Journal of Near-Death Studies* 2013 ; 31(4) : 213–220. doi: 10.17514/JNDS-2013-31-4-p213-220
48. Juranville A. Voies de l'inspiration. *Psychologie Clinique* 2005 ; 19 : 105-115.
68. Beischel J, Mosher C, Boccuzzi M. The possible effects on bereavement of assisted after-death communication during readings with psychic mediums: a continuing bonds perspective. *Omega: Journal of Death & Dying* 2014-2015 ; 70(2) : 169-194.
69. Grall-Bronnec M, Bulteau S, Victorri-Vigneau C, Bouju G, Sauvaget A. Fortune telling addiction: Unfortunately a serious topic. *Journal of Behavioral Addiction* 2015 ; 4(1) : 27-31.
70. Chambon O, Belvie W. *Expériences extraordinaires autour de la mort*. Paris: Guy Trédaniel ; 2012.
71. Jahn DR, Spencer-Thomas S. Continuing bonds through after-death spiritual experiences in individuals bereaved by suicide. *Journal of spiritual and mental health* 2014 ; 16(4) : 311–324.
72. Boulware DL, Bui NH. Bereaved African American adults: The role of social support, religious coping, and continuing bonds. *Journal of Loss and Trauma* 2016 ; 21(3) : 192-202.
73. Carr D, Sharp S. Do afterlife beliefs affect psychological adjustment to late-life spousal loss? *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences* 2014 ; 69B(1) : 103-112.
74. Field NP, Filanosky C. Continuing bonds, risk factors for complicated grief, and adjustment to bereavement. *Death Studies* 2010 ; 34(1) : 1-29.
75. Stemen SE. "They'e in my heart, mind, and cells": What continuing bonds reveal about social networks. *The Gerontologist* 2020a ; 60(6) : 1085-1093.

76. Stemen SE. "I can't explain it": An examination of social convoys and after death communication narratives. *Death studies* 2020b. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1825296>
77. Aguilar I, Wood VN. Aspects of death, grief and mourning in the treatment of Spanish-speaking mental patients. *Annual Meeting of the American Anthropology Association* 1974 ; 73 : 1–16.
78. MacDonald WS, Oden CW. Aumakua: Behavioural direction visions in Hawaiians. *Journal of Abnormal Psychology* 1977 ; 86(2) : 189–194.
79. Norichika H. Continuing bonds in the Tohoku disaster area. *Journal of Religion in Japan* 2016 ; 5(2–3) : 199–226.
80. Yamamoto J, Okonogi K, Iwasaki T, Yoshimura S. Mourning in Japan. *American Journal of Psychiatry* 1969 ; 125(12) : 1660–1665.
81. Chan CLW, Chow AYM, Ho SMY, Tsui TKY, Tin AF, Koo BWK, Koo EWK. The experience of Chinese bereaved persons: A preliminary study of meaning-making and continuing bonds. *Death Studies* 2005 ; 29(10) : 923–947.
82. Nagel JK. Unresolved grief and mourning in Navajo women. *American Indian Alsk Native Mental Health Research* 1988 ; 2(2) : 32–40.
83. Shepard GH Jr. Three days for weeping: dreams, emotions, and death in the Peruvian Amazon. *Medical Anthropology Quaterly* 2002 ; 16(2) : 200–229.
84. Kracke WH. Kagwahiv mourning. II: ghosts, grief, and reminiscences. *Ethos* 1988 ; 16(2) : 209–222.
85. Shimabukuro KP, Daniels J, D'Andrea M. Addressing spiritual issues from a cultural perspective: The case of the grieving Filipino boy. *Journal of Multicultural Counselling and Development* 1999 ; 27(4) : 221–239.
86. Hayes J, Steffen EM. Working with welcome and unwelcome presence in grief. In D Klass & EM Steffen (editors), *Continuing bonds in bereavement*. London: Routledge ; 2017, p. 163-175.
87. Walter T. How continuing bonds have been framed across millennia. In : D Klass & EM Steffen (editors.), *Continuing bonds in bereavement*. London: Routledge ; 2017, p. 43-55.
88. Molinié M. *Soigner les morts pour guérir les vivants*. Paris, Le Seuil ; 2006.
89. Lussier M. *Le travail de deuil*. Paris : PUF ; 2007.
90. Gaines R. Detachment and continuity: The two tasks of mourning. *Contemporary Psychoanalysis* 1997 ; 33 : 549-571.
91. Freud S. Le moi et le ça [1923]. In *Œuvres complètes tome XVI*. Paris : PUF ; 1991, p. 255-302.
92. Gorer G. *Ni pleurs ni couronnes*. Précédé de *Pornographie de la mort* [1965]. Paris : EPEL ; 1995.
93. Despret V. *Au bonheur des morts. Récits de ceux qui restent*. Paris : La Découverte ; 2015.
94. Baudry P. *La place des morts. Enjeux et rites*. Paris : Armand Colin ; 1999.
95. Berthod MA. Mort et vif : penser le statut paradoxal des défunts. In : S Chappaz-Wirthner, A Monsutti, O Schinz (editors), *Entre ordre et subversion : logiques plurielles, alternatives, écarts, paradoxes*. Paris : Karthala ; 2007, p. 189-201.
96. Douville O. *Les figures de l'autre. Pour une anthropologie clinique*. Paris : Dunod ; 2014.
97. Devereux G. (editor) *Psychoanalysis and the occult*. London : International Universities Press ; 1953.
98. Conant RD. Memories of the death and life of a spouse: The role of images and sense of presence in grief. In : D Klass, PR Silverman, SL Nickman (editors), *Series in death education, aging, and health care. Continuing bonds: New understandings of grief*. Taylor & Francis ; 1996 , p. 179-196.

99. Parkes CM. Seeking and finding a lost object: evidence from recent studies of the reaction to bereavement. *Social Science & Medicine* 1970 ; 4 : 187–201.
100. Sormanti M, August J. Parental bereavement: spiritual connections with deceased children. *American Journal of Orthopsychiatry* 1997 ; 67(3) : 460-469. doi: 10.1037/h0080247.
101. Grimby A. Bereavement among elderly people: grief reactions, post-bereavement hallucinations and quality of life. *Acta psychiatrica Scandinavica* 1993 ; 87(1) : 72-80.
102. Adler SR. *Sleep Paralysis: Night-Mares, Nocebos, and the Mind-Body Connection*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press ; 2011.
103. Wulff DM. Mystical experience. In : E Cardenã , SJ Lynn, S Krippner (editors), *Varieties of Anomalous Experience: Examining the scientific evidence*. Washington, DC: American Psychological Association ; 2000, p. 397-440.
104. Keen C, Murray CD, Payne S. A qualitative exploration of sensing the presence of the deceased following bereavement. *Mortality* 2013 ; 18(4) : 339–357.
105. Castelnovo A, Cavallotti S, Gambini O, D’Agostino A. Post-bereavement hallucinatory experiences: a critical overview of population and clinical studies. *Journal of Affective Disorders* 2015 ; 186 : 266–274.
106. Elsaesser E. *Contacts spontanés avec un défunt : Une enquête scientifique atteste la réalité des VSCD*. Paris : Editions Exergue ; 2021
107. Zingrone NL, Alvarado CS. Pleasurable Western adult near-death experiences: Features, circumstances, and incidence. In : JM Holden, B Greyson, & D James (editors), *The handbook of near-death experiences: Thirty years of investigation*. Santa Barbara, CA: Praeger/ABC-Clio ; 2009, p. 17-40.
108. Evrard R. Répercussions psychologiques des « souvenirs » de la mort propre : une critique des travaux du Dr Pim van Lommel. *Etudes sur la mort* 2013 ; n°143 : 159-172.
109. Cooper CE. An Analysis of Exceptional Experiences Involving Telecommunication Technology. *Journal of Parapsychology* 2014 ; 78(2) : 209-222.
110. Kasprowicz L. *Quand les morts nous contactent. Enquête sur le phénomène des coups de téléphone post-mortem et autres contacts supposés avec les morts*. Chez l’auteur ; 2016.
111. Rawlette SH. Essay review: Phone calls from the dead? Exploring the role of the Trickster. *Journal of scientific exploration* 2020 ; 34(1) : 116-126.
112. Evrard R. Ghost in the machine: a clinical view of anomalous telecommunication experiences. *Journal of Exceptional Experiences and Psychology* 2017 ; 5(2) : 21-30.
113. Drewry MDJ. Purported after-death communication and its role in the recovery of bereaved individuals: A phenomenological study. *Proceedings of the Academy of religion and psychical research* 2003 ; 74-87.
114. Roxburgh EC, Evenden RE. They daren’t tell people": therapists’ experiences of working with clients who report anomalous experiences. *European Journal of Psychotherapy and Counseling* 2016 ; 18(2) : 1-19.
115. Taylor SF. Between the idea and the reality: A study of the counselling experiences of bereaved people who sense the presence of the deceased. *Counselling and Psychotherapy Research* 2005 ; 5 : 53-61.
116. Eybrechts MV, Gerding JLF. Explorations in Clinical Parapsychology. In : W Kramer, E Bauer, G Hövelmann (editors), *Perspectives of clinical parapsychology*. Utrecht : HJBF Publications ; 2012, p. 35-48.
117. Vogel DL, Wester SR, Larson LM. Avoidance of counseling: Psychological factors that inhibit seeking help. *Journal of Counseling & Development* 2007 ; 85 : 410-422.
118. Daggett LM. Continued encounters: the experience of after-death communication. *Journal of holistic nursing* 2005 ; 23(2) : 191-207.
119. Evrard R. Patients et psys face à l’exceptionnel. Marius et Françoise, médiums malgré eux. In : D. Kessler-Bilhauer & R. Evrard (editors), *Sur le divan des guérisseurs... et des*

- autres. À quels soins se vouer ?* (pp. 93-110). Paris : Editions des archives contemporaines ; 2018, p. 93-110.
120. Ciccone A. Psychanalyse ou psychothérapie psychanalytique ? Fondements de la position clinique. *Journal de la psychanalyse de l'enfant* 2017 ; 7(1) : 17-44.
 121. Grimby A. Hallucinations following the loss of a spouse: common and normal events among the elderly. *Journal of Clinical Gerontology* 1998 ; 4(1) : 65–74.
 122. Stevenson I. Do we need a new word to supplement 'hallucination'? *American journal of psychiatry* 1983 ; 140 : 1609–1611.
 123. Sanger M. When clients sense the presence of loved ones who have died. *Omega (Westport)* 2009 ; 59(1) : 69–89.
 124. Longman AJ, Lindstrom B, Clark M. Sensory-perceptual experiences of bereaved individuals. Additional cues for survivors. *American journal of hospital care* 1988 ; 5(4) : 42–45.
 125. Dollander M. Rencontre avec un ange gardien et élaboration du deuil. *Psychothérapies ; en révision*.
 126. Keane H. Foetal personhood and representations of the absent child in pregnancy loss memorialization. *Feminist Theory* 2009; 10(2): 153-171.
 127. Walter T. Angels not souls: popular religion in the online mourning for British celebrity Jade Goody. *Religion* 2011 ; 41(1) : 29-51.
 128. Yeager S. Mourning practices on Facebook: Facebook shrines and other rituals of grieving in the digital age. Thèse de doctorat en anthropologie, University of Central Arkansas, Southern Methodist University ; 2021.