



HAL
open science

Deuil pathologique ou pathologie du deuil ?

Sandrine Compan

► **To cite this version:**

Sandrine Compan. Deuil pathologique ou pathologie du deuil?. Psychiatrie et santé mentale. 2015.
dumas-01288763

HAL Id: dumas-01288763

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01288763>

Submitted on 15 Mar 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

ANNEE 2015

N°2015-92

DEUIL PATHOLOGIQUE OU PATHOLOGIE DU DEUIL ?

THESE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT DE MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT, SPECIALITE PSYCHIATRIE)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE JEUDI 10 SEPTEMBRE 2015

PAR

Sandrine COMPAN

Président du jury :

Monsieur le Professeur Christian MILLE

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILLE

Monsieur le Professeur Claude KRZISCH

Monsieur le Professeur Bruno CHAUFFERT

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Véronique IDASIAK

Monsieur le Professeur Christian MILLE

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Pédo-psychiatrie)

Pôle "Femme - Couple - Enfant"

Vous me faites l'honneur de présider cette soutenance de thèse.

Veillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude

et soyez assuré de ma plus profonde considération.

Monsieur le Professeur Claude KRZISCH

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Cancérologie, radiothérapie)

Oncopôle

Avec gentillesse, vous avez accepté d'estimer ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de mes respectueux remerciements.

Monsieur le Professeur Bruno CHAUFFERT

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Oncologie médicale)

Responsable du service d'Oncologie médicale

Oncopôle

Avec gentillesse, vous avez accepté d'estimer ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de mes respectueux remerciements.

Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILLE

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Pédopsychiatrie)

Coordonnateur régional du DES de psychiatrie

Vous m'honorez en évaluant ce travail. Veuillez trouver ici
l'expression de ma sincère gratitude et soyez assuré de
ma plus profonde considération.

Madame le Docteur Véronique IDASIAK

Praticien hospitalier

Responsable du service d'unité accueil urgences

(Psychiatrie)

Par votre disponibilité et vos encouragements, vous m'avez permis de mener à bien ce travail. Veuillez recevoir mes plus vifs remerciements et l'expression de mon plus profond respect.

REMERCIEMENTS

J'étais bien inspirée pour ces remerciements jusqu'à ce que vienne le moment de les écrire... On m'a dit c'est simple : « c'est la partie où il faut que tu te lâches mais pas trop non plus »... Ok alors....

Je remercie de nouveau vivement le Dr Idasiak, ma directrice de thèse mais ce « titre » serait bien réducteur pour parler du rôle que vous avez eu durant ces 4 années d'internat, votre disponibilité, votre bienveillance sont rassurantes et un exemple. Ca ne s'arrête pas à l'internat, hein?

Un grand merci aussi à la seconde figure de mon internat, le Dr Amar, qui a fait preuve d'une générosité sans nom dans son enseignement. Ouf, les séminaires continuent...

Je remercie tous les praticiens que j'ai croisés durant cette grande errance multi-sites qu'est l'internat. J'ai été vraiment surprise du temps que chacun a accepté de prendre pour échanger, enseigner, transmettre ; j'espère pouvoir rendre tout ça un jour à mon tour.

Merci au Dr Dimassi et au Dr Rose de me faire confiance pour ce grand saut.

Merci aux équipes soignantes pour leur accueil, leur gentillesse, leur accompagnement, à l'équipe de l'UAU en particulier (qui nous voit mieux grandir ?), mais aussi à l'équipe du SAU de Beauvais pour les bons moments partagés... et enfin une pensée pour Wendy (range tes pancartes, c'est pas l'ambiance !)

Merci à mes parents de m'avoir fait tomber « dans la marmite » quand j'étais petite, ce n'est pas toujours simple d'être un(e) gaulois(e) mais j'en suis fière. Merci à ma mère plus particulièrement pour ses relectures vacancières.

Merci à ma fratrie, présent ou absent, vous m'accompagnez dans ma tête au quotidien ! A ma belle fratrie, vous portez bien votre nom... Vous êtes tous les super héros de ma vie.

Marion, Jean-thomas, Quentin, Margot, Mathilde, Yasmine, Leina, Nylha : ça y est, tata a enfin (presque) fini ses études, un jour je t'avouerai Yasmine que ça ne signifie toujours pas que je sais tout mais en attendant je profite de cette naïveté et vos petits regards « encourageurs » me font du bien, merci.

Merci aux « Thibault » et à Mamay pour « tout ». Louise, you are a wonder woman.

Merci à mes amis, vous avez été d'un soutien extraordinaire pour cette course de fond. Je suis devenue Picarde, j'espère que vous me le pardonnerez et que « nous, vous et moi » existerons encore et toujours car vous êtes ma vraie richesse: Hayet, Aurore, Mat, Jess, Lulu, Séb, Astrid, Manu, Caro, Ronan, Steph, Gui, Jon, Angélique, Cyrielle, Nath, Poom, Sophie, Sandra, Jimmy, Nath (la 2ème), Aude. Merci à Clarisse, Antoinette et Antonia, viva UPA.

Enfin un merci plus personnel à Vincent pour ses relectures (surtout!), sa patience, son soutien, et accessoirement pour rendre ma vie chaque jour un peu plus douce et belle – « jtm »(tu l'as bien cherchée celle-là !)

« Je ne pense absolument jamais à la mort. Et au cas où vous y penseriez, je vous recommande de faire comme moi, d'écrire un livre sur la mort [...] d'en faire un problème [...] elle est le problème par excellence et même, en un sens, le seul. »

Vladimir Jankélévitch, 8 Juin 1985.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	18
PREMIERE PARTIE : CAS CLINIQUE : Mme D.	20
I) <u>PRESENTATION CLINIQUE</u>	20
1. Motif de sa consultation.....	20
2. Entretien aux urgences.....	20
3. Entretien à 72h.....	22
4. Entretien à J4.....	22
5. Décision d'hospitalisation.....	23
II) <u>LA QUESTION DU DEUIL CHEZ MME D.</u>	24
1. Comme on s'attache, on se détache ?.....	24
2. La recherche du défunt.....	25
3. Quelle place laisser aux morts ?.....	25
4. La question de la culpabilité.....	27
5. Identification au défunt, auto-reproches.....	29
6. Le temps de la reconnaissance de la perte.....	29
7. De la reconnaissance de la perte naît la colère.....	30
8. Se souvenir pour oublier.....	32
9. La phase de restructuration.....	33
10. Chaque deuil est différent.....	33
DEUXIEME PARTIE : APPROCHE SOCIOLOGIQUE	35
I) <u>DEFINITION DU DEUIL</u>	35
1. Etymologie.....	35
2. Evolution de la définition.....	35
3. Un terme polysémique.....	36
II) <u>STATUT DE LA MORT ET DU DEUIL DANS LA SOCIETE OCCIDENTALE ACTUELLE</u>	37
1. Pas de deuil sans rites.....	37
2. L'évolution des rites.....	38
3. L'apparition de nouvelles questions.....	39
III) <u>LE ROLE DES RITES</u>	40
1. Un regard anthropologique.....	40
2. Un regard philosophico-sociologique.....	42

IV)	<u>DENI DE LA MORT OU MODIFICATION DE NOTRE RAPPORT A LA MORT ?</u>	44
	1. Une inventivité au profit des morts toujours présente	44
	2. D'anciens rites inadaptés ?	45
	3. Un rapport variable au cours du temps	45
	4. Glissement du social à l'individuel plutôt que déni	46
V)	<u>ORIGINES DE CETTE MODIFICATION</u>	46
	1. Professionnalisation de la mort	46
	2. L'Eglise et la seconde guerre mondiale	48
	3. Mouvement d'individualisation de la société	49
	4. De bons prétextes pour une tendance naturelle ?	49
VI)	<u>IMPACT DE CETTE MODIFICATION</u>	51
	1. Impact de la perte du caractère social du deuil	51
	2. La question du temps	51
TROISIEME PARTIE : APPROCHE PSYCHIATRIQUE		54
I)	<u>LE DEUIL PATHOLOGIQUE</u>	54
	1. Définitions	54
	2. Epidémiologie	56
	3. Facteurs de risque	57
	4. Pour la CIM-10 : une vulnérabilité sous-jacente	63
	5. Pour le DSM-V : un syndrome dépressif	63
	6. Des partisans du deuil compliqué comme entité nosographique	64
II)	<u>DEUIL PATHOLOGIQUE OU TROUBLE DE LA PERSONNALITE ?</u>	64
	1. Définition du trouble de la personnalité : une difficulté	65
	2. Définition du trouble de la personnalité dans les classifications internationales	67
	3. Quel trouble de la personnalité dans le deuil pathologique ?	68
	4. Trouble de la personnalité : cause ou conséquence ?	72
III)	<u>DEUIL PATHOLOGIQUE OU DEPRESSION</u>	73
	1. Diagnostic différentiel entre le deuil et dépression	73
	2. Deuil et dépression : débat du DSM-V	79
	3. Diagnostic différentiel entre deuil pathologique et dépression	81

QUATRIEME PARTIE : APPROCHE PSYCHOLOGIQUE	83
I) <u>PSYCHODYNAMIQUE DU DEUIL</u>	<u>83</u>
1. Les phases du deuil	84
2. Les mécanismes du deuil	85
3. Cas particulier de l'enfant.....	92
II) <u>QUE PERDONS NOUS LORS D'UN DEUIL ?</u>	<u>94</u>
1. La perte : une expérience douloureuse mère de la vie psychique.....	95
2. Pas de perte sans attachement	96
3. Quand l'Autre part, une part de Moi part avec lui.....	97
4. Quel rôle pour l'Autre dans mon système familial ?.....	100
III) <u>PREVENTION ET PRISE EN CHARGE</u>	<u>100</u>
1. Une prévention possible ?.....	101
2. Quelle prise en charge proposer ?.....	102
DISCUSSION ET CONCLUSION	105
BIBLIOGRAPHIE.....	110
ANNEXES.....	121
Annexe 1 : Les statistiques d'incinérations en France.....	121
Annexes 2 : Loi sur le statut des cendres de 2008	122
Annexe 3 : Définition de la mort par Léon Schwartzenberg.....	123
Annexe 4 : Critères diagnostique du DSM-IV du syndrome de stress post traumatique....	124
Annexe 5 : Critères diagnostiques du trouble de l'adaptation de la CIM-10.....	126
Annexe 6: Critères diagnostique du syndrome dépressif majeur du DSM-V	127
Annexe 7 Critères diagnostiques du trouble de deuil prolongé.	128
Annexe 8: Critères diagnostiques du trouble de la personnalité du DSM-V	129
Annexe 9: Les troubles de la personnalité selon le DSM-IV (1996)	130
Annexe 10: critères diagnostiques du trouble de la personnalité histrionique du DSM-IV	131
Annexe 11: critères diagnostiques du trouble de la personnalité obsessionnelle du DSM-IV	132
Annexe 12 : Echelle d'évaluation du deuil TRIG	133
Annexe 13 : Echelle d'évaluation du deuil : ICG	134
Annexe 14 : Echelle d'évaluation du deuil compliqué : ICG	135

INTRODUCTION

En France en 2014, on a compté 572 000 morts. L'expérience du deuil est une expérience quasi universelle à laquelle est confronté un jour ou l'autre la plupart des individus, souvent même à plusieurs reprises. C'est une expérience inhérente à la condition humaine.

Toutefois s'il s'agit d'un phénomène normal, c'est l'une des expériences les plus douloureuses qu'un être humain puisse vivre et qui le marque définitivement. Une marque qui peut prendre un caractère pathologique. Les médecins généralistes le savent bien maintenant, les endeuillés sont une population dont la morbidité et la mortalité sont significativement majorées. Selon M. Hanus « *la maladie et même la mort sont bien souvent le tribut à payer au décès d'un proche* ». [1] A. Sauteraud le rappelle : les veuves et veufs ont un risque de mortalité qui double dans les 12 premiers mois [2].

La grande difficulté de la question du deuil réside bien dans ce double discours. D'une part, le deuil est une expérience « normale » de la vie et la grande majorité des endeuillés réussissent seuls ou grâce à un réseau social, familial ou amical étayant, mais sans l'intervention de spécialistes, à faire face à la détresse liée à la perte de leur proche. D'autre part, il y a l'idée que les endeuillés constituent, dans leur ensemble, une population particulièrement à risque de pathologies somatiques mais aussi de détresse émotionnelle et de morbidités psychologiques qui justifient l'intervention du médecin.

Ainsi, nombre d'auteurs se sont interrogés sur ces deuils pourvoyeurs de pathologies, M. Hanus, M-F Bacqué, C. Fauré, C.M Parkes, C. Sanders, pour n'en citer qu'une petite partie, et ont apporté le concept de « deuil pathologique ».

Mais alors le deuil peut-il devenir une maladie ?

A la question « *quand un deuil doit-il être considéré comme une maladie ?* » (*when is grief a disease ?*), posée dans le Lancet du 18 février 2012, S. Zisook, professeur de psychiatrie aux Etats-Unis, y répond « never » (jamais) dans un article du Lancet paru en date du 28 avril 2012. [3]

Et pourtant, chacun n'a-t-il pas, un jour au moins, entendu dire d'un autre qu'« *il s'est laissé mourir de chagrin* » après la perte d'un être cher ? Ne dit-on pas également « *triste à en mourir* » ? Comme s'il paraissait communément admis que certaines peines ne pouvaient s'atténuer autrement qu'avec la mort.

Pour le DSM-V, paru en mai 2013, les manifestations douloureuses liées au deuil ne devraient excéder 15 jours, délai au-delà duquel le diagnostic de dépression doit être posé et donc un traitement antidépresseur indiqué.

La CIM-10, elle, classe le deuil pathologique dans les troubles de l'adaptation venant révéler un trouble de la personnalité ou une vulnérabilité sous-jacente.

La psychiatrie actuelle ne reconnaît donc pas, dans ses classifications, le deuil pathologique en tant qu'entité nosographique et voit davantage derrière ce concept la décompensation d'un autre trouble.

Mais alors comment peut-il y avoir tant d'auteurs à traiter la question du deuil pathologique et en même temps une absence de ce concept dans les classifications psychiatriques actuelles ?

Alors finalement de quoi souffrent ces patients pour qui le deuil dure ?

C'est donc à cette question que ce travail va tenter d'apporter un éclairage à partir d'une situation clinique qui sera développée dans une première partie.

La seconde partie tentera d'explorer les liens entre deuil et société : certains patients ne pourraient-ils pas être malades de la société ? Le « normal » constitue parfois davantage ce qui est socialement attendu que ce qui est psychiquement nécessaire.

Par la suite nous reviendrons sur la question du deuil dans la psychiatrie, l'endeuillé dont le chagrin dure trop longtemps souffre-t-il d'une dépression ou décompense-t-il une vulnérabilité sous-jacente et dans ce cas laquelle ?

Et enfin nous nous appuierons sur les théories psychanalytiques pour tenter de comprendre sur un plan psychodynamique les possibles origines de ces deuils prolongés ou impossibles.

PREMIERE PARTIE : CAS CLINIQUE DE MME.D

I) PRESENTATION CLINIQUE

1. Motif de sa consultation

Mme D. est née le 19/09/1960, elle est donc âgée de 53 ans lorsque je la rencontre le 23 décembre 2013 aux urgences de l'hôpital général.

Mme D. est arrivée dans la nuit, amenée par le SAMU, initialement appelé pour une détresse respiratoire. Devant l'absence de signes de détresse respiratoire objectivable, le médecin du SAMU administre un anxiolytique qui soulage rapidement la patiente puis décide de la ramener à l'hôpital général pour un avis psychiatrique.

Sur un plan somatique, on ne retrouve aucun antécédent notable.

Sur un plan psychiatrique, Mme D. n'a jamais rencontré de psychiatre ni de psychologue, toutefois elle a été sous antidépresseur et anxiolytique pendant 3 ans (escitalopram et alprazolam) prescrits par son médecin traitant et qui ont été arrêtés il y a 6 mois en accord avec celui-ci.

2. Entretien aux urgences

Lorsque je rencontre Mme D., le contact est plutôt bon, elle se redresse du fond de son lit pour échanger avec moi, elle soutient le regard mais les larmes sont présentes aussitôt qu'elle prononce quelques mots. Mme D. est une femme de taille moyenne, plutôt mince et d'aspect soigné sans toutefois de coquetterie exagérée. Sa voix est monocorde, le ton monotone, les gestes sont rares et les phrases courtes. Bien que le motif de l'appel au SAMU ait été un motif somatique, la patiente reconnaît d'emblée être aux urgences parce qu'« *elle va mal* » sur un plan thymique.

Dans son discours, elle met ce mal être en lien avec le décès de son fils que nous appellerons ici Guillaume, décédé par suicide par pendaison en août 2008, il était alors âgé de 28 ans. Lors de cet entretien, la patiente évoquera essentiellement les quelques jours entourant le décès de son fils, n'apportant que peu d'éclairage sur le contexte global de cet événement et sur sa propre vie, donnant ainsi l'impression que le temps s'est figé depuis plus de 5 ans et qu'elle revit en boucle les moments entourant le décès.

Ainsi, Mme D. me présente le suicide de son fils comme un acte réactionnel faisant suite à une rupture amoureuse. Elle m'explique que celui-ci avait fait un 1^{er} geste suicidaire deux jours auparavant et qu'il avait alors été vu par le psychiatre des urgences d'une grande ville du sud de la France où il vivait « *comme vous venez me voir aujourd'hui* », me dit-elle. Puis « *ils l'ont laissé sortir* ». Elle poursuit en expliquant comment deux jours après sa sortie, son fils l'a appelée et lui a simplement dit « *je t'aime* » avant de raccrocher. « *J'ai tout de suite compris* », dit-elle. Elle tente de le rappeler, en vain ; elle contacte alors son ex belle file qui lui répond « *je finis ma cigarette et je vais voir* ». L'appel suivant qu'elle reçoit est celui des pompiers (et collègues de son fils qu'elle connaît) qui l'informent du décès de son fils : « *on est arrivés trop tard* ». Elle dit de sa relation à son fils que c'était une relation « *fusionnelle* » sans détailler le sens que cela recouvre.

Elle explique que jusqu'alors elle a réussi à « *faire semblant* » mais que depuis quelque temps elle n'y arrive plus. Elle se dit excédée par les sollicitations de ses cadets et de son mari qu'elle accuse d'être égoïstes et incompréhensifs. Elle a 3 autres enfants que nous appellerons Célia, Fabien et Marie. Célia, 29 ans, qui vit dans le sud de la France, est née du même père que Guillaume. Fabien et Marie sont nés d'une seconde union, sont âgés respectivement de 21 et 18 ans et vivent au domicile. Mme D. dit avoir l'impression qu'on ne l'autorise pas à être triste. Elle parle de son frère décédé d'un cancer un mois avant le décès de son fils. Elle pleure tout au long de l'entretien et me demande à plusieurs reprises « *si vraiment on peut se remettre d'un tel évènement* ». La patiente peut se dire persuadée qu'elle ne s'en remettra jamais. Elle se dit également inquiète pour sa fille Marie, celle-ci a bénéficié d'un suivi au CMP enfant pendant 3 ans, suivi qui s'est récemment interrompu.

Mme D. refuse de rester hospitalisée sur l'hôpital général ou en clinique et est peu favorable à un traitement pharmacologique, elle demande à passer Noël avec sa famille. Mme D. vit avec son mari et ses deux cadets. Elle et son mari sont tous les deux retraités de la fonction publique. Fabien est apprenti en maçonnerie et Marie passe son baccalauréat.

Tous sont présents pour Noël. Elle quitte les urgences pour son domicile avec un rendez-vous 72h plus tard et un traitement anxiolytique (alprazolam 0,25mg, 3 comprimés par jour).

3. Entretien à 72h

La patiente a un discours beaucoup plus spontané mais toujours très centré sur son fils et il est très difficile de lui faire évoquer autre chose. Elle explique avoir passé un Noël difficile car le père de Guillaume (et de Célia), qu'elle a quitté il y a 27 ans, lui a envoyé par MMS une multitude de photos de Guillaume enfant. Elle explique que cet homme fait cela régulièrement en dépit du fait qu'elle lui ait demandé à plusieurs reprises d'arrêter. Elle dit avoir « *pitié* » de cet homme dont le père s'est également suicidé, il y a de nombreuses années, mais aussi le frère (deux jours après Guillaume).

Elle refuse toujours un traitement antidépresseur mais s'interroge sur un séjour en clinique car, me dit-elle, elle n'apprécie plus que les moments où elle est seule ; d'ailleurs elle a une amie qui a un logement inoccupé près de Rouen qui le lui laisse de temps en temps pour qu'elle puisse se retrouver seule. Cependant sa famille critique toujours ces petites « escapades » loin d'eux et elle craint la réaction de celle-ci si elle était hospitalisée. Je propose de rencontrer son mari le lendemain.

4. Entretien à J4

Son mari et son fils Fabien, 21 ans, l'accompagnent. Le mari explique que sa femme va de plus en plus mal, qu'elle ne communique quasiment plus avec eux mais souligne le « *progrès* » : elle reconnaît un lien entre son comportement et le décès de Guillaume, ce qui n'avait pas pu être fait avant sa prise en charge aux urgences.

Il souligne que pour lui le mal-être est antérieur au décès de son fils, « *elle a été malheureuse dans ses mariages* » dit-il, mais « *ce suicide est venu l'achever* ».

Il n'est pas formellement opposé à une hospitalisation en clinique mais n'y voit pas d'intérêt, il met en avant sa crainte qu'elle soit excessivement sédaturée. Son fils me dit ne pas comprendre le comportement de sa mère et me demande si elle n'irait pas mieux simplement « *en reprenant une activité professionnelle* ». Ils veulent du temps pour réfléchir à une hospitalisation en clinique ainsi qu'à un traitement pharmacologique. Au-delà de ces questions concrètes, j'apprends que son mari n'est pas le père de ses 2 cadets, ce qu'elle n'avait jamais précisé.

Cet entretien familial aura finalement permis, a minima, d'entendre que la difficulté de Mme D. pouvait dépasser la question du suicide de son fils et s'inscrire dans une histoire de vie douloureuse, bien qu'elle n'ait pas encore la capacité d'aborder cette question. Il a également permis d'objectiver une certaine tension entre les membres de la famille dont les enjeux restent difficiles à appréhender.

5. Décision d'hospitalisation

La patiente sera vue par un autre psychiatre le temps de mes congés, une prise en charge en clinique et un traitement ont été également refusés durant cette consultation.

Lors de l'entretien suivant (3 semaines après le 1^{er} entretien), la patiente dit aller mal, elle rapporte un sentiment d'incurabilité. A la question des idées suicidaires, elle répond « *qu'elles ne la quittent jamais et sont encore plus présentes ces derniers jours* » sans raison évidente. Elle me dit que le jour de l'annonce du suicide de son fils, son entourage a souligné son courage à affronter la situation mais qu'elle s'était simplement accrochée à l'idée qu'une fois les cendres remontées, elle se suiciderait. Puis cette idée ne l'a jamais quittée.

Elle pleure tout au long de l'entretien. Elle rapporte une agressivité et une irritabilité à l'égard de sa famille avec laquelle les relations deviennent de plus en plus difficiles. Elle m'explique qu'elle va partir quelques jours dans le logement de son amie près de Rouen. Enfin, elle ne cesse de répéter qu'elle sent que quelque chose va arriver. Elle n'est pas capable d'exprimer davantage que sa souffrance morale. J'insiste pour qu'elle soit hospitalisée à l'hôpital général quelques jours pour une mise à distance des tensions familiales et pour la mise en route d'un traitement antidépresseur qu'elle finit par accepter.

II) LA QUESTION DU DEUIL CHEZ MME D.

Une hospitalisation de quelques jours à l'hôpital général aura enfin été acceptée et permis la mise en place d'un traitement antidépresseur (venlafaxine substituée quelques mois plus tard par le Valdoxan devant des tremblements des mains devenus invalidants), d'un traitement anxiolytique (alprazolam) et d'un hypnotique (zolpidem) qui rendent la patiente beaucoup plus accessible. Elle demandera une sortie après seulement 4 jours devant le conflit engendré par l'hospitalisation avec sa famille et avec son fils, plus particulièrement, qui la taxe de « démissionnaire ». Toutefois, cette hospitalisation aura permis de créer une réelle alliance. Elle témoignera dès lors d'une appétence pour les entretiens, d'une bonne capacité à verbaliser son histoire et m'autorisera davantage à questionner ce qu'elle amène en entretien.

La reprise de ces entretiens est ici présentée davantage en fonction des problématiques soulevées par la patiente que sur un plan chronologique pour permettre de penser la question du deuil à travers son discours.

1. Comme on s'attache, on se détache ?

Très vite, Mme D. a pu revenir sur ce qualificatif « *fusionnelle* » qu'elle avait employé lors du premier entretien au sujet de sa relation avec son fils Guillaume. Elle n'est alors pas encore au stade d'élaborer l'origine de cette nécessité pour elle d'être « *fusionnelle* » avec ses enfants ; toutefois elle peut expliciter sur un plan concret ce que cela recouvre, ce qui n'était pas possible jusqu'alors.

Elle m'explique donc que ses enfants l'appellent et lui envoient des messages plusieurs fois par jour, qu'elle ne peut aller se coucher par exemple, et eux non plus bien sûr, sans qu'ils l'aient embrassée et ça, même lorsqu'ils se sont fâchés. Elle dit que ce lien n'est pas spécifique de sa relation avec Guillaume mais qu'elle l'a avec ses trois autres enfants. Ils l'ont toujours embrassée sur la bouche par exemple ; d'ailleurs sa fille Marie le fait toujours me dit-elle.

Elle m'illustre cette question au sujet de Guillaume. A l'enterrement de Guillaume, ses collègues pompiers lui ont dit qu'il ne parlait que d'elle, « sa petite maman ». Il lui répétait sans cesse comme il la trouvait belle. Guillaume l'appelait plusieurs fois par jour, si bien que son mari ne décrochait plus le téléphone « *c'était forcément lui et forcément pour elle* ». Guillaume était parti vivre dans le sud de la France, un ami de la famille lui avait permis de trouver un poste de sapeur-pompier là-bas deux ans auparavant.

Mme D. a pu dire alors combien il était important pour elle d'avoir ce type de relation avec ses enfants, elle avait elle-même été si peu proche de ses parents qu'elle avait tenu à ce que les choses soient différentes pour eux.

2. La recherche du défunt

Toujours au cours de cette hospitalisation, Mme D. soulèvera cette question de la persistance du mort. Elle me dit que pour elle Guillaume est encore là. Elle a consulté un voyant de grande renommée il y a un an et celui-ci lui avait confirmé qu'il était « encore là ». Elle attend avec beaucoup d'impatience son prochain rendez-vous avec cet homme qui n'aura lieu qu'en février 2015.

Ainsi, lorsqu'eut lieu cette seconde rencontre avec ce voyant, Mme D. put me dire que celui-ci avait confirmé la persistance de la présence de Guillaume et lui dire que bien que Guillaume restât présent il ne souffrait plus. Mme D. peut dire à quel point ces rencontres lui font du bien 7 ans encore après le décès de son fils.

3. Quelle place laisser aux morts?

Par ailleurs, sur un plan rationnel, Mme D. peut dire que Guillaume est toujours là, qu'il est partout chez elle. Elle décrit alors l'intérieur de sa maison et en effet il y est encore très présent : un portrait de Guillaume est posé sur le meuble de l'entrée, un portrait de très près qui lui donne l'impression qu'il la regarde où qu'elle soit. Elle dit aussi que ce regard est souvent difficile à soutenir.

Le téléphone portable de Guillaume est posé à coté de ce portrait comme s'il pouvait sonner à tout moment, sa tenue de pompiers est accrochée au mur dans le salon, Marie a recouvert un mur de sa chambre des tee-shirts de son frère et Fabien s'est approprié ses CD qu'il passe en boucle. Mme D. porte autour du cou un médaillon sur lequel est gravé le portrait de Guillaume, elle a également un médaillon en cœur dans lequel se trouve une mèche de cheveux de Guillaume.

Quelques jours après sa sortie, une grand-tante de la patiente est décédée. Elle ne se disait pas particulièrement triste de la perte de cette personne dont elle n'était pas proche mais cela a été l'occasion d'une visite chez sa mère et les contacts avec elle sont toujours compliqués. Elle dit alors que sa mère lui a remis une photo de cette tante comme elle le fait toujours lorsque quelqu'un décède. Mme D. l'a mise dans son sac avec les autres photos des morts de la famille. Devant mes questionnements sur l'origine de ces habitudes ou rituels, elle m'explique que dans le salon de ses parents il y a un buffet sur lequel trônent les portraits des membres de la famille ou des proches décédés. N'y figure aucun vivant.

Elle se souvient que ses deux derniers enfants n'ont jamais aimé aller chez leurs grands-parents disant qu'ils « *vivent trop avec les morts* ». Ses parents se rendent au moins une fois par jour au cimetière près duquel ils habitent et la principale question de sa mère est de savoir si sa fille s'y est rendue elle aussi. Elle n'a pas d'idée sur l'origine ou le sens de ces rituels pour ses parents mais ne s'en étonne pas non plus. Elle n'y voit toutefois pas une manière de faire leur deuil mais plus un mode de vie. C'est alors l'occasion pour elle de me demander ce que signifie faire un deuil parce que pour elle, après un temps de réflexion, ça ne veut absolument rien dire. En dépit du contexte, elle se montre avide de dialogue et plutôt souriante.

Plus tard encore, elle pourra citer dans les causes de conflit avec ses enfants cette question de la place des morts. Progressivement, Marie et Fabien ont abandonné les objets personnels de leur frère et en ont demandé à leur mère d'en faire autant, ce qu'elle me dira ne pas pouvoir faire. Et bien que la question des objets n'ait plus été abordée aussi clairement, je comprendrai par la suite à travers des anecdotes, que progressivement les objets personnels de Guillaume se sont faits toutefois de moins en moins présents.

4. La question de la culpabilité

La patiente évoque un jour la dernière fois où elle a vu son fils vivant. Il était venu leur rendre visite quelques jours mais elle avait refusé de l'héberger car elle craignait son influence sur Fabien et Marie : « *il avait un problème avec l'alcool* ». C'est d'ailleurs pour cette raison qu'Aurélië, l'ex-compagne de Guillaume l'avait quitté. Mme D. avait tenté de proposer à Guillaume des cures de sevrage, avec l'aide de son médecin traitant mais il avait refusé. Elle suppose qu'il avait toujours été un peu malheureux du fait de l'histoire du couple de Mme D. et de son père et qu'il en avait pâti le plus car il était l'aîné. Elle évoque alors fugacement les violences conjugales qu'elle avait pu subir. Elle peut dire que si elle avait le sentiment de faire tout son possible quand il était vivant, elle ne peut s'empêcher maintenant de se dire qu'elle a été défailante.

Par ailleurs, bien qu'elle se dise incapable d'intérêt pour ses trois autres enfants depuis le décès de Guillaume, je constate qu'elle témoigne d'une certaine préoccupation à leur égard, préoccupation qui semble parfois renforcer un sentiment de culpabilité. Elle évoque ainsi sa fille Célia, âgée de 25 ans au moment du décès de Guillaume, qui avait alors brutalement tout abandonné, son travail, son copain, son appartement pour descendre vivre dans le sud près de sa nièce Maryline (la fille de Guillaume alors âgée d'1 an) qu'elle m'évoque là pour la première fois. Elle n'avait alors pas pu dire à sa fille sa désapprobation de cette décision qu'elle voyait comme une tentative peu saine de garder un lien avec ce qui restait de Guillaume : Maryline.

Un an après le premier entretien, la patiente est confrontée à une longue période de maladie de son père. Celui-ci est diabétique et a dû subir plusieurs angioplasties des membres inférieurs. Mme D. souhaitait rendre visite à son père mais sa mère n'y voyait pas d'intérêt. Le sujet a été à l'origine d'un conflit majeur avec sa mère puisque celle-ci lui a conseillé de s'occuper de son mari qu'elle « *abandonne régulièrement en partant dans cet appartement à Rouen* » plutôt que de venir voir son père à l'hôpital. Mme D. avait pu alors reprocher à sa mère de s'être toujours interposée entre eux, et sa mère lui rétorquer qu'elle n'avait pas de leçon à recevoir d'une femme qui « *n'avait pas réussi à garder son fils en vie* ». Si Mme D. pleure encore facilement en entretien, l'humeur est toutefois moins triste et elle continue à garder certains centres d'intérêt.

La violence de ces propos n'a pas été l'occasion d'une rechute thymique mais plutôt d'une recrudescence de colère et l'occasion de revenir sur la question de la culpabilité qui n'avait été que peu directement abordée. Mme D. avait pu alors dire qu'elle se sentait coupable mais nuancer ce sentiment par son propre vécu douloureux et l'idée qu'elle n'avait jamais « abandonné » ses proches pour autant (contrairement à Guillaume). Elle avait alors aussi pu mettre en avant l'importance de l'histoire de la famille paternelle de Guillaume qui compte plusieurs suicidés.

5. Identification au défunt, auto-reproches

Depuis sa sortie de l'hôpital, Mme D. va régulièrement passer quelques jours dans l'appartement de son amie, ce qui est toujours insupportable pour sa famille mais moins que l'idée d'une hospitalisation. Un jour où elle y était, elle a appelé son mari qui mangeait avec ses cadets et leurs compagnons et dit avoir été surprise de les entendre rire tous ensemble : « *ils avaient l'air d'être heureux* ». Elle remarque n'avoir jamais fait ce constat auparavant et en conclut qu'ils sont peut-être mieux sans elle. Elle dit alors qu'elle a le sentiment de « *déranger* ». Elle fait l'hypothèse que sa souffrance réveille celle de son fils Fabien qui parle selon elle avec trop de froideur de Guillaume. Puis elle se dit ensuite que c'est probablement dans l'autre sens que ça marche. Il lui est difficile de supporter le regard de Fabien car « *il a le même regard que Guillaume* ». Il écoute les mêmes groupes de musique, a la même façon de s'exprimer, parfois elle entend Guillaume en lui. Elle s'en veut également aussi parce que Maryline, la fille de Guillaume est venue passer quelques jours chez elle mais qu'elle n'a pas réussi à profiter de ces moments. Elle pleure toujours beaucoup. Elle explique alors qu'elle n'a plus de source de plaisir. Elle réécoute toutefois de la musique depuis cet été après s'être interdit d'en écouter pendant 4 ans, elle n'a plus de relations intimes avec son mari depuis le décès de Guillaume et se dit qu'il serait mieux pour lui qu'il parte. Ses enfants lui renvoient souvent qu'elle est « *comme morte* ».

Elle dit enfin qu'il y a finalement bien une chose qui lui fait plaisir ces derniers temps, c'est de faire son arbre généalogique. Elle s'y est mise depuis quelques mois. Elle explique que son père s'était inquiété de la disparition de son nom et qu'elle avait eu envie de le rassurer en faisant des recherches. Elle a trouvé d'ailleurs que de la famille éloignée assure la relève du nom.

6. Le temps de la reconnaissance de la perte

Une autre fois, je rappelle les propos tenus par son mari lors d'un entretien familial où celui-ci avait parlé d'un mal-être bien antérieur au décès de Guillaume et je fais remarquer qu'elle ne parle jamais d'avant cet événement. Elle me dit donc immédiatement « *je ne demandais qu'à être aimée* ». Elle dit que sa mère préférait les garçons et ne s'en était jamais cachée, elle n'émet aucune hypothèse sur l'origine de cette préférence. Elle a donc eu un grand et un petit frère. Son grand frère est décédé un mois avant Guillaume d'un cancer du poumon, elle dit avoir été très proche de lui et fortement touchée par son décès. Son petit frère est retourné vivre chez ses parents après son divorce et elle a donc des contacts avec lui lorsqu'elle leur rend visite mais « *elle s'en passerait bien* ».

Elle rapporte alors un souvenir où son père l'avait prise sur ses genoux à l'âge de 10 ans et où sa mère était intervenue violemment en disant qu'elle était trop grande pour être sur les genoux de son père. Elle dit de sa mère qu'elle était jalouse d'elle. Je lui demande alors ce qui peut amener une mère à être jalouse de sa fille. Elle me répond qu'elle l'était tout simplement parce que son père était fier d'elle. Elle peut dire que son père n'a toutefois jamais pris position pour elle contre sa mère. Elle dit des hommes de la famille qu'ils sont « *fragiles* » au milieu de femmes « *méchantes* ». Deux figures masculines protectrices se dégagent toutefois de ses souvenirs d'enfance, son grand-père et un oncle maternels qui lui faisaient beaucoup de cadeaux pour « *rééquilibrer* » avec tout ce que sa mère achetait pour ses frères.

Elle se demande l'influence de ces représentations pour elle dans ce qu'elle a pu transmettre à ses enfants parce que justement elle ne voulait pas qu'il y ait de différences. Puis d'un coup, elle me dit en pleurant qu'elle a déjà beaucoup attendu. Quand je demande ce qu'elle a attendu, elle me répond « *je ne sais pas, un message, un appel* ». De qui ? « *De Guillaume, j'attendais d'apprendre que tout cela n'est qu'une mauvaise blague mais maintenant je sais qu'il est mort, je le sais et il faut que je réagisse* ». Elle me répète à plusieurs reprises que ça y est, elle sait qu'il est mort.

7. De la reconnaissance de la perte naît la colère

Lors d'un entretien, la patiente évoque sa relation avec Fabien avec qui « *ça devient de plus en plus difficile* ». Elle dit alors de lui qu'il est « *drôle ce gamin-là* ». Pour Fabien, Guillaume a fait un choix et même si cela est douloureux pour les autres, il était en droit de faire ce choix. Elle fait remarquer qu'il n'est pas possible de parler de « *choix* » pour un tel acte.

A l'occasion d'un autre entretien, elle pourra de nouveau revenir sur sa difficulté avec Fabien. Elle s'est disputée avec lui la veille de notre entretien. Ses filles lui font part de tout un tas de reproches elles aussi en ce moment ; Célia ne cesse de lui dire qu'elle ne s'intéresse pas suffisamment à elle et Marie est même partie chez son père pour réviser son bac. Toutefois, elle trouve Fabien plus virulent encore que les filles, il lui reproche de ne plus faire les tâches ménagères comme avant, il lui reproche aussi sa perte de poids (elle a perdu 18 kg mais ce sont les kilos qu'elle a pris après le décès de Guillaume, me dit-elle). Elle pense que cette différence entre Fabien et ses filles vient du fait qu'il a été plus gâté qu'elles. Ainsi elle note que les filles, à l'inverse de ses garçons, ont eu une adolescence calme, ont été des élèves brillantes et ont pu pousser leurs études. Elle enchaine en disant que Fabien ressemble à Guillaume, ils n'ont pas été bons à l'école l'un et l'autre mais ils ont également le même timbre de voix, « *parfois quand il m'appelle j'entends Guillaume...* ». Elle remarque d'ailleurs qu'elle se trompe régulièrement de prénom et l'appelle souvent Guillaume mais qu'après tout elle se trompe aussi parfois entre les filles.

Elle se dit incapable de répondre aux attaques de Fabien. Elle a appelé le père de Fabien et Marie pour qu'il reprenne les choses avec eux et celui-ci lui reproche d'avoir été « *une mère poule trop longtemps* ».

Lors d'un entretien suivant la patiente débute notre rencontre en se disant en colère. Elle a pu discuter calmement avec Fabien la semaine précédente, et il a pu lui exprimer ses peurs qu'elle ne rentre pas lorsqu'elle part dans l'appartement de son amie. Il n'a pas parlé d'idées suicidaires mais la patiente l'a entendu comme cela et a pu se montrer rassurante avec lui. En fait, le soir de cette conversation avec Fabien ils ont bu ensemble une bouteille de whisky et la patiente, qui n'a pas l'habitude de consommer de l'alcool, a chuté de sa hauteur et sa fille Marie a été très en colère. Elle lui fait depuis cet incident beaucoup de reproches.

La patiente dit ne plus supporter qu'on lui parle mal, dit ne plus avoir envie de se taire. Elle dit ne plus supporter que tout le monde continue sa vie comme « *avant* » (avant la mort de Guillaume après précision). « *Ils font tous semblant* ». Elle dit de son mari que lui aussi fait semblant, semblant de ne pas lui en vouloir alors qu'ils sont devenus colocataires. Il ne supporte pas le conflit, dit-elle. Elle le dit aussi incapable de prendre des décisions. Au moment du décès de Guillaume, c'est son ami commandant de caserne qui a accompagné Mme D. pour les principales décisions, elle est en colère contre son mari de ne pas l'avoir accompagnée correctement dans ces démarches. Elle connaissait ce commandant avant la naissance de Guillaume, c'était un ami à elle et au père de Guillaume (et était le supérieur hiérarchique de Guillaume).

Lors des obsèques, cet ami commandant lui a répété à deux reprises qu'elle n'avait pas su « *couper le cordon* ». Elle me demande alors ce que cela signifie. On s'entend pour en donner une définition qui serait de ne pas permettre à l'enfant de devenir autonome. Elle trouve ce concept absurde parce qu'une mère ne lâche jamais ses enfants mais qu'elle n'a jamais non plus retenu ses enfants près d'elle, d'ailleurs c'est elle qui a trouvé ce boulot dans le sud pour lui. Guillaume disait souvent qu'il était devenu pompier grâce à elle. Il n'était pas bon à l'école « *il n'emmenait même pas un stylo quand il y allait* », puis il a entrepris cette formation et elle l'a encouragé. Elle semble en colère contre la terre entière. D'ailleurs, elle me dit qu'elle ne supporte plus non plus d'aller faire ses courses au milieu de tous ces gens qui vivent « *comme si tout allait bien !* ».

Elle dit ensuite que tout serait plus facile si elle comprenait le choix de Guillaume : « *Si seulement il avait laissé une lettre* ». Elle pense qu'en fait il en a laissé une mais que son ex-compagne l'a récupérée et cachée. Elle la soupçonne d'être partie pour un autre homme et de ne pas vouloir le dire. Toutefois elle n'a même jamais posé la question, elle craint le conflit avec son ex-belle-fille qui pourrait ne plus lui laisser voir sa petite-fille. Elle dit que de toute façon ça ne changerait rien, elle réalise que Guillaume ne reviendra pas et qu'il faut privilégier ceux qui restent. Toutefois la question de la quête d'une lettre lui fera m'évoquer à demi-mots les côtés « *mauvais garçon* » de Guillaume. Elle fait le lien parce que dans sa quête d'une lettre, d'une explication, elle a fouillé les moindres recoins de son ordinateur et aurait trouvé des choses pas « *jolies* ». Il consommait beaucoup d'alcool. Il y avait d'ailleurs un très grand nombre de canettes de bières vides chez lui le jour de son suicide.

8. Se souvenir pour oublier

La patiente se dit triste. La veille, elle a dit au revoir à sa fille Célia qui part 6 mois à l'étranger. Elle dit que cet au revoir ressemblait à celui qu'elle a eu avec Guillaume la dernière fois qu'ils s'étaient vus. Elle dit ne pas avoir de raison de craindre un tel geste chez Célia mais elle n'a pas pu s'empêcher d'y penser. Les relations avec ses deux cadets sont de nouveau très conflictuelles. Elle dit avoir réussi à les affronter mais que cela lui coûte beaucoup, elle a l'impression de ne pas avoir franchement réussi à se défendre contre leurs attaques. Elle craint de les perdre si elle le faisait. Elle fait remarquer qu'elle n'a jamais su se défendre et elle me dit que pour l'illustrer elle va me raconter une histoire que je ne vais jamais croire et qu'elle n'a jamais racontée à personne.

L'été de ses 17 ans, elle travaille comme saisonnière à la Poste. A la rentrée, son poste reste vacant, il lui est proposé un contrat. Sa mère lui impose de prendre ce travail et de ne pas passer son bac. Elle souligne qu'elle n'a pas eu suffisamment de caractère pour s'opposer à sa mère alors qu'elle aurait aimé faire des études. Quelques mois avant ses 18 ans, sa mère organise son mariage avec un ami de son frère qu'elle connaît à peine. Son grand-père tente de s'y opposer. Toutefois, un mois après ses 18 ans, elle se marie. *« J'ai passé 24h à pleurer mais je n'ai pas eu assez de caractère pour m'y opposer franchement »*. Avec cet homme, elle n'aura jamais eu de rapport sexuel. Au bout d'un an, elle revoit un ami du lycée, elle tombe enceinte de lui et quitte son mari pour s'installer avec lui. Ce nouveau compagnon souhaite vivre une histoire avec elle mais ne veut pas de cette grossesse. Il prend rendez-vous chez le médecin pour elle en vue d'une intervention volontaire de grossesse, elle s'y rend seule, lui l'attend dans la voiture. Dans la salle d'attente lorsque le médecin l'appelle, elle ne répond pas. Elle ressort et dit à son compagnon qu'il est trop tard pour qu'elle avorte. Elle donne naissance à Guillaume quelques mois plus tard. Elle parle ensuite de sa grossesse pour Célia. Mme D. avait été en contact avec une personne atteinte de la rubéole et le remplaçant de son gynécologue avait proposé une interruption médicale de grossesse (IMG) devant le risque de malformations. Elle l'avait refusée en désaccord avec son compagnon puis, à la consultation suivante, elle retrouve son gynécologue habituel qui lui dit qu'à l'inverse de son remplaçant il ne lui aurait pas laissé le choix de l'IMG, ce qui a attisé les conflits avec son compagnon. Enfin elle conclura en disant : *« Ce que je veux vous dire c'est que mes enfants étaient condamnés avant même de naître »*. La violence conjugale a commencé juste après la naissance de Célia.

9. La phase de restructuration

Depuis les mots blessants de sa mère, Mme D. n'a plus de contact avec ses parents. Sa fille Célia est revenue plus tôt de son voyage à l'étranger après un accident de la voie publique sans conséquence. Célia a décidé, à cette occasion, de réunir tout le monde autour d'un repas chez ses grand parents maternels ; repas auquel était également convié son père. Mme D., en dépit des nombreuses menaces de rupture de lien par sa fille en cas d'absence, ne s'y est pas rendue. Ce « *non* » à sa fille a été le début d'une critique de sa part de son « *dévouement* » à ses enfants. Elle a pu dire à quel point cela lui coûte de s'opposer au désir d'un de ses enfants, qu'elle a toujours répondu au désir des autres mais que là, elle en a « *marre* ». Elle dit très facilement qu'à vouloir être aimée, elle s'est fondue dans ce qu'on lui demandait et qu'elle n'a finalement probablement pas été plus aimée pour autant. Elle ne peut faire de lien pour tenter une hypothèse sur ce « *besoin d'amour* » mais dit ne plus être capable de tout pour ce besoin. Elle terminera cet entretien en disant que finalement son mal-être n'est peut-être pas uniquement en lien avec la question du décès de Guillaume.

10. Chaque deuil est différent

Par la suite, Mme D. m'annonce qu'elle a décidé d'aller vivre à Rouen. Elle a proposé à son mari d'aller vivre là-bas avec elle mais celui-ci ne veut pas laisser sa maison. Pour elle, cette maison est source de trop de souvenirs douloureux et est devenue trop grande pour eux puisque Fabien a pris un appartement avec sa copine et Marie un appartement près de la fac avec son copain. Il est donc décidé qu'ils vivront chacun de leur côté, elle reviendra toutefois régulièrement au domicile conjugal.

La veille de la signature de son bail pour un appartement à Rouen, le mari de Mme D. est transporté à l'hôpital pour une embolie pulmonaire compliquant une phlébite survenue quelques semaines auparavant. Durant la première nuit de son hospitalisation, il fait un accident vasculaire cérébral qui le rend aphasique et hémiparétique droit. Au décours de cette hospitalisation est découverte une leucémie aigüe et Mr D. décède 5 jours après son entrée à l'hôpital.

Je reçois Mme D. lors des premiers jours d'hospitalisation de son mari. Elle est alors la cible de reproches des filles de son mari (dont elle n'avait jamais parlé avant) et de sa propre famille qui l'accusent d'être responsable de l'état de son mari. Elle peut dire qu'elle, elle sent bien, lorsqu'il lui serre la main, qu'il ne lui en veut pas et cela la soulage beaucoup.

Je la reçois 3 semaines après les obsèques. Elle a décidé après un moment d'hésitation de ne pas rester dans cette maison qu'elle aurait légalement le droit d'occuper jusqu'à son propre décès. Cette maison était « *toute la fierté* » de son mari mais elle ne se sent pas capable d'y vivre seule, elle ne s'y sent pas en sécurité et puis ses belles-filles font pression pour qu'elle soit vendue. Lors de cet entretien, Mme D. pleure mais choisit spontanément de revenir sur ses souvenirs de vie de couple, elle me raconte la maladresse mais aussi toute la bienveillance dont avait pu faire preuve son défunt mari lors de sa demande en mariage et qui la font encore sourire quand elle me le raconte. « *Passe-moi le calendrier, fin août c'est bien non ?* » sans préciser de quoi il s'agissait et pour répondre finalement « *Pour le mariage, je ne veux pas t'obliger à rester, je veux juste te mettre à l'abri* ». Elle reviendra sur tout un tas d'autres anecdotes. Elle me dira spontanément aussi que si tout le monde est complètement paniqué pour elle, elle se sent tout à fait capable de surmonter ce deuil-là.

Quand je lui demande naïvement ce qui rend ce deuil plus facile à surmonter, elle me répond simplement qu'il est parti « *en paix* » au sens où sa mort n'était pas une mort contrariée comme celle de Guillaume. Elle m'évoque alors l'intérêt de son mari, que j'ignorais jusqu'alors, pour l'astrologie et le monde de l'au-delà. Il avait pu lui dire que la mort de Guillaume était une mort contrariée et qu'il ne pouvait donc pas être en paix. Ainsi elle ne s'inquiète pas pour son mari. C'est seulement quand je lui demande si c'est la seule différence entre ces deux deuils qu'elle me répond : « *oui Guillaume c'était mon gamin, c'est différent !* ». Toutefois je ne peux que noter que les circonstances du décès sont citées avant le lien qui l'unit au défunt dans la question du travail de deuil.

Mme D. vit maintenant près de Rouen et elle est désormais suivie sur le CMP de son secteur.

DEUXIEME PARTIE : APPROCHE SOCIOLOGIQUE

Après la rencontre de cette patiente, outre l'aspect psychiatrique de la question, nous nous sommes interrogés sur la part du contexte sociologique dans le caractère pathologique de ce deuil. Ainsi nous avons choisi de revenir sur la notion de deuil et de son rôle dans la société.

I) DEFINITION DU DEUIL

1. Etymologie

Si on reprend l'étymologie du mot deuil, ce terme dérive du mot latin « dolus », déverbal de « *dolere* » (souffrir) qui désigne au Xème siècle la douleur ou l'affliction.

Aujourd'hui, ce terme est largement usité dans le langage courant et par extension métaphorique on l'applique à l'ensemble des pertes et des frustrations, réelles ou symboliques, ayant une valeur significative pour un sujet donné.

Toutefois, la définition de ce terme a évolué au cours du temps avant d'arriver à cette définition populaire.

2. Evolution de la définition

Au départ, à travers sa racine latine, il ne s'appliquait qu'au vécu d'une douleur d'abord physique et morale.

Par la suite, au moyen-âge, il désigne l'affliction provoquée par la disparition d'un être cher.

Plus tard, c'est finalement Freud qui fait entrer dans le langage commun la notion de travail de deuil, développée par l'anthropologue Hertz, dans son ouvrage « *Deuil et mélancolie* » paru en 1917.

Il donne alors la définition suivante « *Le deuil est, d'ordinaire, la réaction à la perte d'un être aimé ou bien d'une abstraction qui lui est substituée, comme la patrie, la liberté, un idéal, etc* ». [4]

D. Lagache, psychiatre et psychanalyste français, reprend en 1938 les travaux ethnologiques les plus récents et élargit alors la notion de deuil à l'ensemble des rites de passage imposés par la vie collective. Pour les anthropologues, le terme de deuil se limite à l'expression publique du deuil.

Les psychanalystes, proches de S. Freud, désignent le deuil comme l'ensemble des processus qui amèneraient à une diminution de l'intensité de la douleur liée à la perte dans une certaine limite de temps et de conséquences.

Le psychiatre et psychanalyste anglais, J. Bowlby, en 1984, s'est opposé à cette définition en disant que finalement le deuil désigne un grand nombre de processus psychologiques déclenchés par la perte d'une personne aimée, quel qu'en soit le résultat. [5]

M. Hanus souligne que pour lui, la transformation des usages, qui a fait du deuil un évènement presque individuel alors qu'il était auparavant surtout un évènement social, s'est accompagnée d'un glissement dans le sens du mot qui indique maintenant beaucoup plus souvent l'aspect intérieur de la perte et le travail intime qu'elle entraîne que la situation sociale et les usages qui l'entourent. Pour lui, le deuil est finalement le travail psychique nécessaire pour accepter la réalité de la perte et y faire face. [6]

3. Un terme polysémique

Si l'on devait résumer, nous pourrions dire que le deuil désigne finalement l'expérience de perte liée au décès d'un être proche, le processus psychologique consécutif mais également les manifestations plus ou moins ritualisées et diversement codées sur le plan culturel.

Certaines langues étrangères ont gardé des vocables différents pour traduire ces significations non superposables. Les anglo-saxons ont un terme pour désigner la perte elle-même « *bereavement* », un terme pour parler de la douleur « *grief* » et un terme pour parler du processus de deuil proprement-dit « *mourning* ».

Les italiens, eux, conservent « *afflizione* » ainsi que « *cardoglio* » pour traduire la dimension affective tandis que le terme plus général de « *lutto* » s'applique plutôt au deuil social.

La langue espagnole possède également divers vocables qui peuvent évoquer une distinction d'un ordre voisin « *afliccion* » ou « *duelo* » pour parler de la douleur morale et « *luto* » pour la période de deuil. [7]

J. Bowlby avait alors proposé d'utiliser le terme d'« *affliction* » plutôt que de deuil pour éviter justement ces confusions, permettant ainsi de distinguer au moins conceptuellement l'expression du deuil déterminée culturellement des expressions spontanées de l'individu mais cette proposition n'a visiblement pas été retenue. [8]

La question du deuil peut donc être abordée selon diverses approches et, si on se concentre dans ce travail sur sa dimension psychodynamique, celle-ci ne peut être considérée sans une certaine réflexion historique, sociologique et anthropologique que nous choisissons de développer dans cette seconde partie.

II) STATUT DE LA MORT ET DU DEUIL DANS LA SOCIETE OCCIDENTALE ACTUELLE

Si la mort est permanente, universelle et irrécusable, elle n'occupe pas toujours la même place.

1. Pas de deuil sans rites

La mort et le deuil ont toujours fait l'objet d'un traitement social. Les premières sépultures ont vu le jour avec la possibilité de symbolisation de l'individu autour de 100 000 ans avant J.C et les premiers squelettes ensevelis avec des fleurs remontent entre -50 000 et -10 000 (le temps de l'homme de Neandertal), faisant donc remonter les premiers rites funéraires à cette période.

Ces rites ont été transmis, non sans certaines modifications, pendant des millénaires. [9]
[10]

En exemple, Augustin d'Hippone, philosophe et théologien chrétien de l'Antiquité décrit, dans son livre « *Les confessions* » en 397, sa difficulté, lors du décès de sa mère, à surmonter l'interdit social et religieux, qui voulait alors que seules les morts crues malheureuses ou sans réveil soient pleurées. [11]

A l'opposé, au moyen Age, on prône l'expression de sa douleur et les acteurs de la mort sont nombreux : clercs, crieurs, embaumeurs, dépeceurs, veilleuses, pleureuses, couturières de linceuls, médecins...

Au XVème siècle, l'Eglise va de nouveau limiter les manifestations du deuil pour prôner plus de discrétion en conseillant, par exemple, de se cacher derrière un chaperon noir ou d'éponger ses larmes à l'aide d'un pleuroir. Les traditions religieuses assignent alors des rituels précis et des lieux pour les morts.

2. L'évolution des rites

M-F Bacqué, psychologue, membre de la société de thanatologie et de l'association « *Vivre son deuil* », fait le constat que le vocabulaire qui entoure la question de la mort s'est appauvri au cours de ce dernier siècle. Ainsi « *se faire tailler un costume en sapin* », « *se rendre au royaume des taupes* » ou « *remercier son boulanger* » ne sont plus des expressions d'actualité ; comme si le vocabulaire varié et fleuri ne jouait plus son rôle de soulagement.

Aujourd'hui on ne badine plus avec la mort. M.-F Bacqué se demande ainsi, si en contrepartie l'usage extensif du mot deuil n'est pas le reflet de ce désir d'expurgation de la mort. Il apparaît clairement dans les nombreux ouvrages récents sur le deuil que cette expurgation de la question de la mort ne se retrouve pas uniquement dans le discours mais également dans les actes avec la perte des rites. [12]

Aujourd'hui si ces rituels sont encore présents, ils le sont de moins en moins dans notre société occidentale. On retrouve encore les rituels de levée du corps et des obsèques, un code vestimentaire, la possibilité socialement reconnue d'interrompre son activité professionnelle, l'adoption de comportements réservés, etc.

Toutefois, on ne trouve plus de veilleuses, plus de pleureuses, les condoléances présentées à la famille sont de plus en plus rares, remplacées par un registre, les faire-part de décès ne sont plus systématiques, les funérailles se déroulent le plus souvent dans la stricte intimité et les tombes dans les cimetières sont désormais peu entretenues.

L'Eglise, elle aussi, a vu se modifier les rites avec la possibilité, par exemple, de faire une cérémonie religieuse pour un défunt divorcé, remarié ou suicidé. C'est en 1963 qu'elle permet une cérémonie religieuse avant une crémation et pour cause, on note une nette augmentation des crémations passées de 1% en 1979 à 31% pour l'ensemble de la France en 2011 et jusqu'à 50% dans les grandes villes. [13] [annexe 1]

L'état lui-même n'est pas épargné de repenser la question puisqu'en 2008, une loi règle la question des cendres en instaurant un délai de réflexion sur leur devenir et permet leur dépôt systématique dans l'espace public ou éventuellement dans la nature, appuyée sur l'idée que les cendres ne devraient pas devenir une propriété privée, personnelle, à l'image des pierres tombales situées dans les cimetières. [14] [annexe 2]

Les pompes funèbres témoignent également de ce changement, refusant le noir traditionnel et imposant des costumes bleu marine et des véhicules gris.

3. L'apparition de nouvelles questions

Puis, de nouvelles questions naissent avec l'évolution de la société.

La mort n'est pas épargnée de la problématique écologique par exemple. La grande Bretagne propose ainsi le « *do it yourself funerals* » qui consiste en un enterrement écologique et simple « *in an eco-friendly manner* ». En France la société AB crémation propose 8 modèles de cercueils en carton, d'autres ont mis au point des cercueils biodégradables. Et les nouveaux projets ne manquent pas, ainsi plusieurs groupes tentent de mettre au point la possibilité d'enterrer le corps du défunt dans un œuf géant au-dessus duquel on planterait un arbre ou d'y enterrer simplement l'urne (« *une urne funéraire qui fera de vous un arbre !* »). [15] [16]

L'anthropologue M. Gaudelier souligne que puisque de nouveaux espaces se créent, il faut bien statuer sur les nouveaux lieux des morts. La question des espaces virtuels a donc été visitée et de nombreux sites internet proposent de garder la mémoire du défunt et surtout de le rendre accessible à tous moyennant un abonnement, des sortes de cimetières virtuels.

Il évoque ainsi la problématique du profil Facebook d'un ami décédé. Les internautes ont soulevé cette question au point d'obliger Facebook en 2009 à créer sous leur pression une page mémorial : le profil du défunt n'est pas supprimé mais acquiert un statut spécifique. [17]

Que ces rites soient transmis depuis plusieurs siècles ou qu'ils soient nouvellement apparus, ils témoignent d'une nécessité de leur existence pour celui ou ceux qui restent. Mais finalement à quels besoins répondent ces rites ?

III) LE ROLE DES RITES

Les rites constituent l'ensemble de règles de caractère symbolique fixant le cours d'un cérémonial en vue d'une action déterminée.

Le rite devient l'expression projective symbolisée et dramatisée à travers une mise en scène collective de la perte d'un objet aimé et haï.

1. Un regard anthropologique

Pour les anthropologues et les sociologues (R. Hertz et L. Van Gennep) les rites funéraires ont essentiellement 3 fonctions :

- 1) Accompagner le corps et l'esprit du défunt durant ces périodes transitoires
- 2) Aider les survivants endeuillés dans l'expression de leur douleur
- 3) Ressouder la cohésion sociale mise en cause par la disparition d'un de ses membres

Aujourd'hui, il semblerait que ce soit la seconde fonction qui l'emporte même si elle se fait plutôt à l'écart de l'espace public. [18]

Les paléontologues, eux, voient dans le deuil la source de rites fondateurs de toute civilisation.

J. Bowlby dans « Attachement et perte » s'appuie sur les travaux de G.Gorer (anthropologue anglais du XXème siècle) pour rappeler que toutes les sociétés humaines ont des règles et des rituels qui concernent la mort et le comportement approprié des personnes en deuil.

J. Bowlby tire de ces différentes lectures de la littérature anthropologique, qu'en dépit de considérables différences entre les modèles culturels, dans pratiquement toutes les cultures, des règles et des rituels d'au moins trois types peuvent être décrits :

- 1) ceux qui précisent comment **poursuivre les relations avec la personne morte**. Il souligne alors que toutes les sociétés croient que malgré la mort corporelle, la personne continue de vivre et maintient également des relations avec les vivants, au moins pendant un certain temps. Ces relations peuvent être considérées comme bénéfiques, et c'est majoritairement le cas, ou comme nocives, selon les sociétés. Les règles et rituels sont alors destinés soit à préserver ce lien dans le premier cas, soit à protéger les vivants et à expédier le mort dans le second cas. Toutefois, indépendamment de la manière dont les différentes cultures peuvent comprendre cette relation persistante, elles vont toutes sanctionner socialement ce sentiment de présence persistante de la personne morte et préconiser un comportement approprié.

- 2) ceux qui précisent comment **distribuer la culpabilité et exprimer la colère**. Il est donc attendu, dans la majorité des cultures, que toute personne en deuil ressente de la colère. La plupart des cultures définissent qui peut être tenu pour responsable et qui ne le peut pas. Cette colère est alors dirigée, en fonction de la culture contre des tiers : les habitants d'un village ou d'une tribu voisine, contre le mort lui-même, mais cela est peu fréquent, ou contre soi-même. Il donne en exemple une coutume chez les juifs marocains qui veut que les femmes affligées s'arrachent la peau avec leurs ongles jusqu'à ce que le sang jaillisse. Les formes prescrites pour le comportement de la colère des personnes en deuil varient considérablement d'une société à l'autre. Dans certains cas, l'expression active de la colère fait partie intégrante des rites funéraires et chez d'autres les coutumes funéraires interdisent très fermement toute expression de violence.

- 3) ceux qui établissent ce que doit être **la durée du deuil** en fixant habituellement le moment où le deuil doit se terminer. Dans un certain nombre de sociétés, des rituels spéciaux de deuil et de commémoration sont effectués à ce moment. Il donne alors l'exemple des Kotas, un des peuples tribaux habitant dans une région des confins de l'Inde qui réalise une cérémonie appelée cérémonie sèche qui a lieu un an après le décès et qui se divise en 2 semaines, la première au cours de laquelle les morts sont remémorés et les endeuillés pleurent toute la journée jusqu'au 8^{ème} jour où l'ambiance change brusquement. C'est alors qu'ont lieu des danses et un festolement durant lesquels les veuves et les veufs vont accomplir des rituels dont le but est de les amener progressivement plus près d'une vie sociale normale.

Il conclut que c'est ainsi qu'une culture canalise les réactions psychologiques des individus, et que la fonction principale d'un rite funéraire n'est pas de se débarrasser du corps, mais son intérêt psychosocial pour la personne en deuil et la société toute entière. [19]

2. Un regard philosophico-sociologique

Dépasser le déni

Une autre fonction du rite serait de permettre au sujet de dépasser plus facilement la première phase du travail de deuil à savoir le déni. Le Dr C. Fauré souligne l'importance des rituels, de la veillée des morts qui permettent de voir le corps du défunt : « *il faut le voir pour le croire* ». [20]

Ensuite, les différents rites entourant la question du corps du défunt ne sont pas sans susciter des débats.

Ainsi pour la philosophe S. Lacroix, le tombeau permet une inscription matérielle et symbolique de la perte. La dispersion des cendres, selon elle, ne permettrait pas de fixer dans une réalité incontournable l'évidence de la présence de quelqu'un qui est mort.

Pour le philosophe F. Hadjadj, la dispersion des cendres constitue une négation de la personne dans sa singularité.

A l'inverse, la philosophe, psychologue et éthologue belge V. Despret pense que pour certains le fait d'être brûlé est une manière catégorique d'affirmer la non existence future.[21]

Et pour L.-V. Thomas, la thanatopraxie par exemple est une pratique sous-tendue par une part de déni qui, donc, serait susceptible de renforcer le refoulement. [22]

Enfin, M. Gaudelier explique que la question ne peut se poser si simplement : lorsqu'on disperse les cendres d'un proche, on sacralise ses dernières volontés ; pour les proches l'important est de satisfaire le mort pour être soi-même en paix.

Sublimier sa propre finitude

Pour M.F Bacqué il existe une véritable interaction entre les événements sociaux et les mouvements intrapsychiques de l'endeuillé, la symbolique démarre avec les rites funéraires. Elle donne l'exemple des restrictions ou des dépenses d'argent pour le défunt par exemple qui permettent le soulagement d'une certaine dette à l'égard du défunt.

M.-F. Bacqué insiste sur la centralité du rite associant à celui-ci une valeur surtout fonctionnelle, le but de ces rites étant finalement de protéger l'endeuillé de ce terrible sentiment de finitude que l'être humain tente de sublimer en établissant une lignée. Elle rappelle par-là que sans la mort, la reproduction et la sexualité n'ont plus de nécessité pour l'espèce. Ainsi le rituel a une fonction thérapeutique. [23]

Le rite vient finalement traduire par des actes symboliques ce qui n'est pas explicable, ce qui n'est pas dicible. Il est une forme de langage selon A. de Broca. [24]

Mais alors si la mort, le deuil et les rites qui les entourent sont si essentiels à la société, comment comprendre ce recul de la place qui leur est accordée dans le discours et dans les pratiques de la société occidentale actuelle? On peut se demander également si ces changements autour des rites permettent de remplir les mêmes fonctions symboliques qu'assuraient les pratiques plus anciennes.

L. V. Thomas dans « Anthropologie de la mort » appelle déni de la mort cette mise à l'écart sociale de la mort. Pour M. Hanus, cette modification est une tentative de tuer la mort par le silence. [25]

Mais s'agit-il vraiment d'un déni ou d'une simple modification de notre rapport à la mort ?

IV) DENI DE LA MORT OU MODIFICATION DE NOTRE RAPPORT A LA MORT ?

1. Une inventivité au profit des morts toujours présente

Pour V. Despret, le rapport à nos proches ne s'est pas rationalisé en proportion du recul des traditions religieuses. Au contraire même, selon elle, le vivant fait preuve d'une très grande inventivité au sujet des morts. [26]

Pour M. Julier- Costes, docteur en sociologie, le monde des morts est également très présent parmi les vivants. Il rapporte les nouveaux actes dont il a pu être témoin: certains endeuillés peuvent placer des écouteurs sur les oreilles du cadavre et brancher son iPod avec ses morceaux préférés, d'autres glissent dans sa poche un téléphone portable allumé pour pouvoir lui laisser des messages une fois qu'il sera ailleurs, histoire de réécouter la voix de son message d'accueil ou de lui parler encore...[27]

Vingt ans après avoir parlé de déni de la mort, L.-V. Thomas parle à son tour d'un renouveau de la mort. Les indices en faveur de ce renouveau sont alors, pour lui :

- Une définition métapsychologique de la mort biologique donnée par le Pr Schwartzberg, oncologue français. [Annexe 3]
- La réhabilitation du mourant avec la naissance d'un mouvement né des travaux de R. Moody et d'E. Kubler-Ross sur les expériences de mort imminente et le développement majeur des soins palliatifs.
- le droit de mourir avec le regain pour la question de l'euthanasie.
- Les nouveaux rituels de l'après mort avec par exemple la thanatopraxie auquel il apporte une relative nuance comme dit précédemment.
- L'eschatologie en mutation avec la parution d'ouvrages sur la réincarnation et une augmentation de l'intérêt pour la cryogénéisation. [28]

2. D'anciens rites inadaptés ?

Pour M. Hanus, ces rites de deuil, tout comme les nombreux interdits qui les accompagnaient autrefois et qui dureraient bien plus longtemps, étaient d'une extrême rigidité ; il était alors bien difficile de s'en écarter et assez souvent l'aspect formel ne facilitait pas l'expression émotionnelle, affective du chagrin. Selon lui, l'essoufflement de la ritualisation de la mort et du deuil va de pair avec une nette personnalisation des rituels.

L.-V. Thomas fait remarquer que la disparition et la simplification des rites d'hier devenus obsolètes et exprimant par usure le degré zéro de la symbolique (il ne reste que le geste technique et le primat de la relation marchande) devenaient dangereuses pour l'équilibre mental des survivants. C'est pourquoi, l'Eglise, les sociétés de pompes funèbres, des groupes de réflexion comme la société de thanatologie ou encore des individus isolés mettent tout en œuvre pour réinventer des rites funéraires.

Il déplore toutefois les insuffisances de l'état actuel des choses : les usages nouveaux restent socialement peu codifiés, culturellement mal assimilés, administrativement peu suivis... Ainsi dit-il « *Pour avoir liquidé le symbolisme rituel sans avoir prévu des systèmes de remplacement, nous assistons à l'éclosion d'un imaginaire anarchique parfois, à la limite du pathos* ». [29]

3. Un rapport variable au cours du temps

Pour P. Ariès, historien français, il est fort possible que l'interdiction du deuil au XXème siècle soit en relation avec son paroxysme au XIXème siècle. [30]

L.-V. Thomas notait d'ailleurs qu'en Occident, la place de la mort est tantôt au premier plan (second moyen âge, époque du baroque) tantôt en retrait (renaissance, siècle des lumières, le XXème siècle) sans donner d'hypothèse sur l'origine de ce phénomène. [31]

4. Glissement du social à l'individuel plutôt que déni

Le Dr C. Fauré remarque qu'en 1994 lorsqu'il sort la 1^{ère} version de son livre « *Vivre le deuil au jour le jour* », il n'existe alors quasiment aucun ouvrage consacré au vécu du deuil et il constate un radical changement depuis lors au regard des nombreux ouvrages qui lui sont consacrés aujourd'hui mais également au regard de l'essor du mouvement associatif.

M.F. Bacqué se demande si l'augmentation des consultations dans les suites d'un deuil et l'augmentation de l'activité associative dans ce domaine ne serait pas le résultat de la perte du caractère individuel du deuil.

Ainsi la modification du rapport au deuil et à la mort dans notre société actuelle irait dans le sens d'un glissement du caractère collectif du deuil vers un caractère individuel.

V) ORIGINES DE CETTE MODIFICATION

A la question de l'origine de cette modification, nous avons déjà émis une première hypothèse qui serait la rigidité des anciens rites qui, au fil du temps, auraient perdu de leur symbolique cependant bien d'autres hypothèses sont avancées pour tenter de comprendre cette modification de notre rapport à la question de la mort et du deuil.

1. Professionnalisation de la mort

Nombreux sont ceux qui pensent que cette modification serait en lien, au moins en partie, avec l'institutionnalisation et la professionnalisation de la mort : 70% des décès en France ont lieu en milieu institutionnel. Le développement des soins palliatifs a eu un rôle majeur dans ce phénomène en tentant d'accompagner les grands malades, les vieillards, les mourants dans un minimum de souffrance.

Pour M. Hanus c'est probablement plutôt l'inverse qui s'est produit : l'émergence des soins palliatifs témoigne de notre désir de supprimer au maximum toute souffrance, toute douleur physique d'une part mais probablement morale aussi. [32]

Pour L-V Thomas, « l'hospice absorbe avec les vieillards l'angoisse et la culpabilité du groupe ». [33]

C. Fauré affirme l'idée selon laquelle pour lui le deuil s'est vidé de ses repères psychologiques, religieux et sociaux et n'est relégué qu'au seul domaine médical. Pour lui, l'amélioration de technologies médicales a fait croire à des progrès sans fin ; ce désir d'immortalité se concrétise avec les premières greffes d'organes (première greffe du cœur réalisée par le Pr Barnard en 1968 quasi contemporaine de la conquête de la lune). [34]

Ce rejet de la mort serait alors le résultat d'une forme de maîtrise ; maîtrise dans le fait de l'avoir institutionnalisée et professionnalisée mais aussi dans le désir de la circonvenir, de la préparer, d'en faire une « bonne mort ».

2. l'Eglise et la seconde guerre mondiale

La baisse de l'influence de la religion participe probablement également à ce changement. Louis-Thomas Vincent relie la baisse de cette influence à l'absence de réaction de l'église face à l'inhumanité des conflits durant la seconde guerre mondiale. Pour M. Hanus la shoah, les massacres des guerres mondiales et les génocides ont eu leur rôle dans les origines de la diminution de l'investissement des rites funéraires. Alors que de tout temps l'abandon de cadavre et l'absence de rituel constituaient la pire des offenses, les camps de la mort inaugurent le « rien » après la destruction. L'absence de rites funéraires étaient réservés aux suicidés, aux criminels comme le décrit Foucault dans la toute première scène de « surveiller et punir ». J. Delumeau, historien du XXème siècle relève que, seules, les grandes pestes ont entraîné l'absence de sépulture. La transgression des rites de mort à grande échelle figure parmi les origines de la diminution de l'investissement des rites funéraires dans les années qui vont suivre. [35]

Toutefois, on pourrait opposer à cet argument le rapport de J. Novicow, sociologue du XIXème siècle qui décompta, entre 1496 avant J-C. et 1861, 227 années de paix pour 3130 années de guerre soit 13 années de guerre pour 1 année de paix.

3. Mouvement d'individualisation de la société

Selon Edgar Morin, philosophe et sociologue français du XXe, c'est davantage un mouvement d'individualisation que l'horreur de la seconde guerre mondiale qui serait à l'origine de la modification de notre rapport à la mort. L'apprentissage de l'individualité permet à l'homme de rompre avec la mort subie. Le sujet passe d'une mort passive et acceptée à une mort maîtrisée mais refusée. [36]

Ainsi ce phénomène d'individualisme n'est pas sans conséquence sur les relations sociales ; force est de constater les phénomènes sociaux d'isolement, de déresponsabilisation et d'individualisme menant à une relative rupture des solidarités fondamentales civiques et familiales. Cette occultation sociale de la mort n'est peut-être qu'une des expressions d'un phénomène plus général qui voudrait que l'image sociale que chacun veut se donner soit plus fonctionnelle, plus lisse, plus conforme.

4. De bons prétextes pour une tendance naturelle ?

Selon la tradition philosophique, notre propre mort est une perspective qui nous est étrangère dans notre expérience quotidienne. Certes nous savons que nous sommes mortels, nous voyons les autres mourir mais notre propre mort n'est ni effective ni un objet de « *concernement* » : nous ne la prenons pas au sérieux...

Pour S. Freud, dans « *Actuelles sur la guerre et la mort* », (1915) au fond personne ne croit à sa propre mort ou, ce qui revient au même, dans l'inconscient chacun de nous est convaincu de son immortalité, simplement parce que notre propre mort est parfaitement irréprésentable. Le sujet ne peut se représenter et croire sur un plan inconscient que ce dont il a déjà fait l'expérience.

« A nous entendre, nous étions naturellement prêts à soutenir que la mort est l'issue nécessaire à toute vie, que chacun d'entre nous est en dette d'une mort envers la nature et doit être préparé à payer cette dette, bref que la mort est naturelle, indéniable et inévitable. En réalité nous avons coutume de nous comporter comme s'il en était autrement. Nous avons manifesté la tendance évidente à mettre la mort de côté, à l'éliminer de la vie [...] C'est que la mort propre est irreprésentable et aussi souvent que nous en faisons la tentative, nous pouvons remarquer qu'à vrai dire nous continuons à être là en tant que spectateur » S. Freud. [37]

Pour M. Hanus, le fantasme inconscient d'omnipotence trouve son compte dans la religion qui professe que nous ne mourons pas complètement puisque l'âme ne meurt pas avec le corps, elle est habituellement considérée comme immortelle. Il ajoute que pour les incroyants et les athées l'âme disparaît avec le corps mais pour eux la survie existe dans la mémoire des survivants dont la conscience n'est que la partie émergée de l'immense iceberg constitué par la mémoire biologique et génétique. Ainsi même si nous ne connaissons pas nos aïeux, nous en avons reçu une partie de nos gènes, nous sommes en partie ce qu'ils étaient, ils se survivent en nous. C'est d'ailleurs dans cette perspective que M. Hanus rappelle une des fonctions fantasmatiques de la parentalité à savoir, en partie, de survivre en ses enfants.

Pour lui également, l'incapacité des enfants et des peuples de sociétés traditionnelles à considérer la mort comme naturelle est un corollaire de la croyance inconsciente en sa propre immortalité.

Il se demande par ailleurs si l'irreprésentabilité de la mort n'est pas également palpable à travers notre difficulté à en donner une définition. [38]

Ne pourrions-nous pas dire finalement que l'inconscient se saisit de toutes les modifications de la société qui le conforteraient dans sa croyance d'immortalité et que tout ce qui pourrait aller à l'encontre de cette croyance est balayé d'un bon coup de déni...?

VI) IMPACT DE CETTE MODIFICATION

Cet impact est à considérer sur deux versants à savoir : la conséquence à l'échelle individuelle de la perte de la prise en charge par le groupe de cette question du deuil et la conséquence sur la question du temps, si nécessaire au travail de deuil.

1. Impact de la perte du caractère social du deuil

Ainsi pour répondre au premier aspect de cette question , je citerai L-V Thomas dans anthropologie de la mort : « *Tout système culturel qui repose sur le capital humain n'a d'autre issue, pour préserver les hommes, que de les socialiser, assumant la mort sur le plan du groupe pour mieux la nier au niveau du rite (...) Ce qu'on appelle culture n'est rien d'autre qu'un ensemble organisé de croyances et de rites, afin de mieux lutter contre le pouvoir dissolvant de la mort individuelle et collective*». [39]

Pour L-V Thomas, chaque société repose sur un pari d'immortalité, ménageant aux individus qui la composent des parades à l'angoisse de mort qui laissent le champ libre pour donner un sens à la vie.

On peut alors s'interroger sur l'impact sur le travail de deuil dans une société où l'individu n'est plus accompagné par le groupe.

Pour E. Morin (1976), la perte du partage du rite ne permet plus de transcender la mort.

Le sens de la vie est la question existentielle, philosophique mais incontournable pour ces endeuillés que l'on peut entendre dire que « *la vie n'a plus de sens* » après la mort d'un être cher. Et si les philosophes se sont accordés pour affirmer que la vie n'a pas de sens, les endeuillés nous rappellent que pourtant il nous faut en donner un.

Paradoxalement, une société devenue trop individualiste ne permettrait elle plus à l'individu de se leurrer sur le sens de la vie ?

Cette confrontation à la mort pour l'endeuillé sans une prise en charge du groupe ne prend-elle pas une dimension plus traumatique qui rendrait le travail de deuil plus compliqué ?

Sur un tout autre plan on peut légitimement se demander si le recours de plus en plus facile à la plainte ou au procès contre les médecins ou les équipes soignantes à l'heure actuelle ne serait pas finalement le résultat de cette perte de rituels qui permettaient de distribuer la culpabilité et d'exprimer sa colère.

2. La question du temps

Par ailleurs, la modification de la société impose à la personne endeuillée des principes sociaux en totale contradiction avec la dynamique psychique en termes de temps.

A titre d'exemple pratique, actuellement il est accordé 2 jours de congés suite au décès d'un conjoint ou d'un enfant, 1 jour pour le décès d'un parent, d'un parent du conjoint, d'un frère ou une sœur. (On peut noter par ailleurs qu'il est accordé 4 jours pour un mariage ou un PACS).

Cependant sur le site internet officiel du service public, on peut trouver une note informative stipulant qu'une proposition de loi est en cours de discussion pour augmenter la durée des congés prévus en cas de décès d'un enfant, de l'époux ou du partenaire de PACS. [40]

Dans une interprétation optimiste, on pourrait y voir une forme de reconnaissance par l'état, d'une inadéquation entre les impératifs sociaux et les nécessités de l'individu (et ce d'autant plus dans un contexte de crise économique). Enfin on entend bien que ce temps est un temps accordé dans la perspective des démarches administratives et non dans celle d'un travail de deuil.

Enfin pour répondre plus précisément à cette question du temps, il nous faut nous pencher sur les principes de la dynamique psychique que nous développerons dans la prochaine partie.

On peut toutefois déjà illustrer la complexité de cette question par quelques divers propos.

J. Bowlby avait choisi d'introduire son ouvrage « *Attachement et perte* » en explicitant son but, à savoir s'opposer aux préjugés qui voudraient considérer qu'une personne normale et en bonne santé peut et doit surmonter son deuil à la fois rapidement et complètement.

De son côté, V. Delecroix, philosophe et écrivain français demande à comprendre, lors d'une interview en 2015, ce que la société investit dans son hostilité à l'idée d'un deuil perpétuel, à l'encontre de celui qui pleure trop longtemps. Il rappelle alors qu'au moyen âge, les pleurs, dans le cas de la mort d'un enfant s'écoulaient ad libitum (à volonté sans que cela ne soit vu comme pathologique).

M.-F. Bacqué cite l'exemple rapporté par l'anthropologue Marinella Carosso qui a étudié le deuil en Sardaigne. Elle y explique qu'il y existe trois degrés de deuil : le grand deuil (mort du conjoint) qui dure encore parfois toute la vie, le demi deuil (mort des parents) qui ne se prolonge que rarement plus de dix années et le petit deuil (collatéraux) qui varie selon l'âge du défunt entre six mois et cinq ans. [41]

Enfin on pourrait citer ce proverbe indien qui dit « *le chagrin de la mort d'un époux dure six mois, on ne se console jamais de la mort d'un enfant* ».

Tout au long de cette seconde partie, nous avons donc soulevé les divers liens existants entre le travail de deuil et le contexte sociologique ; et la question qui naît de cette étude est finalement de savoir si la société actuelle n'est pas pourvoyeuse de difficultés dans la réalisation du travail de deuil et si ainsi certains patients ne seraient pas « malades de la société ».

TROISIEME PARTIE : APPROCHE PSYCHIATRIQUE

Si on a pu discuter le lien entre la société et son possible rôle dans l'émergence de complications liées au deuil, nous allons maintenant nous pencher sur le regard de la psychiatrie sur ce phénomène et la compréhension qu'elle en fait puisque c'est aussi elle qui fixe la frontière entre le normal et le pathologique.

I) Le deuil pathologique

1. Définitions

La question de la psychopathologie du deuil est sujet à débat. En effet on retrouve dans la littérature, tout un vocabulaire autour de la question du deuil mais qui reste non consensuel et à controverse. Ainsi, on peut lire les termes de deuil difficile, deuil psychiatrique, deuil pathologique, deuil compliqué, deuil différé, deuil entravé, deuil inhibé, deuil intensifié, deuil chronique, deuil traumatique...pour lesquels la définition est quasiment propre à chaque auteur.

Un certains nombres de définitions de complications du deuil ont été décrites :

- le deuil « différé » dans lequel le sujet va rester fixé dans la première phase du deuil (que nous développerons plus loin) : le refus initial de la perte se prolonge de manière anormale. La disparition d'un être cher, ne pas savoir ce qu'il est devenu, s'il est vraiment mort favorise cette situation particulière.

- le deuil « inhibé » évoqué pour la première fois en 1937 par H. Deutsch, caractérisé par un refus des affects liés au deuil. Les perturbations émotionnelles se retrouvent donc au second plan, masquées derrière des troubles somatiques

- le deuil « chronique » dans lequel l'endeuillé s'enlise dans une dépression qui peut durer toute la vie et pour lequel on peut citer un cas connu de tous, celui de la Reine Victoria en Angleterre.

M. Hanus distingue le deuil difficile du deuil pathologique en définissant le deuil difficile comme un deuil présentant des facteurs rendant le deuil plus difficile (le jeune âge de l'endeuillé, la perte d'un enfant, des circonstances inhabituelles, violentes, brutales ou une perte vécue comme particulièrement injuste).

M. Hanus, distingue deuil compliqué du deuil pathologique ainsi : « *Le deuil compliqué est celui qui se manifeste par la décompensation d'une pathologie psychologique ou somatique qui était connue antérieurement mais qui s'aggrave du fait du deuil alors que le deuil pathologique est celui qui inaugure une maladie qui ne s'était pas manifestée jusque-là.* » [42]

Par cette définition, nous pourrions dire que M. Hanus est en accord avec la vision de la CIM-10 : le deuil pathologique vient révéler une vulnérabilité sous-jacente.

J.-J. Chavagnat définit le « deuil psychiatrique » comme l'apparition d'une pathologie psychiatrique dans un contexte de deuil, ce concept recouvre une symptomatologie très hétérogène : de la réaction dépressive à l'épisode dépressif sévère avec idées suicidaires ou tentative de suicide, de la phase d'hyperactivité à l'authentique épisode maniaque, du trouble fonctionnel à la maladie psychosomatique, voire à la conversion hystérique, de la manifestation anxieuse passagère à la grande crise d'angoisse, voire au trouble anxieux généralisé, des manifestations phobiques, des conduites à risque, des addictions ou des automutilations [43]

M. Hanus classe dans les deuils difficiles les deuils faisant suite à des morts violentes pourtant certains ont rapproché cette situation du syndrome de stress post traumatique, mais là encore les définitions ne sont pas consensuelles.

Le « deuil traumatique » est défini par M-L. Bourgeois comme le deuil dû à une mort violente [44]. Notons qu'il n'y a pas de distinction dans cette définition entre le deuil traumatique et le deuil difficile.

A. Sauteraud distingue le deuil difficile du deuil traumatique par l'importance des cauchemars et le désir d'oublier le traumatisme originel dans le deuil traumatique qui contraste avec le peu de cauchemars et la peur d'oublier que l'on retrouve dans le deuil difficile. [45]

M-F. Bacqué fait, quant à elle, une distinction entre deuil traumatique et deuil traumatogène. Pour elle, le deuil traumatique est l'état psychologique dans lequel se trouve une personne qui a échappé à une situation dramatique, brutale, imprévue de mort collective ou de menace de mort à plusieurs alors que le deuil traumatogène serait l'état psychologique des endeuillés qui expriment une souffrance traumatique consécutive à la perte sans avoir été eux même directement exposés au risque de mourir.

Pour d'autres auteurs, le deuil pathologique n'altère pas la santé mentale mais se traduit simplement par un développement chronologique inhabituel alors qu'une altération de la santé mentale signerait alors un deuil psychiatrique. [46]

C'est donc sur la définition de M. Hanus que nous nous appuyerons lorsque nous parlerons de deuil pathologique dans cet exposé.

2. Epidémiologie

L'incidence est le nombre de nouveaux cas pour une période donnée. On peut donc dire que l'incidence du deuil dans la population générale en France est égale au nombre de décès multiplié par le nombre de proches du défunt. Mais comment définir ce nombre quand il peut être si variable d'un individu à l'autre ?

Quant à la prévalence du deuil, elle est le nombre de personnes endeuillées à un moment donné et cette donnée dépend donc fortement de la durée du deuil ; question qui, reste, on l'a vu, variable. Autant dire qu'estimer l'incidence et la prévalence du deuil pathologique est tout aussi peu évident.

Les chiffres présentés par les auteurs ne prennent bien sûr en compte que les sujets parvenus à formuler une demande d'aide et ne restent donc qu'une estimation.

Les chiffres avancés dans la littérature sont variables, M. Hanus parle de 5% des endeuillés [47] tandis que A. Sauteraud parle de 11% [48] (soit 350 000 cas ou 0,5% de la population générale) et M.-L.Bourgeois avance que 20% des deuils sont compliqués et devraient faire l'objet d'une prise en charge systématique. [49]

Plusieurs études ont montré que l'expérience du deuil pouvait mener à une dépression chronique chez 10 à 15% des sujets. Hensley (2006) conclut, après une revue de littérature que si on ne tient pas compte du DSM-IV qui recommande de ne diagnostiquer un épisode dépressif majeur qu'au-delà des 2 mois de la perte, environ 40% des endeuillés ont les critères d'épisode dépressif majeur dans le mois du décès, 15% à 1 an et 7% à 2 ans. [50]

Ainsi on peut voir comme la question du temps à partir duquel on considère le deuil comme pathologique peut faire varier énormément la question de la prévalence de ce trouble.

3. Les Facteurs de risque :

La mort possède une part d'invariants et une part de multiples variations. La mort est différente sur un plan philosophique et religieux mais aussi par l'idée qu'on s'en fait, par la manière dont on l'attend, par la nature de la personne qu'elle frappe et les circonstances aussi dans lesquelles elle se manifeste. Tous ces facteurs vont bien sur influencer sur le travail de deuil.

Le lien entre l'endeuillé et le défunt :

Le veuvage et la perte d'un enfant constituent les deux principales situations favorisant un deuil pathologique.

La perte d'un enfant :

On peut lire dans « *les deuils dans la vie* » de M. Hanus « *Elle (la mort d'un enfant) ouvre un deuil particulièrement difficile et parfois infaisable* ».

Les parents qui perdent un jeune enfant ont deux fois plus de risque de dépression. [51]

Une étude effectuée au Royaume Uni de 1971 à 2006 a mis en évidence un taux de mortalité multiplié par deux pour les parents ayant perdu un enfant et par quatre pour les mères. Cette augmentation bien que s'affaiblissant avec les années perdure jusqu'à trente ans après la perte lorsque l'enfant est mort pendant sa première année. [52]

Une autre étude menée au Danemark pendant plusieurs dizaines d'années constate que les parents ayant perdu un enfant avant l'âge de 20 ans ont une durée de vie abrégée d'une année et demie par rapport à la population générale. [53]

Le veuvage :

Pour E. Corruble, 25% de la population générale présenteraient un épisode dépressif majeur 2 à 4 mois après le décès de leur conjoint et 15% un an après (rappelons simplement ici que pour le DSM-V le deuil pathologique n'existe pas et parle de syndrome dépressif). [54]

Galien, médecin grec de l'Antiquité décrivait déjà le funeste développement du cancer chez les veuves récentes. En 1997 ; Pigerson et al confirme cette intuition dans une étude. [55]

C. Parkes l'avait déjà observé dès 1969, sur 360 000 individus suivis pendant dix ans, les veufs avaient en moyenne 3,1 années de longévité en moins que les hommes du même âge restés mariés. Le pic de mortalité chez les veufs se situe dans les neuf premiers mois.

Les travaux de San Diego (S. Zisook et al.) consacrés au suivi prospectif de 350 veufs et veuves ont retrouvés 16% des dépressions au 12^{ème} mois contre 4% dans l'échantillon contrôle (25% de dépression au 2^{ème} mois, 23% au 7^{ème} mois).

Par ailleurs, au-delà de ce lien objectivable entre le défunt et l'endeuillé, certains auteurs ont supposé que l'ambivalence des relations préexistantes avec le défunt favoriserait l'apparition d'un deuil pathologique.

L'attachement et agressivité coexistent 3 fois sur 4 selon M.-F. Bacqué. [56] Toutefois ce lien n'a pas été mis en relation dans l'étude de Piper et al (2001). [57]

L'âge auquel survient le deuil :

Une étude menée en 2015 aux USA sur une population d'adultes ayant perdu un parent a montré que l'âge auquel survient ce deuil était le principal facteur influençant la résolution du deuil dans ce contexte.

Le temps du deuil était plus long chez les plus jeunes ; facteur qui se place devant le fait de vivre en couple (les sujets célibataires ou séparés étant plus vulnérables également) et les circonstances du décès. [58] Les jeunes adultes endeuillés souffriraient davantage de culpabilité et manifesteraient plus d'angoisse et de symptômes somatiques que les plus vieux. Les endeuillés âgés présenteraient, pour leur part, un déni initial tandis que l'inhibition et la fatigue favorisent le retrait social et l'abandon des activités.

Le sexe :

Glick, C.-M. Parkes et R. Weiss (1974), L.W. Thompson, D. Gallagher, H. Cover, H. Gilewski, J. Peterson (1989) rapportent que les femmes démontrent plus de réactions pathologiques au deuil que les hommes. [59]

M.-F. Bacqué fait part de son expérience au sein de l'association vivre son deuil où 90% des appels sont féminins. Toutefois est évoquée pour expliquer une telle différence une plus grande difficulté pour les hommes à faire des démarches de demande d'aide.

En effet, une étude de C.-M. Parkes conduite à Londres en 1970 a conclu qu'en général, les réactions émotionnelles à la perte d'un conjoint paraissent être similaires dans les deux sexes. Les différences pouvaient être considérées comme des variations dans les manières dont les hommes et les femmes de culture occidentale font face à leurs réactions émotionnelles et à la rupture de leur mode de vie. [60] Les femmes utiliseraient plus facilement leur environnement social comme soutien et témoigneraient davantage de leur difficulté que les hommes.

De plus, les conséquences du deuil sur la santé sont étudiées depuis fort longtemps et il semblerait donc que le veuvage tue davantage les hommes que les femmes. L'augmentation des maladies coronariennes, des accidents ischémiques et plus globalement des pathologies cardio-vasculaires n'a été établie que chez les veufs. [61] [62]

Ainsi si les deuils pathologiques semblent davantage concerner les femmes, le risque de pathologies somatiques entraînant une surmortalité dans les suites d'un deuil concerne davantage les hommes.

Les circonstances de la perte :

Les circonstances peuvent laisser une capacité d'anticipation ou non, mort brutale (infarctus, accident), victime d'homicide, de suicide, mort avant et autour de la naissance défunt disparu, qui vont influencer le temps de résolution du deuil. [63]

C. Sanders (1977) rapporte la notion de deuil anticipé qui correspond à l'anxiété de séparation ressentie par les familles de patients qui vivent une mort lente souvent associée à une maladie chronique et conclut que l'entourage d'une personne décédée d'une maladie terminale (de moins de six mois) s'adapte plus facilement que celui d'une personne décédée soudainement [64]

Il faut souligner aussi les circonstances particulièrement pourvoyeuses de deuil pathologique où les proches n'ont pas de corps à enterrer, ils ne peuvent pas le « *voir pour le croire* » (catastrophe naturelle, disparition...)

Les deuils par suicide figurent également parmi les deuils les plus difficiles à traverser du fait de l'enfermement de l'entourage par le geste du suicidé dans une culpabilité, une impuissance, une incompréhension et souvent une honte. Dans le cadre de ces deuils, des travaux ont montré que la découverte du corps sur les lieux exacerbe encore la difficulté de ce type de deuil comparativement à ceux qui ne revoyait le corps de leur proche qu'après les soins de thanatopraxie. [65]

M. Hanus rappelle que si la mortalité des personnes endeuillées est statistiquement supérieure à celle de la population générale, la mortalité des personnes endeuillées après un suicide est encore plus élevée.

C. Fauré note l'importance de repérer un syndrome de stress post traumatique (PTSD) lors des morts violentes et traumatiques telles qu'un accident, un infarctus du myocarde, un suicide, un homicide ou une catastrophe naturelle. La survenue d'un PTSD va ralentir ou parasiter le processus de deuil. [66] Le PTSD apparait en générale entre un mois et trois mois après l'évènement traumatique. Les caractéristiques du PTSD sont rappelées dans l'annexe 8.

Conséquences psycho-sociales :

La dépendance de l'endeuillé au défunt est un facteur primordial. La précarité matérielle ou la dépendance au quotidien dans laquelle le défunt laisse l'endeuillé favoriseront l'apparition d'un deuil pathologique.

Le milieu social :

Une revue systématique de la littérature sur la dynamique familiale pendant le processus de deuil (articles de 1980 à 2013) réalisée dans une étude d'avril 2015 a mis en évidence que la morbidité psychosociale (une pauvreté du fonctionnement social, la difficulté à accéder à des ressources, à un travail) était un facteur de risque de complication du deuil. Les conflits familiaux ont également été soulignés comme contribuant à l'élaboration d'un processus de deuil compliqué, tandis que la cohésion, l'expression de l'affection et une bonne communication dans les familles sont soupçonnés d'atténuer les symptômes de la douleur.[67]

L'entourage joue un rôle primordial dans l'accompagnement de ce travail de deuil. Celui-ci peut compliquer le travail de deuil en refusant l'expression émotionnelle ou en maintenant l'endeuillé dans la culpabilité tout comme il peut considérablement aider en soutenant une démarche de reconsidération des souvenirs. Ce critère est d'autant plus important chez l'enfant par exemple qui n'a pas la possibilité, seul, d'aller chercher de l'aide à l'extérieur.

La répétition des deuils et des pertes :

Les deuils antérieurs sont toujours réactivés lors d'un nouveau deuil. Ainsi des deuils antérieurs mal résolus viennent s'accumuler et entraver le travail de deuil. [68]

Les antécédents psychiatriques :

Les antécédents psychiatriques sont cités parmi les facteurs favorisant les complications du deuil toutefois dans ce cas nous serons face à un deuil psychiatrique et non plus à un deuil pathologique comme on a choisi de le définir dans cet exposé.

La personnalité de l'endeuillé :

Un certain nombre d'auteurs ont pu dire que la personnalité était un facteur essentiel dans la question du deuil pathologique. Nous avons choisi de détailler préférentiellement cette idée plus loin.

Le tout psychanalytique se fondant sur les travaux de Freud a fait place pour partie à une approche plus descriptive des troubles présents dans le deuil, comme le rappelle les dernières études sur le deuil et les classifications actuelles. [69]

4. Le deuil dans la CIM-10 : une vulnérabilité sous-jacente

Dans la CIM-10, le deuil compliqué est classé dans les troubles de l'adaptation lié à un deuil. Le trouble de l'adaptation comprend : une humeur dépressive, une anxiété, une inquiétude, un sentiment d'incapacité à faire face, à faire des projets, ou à supporter la situation actuelle et une certaine altération du fonctionnement quotidien.

Il s'agit donc d'un état de détresse et de perturbation émotionnelle, entravant habituellement les performances et le fonctionnement social, survenant au cours d'une période d'adaptation à un changement existentiel important ou à un évènement stressant et ne persistant guère au-delà de six mois. Le deuil est simplement cité parmi les évènements source d'un tel état. [Annexe 4 : définition du trouble de l'adaptation de le CIM-10°]

Au-delà des six mois, les troubles sont classées « réactions dépressives prolongées ».

Dans les troubles de l'adaptation, on reconnaît davantage qu'une prédisposition ou une vulnérabilité individuelle joue un rôle plus important dans la survenue de ce trouble et de sa symptomatologie comparativement au diagnostic de « réaction à un facteur de stress important ». Par ailleurs, on admet que le trouble ne serait pas survenu en l'absence du facteur de stress en cause.

5. Le deuil pour le DSM-V : un syndrome dépressif

Dans le DSM V, Le deuil compliqué est classé dans les troubles dépressifs majeurs lorsque les symptômes du deuil sont encore présents 15 jours après la perte quelles que soient les circonstances de la perte.

Le syndrome dépressif majeur est défini par au moins cinq des symptômes suivants (présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur et qu'au moins un des symptômes soit une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir): humeur dépressive, une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir, une perte ou gain de poids significatif, une insomnie ou hypersomnie, une agitation ou ralentissement psychomoteur, une fatigue ou perte d'énergie, un sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée, une diminution de l'appétit à penser ou à se concentrer, la présence de pensées de mort récurrentes ou d'idées suicidaires récurrentes.

Les symptômes doivent induire une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

6. Les partisans du deuil compliqué comme entité nosographique

Certains auteurs ont pensé que l'importance croissante dans la littérature du deuil compliqué allait permettre une reconnaissance de celui-ci en tant que catégorie nosographique à part entière. D'ailleurs dans un article de 2011 sur le deuil, trois psychologues cliniciens français et canadiens (L. Fasse, S. Sultan, C. Flahaut) s'étaient avancés en disant que ce trouble allait vraisemblablement faire l'objet d'une inclusion dans le DSM-V et dans la CIM-11. C'est en tout cas ce que certaines équipes spécialisées dans la question du deuil souhaiteraient (Prigerson et al, 1995-2009) : introduire le « Prolonged grief disorder » (PGD) dans les nouvelles classifications.

Selon ces auteurs, pour pouvoir poser le diagnostic de « prolonged grief disorder », le sujet doit présenter depuis au moins six mois, cinq de neuf symptômes cognitifs, émotionnels et comportementaux, se référant directement à une expérience subjective de détresse dans le deuil : on pourra citer par exemple une amertume ou une colère excessive liée à la perte, des difficultés à « aller de l'avant », un sentiment d'absurdité, de perte de sens depuis le décès. [70] [annexe 6]

II) DEUIL ET TROUBLE DE LA PERSONNALITE

L'hypothèse avancée par la CIM-10 serait donc que le deuil constituerait l'évènement qui viendrait révéler une prédisposition ou une vulnérabilité sous-jacente. Mais quelle est donc cette « vulnérabilité » ou « prédisposition » dont parle la CIM-10 ?

Dans son article « *Deuil normal, deuil pathologique et prévention en milieu clinique* » Y. Philippin pointe que, du point de vue de la santé mentale, la survenue d'une pathologie psychiatrique dans le cadre d'un deuil découle essentiellement de la structure de la personnalité de l'endeuillé (sans pointer les structures à même de favoriser un deuil pathologique). [71]

Nombre d'auteurs en psychologie sont d'ailleurs d'accord pour dire que les complications du deuil sont finalement davantage des formes de décompensations d'une personnalité à risque que des pathologies propres au deuil.

Ainsi après la rencontre de cette patiente nous nous sommes demandé si la vulnérabilité sous-jacente à laquelle fait référence la CIM-10 pouvait être un trouble de la personnalité et dans ce cas si un trouble de la personnalité en particulier était préférentiellement retrouvé dans les cas de deuil pathologique.

Pour pouvoir répondre à cette question, il nous a semblé important dans un premier temps de pouvoir définir ce que recouvre un trouble de la personnalité.

1. Définition du trouble de la personnalité : une difficulté

La question de la personnalité et de ses troubles ont été décrits depuis l'antiquité et dans différentes cultures toutefois c'est K. Schneider qui proposa une première catégorisation des troubles de la personnalité en 1923.

Par la suite, de nombreuses autres classifications ont été proposées en fonction du choix de la référence à un cadre syndromique (personnalité obsessionnelle, personnalité hystérique, personnalité schizoïde..) ou à un abord descriptif plutôt comportemental (personnalité antisociale ou psychopathique, personnalité passive-agressive). [72] La difficulté à donner une définition à l'abri de controverse prend donc son origine dans l'hétérogénéité des modèles théoriques et des descriptions cliniques.

Ainsi pour les psychanalystes, la fixation à l'un ou l'autre des différents stades de développement de la sexualité infantile, l'utilisation prédominante rigide et non adaptée d'un ou plusieurs mécanismes de défense contre l'angoisse et la nature des relations objectales intériorisées sont susceptibles d'expliquer l'apparition et le développement d'un trouble de la personnalité hystérique, obsessionnelle, phobique ou perverse.

H.-S. Sullivan est à l'origine, lui, d'un courant de pensée qui considère la personnalité comme influencée par les circonstances sociales et culturelles, il est donc un des précurseurs des théories culturalistes des troubles de la personnalité et A.-T. Beck a proposé un modèle cognitif où les troubles de la personnalité sont sous-tendus par des cognitions dysfonctionnelles, des schémas de pensée réducteurs et par un référentiel de croyance rigides concernant soi-même et autrui.

Ces divers points de vue n'ont donc pas été sans incidence sur les catégorisations des troubles de la personnalité toutefois les conceptions actuelles des troubles de la personnalité restent très empreintes des grands courants de la pensée psychiatrique du XXème siècle.

Aujourd'hui la personnalité est classiquement définie comme le résultat chez un sujet donné, de l'intégration dynamique de composantes cognitives, pulsionnelles et émotionnelles. L'agencement de ces différents facteurs constitue les traits de personnalité, à savoir les modalités relationnelles de la personne, sa façon de percevoir le monde et de se penser dans son environnement. L'unité fonctionnelle intégrative que constitue la personnalité présente deux autres caractéristiques : elle est à la fois stable (la personnalité contribue à la permanence de l'individu) et unique (elle rend le sujet reconnaissable, distinct de tous les autres). [73]

Dans les définitions les plus répandues, on retrouve celle du nouveau précis de sémiologie des troubles psychiques de S. Tribolet, qui s'inscrit dans un héritage psychanalytique. La personnalité pathologique correspond selon S. Tribolet à un mode de réaction et de comportement permanent caractérisé par des traits de caractère peu nombreux, rigides et très marqués qui sont à l'origine d'une souffrance psychique ou d'une inadaptation sociale significative. Les troubles de la personnalité sont donc caractérisés par une déviation quantitative par rapport à la personnalité dite normale. Il existe un manque de souplesse dans les processus d'adaptation, la personnalité est comme figée dans un mode prédominant de fonctionnement. La souffrance peut être exprimée ou non. La personnalité pathologique constitue le plus souvent un état stable mais peut aussi se manifester par des changements d'intensité, des périodes de recrudescence ou au contraire d'atténuation, de stabilisation, le plus souvent en réaction aux événements de la vie. [74]

Dans un article de l'EMC sur les personnalités pathologiques, C. Lansier, psychiatre au CHS Charcot, précise qu'il serait difficile d'obtenir un consensus satisfaisant sur la définition d'un trouble de la personnalité. Selon lui, les traits de personnalité ne constituent des troubles de la personnalité que lorsqu'ils sont rigides, inadaptés et responsables soit d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel, soit d'une souffrance subjective.

2. Définition du trouble de la personnalité dans les classifications internationales

Selon le DSM-V, les troubles de la personnalité représentent une incapacité de développer un sentiment d'identité et un fonctionnement interpersonnel qui soient adaptatifs dans le contexte des normes et attentes culturelles de la personne. (Les critères d'un trouble de la personnalité dans les DSM-V sont rappelés dans l'Annexe 7.)

Le DSM-V ne différencie plus les troubles de la personnalité selon les groupes A, B ou C comme retrouvés dans les DSM-IV [Annexe 8]. Pour ce qui est des troubles de la personnalité spécifiques, les types suivants sont proposés : antisocial, psychopathe, évitant, borderline (limite), obsessionnel-compulsif et schizotypique.

Dans la CIM-10, la personnalité pathologique se caractérise par des modalités de comportement profondément enracinées et durables consistant en des réactions inflexibles à des situations personnelles et sociales de nature très variée. Ils représentent des déviations extrêmes ou significatives des perceptions, des pensées, des sensations et particulièrement des relations avec autrui par rapport à celles d'un individu moyen d'une culture donnée.

La CIM-10 distingue huit troubles spécifiques de la personnalité, à savoir : personnalité paranoïaque, personnalité schizoïde, personnalité dyssociale, personnalité émotionnellement labile, personnalité histrionique, personnalité anankastique, personnalité anxieuse, personnalité dépendante.

Un lien entre deuil pathologique et troubles de la personnalité semble être établi de façon unanime chez les spécialistes du deuil, toutefois nous avons recherché dans la littérature si un lien entre le deuil pathologique et un trouble de la personnalité spécifique avait été mis en évidence.

3. Quel trouble de la personnalité dans le deuil pathologique ?

C-M. Parkes en 1986, a proposé le terme de personnalités prédisposés au chagrin.

M. Ferrari, dans son article sur la sémiologie des états dépressifs de l'adulte parle de personnalité pré-dépressive. Ainsi il rappelle que troubles de la personnalité et symptômes dépressifs peuvent être liés, dans une relation de type prédisposant. Les théories cognitives de la dépression font appel au même présupposé d'une personnalité pré-dépressive, caractérisée par un ensemble de représentations négatives de soi, déclenchant et entretenant les cognitions dépressives. [75]

J. Bergeret parle lui de personnalités aménagées mais non structurellement fixées dans les deuils pathologiques.

Peu d'auteurs ont fait un lien entre un trouble de la personnalité particulier et le deuil pathologique. Beaucoup, par contre, ont décrit les variabilités de symptomatologie en fonction du type de trouble de la personnalité.

Ainsi, M. F. Bacqué a décrit les deuils mélancoliques, maniaques, hystériques et obsessionnels mais également A. de Broca en décrivant les différences entre dans le deuil chez la personnalité anxieuse, la personnalité hystérique, la personnalité obsessionnelle, la psychose, la personnalité dépressive chronique, la personnalité mélancolique, la personnalité maniaque, la personnalité hypochondriaque, la personnalité paranoïaque, le toxicomane, que nous ne détaillerons pas ici. [76]

N.Girault et P. Fossati (2008) retrouvent toutefois deux types de personnalité à même de présenter une décompensation sous forme de deuil pathologique : la structure hystérique et la structure obsessionnelle. [77]

Ils précisent alors que la structure hystérique est davantage marquée par une identification au défunt, phénomène présent au cours du deuil normal mais qui sera alors beaucoup plus marqué, le sujet pouvant alors présenter les symptômes somatiques du disparu. Ces symptômes inconscients seraient alors sous-tendus par un mécanisme de conversion hystérique. Dans le cadre d'une décompensation d'une personnalité obsessionnelle, le sujet présentera alors une culpabilité excessive avec des auto-reproches incessants

Ainsi nous avons ainsi cherché quels seraient les arguments en faveur d'une structure hystérique puis les arguments en faveur d'une structure obsessionnelle.

Arguments en faveur d'une personnalité hystérique

Si on se rapporte au précis de sémiologie de S. Tribolet, le trouble de la personnalité de type histrionique se caractérise par un théâtralisme, une suggestibilité, une labilité émotionnelle, des conduites de séduction, une mythomanie ou une falsification de l'existence, des troubles de l'affectivité des troubles de la sexualité, une intolérance à la frustration, des troubles de la mémoire. (La définition de la personnalité histrionique du DSM-IV est rappelée dans l'annexe 9)

Les premières observations de deuil pathologique ont été faites chez les hystériques dans les travaux de K. Abraham qui avait relevé chez une patiente hystérique « *le besoin complaisant de se rappeler et de se lamenter sur la perte d'un être aimé* » sans en donner l'origine psychodynamique. [78]

M. Hanus note qu'il est préférentiellement retrouvé chez l'hystérique un retard dans l'apparition de la phase dépressive. Il fait remarquer que la première caractéristique clinique essentielle de l'état dépressif du deuil dans l'hystérie est sa chronicité, sa durée inhabituelle qui s'étend le plus souvent sur plusieurs années. [79]. Pour cet auteur toujours, ce retard prendrait sa source dans les identifications pathologiques préférentiellement retrouvées chez les personnalités hystériques qui concourraient au développement d'un deuil psychiatrique.

M. Hanus émet également l'hypothèse que l'hystérie constitue en elle-même un « deuil œdipien pathologique ». Toute perte renverrait donc à ce premier deuil qui prendrait une forme plus douloureuse chez l'hystérique. [80]

Certaines études ont pu mettre en évidence au test de Rorschach un fonctionnement névrotique hystérique dans le cadre d'un deuil pathologique telle l'étude de M. Dollander et C. de Tychev, laboratoire de psychologie à l'université de Nancy, 2002 (« Deuil compliqué et fonctionnement intrapsychique : approche clinique et projective ». [81]

Wolfgang et M. Stroebe (1987) ont étudié une population de veufs et de veuves et ont noté que la dépression dans les suites du veuvage touchait davantage les femmes. Si on considère que la structure hystérique se retrouve majoritairement chez les femmes, cette corrélation serait un argument pour notre hypothèse

Un dernier argument en faveur d'une structure hystérique s'appuierait sur le rapport de l'hystérique et de son désir dans la théorie lacanienne.

Le désir de l'hystérie serait étroitement dépendant du désir de l'Autre. Ainsi J. Lacan nous dit dans son séminaire sur les formations de l'inconscient: « *le sujet hystérique se constitue presque tout entier à partir du désir de l'Autre* ». [82]

Il nous dit également dans son séminaire sur « *L'angoisse* » que « *nous ne sommes en deuil que de celui dont nous pouvons dire « j'étais son manque »* » sous tendu par l'idée donc que nous étions l'objet qui comblait au moins imaginativement et fantasmatiquement ce « manque », ce « trou » source de tout désir, chez l'Autre.[83]

Ce manque, résultat de la métaphore paternelle sur le sujet (complexe d'Œdipe revisité par J. Lacan), qui constitue notre névrose, (le psychotique étant « non manquant » dans la théorie lacanienne), mais aussi et surtout la source de tout désir. L'hystérie en s'identifiant au désir de l'Autre, va donc s'identifier au manque de l'Autre; elle va donc « être » ce manque pour l'Autre presque tout entière.

Ainsi, que devient le désir de l'hystérique quand l'Autre s'en va et nous pourrions même dire que devient l'hystérie (presque) toute entière lorsque l'Autre s'en va ? Il semblerait que le travail de deuil de l'hystérie devienne par cet aspect plus complexe.

J. Lacan, dans « *Les formations de l'inconscient* », ajoute que, « *le désir hystérique est un désir fondamentalement insatisfait* » Et que pour que ce désir survive, l'hystérique n'a de cesse de le maintenir insatisfait, c'est sa manière de le soutenir vivant. Ainsi on peut également faire l'hypothèse que le deuil est une cause d'insatisfaction dont l'hystérie pourrait facilement se saisir pour maintenir son désir vivant. [84] [85]

Arguments en faveur d'une personnalité obsessionnelle

Dans le précis de sémiologie des troubles psychiques de S. Tribolet, la personnalité obsessionnelle est caractérisée par des traits psychasthéniques, une tendance aux scrupules et aux vérifications, une indécision ou une absence de décision rapide, une inhibition affective, sociale et sexuelle, une méticulosité, une lenteur, un manque de spontanéité, une dépression chronique, une contention des émotions, un caractère anal manifesté par un perfectionnisme, un collectionnisme, un entêtement obstiné une angoisse de séparation, une intellectualisation avec tendance à la pensée magique. (Les critères diagnostiques de la personnalité obsessionnelle dans le DSM-IV sont rappelés dans l'annexe 11)

La personnalité obsessionnelle se caractérise par un contrôle et une domination permanente de son agressivité. La réalité de la mort va réactiver des désirs agressifs que l'obsessionnel aura du mal à contrôler ce qui peut être source d'une grande culpabilité, car si l'on pense tous que le deuil est le triomphe de notre agressivité, l'obsessionnel le croit plus encore qu'un autre, ce qui le plonge dans une dépression grave qui vient bloquer le processus de deuil. [86] On peut rapprocher ce processus de la persistance chez le sujet obsessionnel de la pensée magique.

Par ailleurs, on retrouve la dépression chronique dans les critères diagnostiques de la personnalité obsessionnelle dans la définition de S. Tribolet. On peut ainsi se demander si le deuil ne serait pas un prétexte facilement saisissable pour le sujet obsessionnel.

4. trouble de la personnalité, cause ou conséquence ?

M-F Bacqué dans son livre « *Le deuil à vivre* » précise dès sa préface que la capacité d'un sujet à s'engager dans un réel travail de deuil est directement liée aux caractéristiques de son organisation psychique. Elle ajoute que le deuil compliqué serait une dépression pathologique en relation avec les mécanismes de défense de la personnalité mis en place avant la perte.

M. Hanus précise que le deuil n'est pas la cause mais le facteur déclenchant de la maladie chez un individu dont l'équilibre, bien que précaire, ne laissait pas transparaître de signes cliniques objectivables

M. Ferrari soulève la question de savoir si certains troubles de la personnalité ne peuvent pas être la manifestation d'un état dépressif évolutif survenu à un âge précoce, consécutif à un deuil prématuré d'une figure parentale ou à des conditions de vie affective difficiles et instables, facteurs retrouvés avec prédilection dans la biographie des personnalités pathologiques limites lors des études d'événements de vie. Il s'appuie alors sur les travaux d'Akiskal et parle de personnalité post-dépressive, « séquelle de troubles dépressifs ». Cette possibilité découle des effets possiblement dévastateurs et méconnus sur le fonctionnement d'une personnalité d'une dépression, particulièrement lorsqu'elle est ignorée. Ceci expliquerait la constitution précoce de ces personnalités post-dépressives. [87] Selon M. Ferrari, la dépression intensifie les traits et symptômes névrotiques. Chez certains sujets, l'apparition soudaine de manifestations hystériques, obsessionnelles, sensitives, paranoïaques, doit conduire à suspecter un état dépressif évolutif : les efforts déployés pour lutter contre l'invasion dépressive activent les mécanismes de défense pathologiques spontanés de la personnalité. Cette observation courante a reçu l'attention de toutes les théories psychodynamiques de la dépression qui mettent l'accent sur les vicissitudes de l'histoire de la personnalité, l'origine de difficultés psychiques prédisposant aux complications dépressives ultérieures lors d'" événements de vie" déclenchants.

Le problème clinique que soulève ce type de relation entre personnalité et dépression est de parvenir à faire la part entre les traits de personnalité prédisposant véritablement pré-morbides, et les traits de personnalité post-morbides, conséquences possibles de la maladie dépressive, évalués à tort comme prédisposant. Cette difficulté introduit à un autre type de relation possible entre personnalité et dépression, qui connaît actuellement un regain d'intérêt.

III) DEUIL PATHOLOGIQUE ET DEPRESSION

Si aucun auteur ne s'oppose à reconnaître l'existence d'un syndrome dépressif caractérisé au cours du deuil, le débat persiste quant à savoir quand et comment considérer que cette thymie dépressive a passé la frontière du normal au pathologique.

Certains auteurs ont ainsi tenté d'identifier des caractéristiques qui seraient propres au travail de deuil.

1. Diagnostic différentiel entre deuil et syndrome dépressif

Un diagnostic différentiel par la clinique ?

Dans le DSM-III (1980) ou DSM-III-R (1987) on peut trouver les critères suivants pour le diagnostic différentiel entre deuil et syndrome dépressif :

- Dans le deuil, le syndrome dépressif est complet toutefois les idées morbides et le ralentissement psychomoteur sont moins fréquents, en ce qui concerne les idées de mort le sujet considère qu'il vaudrait mieux être mort ou qu'il aurait mieux valu mourir avec la personne décédée, le sujet considère comme « normale » son humeur dépressive.

Il était alors dit que la durée du deuil « normal » variait considérablement selon les sous-groupes culturels sans plus de précision. [88].

Pour le DSM-IV (1994), le diagnostic de syndrome dépressif est retenu lorsque les symptômes d'un état dépressif sont encore présents 2 mois après la perte.

Toutefois le diagnostic de syndrome dépressif pouvait être retenu avant ces 2 mois si certains symptômes étaient retrouvés, à savoir :

- une culpabilité concernant des choses autres que des actions accomplies ou non par des survivants au moment de la perte,
- des idées de mort autres que le sentiment qu'il serait mieux s'il était mort ou qu'il aurait dû mourir avec la personne décédée,
- des ruminations morbides d'inutilité et de non-valeur,
- un ralentissement psychomoteur marqué,
- un handicap fonctionnel marqué et prolongé,
- des expériences hallucinatoires autres qu'entendre la voix et de voir brièvement l'image de la personne décédée. [89]

Pour le DSM-V (2013), le critère d'exclusion du deuil a été retiré du diagnostic de l'épisode dépressif majeur (EDM) (critères du diagnostic de syndrome dépressif majeur du DSM-V sont rappelés en annexe 6). Toutefois il est rappelé que deuil et EDM peuvent se ressembler :

« La réponse normale et attendue en réponse à un événement impliquant une perte significative (ex : deuil, ruine financière, désastre naturel), incluant un sentiment de tristesse, de la rumination, de l'insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, peuvent ressembler à un épisode dépressif. »

La persistance de ces symptômes au-delà de 15 jours doit faire poser le diagnostic d'épisode dépressif majeur.

Par ailleurs, la présence de symptômes tels que sentiment de dévalorisation, des idées suicidaires (autre que vouloir rejoindre un être aimé), un ralentissement psychomoteur, et un altération sévère du fonctionnement général suggèrent la présence d'un épisode dépressif majeur en plus de la réponse normale à une perte significative.[90]

Pour M. Ferreri, Professeur de psychiatrie à Saint-Anne, outre la notion de perte déclenchante, certains symptômes sont plus particuliers à l'état de deuil :

- les douloureux **sentiments d'injustice, de révolte et de colère**, par exemple, qui interrompent la tristesse face à l'événement.

- **l'idéation suicidaire est rare**, prenant surtout l'aspect d'un regret de survivre au défunt, de ne pas le rejoindre dans la mort. Hormis le cas des adolescents chez lesquels elles sont assez courantes, les ruminations suicidaires qui durent signalent le deuil pathologique, compliqué de dépression.

- d'autre part, si le sujet reconnaît éprouver une **profonde tristesse**, il la juge cependant **normale**, en rapport avec l'épreuve de perte qu'il affronte, ce qui distingue cette tristesse du deuil de l'humeur dépressive, laquelle est en général perçue comme " anormale ", tant par sa durée, sa constance, que par son absence de lien proportionné avec l'expérience.

- de même, **le ralentissement psychomoteur est inhabituel** au cours d'un deuil, et doit faire suspecter une complication dépressive.

- quant aux sentiments de **culpabilité**, ils tournent principalement **autour des regrets** concernant ce qui aurait pu être fait pour éviter la disparition du défunt, atténuer ses souffrances, etc., sans jamais atteindre l'intensité pathologique d'une culpabilité généralisée de nature dépressive, laquelle s'étend par ruminations extensives à l'ensemble des actes et traits de la personne.

- enfin, les symptômes du deuil **s'atténuent avec le temps**. Le fonctionnement normal de l'individu, s'il est entravé, est peu perturbé, et son activité reprend rapidement une intensité et une qualité normales. L'appétit, initialement affecté, revient vite. Seul le sommeil peut demeurer plusieurs mois perturbé. Finalement, dans tous les cas de deuil non compliqué, le sujet parvient à évoquer le défunt avec une relative équanimité lors du premier anniversaire de sa mort. [91]

Pour A. Sauteraud, le deuil se différencie du syndrome dépressif par la fluctuation importante de la tristesse, des rêveries agréables et la persistante d'émotions positives en rapport avec le souvenir ou l'évocation du défunt. [92]

Pour E. Corruble, certaines données cliniques sont en faveur d'un épisode dépressif :

- sentiment morbide de dévalorisation ou de mésestime de soi,
- un sentiment de culpabilité autre que concernant le défunt,
- des idées de mort ne correspondant pas au souhait d'être mort avec la personne décédée
- de la qualité particulière de l'humeur,
- du ralentissement psychomoteur marqué
- des hallucinations autres que celles concernant le défunt,
- une altération marquée et prolongée du fonctionnement. [93]

Un diagnostic différentiel par des échelles d'évaluation ?

Des échelles d'hétéro-évaluation du deuil ont également été proposées afin d'améliorer ce diagnostic différentiel, M.-L. Bourgeois, dans une étude, les a comparé et en a tiré leur intérêt. [94] (L'échelle TRIG, ICG et CBI figurent en annexe 12, 13 et 14)

1) TRIG (Texas Revised Inventory of Grief) de Faschingbauer et al (1987) qui est la principale échelle utilisée par les chercheurs. Elle a été validée par Paulhan et Bourgeois en 1995, toutefois, elle ne permet pas de discriminer de façon précise le deuil du deuil pathologique. Nombre d'auteurs ont critiqué cette échelle (Neimeyer et Hogan, 2001), lui reprochant sa nature rétrospective (et donc le biais de rappel), sa faiblesse dans l'évaluation de la fréquence et de la gravité de certaines réactions, les faibles variations de certains items mais aussi la redondance de certains items et la négligence de certaines réactions de deuil

2) GEI (Grief Experienced Inventory). A été également reproché à cette échelle le manque de variations possibles dans les réponses, la redondance de certains items et l'absence d'autres considérés comme pertinents dans la question du deuil.

3) CBI (Core bereavement items) de Burnett et al (1997) qui mesure le phénomène central, le noyau (core) du deuil. Elle a été traduite mais n'est pas validée en France et serait mieux adaptée aux réponses de deuil normales qu'aux évolutions compliquées.

4) ICG (inventory of complicated grief) de Prigerson et al (1995) qui est une échelle spécifique du deuil compliqué, traduite et validée en français par Bourgeois en 2002. Elle comprend 19 items cotés de 0 à 4. On parle de deuil compliqué quand le score est supérieur à 25.

5) ITG (inventory of traumatic grief) par Prigerson et al contient les 19 items de l'ICG et a pour but de poser le diagnostic de deuil traumatique.

Ainsi M.L. Bourgeois conclut son étude sur les méthodes qualitatives et les méthodes quantitatives du deuil en disant qu'il faut encore relativiser les approches quantitatives et leurs instruments. Il n'existe jusqu'alors pas de « gold standard » dans les échelles du deuil. Pour lui, il ne s'agit pas de les disqualifier mais plutôt pour le clinicien d'en connaître les limites et les faiblesses. Elles trouvent par ailleurs tout leur intérêt dans la recherche.

Il semblerait que les échelles d'autoévaluation soient à privilégier dans l'évaluation du deuil, en effet celles-ci présenteraient, entre autre, l'avantage d'éviter, ce que certains ont appelé, le « *disability paradox* » c'est-à-dire l'écart entre appréciation subjective d'un patient quant à sa qualité de vie et l'estimation par des personnes extérieures (soignants ou proches). Ce phénomène avait d'abord été mis en évidence dans l'évaluation de la qualité de vie de patients souffrant de handicap sévère : tandis que ces derniers rapportaient une bonne voire une excellente qualité de vie, les observateurs extérieurs évaluaient leur qualité de vie comme très mauvaise. Cet écart d'appréciation a aussi été mis en évidence dans le champ du cancer. A noter que cet écart d'appréciation peut être une sous ou une surestimation. Il a été supposé qu'une telle différence d'appréciation pouvait exister aussi dans l'évaluation de la détresse liée au deuil, raison pour laquelle certains auteurs privilégient l'auto-évaluation. [95]

-AAG : Adult Attitude to grief scale dont l'intérêt principal est de promouvoir une dimension narrative

-GEM: Grief Evaluation Measure qui explore en détail les réactions du deuil dans leur contexte social ainsi que l'anamnèse des pertes antérieures.

Un diagnostic différentiel par la neurobiologie ?

Sur un plan neurobiologique, l'étude des systèmes endocriniens et neurotransmetteurs impliqués dans la réaction au stress (dosage du cortisol, de l'hormone de croissance, de la prolactine, de l'adrénaline, de la noradrénaline...) a montré qu'il existait dans le deuil des modifications similaires à celles présentes dans la dépression telle une augmentation de l'activité de la corticosurrénale, médullosurrénale et sympathique, du système prolactine, une modification de la physiologie de l'hormone de croissance. Cependant ces résultats chez les endeuillés sont associés à de nombreuses variables autres que le score de dépression.

Gundel et al (2003) ont étudié via l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) les zones du cerveau impliqués dans le deuil. Trois principales régions seraient activées dans le deuil : le cortex cingulaire postérieur, le cortex médial préfrontal frontal et le cervelet. O'Connor (2005) commente ces résultats et en tire la conclusion que le deuil normal partage plus de similarités avec l'anxiété de séparation qu'avec la dépression. [96]

Un diagnostic différentiel par le temps ?

Au-delà de la clinique, le passage d'une thymie dépressive évaluée comme normale à une thymie dépressive évaluée comme pathologique semble dépendre d'un facteur essentiel qui est la question du temps.

Dans le DSM-V. Passé le délai de 15 jours, le sujet ne présente plus une symptomatologie en rapport avec un deuil mais un syndrome dépressif. Notons qu'aucune nuance n'est apportée par le contexte dans lequel survient ce deuil, ainsi le décès d'un enfant, une mort brutale ou des décès répétés seraient à traiter sur un même plan d'égalité.

La psychologie se veut bien moins optimiste que la psychiatrie puisqu'on ne retrouve aucun auteur en psychologie qui réduirait le temps nécessaire à un tel processus à un délai si court : W.-J. Worden (1982), M.6B. Jacobsen (1986), C. Sanders (1988) mentionnent que le deuil est habituellement résolu à l'intérieur d'une période de un à deux ans. [97]

Pour M. -F. Bacqué dans la plupart des cultures, il correspond en moyenne à une année.

A la vue de ce constat, il paraissait intéressant de pouvoir s'attarder sur les arguments qui ont motivé un tel changement.

2. Deuil et épisode dépressif majeur, débat du DSM-V

La question de faire du deuil un critère d'exclusion ou non de la dépression, a soulevé de nombreux débats lors de la rédaction du DSM-V. La définition de l'épisode dépressif majeur du DSM-IV comportait un critère d'exclusion lié au deuil, critère hérité de la culture psychanalytique. Ce critère d'exclusion avait pour objectif de discriminer des sujets présentant une symptomatologie dépressive modérée liée au deuil, de façon à ne pas les prendre en charge prématurément comme des patients déprimés. Il a finalement été décidé de supprimer le critère d'exclusion lié au deuil pour le diagnostic d'épisode dépressif majeur dans le DSM-V.

Cette modification n'a pas été sans susciter de vives critiques puisqu'elle implique de considérer comme malade des sujets qui ne l'étaient pas jusqu'alors mais aussi et surtout de leur proposer un traitement. Il paraissait donc difficile de ne pas s'attarder sur ce qui a motivé les auteurs.

Pour discuter l'origine de ce changement, nous nous appuyerons sur la présentation faite par E. Corruble de trois études, au congrès français de psychiatrie en 2013 allant dans le sens de la démarche du DSM-V. L'objectif de ces études était d'étudier la validité discriminante du critère d'exclusion lié au deuil dans le diagnostic de syndrome dépressif majeur et les résultats auraient montré une validité discriminante médiocre de ce critère d'exclusion en pratique quotidienne. [98]

Dans la première étude : l'hypothèse était que les sujets en deuil présentaient une symptomatologie moins sévère que les sujets présentant un épisode dépressif majeur.

Les résultats rapportent que les sujets en deuil étaient plus sévèrement déprimés que le groupe « épisode dépressif contrôle » (EDM contrôle) (pour lequel le syndrome dépressif était apparu en dehors de tout contexte de deuil) selon les critères de l'épisode dépressif majeur du DSM-IV.

On pourrait émettre d'emblée plusieurs critiques à propos de cette étude :

- Le postulat de départ est que la symptomatologie dépressive serait moins sévère dans le deuil que dans l'épisode dépressif majeur or il n'est retrouvé nulle part ce distinguo dans la littérature sur le deuil.
- Il n'est d'ailleurs pas précisé dans cette étude le temps depuis lequel les sujets sont endeuillés, la question est bien différente si on se place à quelques jours, semaines, mois ou années du deuil.
- Les patients ont été recrutés parmi une base de données de 17 988 sujets consultant pour dépression en France. L'étude n'a donc pas porté sur des patients en deuil pris au hasard dans la population générale. Parmi les critères de M. Ferreri pour discriminer le syndrome dépressif du deuil, on retrouve le jugement par le sujet d'une certaine normalité de sa tristesse, ainsi on peut émettre la question du biais de recrutement chez ces sujets venus consultés pour dépression et ne considérant donc pas leur douleur morale comme normale.
- Lors de la discussion qui a suivi la présentation de ces études le Dr A. De Broca a pu demander si les circonstances des deuils des sujets étudiés étaient connus et s'il ne s'agissait pas de deuil « à risque » (mort brutale, par suicide, deuils répétés...) ou encore si on connaissait l'état psychiatrique antérieur des sujets. Les circonstances des pertes étaient connues mais n'avaient pas été considérées dans les résultats obtenus et ils ne disposaient pas des données sur l'état psychiatrique antérieur des patients.

Dans la seconde étude : l'hypothèse de cette seconde étude était que l'évolution de la symptomatologie dépressive serait plus favorable dans le contexte de deuil que dans le groupe « EDM contrôle ». Toutefois les résultats n'ont pas retrouvé de différences entre les deux groupes en termes d'évolution.

La critique que nous pourrions faire de cette seconde étude est qu'il s'agit d'une étude prospective d'une durée de seulement 6 semaines. Une étude de l'évolution sur un temps plus long aurait eu son mérite dans l'étude de ces deux processus au cours plutôt long.

Dans la troisième étude : l'hypothèse de cette étude était que les sujets endeuillés présenteraient moins d'altérations cognitives que les sujets du groupe « EDM contrôle » : les résultats n'ont pas montré de différence significative ni à l'inclusion ni 6 semaines après.

En résumé, les résultats de ces études montrent donc qu'il n'est pas retrouvé de différences entre la symptomatologie dépressive « normale » d'un processus de deuil et la symptomatologie d'un épisode dépressif majeur, en dehors d'une intensité plus importante de l'humeur dépressive chez les sujets endeuillés dans les 6 semaines suivant la perte. Cela ferait donc considérer le deuil comme un épisode dépressif majeur sans aucune mesure.

Or si on reprend la littérature, l'existence d'une phase dépressive lors du travail de deuil a été depuis longtemps mise en évidence. Il ne fait nul doute que le sujet endeuillé présente une phase dépressive mais elle n'avait jusqu'alors jamais été considérée comme pathologique dans un délai si court qui semble peu en adéquation avec les délais d'élaboration psychique. Toutefois pour l'auteur, les résultats de ces études iraient dans le sens des auteurs du DSM-V, à savoir que le critère d'exclusion lié au deuil est un critère d'une validité discriminante médiocre qui justifie qu'il soit retiré des critères d'exclusion de l'épisode dépressif majeur.

Enfin, certains auteurs, malgré le caractère pathologique que peuvent prendre certains deuils et qu'ils reconnaissent parfaitement, le deuil pathologique garderait des spécificités qui ne le rendrait pas parfaitement superposable aux critères diagnostiques de l'épisode dépressif majeur. Ils en proposent donc le diagnostic différentiel.

3. Diagnostic différentiel entre deuil pathologique et dépression

Horowitz et al. (1997) ont donc proposé des critères pour le diagnostic différentiel entre deuil pathologique et dépression. Selon ces critères, le sujet continue à éprouver plus d'un an après le décès : [99]

- d'intenses pensées intrusives,
- de violents assauts émotionnels,

- d'ardents et pénibles désirs en relation avec le défunt,
- un sentiment de solitude et de vide excessif,
- un évitement disproportionné des activités rappelant le souvenir du décédé,
- des troubles du sommeil inhabituels
- et une importante perte d'intérêt pour les activités personnelles.

On pourrait alors faire un lien avec les critères avancés plus haut par divers auteurs et qui finalement laissent à penser que la différence entre la phase dépressive du deuil et la symptomatologie d'un épisode dépressif majeur réside davantage dans le discours du patient qui semble dans le deuil pathologique complètement centré sur la perte.

Après l'étude des rapports entre deuil et personnalité et deuil et dépression nous pourrions conclure de cette troisième partie que le deuil pathologique ne constitue pas une entité nosographique en soi et consiste davantage en une décompensation d'un trouble de la personnalité sous la forme d'un syndrome dépressif au décours d'un deuil. La question qui en découle serait donc de savoir si il faut donner un sens à ce facteur précipitant et si oui lequel ?

QUATRIEME PARTIE : APPROCHE PSYCHOLOGIQUE

La question du deuil a été longtemps mise de côté par les psychologues et les psychiatres, peut-être, justement parce qu'il s'agissait d'un phénomène considéré comme normal.

Le premier à avoir abordé la question sur un plan psychodynamique est Freud en 1917 suivi de près par M. Klein. Puis la seconde guerre mondiale et les pertes qu'elle entraîna ont suscité l'intérêt de nombreux pédiatres, pédopsychiatres, analystes d'enfants (A. Freud, D. Burlingham 1943 R. Spitz 1945 et J. Bowlby 1960), psychiatres (P. Clayton 1974 et Parkes en 1969), somaticiens (E. Lindemann 1944, C.G. Engel 1955), psychanalystes (D. Lagache 1938, 1956, G.H Pollock 1989).

Le travail de deuil tel qu'il est décrit dans cette partie fait référence au deuil dans la société occidentale ; cependant on peut citer J. Bowlby qui, s'appuie sur les écrits des socio-anthropologues et sur des études transculturelles pour dire que de nombreuses données sont en faveur de l'idée que, si les coutumes sociales sont extrêmement différentes, la réaction humaine reste à peu près identique quel que soit le peuple [100]

I) PSYCHODYNAMIQUE DU DEUIL

Il est classiquement retrouvé dans la littérature, un découpage artificiel du travail de deuil en différentes phases. Le nombre de phases identifiées n'est pas consensuel et varie en fonction des auteurs.

1. Les phases du deuil

J. Bowlby décrit 4 phases :[101]

- phase d'engourdissement censée habituellement durer de quelques heures à une semaine
- phase de languissement et de recherche pouvant durer de quelques mois à quelques années
- phase de désorganisation et de désespoir
- phase de plus ou moins grande réorganisation

M. Hanus décrit 3 étapes à savoir :

- une phase initiale de « choc » durant laquelle le sujet est saisi par la stupéfaction, l'incrédulité qui traduit un déni défensif.
- une phase centrale de dépression réactionnelle
- une dernière phase dite de résolution marquée par l'acceptation de la perte du mort.

Le Dr Christophe Fauré décrit 4 phases :

- phase de choc/sidération/déni, cette phase doit être inférieure à 3 semaines-1 mois
- phase de fuite/recherche, cette phase dure entre 6 et 10 mois.
- phase de déstructuration, qui est une phase d'aggravation apparente du deuil.
- phase de restructuration

Le Dr A. de Broca en décrit 4 qu'il nomme encore différemment et E. Kubler-Ross, psychiatre helvético-américaine en décrit 5...

Enfin, si le nombre de phases par lequel les auteurs découpent le travail de deuil est variable, tous s'accordent toutefois sur deux points: d'une part ce découpage est artificiel et ne constitue pas un processus linéaire. C. Parkes rappelle que le processus de deuil est fait de ruptures, de progressions rapides et de retour en arrière. [102] Et d'autre part, les mécanismes suivants se retrouvent dans tout travail de deuil quel que soit la phase dans laquelle on les fait figurer et quel que soit l'intensité de chacun.

2. Les mécanismes du deuil :

Le déni :

C'est la période qui suit immédiatement l'annonce du décès.

Ce temps correspond à la réaction de refus, la sidération, en témoigne la formulation de phrases telle que « non, ce n'est pas possible, ce n'est pas vrai, je ne peux pas y croire ! ». Tout se passe comme si le sujet pensait que son refus de la réalité allait annuler l'évènement. Ces mots s'accompagnent souvent de cris venant témoigner d'une défense immédiate et instinctive par une attitude régressive (Comme s'il suffisait de crier pour faire apparaître près de nous la personne disparue qui nous est chère, comme l'enfant fait réapparaître sa mère par ses pleurs).

Ces cris comme les pleurs permettent aussi une première décharge des affects pénibles qui témoigne du franchissement d'une étape. Cette phase est bien entendu vivement influencée par la brutalité de la perte, son caractère inopiné ou bien au contraire son caractère attendu. Le refus s'exprime et, en même temps, les éléments du tableau de choc témoignent que la réalité est bien perçue.

On observe pendant cette période des mouvements régressifs « normaux ». Pour G. Bayle, « *l'hémorragie libidinale* » qui fait suite à la perte d'un être cher nécessite pour le sujet de créer une néoformation du Moi qui maintiendra la croyance que l'être aimé n'est pas mort. Cette néoformation qui formera une sorte de « *bouchon* » contre cet excès de perte libidinale constitue un clivage du Moi qui devra être entretenu par d'importants efforts. C'est la période du déni. L'énergie psychique toute dévouée au déni pourra provisoirement ne plus maintenir aussi bien les désirs refoulés, en résultera une excitation du Moi pouvant prendre des aspects régressifs. Il faut, toujours pour cet auteur, respecter ces formations du déni de la perte et ne pas tenter d'en faire le forçage interprétatif. [103]

G. Bayle note que cette phase de déni est collective dans l'immédiateté du décès, il l'illustre par ces phrases prononcées au présent au sujet du défunt telles que « *il ne souffre plus* », « *il repose en paix* ». [104]

Lors de cette période, les manifestations somatiques sont fréquentes (tachycardie, hypotension, oppression thoracique, gêne respiratoire mais aussi troubles du sommeil, de l'appétit, du désir sexuel ou encore décompensation de pathologies chroniques : crise d'angor, poussée de rectocolite hémorragique, de polyarthrite rhumatoïde...etc. [105]

Ce déni initial peut perdurer quelques temps selon C. Fauré, qui rapporte le cas de ces veuves revenues le lendemain dans le service hospitalier où leur époux était décédé, pour lui rendre visite, comme si de rien n'était. [106] Enfin, cette période peut durer mais ne doit pas dépasser trois semaines-un mois.

Cette phase peut également amener ce sentiment de surprise de voir la capacité d'un proche endeuillé à accuser le coup des événements avec une (relative) distance.

La recherche du défunt :

L'endeuillé va ensuite déployer toute son énergie à rechercher son proche perdu, il veut qu'on lui parle de lui, il s'entoure de ses objets ou de ceux qui lui sont communs, de son cadre familial et de ses souvenirs. Il est également possible de retrouver au cours de cette phase des phénomènes hallucinatoires qui sont relativement fréquents. Il ne semblerait pas que la présence d'hallucinations soit nécessairement l'indice de complications ultérieures. [107] J. Bowlby parle d'illusions perceptives qui sont le résultat de la tendance de l'endeuillé à interpréter tout signal ou perception comme provenant du défunt. Les rêves également vont permettre cette réunion illusoire bien qu'aussi dérisoire et insatisfaisante.

Une étude anglaise rapporte que sur une population de 293 veufs et veuves, plus de 45% des personnes interrogées affirment avoir éprouvé l'impression d'avoir vu le défunt, sa silhouette, d'avoir entendu sa voix ou les cliquetis de ses clés dans la serrure ou encore d'avoir ressenti des sensations tactiles. Certains ont appelé ces expériences « vécu subjectif de contact avec le défunt ». [108]. D'autres études rapportent des chiffres allant de 30 à 60%. [109]

Pour le Dr C. Fauré, cette quête ne cessera jamais complètement même après des années. [110]

Pour M. Hanus, nous ne pouvons nous séparer de l'être perdu qu'après l'avoir recherché de toutes nos forces en vain. Et ce serait finalement l'échec de cette quête qui donnerait lieu à une forme d'agressivité et de colère due à la déception.

La colère :

Sa fréquence et son importance sont probablement sous estimées car il est rare de voir ce sentiment s'exprimer ouvertement toutefois, toute frustration importante ne peut qu'en déterminer la survenue. Cette colère est en réalité dirigée contre la personne perdue à qui nous reprochons de nous avoir abandonnés, ce qui rend ce sentiment particulièrement pénible.

L'expression de cette colère amène plusieurs difficultés : cette colère pourrait nous donner le sentiment d'empiéter sur l'affection que l'on porte au défunt et pourrait amener les autres à douter de la profondeur de notre amour, mais elle nous met également face à des sentiments hostiles qui pourraient nous faire ressentir quelque peu responsable de sa disparition (ce que nous pensons toujours inconsciemment) [111]

Cette colère subit alors un déplacement contre la personne propre de l'endeuillé ou sera dirigée ailleurs (un médecin, un soignant, un religieux) comme nous avons pu le décrire dans le rôle des rites.

La culpabilité

Pour M. Hanus, en accord avec les auteurs de son temps, des sentiments de culpabilité sont toujours présents, conscients ou inconscients en lien avec l'ambivalence existante de toute relation. [112] [113]

D'ailleurs pour lui, le respect des morts est directement lié à l'affliction provoquée par leur disparition mais également lié à la crainte qu'ils inspirent « *les morts sont des persécuteurs puissants* » disait S. Freud dans Totem et Tabou. Les mauvaises intentions qui leur sont prêtées sont l'exact reflet des sentiments ambivalents et de la culpabilité inconsciente des survivants. [114]

Pour l'inconscient, la mort n'est jamais naturelle et nous nous en considérons toujours comme responsables. [115] Ainsi, M. Hanus met ces sentiments de culpabilité à l'origine de la plupart des deuils compliqués. [116] La culpabilité amène à porter sur soi des jugements d'une extrême dureté entraînant une vision très négative de soi et une altération de l'estime de soi. La tradition judéo-chrétienne traduit bien ces sentiments avec l'idée de faute « j'ai fait une faute, je dois donc payer ». [117]

Cette culpabilité ne sera bien-sûr pas la même en fonction du contexte du décès et la mort par suicide en est fortement pourvoyeuse.

Identification, incorporation

Pour S. Freud, le travail de deuil s'accompagne d'une intériorisation de l'objet perdu qui va jusqu'à l'identification. D'où l'apparition chez certains endeuillés de gestes, mimiques, intonations ou habitudes repris du défunt. Parfois cette identification est provoquée.

M. Hanus parle lui aussi d'une phase d'identification au défunt, identification positive lorsque les capacités physiques, morales, spirituelles de l'endeuillé se trouvent renforcées, identification négative lorsque celui-ci reprend les symptômes de la maladie qui a emporté son proche. Habituellement on retrouve les deux même si une tendance l'emporte sur l'autre.

Ces identifications seraient induites par la nécessité de conserver pour un temps une survie psychique de l'objet perdu.

Pour M. Hanus, cette phase d'identification est d'ailleurs un mode de transmission entre les générations d'une importance comparable, même si elle est méconnue, à celle des facteurs génétiques et des acquis de l'éducation [118]

Selon N. Abraham et M. Torok dans « *L'écorce et le noyau (1999)* », le traumatisme de la perte induit une incorporation de l'objet perdu dans le moi. L'incorporation, contrairement à l'introjection, suppose la perte d'objet. Le Moi sera alors partiellement identifié à l'objet incorporé rendant possible une certaine temporisation en attendant de redistribuer les investissements. L'endeuillé se donne ainsi le temps d'élaborer les effets de la rupture. L'intériorisation est donc un prélude au désinvestissement. [119]

Pour le psychiatre et psychanalyste D. Lagache, les sociétés cannibales qui tentent d'incorporer de cette façon les vertus de leurs parents ou de leurs ennemis illustrent le concept d'introjection défini par S.Ferenczi. Ce processus psychique permettrait à l'endeuillé de faire passer du « dehors » au « dedans » les qualités inhérentes à l'objet perdu et ainsi à ne plus avoir besoin d'un élément ou du symbole du disparu pour en conserver la mémoire.

La dépression

La phase centrale du deuil est caractérisée par un authentique syndrome dépressif qui peut durer des mois voire davantage.

Pour éviter les confusions de langage, certains auteurs anglo-saxons ont préféré parler de dépression que de syndrome dépressif qui serait, pour eux, du domaine des complications du deuil.

Quoi qu'il en soit, on retrouve durant cette période toute la clinique de l'état dépressif : la dépression de l'humeur, la douleur intérieure, le désintérêt pour soi-même et le monde ambiant (pour tout ce qui n'est pas le disparu), une absence de gout, d'élan, de désir, un fonctionnement mental difficile et pénible entraînant une aboulie et un repli sur soi.

C'est en **1917** que S. Freud fait apparaître le deuil dans le champ de la psychiatrie avec « *Deuil et mélancolie* » pour lequel il s'est fortement inspiré de l'œuvre de K. Abraham.

S. Freud y définit le deuil comme « *une humeur douloureuse faisant suite à la perte d'un être aimé à laquelle s'associe un désintérêt pour le monde extérieur, une perte de la faculté de choisir un nouvel objet d'amour et l'abandon de toute activité qui ne soit pas en rapport avec le souvenir de l'absent* ». [120]

On l'a vu plus haut, l'endeuillé ne peut que reprocher au défunt de l'avoir abandonné, il met en doute sa bonté et sa valeur et éprouve à son égard de l'agressivité, en particulier de la colère. Pour se protéger de ces émois négatifs, il a recours à l'idéalisation de l'être perdu. M. Hanus avance que la douleur morale serait alors partiellement due à une forme d'autopunition pour ressentir ces sentiments négatifs à l'encontre de l'objet perdu. [121]

Le désintérêt pour les autres s'inscrirait dans une sorte de mouvement de contamination entre le disparu et tous les autres objets extérieurs, ceux-ci sont ressentis comme discutables, médiocres mais surtout comme également périssables et susceptibles de m'infliger un jour ou l'autre le même abandon.

Cette mort qui frappe notre proche peut donc aussi frapper les autres que nous aimons mais aussi, notre propre personne. La mort de l'autre n'est donc pas sans nous renvoyer à notre propre mort et du coup à la question du sens de la vie comme en témoigne cette citation de V. Jankélévitch : « *La mort ébranle rétroactivement la finalité de la naissance, et en général l'utilité de la minuscule promenade que la vie nous a fait faire dans l'éternité du néant. La mort nous fait douter de la raison d'être de l'être, et tôt ou tard chuchote à l'oreille de l'homme « Ah quoi bon ? » »* » [122]

Les idées suicidaires peuvent donc apparaître au cours de cette période.

Parkes (1970) a divisé cette période en deux temps : une première de nostalgie au cours de laquelle les souvenirs sont repris un à un (nous détaillons juste après cette phase) et une seconde de désorganisation. Cette phase de désorganisation (ou déstructuration selon C. Fauré) peut donner une impression d'aggravation de la thymie mais elle serait finalement normale. [123] et ce d'autant que cette phase atteint son paroxysme entre six et dix mois après la mort. [124]

Cette phase de dépression a pour rôle essentiel de permettre à l'endeuillé de se détacher de celui qui est parti, ce travail de désinvestissement ne peut se faire sans cette période de remémoration des souvenirs. C'est l'étape de l'épreuve de réalité comme l'ont appelée S. Freud et M. Klein.

Se souvenir pour mieux se détacher

Pour S. Freud, le travail de deuil consiste à soustraire sa libido de ses attachements à cet objet perdu. Il attribue le temps nécessaire à ce travail à la résistance naturelle du sujet qui n'abandonne pas une position libidinale. Durant cette période, le sujet reprend et réinvestit chacun des souvenirs et des espoirs qui liaient la libido à l'objet. Puis « *le respect de la réalité finit par l'emporter* ». [125]

Pour M. Hanus certains souvenirs doivent revenir plusieurs fois à la conscience avant d'être abandonnés. C'est dans l'évocation de ces souvenirs et dans le travail du rêve que se produit l'intériorisation de toutes les représentations de l'objet perdu qui permet ensuite de s'en détacher. [126] Ainsi au début du deuil, on retrouve parallèlement un désinvestissement de l'objet réel mais aussi un surinvestissement objectal et narcissique de l'objet interne.

Le grand risque de cette période est l'isolement pour mieux penser à l'autre.

La reconstruction

La dernière étape du deuil serait donc le rétablissement, encore appelée réorganisation, récupération, résolution, guérison ou restitution.

Selon le modèle cognitif du deuil de Parkes, la perte d'un être cher impose d'opérer une révision cruciale de représentations de soi-même et du monde, la difficulté résidant dans le décalage entre un monde interne organisé selon une structure qui tient compte du défunt et un monde extérieur où l'être aimé est absent. [127]

Celle-ci débute lorsque le sujet est capable de ressentir de nouveaux désirs et de les exprimer. Cette période se manifeste par des changements de cadre d'existence et la mise en place de nouvelles relations sociales. Sur un plan concret, l'endeuillé va se séparer progressivement de objets personnels du défunt, gardant seulement ceux qu'il considère comme particulièrement évocateurs et significatifs.

Il faut toutefois être vigilant car nous savons qu'il peut exister de nombreuses tentatives d'investissement prématurées et précipitées. L'objet du deuil trouve alors un objet de remplacement qui va venir arrêter le travail de deuil mais ne signe pas sa terminaison. Ce nouvel objet est alors substitutif et permet de continuer à vivre la même relation même si l'objet est différent. L'Autre n'y est pas reconnu vraiment pour lui-même. On pense ainsi aux enfants de remplacement qui maintiennent le parent dans un déni du deuil de l'enfant disparu et dont les conséquences sont bien fâcheuses pour l'enfant qui suit. Pensons ainsi à ce célèbre Salvador Dali, qui avait toutefois su trouver une belle sublimation de sa problématique à travers la peinture.

Le travail de deuil aurait pour finalité, à la fois de se séparer de la personne perdue et de modifier les relations intérieures avec elle et même après un deuil normal, il existe une certaine reviviscence des souvenirs accompagnée de tristesse et si le Moi redevient libre, il ne redevient pas comme avant.

Deuil et résilience

Certains auteurs ont comparé le deuil à la résilience, particulièrement développée par B. Cyrulnik dans « *Un merveilleux malheur* » en 1999.

Cette comparaison peut, par certains aspects s'entendre : deuil et résilience partagent tous deux une origine traumatique, ce sont aussi des processus inconscients qui s'inscrivent dans du long cours, ils prennent leur fondement dans les relations de la prime enfance et sont issus de la confrontation au manque.

Cependant pour M. Hanus la comparaison s'arrête là pour les raisons suivantes : le traumatisme à la base de la résilience est contre nature à la différence du deuil (on n'échappe pas à la mort alors que les maltraitances à l'origine de la résilience ne sont pas fatales), le rapport au temps est différent : le deuil, même s'il dure plusieurs années à la suite d'une mort inhabituelle, est un processus qui ne dure qu'un temps, il ne va pas vers sa révélation mais vers sa résolution.

Enfin M. Hanus conclut que le deuil, toutefois, tire profit de la résilience et qu'il est à sa portée de les faire naître ou de les accroître. « *Le deuil peut être la circonstance douloureuse certes mais compréhensible qui fertilise le terreau de la résilience pour la conduire à l'éclosion* » [128]

3. Cas particulier de l'enfant

On peut prendre le temps d'élargir la question à l'enfant : J. Bowlby a pu souligner la controverse qui a opposé les analystes.

Un premier groupe, impressionné par les nombreux patients qu'ils ont eu à traiter dont la réaction à une perte dans l'enfance a pris un cheminement pathologique, en avaient conclu qu'une forme pathologique de réaction est inévitable et ont cherché à expliquer cette prétendue inévitabilité en postulant que le Moi de l'enfant est trop faible et trop peu développé pour soutenir l'effort du travail de deuil.

Le second groupe d'analystes, du fait de leurs observations, affirmaient qu'il est possible qu'un très jeune enfant fasse le deuil d'un parent perdu aussi bien qu'un adulte, si une information honnête lui est donnée et s'il est soutenu. [129].

Ainsi J. Bowlby affirme que les réactions à la perte telles qu'on les observe dans la première partie de la vie ont beaucoup de points en commun avec les réactions telles qu'on les observe à l'âge adulte, et qu'il n'est pas justifié, et qu'il est même trompeur de faire des distinctions. Toutefois il insiste sur le fait qu'il existe certaines différences qui nécessitent un examen détaillé.

Parmi ces différences, il note d'abord le manque d'information souvent donnée aux enfants, la difficulté pour l'enfant à chercher une aide ou un réconfort auprès d'un tiers mais aussi la facilité pour l'enfant à mal interpréter la signification d'évènements qu'il observe ou de remarques qu'il entend (les métaphores en particulier sont susceptibles de l'induire en erreur). Il fait également remarquer qu'un enfant vit davantage dans l'ici et maintenant qu'un adulte et que pris dans ses distractions, il peut donner l'impression de ne pas souffrir.

L'enfant déprimé garde généralement une certaine disponibilité psychique et relationnelle et n'est pas continuellement absorbé par sa souffrance. [130]

Selon J. Bowlby les difficultés particulières éprouvées par les enfants après la perte d'un parent sont principalement le résultat direct de l'effet de cette perte sur le comportement du parent survivant, à leur égard.

S. Lebovici a mis en évidence des conditions qui protégeraient l'enfant du deuil pathologique: une annonce prompte et non différée du décès, une réponse à toutes les questions qu'elles soient ouvertes ou dissimulées, un lieu pour parler et pleurer avec le survivant, la participation aux rites funéraires. [131]

S. Lebovici a également soulevé la difficulté chez l'enfant, des morts qui ont fait l'objet d'un non-dit et qui bloqueraient le processus de subjectivation au niveau de la transmission intergénérationnelle.

D'une méta-analyse de plusieurs études sur des enfants endeuillés (1976), M. Hanus retrouve une corrélation statistiquement significative entre l'existence de troubles mentaux et celle de séparations précoces dans l'enfance. Les séparations nettement pathologiques sont celles qui surviennent avant 5 ans et qui concernent l'un ou l'autre des parents ou les deux. Tous les auteurs soulignent l'importance dans ces conséquences de l'impact de cette perte sur le cadre de vie de l'enfant (séparation d'avec les proches restants, placement en institution, relation de substitution, qualité de vie psychique des adultes restant à s'occuper de l'enfant). Il paraît enfin difficile de déterminer la part attribuable à la perte elle-même et à ses conséquences sur le mode de vie dans la survenue des troubles mentaux. [132]

Le deuil chez l'adulte comme chez l'enfant dépend en partie de la façon dont il a vécu les propres deuils de son développement.

II) QUE PERDONS-NOUS LORS D'UN DEUIL ?

L'émergence de ces pathologies, qu'elles soient un deuil pathologique, un épisode dépressif majeur ou la révélation d'un trouble de la personnalité fait donc suite à un deuil, à une perte. La question qui nous amène à cette dernière partie est enfin de savoir quel sens donner à la survenue d'une pathologie dans ce contexte là en particulier (et non dans un autre).

Pour cela nous nous tournons donc vers les théories psychanalytiques.

1. La perte : une expérience douloureuse, mère de la vie psychique

H. Harlow, éthologue américain (1958) avance que la menace de séparation est un organisateur fondamental du développement de l'enfant car un petit qui se séparerait de sa mère aurait toutes les chances de se faire dévorer : la peur de séparation préserve donc le petit.

Pour S. Freud, la séparation est à l'origine de la naissance de la vie psychique. Le désir et la représentation de l'objet naissent de l'absence de cet objet qui amène très vite le sujet à réactiver les traces mnésiques de ses expériences. C'est la théorie qu'il développe dans « Totem et tabou » : la naissance de la vie psychique de notre ancêtre primitif aurait commencé à la vue du cadavre de la personne aimée qu'il venait de tuer. [133]

M. Hanus soutient également cette position, pour lui l'expérience de perte est fondatrice de la vie psychique car elle oblige à recourir à ses représentations intérieures.

M. Hanus pense ainsi que le deuil ne présente pas que des aspects négatifs et il ajoute à ce premier point le potentiel du deuil à être source de remaniements qui pourront se révéler facteurs de croissance et moteur de sublimation. Il s'appuie pour cela sur les considérations de certains artistes et écrivains qui voient leur processus de création comme un des destins du travail de deuil, il cite ainsi le chant pour des enfants morts (kindertötenlieders) de Gustave Mahler ou encore le Taj Mahal.[134]. Notons qu'il y voit également une modalité de transmission transgénérationnelle que nous avons déjà évoqué plus haut.

De cette observation, certains auteurs ont créé le concept de « croissance post-traumatique après un deuil » [135] Certains citent en exemple Darwin qui avait perdu sa mère alors qu'il n'était alors âgé que de 8 ans. [136]

Par ailleurs toute mort n'entraîne pas un deuil, il faut pour ce faire que l'être perdu ait de l'importance pour celui ou ceux qui le perdent et qu'ils aient les uns et les autres des liens d'attachement serrés. L'essentiel du deuil est donc bien dans l'attachement et la perte. [137]

2. Pas de perte sans attachement

Les auteurs à s'être arrêtés sur la question de l'attachement sont nombreux : K. Lorenz (concept de l'empreinte), I. Hermann (concept de l'agrippement), H. Harlow (mère fil de fer) ont étudié la question d'un point de vue ethnographique mais aussi R. Spitz qui nous a appris l'importance de l'attachement affectif avec la question de l'hospitalisme, J. Bowlby (théorie de l'attachement) M. Ainsworth (la situation étrange). Les théories sont donc nombreuses et souvent complémentaires, celles qui ont fait un lien avec le deuil un peu moins.

Pour M. Klein, la réaction d'un sujet à un deuil prend sa source dans la toute petite enfance et en particulier dans son lien à sa mère.

Ainsi pour elle, tout deuil est la reviviscence d'un deuil originel, celui de la séparation d'avec la mère. La dépression est, selon M. Klein, occasionnée par la première perte fantasmatique de l'enfant, elle-même due à la reconnaissance de l'ambivalence déclenchée à l'égard de la mère. Seule la découverte progressive d'un univers plus vaste par le nourrisson va lui permettre d'accepter les départs successifs de sa mère occupée ailleurs. Face à cette découverte, l'enfant développe deux types de réactions : un sentiment de persécution, qui engendre chez lui des fantasmes agressifs et un sentiment de tristesse, qui suit l'émission de ces pensées agressives. La phase dépressive est donc une étape décisive qui permet un contrôle des pulsions agressives, qui sans cela, conduiraient à la destruction du mauvais objet chez l'autre, mais aussi chez soi. [138]

Pour J. Bowlby, les personnes qui présentent un deuil pathologique sont en grande majorité des individus dont les attachements sont empreints d'insécurité et d'angoisse. [139]

M. Hanus s'inscrit dans le courant de pensée de M. Klein puisque pour lui, le processus de deuil est un processus psychique, une capacité, une habileté du Moi qui prend son origine dans la toute première enfance lors de la rencontre des premières frustrations liées aux absences de la mère.

Pour M-F. Bacqué, l'aptitude au deuil est en relation avec les premières relations fondatrices de l'existence psychique car elles constituent le cadre des premières expériences de confrontation au manque. Il ne peut y avoir de deuil que s'il y a eu attachement.

Prigerson et al (1998), Parkes (2001), Fiel et Sundin (2001), Mineault et al (2001), Wayment et Vierthaler (2002), Sauteraud (2012) ont tous été d'accord pour dire que les endeuillés présentant un attachement insécurisant seraient particulièrement à risque de présenter un deuil compliqué.

3. Quand l'Autre part, une part de Moi part avec lui

*« Toute les fois qu'on éprouve la perte de la personne aimée, cette expérience nous amène à la sensation de notre propre destruction ».*M. Klein. [140]

Une perte de mon monde interne ?

Pour les phénoménologistes, les perceptions et représentations du monde environnant le sujet prennent leur sens et toute leur épaisseur dans la rencontre avec l'Autre. Notre point de vue sur le monde (qui ne peut être qu'un point de vue), s'étoffe grâce à notre confrontation à la société en général et à des êtres « significatifs » en particulier ; c'est l'intersubjectivité qui nous permet de nous assurer de la consistance du monde environnant, qui n'est pas une simple projection de notre esprit puisqu'il apparaît aussi aux autres.

Ainsi selon Husserl, lorsqu'on perd un être cher qui avait contribué à cette co-construction d'un monde commun, ce monde construit dans cette intersubjectivité, notre monde interne, nos représentations du monde externe s'écroulent ou menacent de le faire. On peut par ailleurs se dire, que plus le sujet aura co-construit avec un grand nombre d'êtres significatifs son monde, moins celui-ci sera menacé lors d'une perte. Ainsi peu à peu, la personne endeuillée va devoir porter attention à des phénomènes (personnes, objets, expériences) qui vont lui permettre de reconstruire de nouveaux modèles de représentations internes. [141]

Une perte de mon identité ?

C. Fauré rappelle que l'Autre contribue à nous donner une identité, ainsi légitimement se pose la question de savoir si nous sommes encore parents lorsque nous perdons notre enfant unique, si sommes-nous encore un frère ou une sœur lorsque nous perdons le ou la nôtre...etc. C. Fauré dans cette optique parle du sens que donne l'Autre à notre vie mais aussi du sens que l'on donne à la vie de l'autre qui peut constituer une partie de l'identité.

Ainsi M. Hanus avance l'idée que le deuil chronique pourrait constituer parfois une identité pour la personne à la manière de certaines maladies chroniques.

M. Hanus rappelle que dans le deuil il y a « qui est perdu » et « ce qui est perdu ».

Ainsi pour M. Hanus, la proximité de la douleur de la perte avec l'angoisse de castration conduit à se poser la question de savoir ce qui est perdu dans le deuil et plus précisément à se demander quelle part de nous-mêmes nous perdons lorsqu'un proche que nous aimons vient de disparaître derrière la perte objectale quelle est l'importance de la perte narcissique ?

Une perte narcissique ?

S. Freud notait déjà que dans tout deuil important la perte n'est pas seulement objectale mais également narcissique. Il écrivait ainsi au pasteur O. Pfister à la suite de la mort de sa fille Sophie en 1920 : « *C'est une blessure narcissique irréparable ; le travail de deuil viendrait après* ».

Plus l'enfant est petit, plus il est partie intégrante du narcissisme de ses parents, ce qui expliquerait que le deuil d'un jeune enfant soit plus difficile encore.

Pour M. Hanus, ces « objets » dont la perte est si douloureuse sont des objets narcissiques. C'est une partie de nous-mêmes que nous perdons ou risquons de perdre dans le deuil. Voilà ce que le narcissisme tout puissant ne saurait tolérer : se voir imposer une limite, un manque qu'il ressent comme une amputation et n'étant plus tout puissant, il ne serait plus tout à fait lui-même.

M. Hanus insiste sur le caractère passif du sujet en situation de deuil au sens où la perte s'impose à lui et l'atteint malgré lui. Le deuil arrive donc comme une menace de renonciation forcée à laquelle il n'est pas possible d'échapper, le deuil réveille l'angoisse de castration, la peur d'être privé d'une partie essentielle de notre être. L'endeuillé est sommé de renoncer à la croyance de sa toute-puissance. [142]

Nous concevons rapidement que ce qui est perdu, l'objet de la perte, n'est pas l'objet de la réalité extérieure mais l'investissement de ce dernier et l'ensemble des liens tissés avec lui. Le mode de relation instauré et la fonction qu'assurait celui qui est perdu [143]

Une perte qui me rappelle que je suis « manquant » ?

Pour L-V Thomas dans « *Anthropologie de la mort* », (1975): « *toute naissance a-t-on dit, est séparation, déchirure : perte du placenta et du cordon, coupure d'avec la mère... Toute la vie inconsciente de l'homme est hantée par la quête de ce manque que l'autre, peut être possède(...)* ».

Ceci rappelle la question du manque chez J. Lacan. Un manque (que l'on a déjà évoqué dans le chapitre sur la personnalité hystérique) qui cherche à tout prix à être comblé, rempli, alors même que cela est impossible et que l'inconscient le sait mais qu'il sait aussi se leurrer et trouver des satisfactions provisoires, temporaires en tel ou tel objet.

Ainsi l'Autre est capable au moins imaginativement ou fantasmatiquement de venir combler ce manque originel et me permets ainsi de ne plus me sentir manquant, incomplet, troué.

E. Lindeman, dans les années 40 avait évoqué l'importance du rôle des fantasmes dans les mécanismes de perte en s'appuyant sur l'étude des traumatisés de la guerre mais surtout celle des sujets ayant perdu un enfant in utéro. Puisque en effet comment pouvons-nous souffrir de l'absence d'un être jamais venu peupler notre réalité si ce n'est par les fantasmes que nous projetons sur lui, fantasme d'être un peu moins incomplet, un peu moins manquant par son existence.

4. Quel rôle pour l'Autre dans mon système familial ?

Pour les systémistes, l'étude des problèmes actuels d'un sujet trouve un éclairage particulier à la lumière des conflits intériorisés dans le passé, en particulier familiaux. Les jeux d'alliance sont donc une part impossible à ignorer pour comprendre la dynamique d'un sujet. C'est J. Bowlby qui, dans un article de 1949, évoque l'intérêt d'un travail familial en cas de blocage d'une thérapie individuelle. [144] L'école de Palo Alto amène ensuite l'idée qu'il faut observer le sujet porteur du symptôme comme faisant partie d'un contexte et son symptôme comme ayant une fonction au sein de la famille (Bateson 1971, Watzlawick et Weakland 1977).

La mort de l'un des membres de la famille entraîne une rupture d'équilibre du système familial, qui aboutit, selon les réactions, à une crise ou au rétablissement d'une homéostasie fondée sur un nouvel état d'équilibre. Dans ce dernier cas, il y a soit réorganisation et reprise d'évolution, soit maintien de l'ancienne organisation avec remplacement du défunt par un nouveau « tiers pesant ». Ce dernier peut apparaître sous la forme d'un symptôme qui rappelle par sa singularité le disparu, et qui dédouble le patient qui le porte en l'être sain ou normal qu'il était précédemment et le patient auto et hétéro-désigné qu'il est devenu aujourd'hui. Nous sommes d'ailleurs fort proches ici d'une autre forme de maintien de l'ancienne homéostasie : celle incluant la présence d'un fantôme réincarné au travers du symptôme en un des membres de la famille, ou au contraire, flottant, sans corps. Comme dans les légendes écossaises, le fantôme marque le retour d'un mort qui n'a pas été réellement enterré dans les rites. La non-résolution du deuil permet au fantôme de devenir membre intégrant du système familial. [145]

III. PREVENTION ET PRISE EN CHARGE

Que l'on reconnaisse l'existence d'un deuil pathologique ou qu'on y voit l'expression d'un autre trouble, il paraît impossible de ne pas mettre en lien l'émergence de celui-ci avec la question du deuil. Le sujet endeuillé est un sujet en crise, fragilisé qui nécessite toutes les attentions en dépit de la « normalité » de l'épreuve qu'il traverse.

On l'a vu certains deuils constituent des situations plus à risque. Ainsi savoir reconnaître ces situations pourrait permettre de proposer une aide adaptée.

1. Une prévention possible ?

La population cible :

Si on résume les sujets les plus à risque de présenter une complication du deuil sont les enfants, les sujets traversant des deuils répétés, les sujets présentant des troubles psychiatriques antérieurs à la perte ou des pathologies somatiques, les endeuillés par suicide et les sujets isolés.

Nous insistons par ailleurs ici sur la question de l'enfant et de l'adolescent qui constituent des sujets plus vulnérables encore du fait de leur dépendance aux adultes qui l'entourent pour solliciter une aide spécialisée.

Nous rappelons à cette occasion les chiffres de J. Bowlby qui avait remarqué que 48% des adolescents qui commettent une tentative de suicide ont perdu un parent et que le taux était analogue pour ceux présentant des idées suicidaires. [146]

Plusieurs études corroborent ces hypothèses en montrant que les pertes précoces, et en particulier le décès de l'un des parents avant l'âge de onze ans, ont pour conséquence une vulnérabilité particulière à la dépression. [147]

Une action au plus près des endeuillés :

Pour M. Hanus, 70% des décès ayant lieu à l'hôpital, l'attitude des équipes soignantes est déterminantes or il souligne le manque de formation pour les soignants à cette question bien qu'un changement progressif semble se mettre en place.

M. Hanus note que dans l'accompagnement fait par les soins palliatifs certaines attentions peuvent aider les futurs endeuillés : à savoir limiter la souffrance du proche malade, donner la possibilité de dire au revoir au mourant, donner un maximum d'informations aux familles sur la maladie et les soins donnés pour limiter la culpabilité.

Certains services de transplantation ont mis en place un protocole d'intervention : une lettre est envoyée à la famille dans le mois qui suit le décès du patient donneur d'organes pour proposer de revenir parler de leur défunt. En moyenne, 30% des familles reviennent. Un entretien a lieu et parfois deux ou trois. Les services des soins palliatifs anglais disposent toutes de ce type d'organisation. Il est davantage dans la culture des pays anglo-saxons et du Canada de prendre l'initiative d'aller vers les endeuillés ; en France la culture de l'attente de la demande persiste.

2. Quelle prise en charge proposer?

Les associations :

Le rôle premier des associations est d'apporter une écoute empathique. Elles organisent selon leur spécificité différentes modalités d'écoute et sont actuellement organisées autour de chartes précises. Elles proposent des écoutes individuelles (uniques ou sur quelques séances avant de renvoyer vers un psychothérapeute si cela est nécessaire), des écoutes téléphoniques, des groupes de parole, des cellules pour intervenir en situation de crises dans des deuils dramatiques (accident d'avion, tremblement de terre) ou survenant dans des lieux particuliers (milieu scolaire, entreprise) et dans la majorité des situations leur intervention suffit.

Des groupes d'entraide :

Les groupes d'entraide et principalement des groupes de parole ont été mis en place très tôt, dès la fin de la seconde guerre mondiale, aux Etats-Unis et au royaume uni et toutes les études menées montrent que les endeuillés suivis en groupe vont mieux que ceux qui restent livrés à eux-mêmes. Aujourd'hui en France ces groupes de parole se forment progressivement. Les premiers à avoir vu le jour sont des groupes de conjoints endeuillés puis de parents ayant perdu un enfant, des groupes plus récents concernent les enfants morts in utero et les morts périnatales mais aussi des groupes pour les couples qui ont vécu un avortement. Enfin des groupes d'enfants endeuillés sont nombreux et s'adaptent aux différentes classes d'âge

On peut souligner ici la création de groupes spécifiques de soignants autour de l'accumulation des deuils en institution en particulier en néonatalogie, dans les services dédiés au SIDA, les oncologues, les médecins généralistes mais aussi les pompiers, les sauveteurs, les membres du SAMU...

Les méthodes employées dans ces groupes de paroles s'inspirent principalement de la psychanalyse ou des méthodes gestaltistes. La parole est l'outil principal de ces groupes toutefois certains groupes s'appuient sur l'art, les activités manuelles, la musique, la danse, le photo-langage.

Par ailleurs toute une réflexion sur la constitution de ces groupes est en cours car il a été observé que des groupes trop différents, ou au contraire trop semblables, gênaient la bonne marche du groupe. Il faudrait donc un minimum de langage commun mais sans pour autant dire les mêmes mots ou maux, soulignent A. de Broca, permettant ainsi à chacun d'établir une certaine différence entre les personnes présentes tout en les obligeant à se décentrer de leur propre souffrance.

Le traitement pharmacologique :

Aucun antidépresseur en particulier n'est privilégié dans cette situation. Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine seront donc plus facilement proposés du fait de leur meilleure tolérance (fluoxétine, paroxétine, citalopram) [148]

Reste la difficile question de quand mettre en place un traitement pharmacologique ?

Si l'on s'appuie sur les recommandations du DSM-V, on traite si les symptômes dépressifs persistent plus de 15 jours après la perte.

Pour M.-L. Bourgeois, le deuil traumatique c'est-à-dire dans des circonstances d'une mort violente (suicide, homicide, accident) mais il y range également le décès d'un enfant ou d'un adolescent (que d'autres auteurs rangent dans les deuils difficiles), le risque majeur est un état dépressif qui nécessiterait la mise en place d'un traitement sans attendre 3 mois. [149]

Pour d'autres auteurs, abraser les affects pénibles du sujet endeuillé par des antidépresseurs ou des anxiolytiques risque de gommer la réaction émotionnelle nécessaire au travail de deuil et par là, favoriser le glissement vers un deuil pathologique. [150]

Psychothérapie :

N. Girault et P.Fossati, termine leur article sur le deuil normal et le deuil pathologique (2008) en disant que les prises en charge les plus efficaces dans les deuils compliqués et traumatiques reposent davantage sur des psychothérapies que sur des traitements antidépresseurs. [151]

Pour J.-J. Chavagnat, quel que soit la manifestation psychiatrique que prend la complication du deuil (dépression, manie, manifestation psychosomatique, anxiété, phobie, addiction...etc), la conduite à tenir consistera surtout à relier ces symptômes psychiatriques à la dynamique du chemin de deuil. La prise en charge doit donc mettre le deuil au centre de la réflexion. [152]

M. Hanus partage cette pensée en disant que le deuil soit directement donné comme prétendument responsable des troubles ou qu'il soit livré incidemment comme un fait banal il nous invite à en déceler le sens.

A. Sauteraud dans son article paru dans l'Encéphale stipule qu'une étude contrôlée récente aurait montré que la psychothérapie cognitivo-comportementale apporterait des résultats aux thérapies de soutien et interpersonnelles. [153]

Dans le cadre d'un deuil prolongé faisant suite à des conditions traumatiques, il a été rapporté une bonne efficacité de la méthode « EMDR » (eye movement desensitization and reprocessing) [154]

DISCUSSION ET CONCLUSION

Enfin après avoir exploré les différentes facettes du deuil pathologique de façon assez générale, nous souhaitons pour finir faire le lien avec notre cas clinique et tenter d'apporter une interprétation au tableau clinique présenté par Mme D.

Si la question du deuil ne serait que la partie visible d'un iceberg qui se voudrait être un trouble de la personnalité ou une modalité d'attachement pathologique, le praticien peut-il travailler avec autre chose que le matériel amené par le patient ?

Et puis comment répondre à cette femme sans traiter avec elle toutes ses questions concernant le deuil ? Nous pourrions même dire concernant « ce » deuil car comme en témoigne sa réaction dans les suites du décès de son mari, elle est capable de faire un deuil « normal ». La question n'est donc jamais le deuil mais un deuil dans une histoire de vie.

Ainsi qu'est ce qui chez « cette » femme a conduit à l'émergence d'un deuil pathologique ? Au-delà de tous les facteurs de risque que nous avons largement cité plus haut nous avons cherché à comprendre ce deuil pathologique.

Devant l'ampleur des conflits familiaux dans le discours de Mme D, nous avons donc choisi d'interpréter son deuil pathologique à l'aune de la dynamique familiale, toutefois nous insistons sur l'idée qu'il s'agit là de notre interprétation et que d'autres auraient tout à fait leur place.

Un premier élément marquant dans l'histoire de Mme D est la violence de sa relation avec sa mère. Mme D. se vit indéniablement comme une rivale de sa mère. Elle dit d'ailleurs nettement que sa mère est « jalouse de la fierté que lui porte son père ». Mme D. peut évoquer la préférence de sa mère pour ses garçons, le sentiment d'avoir été moins choyée (ils avaient droit à plus de choses sur un plan matériel) voire malmenée (elle n'a pas pu, contrairement à ses frères, choisir qui elle épouserait ni poursuivre ses études).

Dans cette rivalité inconsciente, elle est donc en quête d'une relation sécurisante et narcissisante qu'elle va rechercher auprès de son père. Cependant celui-ci n'y répondra pas ou au moins jamais très franchement.

On voit cette quête jusqu'aujourd'hui encore où elle peut dire sa surprise et sa peine que son père ne cherche pas à prendre de nouvelles depuis son silence qui fait suite à la dispute avec sa mère. Enfin l'attitude du père est, aujourd'hui aussi, excusée par la patiente qui peut dire que sa mère « *contrôle tout et qu'il aurait trop à perdre en n'allant pas dans son sens* ». Rappelons qu'un des rares souvenirs d'enfance qu'elle me rapporte est une intervention de sa mère lui interdisant désormais de s'asseoir sur les genoux de son père. Elle dit d'ailleurs clairement que dans cette famille « *les femmes sont méchantes et les hommes faibles* ». Elle justifie ainsi l'impossibilité d'alliance de son père avec elle contre sa mère.

Ainsi Mme D. vit sa mère comme une persécutrice et se vit elle-même comme « vaincue » par celle-ci.

Elle va alors poursuivre sa quête d'allié ou nous pourrions dire de bon objet et tenter donc de le trouver auprès de ses enfants et en particulier de ses garçons et son aîné principalement. Elle peut d'ailleurs dire, par exemple, lorsqu'elle tente de comprendre pourquoi Fabien serait plus virulent à son égard que ses filles qu'il a été plus gâté que les filles.

La mort de Guillaume constitue donc chez Mme D. la perte d'une alliance, la perte d'une relation sécurisante et narcissique : elle est de nouveau « vaincue ». Sa mère lui rappelant qu'elle n'a pas de « *leçon à recevoir de la part d'une femme qui n'a pas réussi à garder son fils en vie* » vient signer sa supériorité et renforcer l'image de la mère persécutrice.

On peut faire plusieurs hypothèses sur l'origine de ses conflits avec ses enfants :

- Guillaume, après son décès occupe toute la place, tout l'espace psychique de Mme. D. Il semblerait alors tentant pour chacun des enfants de prendre cette place privilégiée, chacun d'ailleurs semble tenter de s'imprégner de Guillaume : par ses objets personnels, sa musique ou encore en prenant place auprès de Maryline, la fille de Guillaume. Seulement chacun est obligé de se rendre compte qu'il ne peut l'avoir dans la réalité d'où leur agressivité.

- Avec ses filles, on peut faire l'hypothèse que Mme D. qui, enfant, a eu des désirs de mort à l'égard de la mère persécutrice a probablement craint que ses filles aient les mêmes à son égard. Elle a probablement craint également qu'elles fassent « alliance » avec leur père contre elle.

- Concernant Fabien avec qui le conflit est le plus ouvert on peut penser que ce n'est pas sans lien avec la difficulté de Mme D. à ne pas voir (ou rechercher) en lui une part de Guillaume. Il serait pris entre deux désirs d'un côté celui de prendre cette place privilégiée et de l'autre ne pas être nié dans son identité.

Enfin on peut aussi penser que la colère de Fabien, quelle qu'en soit l'origine supposée ou réelle, n'est pas sans réveiller un vécu persécutif chez Mme D. qui se vit comme une mauvaise mère après avoir été une mauvaise fille et sans doute une mauvaise épouse .

Mme D, comme tout sujet a eu à intégrer en elle l'image d'une bonne mère et l'image d'une mauvaise mère. L'image de la bonne mère permet au sujet d'intégrer un bon objet en lui et de se vivre alors lui-même comme un bon objet. Dans sa situation toutefois l'image de la mauvaise mère persécutrice l'a emportée sur l'image de la bonne mère. Elle n'a donc pas pu intégrer de bon objet en elle ce qui ne lui a pas permis d'intégrer un sentiment de sécurité et de bonne estime d'elle-même. Elle est toujours en insécurité dans ses relations y compris avec ses enfants qui doivent toujours être « *fusionnels* » pour tenter de la rassurer. L'insécurité générée par une mauvaise relation à sa propre mère ne peut hélas pas disparaître, elle ne peut être compensée par une relation aux enfants ou au mari qui ne peuvent remplir la fonction de bonnes mères de remplacement.

Comme on l'a vu dans une partie plus théorique, lors du deuil d'un proche le sujet endeuillé va s'approprier les qualités du défunt, toutefois quand le défunt décède dans des conditions de suicide, il va renforcer le mauvais objet interne de l'endeuillé. Elle se vit donc comme une mauvaise mère. On peut d'ailleurs comprendre la quête d'éloignement de Mme D. d'avec sa famille par cette idée inconsciente qu'elle les met à l'abri en les tenant à distance de sa personne. D'ailleurs lorsqu'elle entend ses enfants rire chez elle un soir où elle appelle son mari alors qu'elle est à Rouen, elle ne peut interpréter autrement la scène qu'en supposant qu'ils sont heureux car loin d'elle. On peut toutefois se demander aussi si cet éloignement n'est pas une manière pour elle aussi de se protéger.

Comme je l'ai fait remarquer à la fin de la présentation du cas clinique, lorsque Mme D. me précise qu'elle ne vit pas du tout le deuil de son mari comme elle a vécu celui de Guillaume et que je lui demande la différence, avant même de citer la place de chacun dans sa vie, elle cite les circonstances du décès.

On peut donc se dire que les circonstances du décès de son mari lui ont permis de l'intérioriser comme un bon objet et de se sentir ainsi elle-même un bon objet, renarcissisé, davantage en sécurité ce qui n'a pas pu être possible avec le décès de Guillaume. D'ailleurs elle est capable de faire des interprétations positives pour lui comme lorsqu'il lui serre la main à l'hôpital, elle imagine que sa façon de lui dire qu'il ne lui en veut pas.

En conclusion, la rencontre de Mme D. a été l'occasion de nous interroger largement sur la question du deuil et lorsqu'on observe les différences de considération de la question du deuil dans la littérature psychologique et les classifications internationales des maladies mentales, on ne peut que se demander s'il existe ou non des pathologies propres au deuil.

Notre réponse, ici, serait de dire que finalement les classifications de la psychologie et les classifications internationales ne sont pas en complète contradiction mais aborde la question selon une perspective différente, dans une quête étiologique pour les premières et d'un point de vue plus descriptif pour les secondes. Le sujet présentant un deuil pathologique présente bien un syndrome dépressif survenu dans un contexte de deuil et favorisé par un trouble de la personnalité.

Un point de divergence important reste le délai après lequel on considère la symptomatologie dépressive comme pathologique. Ces délais pouvant aller de 15 jours à 2 ans en fonction des auteurs. Nous n'avons pas la prétention de trancher cette question dans ce travail cependant il nous a semblé important de rappeler l'influence du contexte sociologique sur cette fragile et malléable frontière entre le normal et le pathologique si essentielle dans notre pratique de psychiatre. En ce sens, M.-F. Bacqué se demande donc si le temps du deuil est-encore compatible avec la culture du monde post industriel occidental ?

M. Hanus note dans sa pratique le nombre d'endeuillés « modernes » refusant le chagrin, ne comprenant pas la baisse de productivité engendrée par un deuil. Pour lui, le souci de ne pas perdre de temps augmente la fréquence des deuils différés au XXIème siècle.

Certains auteurs ont émis l'hypothèse que ce très court délai de 15 jours fixé par les américains ne pouvait pas être critiqué sans penser au système médical américain dans son ensemble. En effet, les assurances privées ne prennent en charge les soins médicaux que lorsque ceux-ci répondent parfaitement aux critères de la pathologie.

Ainsi retirer le deuil des critères d'exclusion de l'épisode dépressif majeur permet qu'un sujet en difficulté dans les suites rapides d'un deuil, puisse bénéficier de soins pris en charge par son assurance et ce même si sa symptomatologie n'est pas pathologique au sens où on l'entend en médecine (c'est-à-dire qui sortirait d'une certaine normalité).

Cette idée reste une hypothèse dans un regard optimiste ou tout au moins altruiste toutefois elle fait écho à une interrogation de M.-F. Bacqué qui se demande si l'institution médicale ne se substituerait pas progressivement à l'ancienne communauté religieuse ?

M.-F. Bacqué voit au sein du corps sanitaire une forme de relais de la solidarité assurée anciennement par le groupe social et par la communauté religieuse en particulier. La question qui naît de cette dernière remarque est donc de savoir si les médecins veulent tenir ce rôle et si surtout il serait réellement dans l'intérêt de la population que ce rôle de soutien et de cohésion sociale soit assuré par le corps sanitaire ?

BIBLIOGRAPHIE

- [1] SAUTERAUD A, Vivre après ta mort : psychologie du deuil, Odile-Jacob, 2012
- [2] ZISOOK S., « when is grief a disease », Lancet vol 379 April 28, 2012
- [3] HANUS M., Les deuils dans la vie, Maloine 1994, p.25
- [4] FREUD S., Deuil et mélancolie, Payot et Rivages, 1917, p.45
- [5] BOWLBY J., Attachement et perte /3 : la perte. Paris : presses universitaires de France ; 1984. p.32
- [6] HANUS M., Les deuils dans la vie, 1994, Maloine p.20
- [7] CORRUBLE E., Deuil et dépression : évolution du DSM-5, Annales médico-psychologiques 171, 2013 p.168-171.
- [8] BOWLBY J., Attachement et perte /3 : la perte. Paris : presses universitaires de France ; 1984. p.32
- [9] <http://www.hominides.com/html/references/les-premieres-tombes-prehistoire-0742.php>
- [10] HANUS M., Les deuils dans la vie, 1994, Maloine p.25
- [11] Philosophie magazine, N°84, mensuel n°84, nov 14, p.50
- [12] BACQUE M.-F., Le deuil à vivre, Odile-Jacob, 2000
- [13] http://www.lepoint.fr/societe/le-succes-de-la-cremation-en-france-31-10-2012-1523637_23.php
- [14] <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F1558.xhtml#N1015C>
- [15] <http://www.consoglobe.com/capsula-mundi-urnes-funeraires-cg>
- [16] <http://www.koreus.com/modules/news/article14699.html>
- [17] GAUDELIER M., Philosophie magazine, N°84, mensuel n°84, nov 14 p.54

- [18] CORNILLOT P. et HANUS M., Parlons de la mort et du deuil. Paris, Frison-Roche ; 1997. p.21
- [19] BOWLBY J., Attachement et perte /3 : la perte. Paris : presses universitaires de France ; 1984. p.167-173
- [20] FAURE C., Vivre le deuil au jour le jour, Albin Michel, 2012,p.56
- [21] DESPRET V., Philosophie magazine, N°84, mensuel n°84, nov. 14 p.56-57
- [22] THOMAS L.-V., Le renouveau de la mort dans Parlons de la mort et du deuil, Approches-« la mort aujourd'hui », cahier n°79, 1993, p.51
- [23] BACQUE M.-F., Le deuil à vivre. Paris : Odile Jacob ; 2000. p.33
- [24] DE BROCA A., Deuils et endeuillés, Masson, 2010 p.86
- [25] HANUS M., Les deuils dans la vie, 1994, Maloine p.14
- [26] DESPRET V., Philosophie magazine, N°84, mensuel n°84, nov. 14 p.53
- [27] JULIER-COSTES M. Philosophie magazine, N°84, mensuel n°84, nov. 14 p.54
- [28] THOMAS L.-V., Le renouveau de la mort dans Parlons de la mort et du deuil, Approches-« la mort aujourd'hui », cahier n°79, 1993, p.33
- [29] THOMAS L.-V., Le renouveau de la mort dans Parlons de la mort et du deuil, Approches-« la mort aujourd'hui », cahier n°79, 1993. p.55
- [30] BACQUE M.-F., Le deuil à vivre. Paris : Odile Jacob ; 2000. p.40
- [31] THOMAS L.-V., Le renouveau de la mort dans Parlons de la mort et du deuil, Approches-« la mort aujourd'hui », cahier n°79, 1993.p.30
- [32] HANUS M., Les deuils dans la vie, 1994, Maloine p.19
- [33] THOMAS L.-V., Le renouveau de la mort dans Parlons de la mort et du deuil, Approches-« la mort aujourd'hui », cahier n°79, 1993. p.51

- [34] FAURE C., Vivre le deuil au jour le jour, Albin Michel, 2012, p.13
- [35] BACQUE M.-F., Le deuil à vivre. Paris : Odile Jacob ; 2000. p.23
- [36] BACQUE M.-F., Le deuil à vivre. Paris : Odile Jacob ; 2000. p.26
- [37] HANUS M., Les deuils dans la vie, 1994, Maloine p.13
- [38] HANUS M., Les deuils dans la vie, 1994, Maloine p.16
- [39] THOMAS L.-V., Le renouveau de la mort dans Parlons de la mort et du deuil, Approches-« la mort aujourd'hui », cahier n°79, 1993. p.101
- [40] <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F2278.xhtml#N10130>
- [41] BACQUE M.-F., Le deuil à vivre. Paris : Odile Jacob ; 2000. p.40
- [42]. HANUS M., normal mourning, difficult mourning, complicated mourning and pathological mourning, annales médico-psychologiques 164 (2006) 349-356
- [43] CHAVAGNAT J.-J., deuil et symptomatologie psychiatrique : quelle conduite à tenir ?, S18C, congrès français de psychiatrie/ European Psychiatry, 2013, p.41
- [44] BOURGEOIS M.-L., deuils compliqués, S18A, congrès français de psychiatrie/ European Psychiatry 28S, 2013 p.41
- [45] SAUTERAUD A., le deuil compliqué : une maladie spécifique ?, L'Encéphale (2011) hors-série 3, 28
- [46] ROMANO H., accompagner le deuil en situation traumatique : dix situations cliniques, Dunod, 2015.
- [47] HANUS M., Les deuils dans la vie, 1994, Maloine p.22
- [48] SAUTERAUD A., le deuil compliqué : une maladie spécifique ?, L'Encéphale (2011) hors-série 3, 28
- [49] BOURGEOIS M.-L., Deuils compliqués, S18A, congrès français de psychiatrie/ European Psychiatry 28S, 2013 p.41

- [50] GIRAULT N., FOSSATI P., Deuil normal et pathologique, Elsevier Masson SAS, Paris, traité de médecine Akos, 7-0315, 2008
- [51] BOURGEOIS M.-L., Deuils compliqués, S18A, congrès français de psychiatrie/ European Psychiatry 28S, 2013 p.41
- [52] BACQUE M.-F., HANUS M., Le deuil, que sais-je ?, PUF, 2014, p.49
- [53] HANUS M., normal mourning, difficult mourning, complicated mourning and pathological mourning, annales médico-psychologiques 164 (2006) 349-356
- [54] CORRUBLE E., Deuil et dépression : évolution du DSM-5, Annales médico-psychologiques 171, 2013 p.168-171
- [55] BACQUE M.-F., HANUS M., Le deuil, que sais-je ?, PUF, 2014, p.59
- [56] BACQUE M.-F., Le deuil à vivre. Paris : Odile Jacob ; 2000. p.49
- [57] GIRAULT N., FOSSATI P., Deuil normal et pathologique, Elsevier Masson SAS, Paris, traité de médecine Akos, 7-0315, 2008
- [58] HAYSLIP B Jr, PRUETT JH, CABALLERO DM, The "How" and "When" of Parental Loss in Adulthood: Effects on Grief and Adjustment. Omega (Westport). 2015; 71(1):3-18.
- [59] ZACH E., Psychologie du deuil : impact et processus d'adaptation au décès d'un proche, Mardaga 2006
- [60] BOWLBY J.. Attachement et perte /3 : la perte. Paris : presses universitaires de France ; 1984. P.112
- [61] BACQUE M.-F., Le deuil à vivre. Paris : Odile Jacob ; 2000. p.93
- [62] HANUS M., Les deuils dans la vie, 1994, Maloine p.231
- [63] HANUS M. Deuil et résilience : différences et articulation. Frontières/vol.22 automne 2009/printemps 2010 Nos 1-2 P.20

- [64] ZACH E., Psychologie du deuil : impact et processus d'adaptation au décès d'un proche, Mardaga 2006
- [65] HANUS M., normal mourning, difficult mourning, complicated mourning and pathological mourning, annales médico-psychologiques 164 (2006) 349-356
- [66] FAURE C., Vivre le deuil au jour le jour, Albin Michel, 2012, p.47
- [67] DELALIBERA M, PRESA J, COELHO A, BARBOSE A, FRANCO MH. Family dynamics during the grieving process: a systematic literature review, Cien Saude Colet. 2015 Apr;20(4):1119-34.
- [68] BACQUE M.-F., HANUS M., Le deuil, que sais-je ?, PUF, 2014, p.50
- [69] GIRAULT N., FOSSATI P., Deuil normal et pathologique, Elsevier Masson SAS, Paris, traité de médecine Akos, 7-0315, 2008
- [70] FASSE L., SULTAN S., FLAHAUT C.. Le deuil, de signes à l'expérience. Réflexion sur la norme et le vécu de l'endeuillé à l'heure de la classification du deuil compliqué. L'évolution psychiatrique 79 (2014) 295-311
- [71] PHILIPPIN Y., Deuil normal, deuil pathologique et prévention en milieu clinique, Revue internationale de soins palliatifs 4/2006 (vol.21) p.163-166
- [72]. PHAM-SCOTTEZ A., GUELFY J.-D., Troubles de la personnalité: aspects cliniques et limites diagnostiques, annales médico-psychologiques, revue psychiatrique, novembre 2003, p727-732
- [73] GALES O., GUELFY J.-D., HARDY P., troubles de la personnalité, Flammarion, Médecine-sciences, Paris, 2002
- [74] TRIBOLET S., Nouveau précis de sémiologie des troubles psychiques, heure de France, 2005
- [75] FERRARI M., BOTTERO A., ALBY J.-M. Sémiologie des états dépressifs de l'adulte. [Article 37-110-A-10] EMC - Psychiatrie 1993:1-0
- [76] DE BROCA A., Deuils et endeuillés, Masson, 2010 p179-187

- [7] GIRAULT N., FOSSATI P., Deuil normal et pathologique, Elsevier Masson SAS, Paris, traité de médecine Akos, 7-0315, 2008
- [78] BACQUE M.-F., Le deuil à vivre. Paris : Odile Jacob ; 2000. p.47
- [79] HANUS M., Les deuils dans la vie, 1994, Maloine p.191-193
- [80] BACQUE M.-F., Le deuil à vivre. Paris : Odile Jacob ; 2000. p.48
- [81] DOLLANDER M., DE TYCHEY C., Deuil compliqué et fonctionnement intrapsychique : approche clinique et projective, psychologie clinique et projective 1/2002 (n°8) p.241-264
- [82] LACAN J., Les formations de l'inconscient - 1957/58 – 09/04/58
- [83] LACAN J. L'angoisse -1962/63 30/01/63
- [84] <http://www.marieheleneviel.fr/psychanalyse-le+desir+de+l'hysterique-389.html>
- [85] <http://lexique-de-lacan.blogspot.fr/2010/08/hysterie.html>
- [86] GIRAULT N., FOSSATI P., Deuil normal et pathologique, Elsevier Masson SAS, Paris, traité de médecine Akos, 7-0315, 2008
- [87] FERRARI M., BOTTERO A., ALBY J.-M. Sémiologie des états dépressifs de l'adulte. [Article 37-110-A-10] EMC Psychiatrie 1993:1-0
- [88] American psychiatric association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, 3th Edition, Text revision (DSM-III-R) paperback, 1987, p.408
- [89] American psychiatric association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, 4th Edition, Text revision (DSM-IV) paperback, 1994,
- [90] American psychiatric association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, 5th Edition, Text revision (DSM-V) paperback, 2013
- [91] FERRARI M., BOTTERO A., ALBY J.-M. Sémiologie des états dépressifs de l'adulte. [Article 37-110-A-10] EMC - Psychiatrie 1993:1-0

- [92] SAUTERAUD A., le deuil compliqué : une maladie spécifique ?, L'Encéphale (2011) hors-série 3, 28
- [93] CORRUBLE E., Deuil et dépression : évolution du DSM-5, Annales médico-psychologiques 171, 2013 p.168-171.
- [94] BOURGEOIS M.-L., Etudes sur le deuil. Méthodes qualitatives et méthodes quantitatives, Annales médico-psychologiques 164 (2006) 278-291.
- [95] FASSE L., SULTAN S., FLAHAUT C. Le deuil, de signes à l'expérience. Réflexion sur la norme et le vécu de l'endeuillé à l'heure de la classification du deuil compliqué. L'évolution psychiatrique 79 (2014) 295-311
- [96] GIRAULT N., FOSSATI P., Deuil normal et pathologique, Elsevier Masson SAS, Paris, traité de médecine Akos, 7-0315, 2008
- [97] DUPUIS I., les facteurs de personnalité affectant le niveau de résolution du deuil chez une population de veufs et de veuves, maîtrise de psychologie, 1999
- [98] CORRUBLE E., deuil et dépression, S18B, congrès français de psychiatrie/ European Psychiatry, 28S, 2013, p.41
- [99] HARDY P., Deuil normal et pathologique, cours de psychiatrie du CNUP, 2014
- [100] BOWLBY J. Attachement et perte /3 : la perte. Paris : presses universitaires de France ; 1984. P.165
- [101] BOWLBY J. Attachement et perte /3 : la perte. Paris : presses universitaires de France ; 1984. P.114
- [102] FAURE C., Vivre le deuil au jour le jour, Albin Michel, 2012, p.32
- [103] BAYLE G., Métapsychologie et devenir des deuils pathologiques, monographies de psychanalyse, PUF, 1994 p.111
- [104] BAYLE G., Métapsychologie et devenir des deuils pathologiques, monographies de psychanalyse, PUF, 1994 p.110

- [105] HANUS M., Les deuils dans la vie, 1994, Maloine p.95-101
- [106] FAURE C., Vivre le deuil au jour le jour, Albin Michel, 2012, p.55
- [107] HANUS M., Les deuils dans la vie, 1994, Maloine p.103
- [108] FAURE C., Vivre le deuil au jour le jour, Albin Michel, 2012, p.73
- [109] CASTELNOVO A, CAVALLOTTI S, GAMBINI O, D'AGOSTINO A., Post-bereavement hallucinatory experiences: A critical overview of population and clinical studies. J Affect Disord. 2015 Jul 31; 186:266-274.
- [110] FAURE C., Vivre le deuil au jour le jour, Albin Michel, 2012, p.71
- [111] HANUS M., Les deuils dans la vie, 1994, Maloine p.101
- [112] HANUS M. Deuil et résilience : différences et articulation. *Frontières/vol.22 automne 2009/printemps 2010 Nos 1-2 P.20*
- [113] HANUS M., Les deuils dans la vie, 1994, Maloine p.18
- [114] FREUD S., Totem et Tabou, Payot, 1923
- [115] HANUS M., Les deuils dans la vie, 1994, Maloine p.128
- [116] HANUS M., le travail de deuil, monographie de psychanalyse, PUF 1994 p23
- [117] FAURE C., Vivre le deuil au jour le jour, Albin Michel, 2012, p.101
- [118] HANUS M. Deuil et résilience : différences et articulation. *Frontières/vol.22 automne 2009/printemps 2010 Nos 1-2 P.20*
- [119] DUMET N., PORTE P., Quand l'ombre de l'objet perdu est tombé sur le corps, Deuil, somatisation et incorporation, *Cahiers de psychologie clinique 2008/1, n°30 p129-145*
- [120] FREUD S., Deuil et mélancolie, Payot, 1917 p.45
- [121] HANUS M., Les deuils dans la vie, 1994, Maloine p.106

- [122] JANKELEVITCH V., La mort, Paris, Flammarion, 1977 p.70
- [123] FAURE C., Vivre le deuil au jour le jour, Albin Michel, 2012, p.87
- [124] FAURE C., Vivre le deuil au jour le jour, Albin Michel, 2012, p.87
- [125] FREUD S., Deuil et mélancolie, Payot, 1917 p.47
- [126] HANUS M., Les deuils dans la vie, 1994, Maloine p.106
- [127] FASSE L., SULTAN S., FLAHAUT C. Le deuil, de signes à l'expérience. Réflexion sur la norme et le vécu de l'endeuillé à l'heure de la classification du deuil compliqué. L'évolution psychiatrique 79 (2014) 295-311
- [128] HANUS M., Deuil et résilience : différences et articulation. Frontières, vol.22, 2009-2010 N°1-2 p.21
- [129] BOWLBY J. Attachement et perte /3 : la perte. Paris : presses universitaires de France ; 1984. P.34
- [130] MILLE C., De l'épisode dépressif à la maladie dépressive ou deuil et mélancolie chez l'enfant
- [131] LEBOVICI S, le travail de deuil chez l'enfant. Le deuil, monographies de psychanalyse, PUF, 1994
- [132] BACQUE M.-F., HANUS M., Le deuil, que sais-je ?, PUF, 2014, p.109
- [133] FREUD S., Totem et tabou, Payot, 1923
- [134] HANUS M., Les deuils dans la vie, 1994, Maloine p.194
- [135] NEIMEYER R.-A., Fostering posttraumatic growth : a narrative elaboration 2004
- [136] FASSE L., SULTAN S., FLAHAUT C. Le deuil, de signes à l'expérience. Réflexion sur la norme et le vécu de l'endeuillé à l'heure de la classification du deuil compliqué. L'évolution psychiatrique 79 (2014) 295-311
- [137] HANUS M. Les deuils dans la vie, 1994, Maloine p.13

- [138] KLEIN M., Deuil et dépression, Payot, 1947, p.13
- [139] BOWLBY J. Attachement et perte /3 : la perte. Paris : presses universitaires de France ; 1984. P.275
- [140] KLEIN M., Deuil et dépression, Payot 1947
- [141] FASSE L., SULTAN S., FLAHAUT C. Le deuil, de signes à l'expérience. Réflexion sur la norme et le vécu de l'endeuillé à l'heure de la classification du deuil compliqué. L'évolution psychiatrique 79 (2014) 295-311
- [142] HANUS M., Les deuils dans la vie, 1994, Maloine p.20
- [143] HANUS M., Les deuils dans la vie, 1994, Maloine p.31
- [144] GOLDBETER MERINFIELD E., théorie de l'attachement et approche systémique, Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 2005/2 n°35 p166
- [145] GOLDBETER MERINFIELD E., Le deuil impossible: famille et tiers pesant ? DE Boeck, 2011
- [146] LÉBOVICI S, le travail de deuil chez l'enfant. Le deuil, monographies de psychanalyse, PUF, 1994
- [147] BACQUE M.-F., Le deuil à vivre. Paris : Odile Jacob ; 2000. p.86
- [148] DE BROCA A., Deuils et endeuillés, Masson, 2010 p.195
- [149] BOURGEOIS M.-L., Deuils compliqués, S18A, congrès français de psychiatrie/ European Psychiatry 28S, 2013 p.41
- [150] VANNOTTI M., PEREIRA R., Approche individuelle et relationnelle du deuil, Revue médicale de la Suisse romande 124, 39-46, 2004
- [151] GIRAULT N., FOSSATI P., Deuil normal et pathologique, Elsevier Masson SAS, Paris, traité de médecine Akos, 7-0315, 2008

[152] CHAVAGNAT J.-J., deuil et symptomatologie psychiatrique : quelle conduite à tenir ?, S18C, congrès français de psychiatrie/ European Psychiatry, 2013, p.41

[153] SAUTERAUD A., le deuil compliqué : une maladie spécifique ?, L'Encéphale (2011) hors-série 3, 28

[154] TARQUINIO C., HOUBRE B., FAYARD A., TARQUINIO P., Application de l'EMDR au deuil traumatique après une collision de train, L'évolution psychiatrique volume 74, issue 4, 2009, p567-580

Annexe 1 : Les statistiques d'incinérations en France

1975 => 2.100 crémations, 0,4 % des obsèques
1979 => 5.000 crémations, 1% des obsèques
1983 => 10.000 crémations
1987 => 20.000 crémations, 4 % des obsèques
1990 => 33.300 crémations
1992=> 43.300 crémations, 8 % des obsèques
1994 => 54.500 crémations
1996 => 66.700 crémations, 12 % des obsèques
1997 => 3.000 crémations, 14 % des obsèques
1998 => 80.500 crémations, 15 % des obsèques
2000 => 18 % des obsèques
2001 => 20 % des obsèques
2002 => 110.000 crémations, 21 % des obsèques
2003 => 23 % des obsèques
2004 => 24 % des obsèques
2005 => 121.500 crémations, 25 % des obsèques
2006 => 134.500 crémations, 27 % des obsèques
2007 => 142.000 crémations, 28 % des obsèques
2011 => 167.000 crémations, 31 % des obsèques

Annexes 2 : Loi sur le statut des cendres de 2008

Article 16 « Destination des cendres »

Art.L. 2223-18-1.-Après la crémation, les cendres sont pulvérisées et recueillies dans une urne cinéraire munie extérieurement d'une plaque portant l'identité du défunt et le nom du crématorium.

« Dans l'attente d'une décision relative à la destination des cendres, l'urne cinéraire est conservée au crématorium pendant une période qui ne peut excéder un an. A la demande de la personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles, l'urne peut être conservée, dans les mêmes conditions, dans un lieu de culte, avec l'accord de l'association chargée de l'exercice du culte.

« Au terme de ce délai et en l'absence de décision de la personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles, les cendres sont dispersées dans l'espace aménagé à cet effet du cimetière de la commune du lieu du décès ou dans l'espace le plus proche aménagé à cet effet visé à l'article L. 2223-18-2.

« Art.L. 2223-18-2.-A la demande de la personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles, les cendres sont en leur totalité :

« — soit conservées dans l'urne cinéraire, qui peut être inhumée dans une sépulture ou déposée dans une case de columbarium ou scellée sur un monument funéraire à l'intérieur d'un cimetière ou d'un site cinéraire visé à l'article L. 2223-40 ;

« — soit dispersées dans un espace aménagé à cet effet d'un cimetière ou d'un site cinéraire visé à l'article L. 2223-40 ;

« — soit dispersées en pleine nature, sauf sur les voies publiques.

« Art.L. 2223-18-3.-En cas de dispersion des cendres en pleine nature, la personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles en fait la déclaration à la mairie de la commune du lieu de naissance du défunt. L'identité du défunt ainsi que la date et le lieu de dispersion de ses cendres sont inscrits sur un registre créé à cet effet.

« Art.L. 2223-18-4.-**Le fait de créer, de posséder, d'utiliser ou de gérer, à titre onéreux ou gratuit, tout lieu collectif, en dehors d'un cimetière public ou d'un lieu de dépôt ou de sépulture autorisé, destiné au dépôt temporaire ou définitif des urnes ou à la dispersion des cendres, en violation du présent code est puni d'une amende de 15 000 € par infraction. Ces dispositions ne sont pas applicables aux sites cinéraires créés avant le 31 juillet 2005. »**

Annexe 3 : Définition de la mort selon Léon Schwartzberg

Les progrès de la technologie médicale, les possibilités de prolonger la durée de la vie ou d'améliorer le fonctionnement d'organes naguère définitivement lésés, le prélèvement des organes sains à des personnes mortellement blessées dans le meilleur état possible en vue d'une greffe, ont conduit à une nouvelle définition de la mort.

Un individu est considéré comme mort, il est décrété «mort» lorsque son cerveau est arrêté, lorsque ses cellules cérébrales n'émettent plus d'ondes électriques capables d'impressionner l'électro-encéphalogramme. Le sang peut circuler, le cœur battre, les poumons respirer, cet individu est mort puisque sa conscience est abolie et que tout porte à croire, après vingt-quatre heures de silence électrique, qu'elle ne renaîtra plus. C'est la mort du cerveau, de la conscience, qui signe et définit la mort. [...]

Cette nouvelle définition de la mort n'est ni médicale, ni biologique, ni scientifique. Elle n'est pas médicale: certaines fonctions de la vie de relation se perpétuent et certains organes continuent même à vivre une fois transplantés dans le corps d'autrui. Pas biologique: la plupart des cellules continuent à entretenir des échanges métaboliques entre elles et avec l'extérieur. Pas non plus scientifique, car la mort, c'est l'immobilité, et dans ce corps devenu immobile volontairement, la plupart des organes et des cellules continuent à se mouvoir.

La nouvelle définition de la mort est d'ordre métaphysique, La mort d'un être humain est différente de toutes les autres espèces vivantes. S'il ne continue à vivre que biologiquement, dépourvu de conscience, il est considéré comme mort, parce qu'il est mort à l'espèce humaine. Un être humain privé de sa conscience est considéré comme mort, alors même que son enveloppe charnelle vit encore.

Mais si cette nouvelle définition de la mort est justifiée, et elle l'est, il faut alors en déduire les conséquences jusqu'au bout. D'abord, qu'un être doué de conscience doit pouvoir poursuivre son existence aussi longtemps qu'il le souhaite et que la nature le permet. Que cette conscience n'ait plus que quelques années ou quelques mois à se manifester s'il s'agit d'un vieillard, que cette conscience soit atténuée, s'il s'agit d'un enfant arrivé sur terre avec un handicap sévère. Mais aussi à quoi bon de réanimer un malheureux chez lequel tout espoir est perdu, chez lequel la conscience affaiblie et définitivement voilée ne verra plus la lumière?

Annexe 4 : Critères diagnostique du DSM-IV du syndrome de stress post traumatique

Critère A

1. La caractéristique essentielle de l'État de stress post-traumatique est le développement de symptômes caractéristiques faisant suite à l'exposition à un facteur de stress traumatique extrême impliquant

- le vécu direct et personnel d'un événement pouvant entraîner la mort, constituer une menace de mort ou une blessure sévère, représenter des menaces pour sa propre intégrité physique ;
- ou consécutif au fait d'être témoin d'un événement pouvant occasionner la mort, une blessure ou une menace pour l'intégrité physique d'une autre personne ;
- ou consécutif au fait d'apprendre une mort violente ou inattendue, une agression grave ou une menace de mort ou de blessure subie par un membre de la famille ou de quelqu'un de proche.

2. La réponse de la personne à l'événement doit comprendre une peur intense, un sentiment d'être sans espoir ou d'horreur (chez les enfants, la réponse doit comprendre un comportement désorganisé ou agité).

Critère B : Les symptômes caractéristiques résultant de l'exposition à un traumatisme extrême comprennent le fait de revivre de manière persistante l'événement traumatique.

1. Habituellement, le sujet a des souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement

2. Il peut avoir des rêves répétitifs provoquant un sentiment de souffrance durant lesquels l'événement est remis en scène ou bien représenté.

3. En de rares occasions, la personne vit des états dissociatifs qui durent de quelques secondes à plusieurs heures, voire quelques jours, durant lesquels les composantes de l'événement sont revécues et la personne se comporte comme si elle vivait l'événement à ce moment. Ces événements, souvent appelés "*flash-backs*" sont typiquement brefs, mais peuvent être associés à une détresse prolongée et une activation neuro-végétative.

Quand la personne est exposée à des événements déclenchants qui ressemblent ou symbolisent un aspect de l'événement traumatique (ex. : dates anniversaires de l'événement traumatique ; temps froid et neigeux ou gardes en uniforme pour les survivants des camps de la mort situés dans les régions froides ; temps chaud et humide pour les anciens combattants du Pacifique Sud ; le fait de rentrer dans n'importe quel ascenseur pour une femme qui a été violée dans un ascenseur) on observe souvent :

4. une souffrance psychologique intense.
5. une réactivité physiologique intense.

Critère C : Ils comprennent aussi un évitement persistant des stimuli associés au traumatisme avec émoussement des réactions générales.

1. Les stimuli associés avec le traumatisme sont évités de manière durable. Le sujet fait habituellement des efforts délibérés pour éviter les pensées, les sensations ou les conversations liées à l'événement traumatique.
2. Il fait aussi des efforts délibérés pour éviter les activités, les situations ou les gens qui entraînent une réactualisation des souvenirs de celui-ci.
3. Cet évitement des souvenirs peut inclure l'amnésie d'un aspect important de l'événement traumatique.
4. Une diminution de la réactivité au monde extérieur, appelée "*émoussement psychique*" ou "*anesthésie émotionnelle*" débute habituellement peu de temps après l'événement traumatique.

Le sujet peut se plaindre d'une diminution marquée de l'intérêt ou de la participation à des activités antérieurement sources de plaisir

5. Il peut se sentir détaché ou étranger vis-à-vis des autres.
6. Il peut avoir une capacité nettement diminuée à ressentir des émotions (particulièrement celles associées avec l'intimité, la tendresse et la sexualité).
7. Le sujet peut avoir le sentiment d'un futur « amputé » (ex. : ne s'attend plus à avoir une carrière, se marier, avoir des enfants ou un cours normal de la vie).

Critère D : Ils comprennent aussi des symptômes persistants d'activation neuro-végétative.

1. Le sujet présente des symptômes persistants d'anxiété et d'hyperéveil qui n'étaient pas présents avant le traumatisme. Ces symptômes peuvent comprendre une difficulté à s'endormir ou à maintenir le sommeil qui peut être due à des cauchemars répétitifs durant lesquels l'événement traumatique est revécu.
2. Certains sujets font état d'une irritabilité ou d'accès de colère.
3. Certains sujets font état d'une difficulté à se concentrer ou à mener à bien les tâches
4. Hyper vigilance
5. Des réactions exagérées de sursaut.

Critère E : Le tableau symptomatique complet doit être présent durant plus d'un mois.

Critère F : La perturbation doit entraîner une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Annexe 5 : Critères diagnostiques du trouble de l'adaptation de la CIM-10

F43.2 Troubles de l'adaptation

Etat de détresse et de perturbation émotionnelle, entravant habituellement le fonctionnement et les performances sociales, survenant au cours d'une période d'adaptation à un changement existentiel important ou un événement stressant. Le facteur de stress peut entraver l'intégrité de l'environnement social du sujet (deuil, expériences de séparation) ou son système global de support social et de valeurs sociales (immigration, statut de réfugié); ailleurs, le facteur de stress est en rapport avec une période de transition ou de crise au cours du développement (scolarisation, naissance d'un enfant, échec dans la poursuite d'un but important, mise à la retraite). La prédisposition et la vulnérabilité individuelles jouent un rôle important dans la survenue et la symptomatologie d'un trouble de l'adaptation; on admet toutefois que le trouble ne serait pas survenu en l'absence du facteur de stress concerné. Les manifestations, variables, comprennent une humeur dépressive, une anxiété ou une inquiétude (ou l'association de ces troubles), un sentiment d'impossibilité à faire face, à faire des projets, ou à continuer dans la situation actuelle, ainsi qu'une certaine altération du fonctionnement quotidien. Elles peuvent s'accompagner d'un trouble des conduites, en particulier chez les adolescents. La caractéristique essentielle de ce trouble peut consister en une réaction dépressive, de courte ou de longue durée, ou une autre perturbation des émotions et des conduites.

(Choc culturel, hospitalisme chez l'enfant, réaction de deuil)

Annexe 6 : Critères diagnostique du syndrome dépressif majeur dans le DSM-V

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (sentiment de tristesse ou vide) ou observée par les autres (pleurs).

2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours.

3. Perte ou gain de poids significatif (5%) en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit tous les jours.

4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours.

6. Fatigue ou perte d'énergie tous les jours.

7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut-être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours.

9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

D. L'épisode ne répond pas aux critères du troubles schizoaffectif et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant ou à une autre trouble psychotique.

E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

Note: La réponse normale et attendue en réponse à un événement impliquant une perte significative (ex : deuil, ruine financière, désastre naturel), incluant un sentiment de tristesse, de la rumination, de l'insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, peuvent ressembler à un épisode dépressif. La présence de symptômes tels que sentiment de dévalorisation, des idées suicidaires (autre que vouloir rejoindre un être aimé), un ralentissement psychomoteur, et un altération sévère du fonctionnement général suggèrent la présence d'un épisode dépressif majeur en plus de la réponse normale à une perte significative.

Annexe 7: Critères diagnostiques du trouble de deuil prolong

Critère A : Evènement : les symptômes apparaissent après la mort d'un proche

Critère B : Détresse de séparation. La personne endeuillée fait l'expérience de languissement douloureux (besoin, désir irrésistible d'être en contact avec le défunt, souffrance physique et/ou émotionnelle liées à l'impossible réunion avec ce dernier), et ce de manière quotidienne ou à un degré invalidant.

Critère C : En réponse à la mort, les symptômes cognitifs, émotionnels et comportementaux suivants apparaissent. La personne endeuillée doit présenter au moins 5 des symptômes ci-dessous, de manière quotidienne ou à un degré invalidant :

- Confusion quant à son rôle dans la vie ou sens diminué du soi (impression qu'une partie de soi-même est morte)
- Difficulté à accepter la perte
- Evitement des stimuli rappelant la réalité de la perte
- Incapacité à faire confiance aux autres depuis le décès
- Amertume ou colère liées à la perte
- Difficulté à aller de l'avant (se faire de nouveaux amis, continuer à s'investir dans ses centres d'intérêt)
- Impression d'engourdissement émotionnel (absence d'émotions depuis le décès)
- Sentiment que la vie est absurde, sans valeur, vide, depuis la perte
- Sentiment de sidération, d'étourdissement, de choc, lié au décès

Critère D : La durée de la perturbation (cf. liste des symptômes) est d'au moins six mois

Critère E : Diagnostic différentiel : la perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble majeur dépressif, un trouble d'anxiété généralisé ou un trouble de stress post traumatique

Annexe 8 : Critères diagnostiques du trouble de la personnalité dans le DSM-V

A. Un échec d'adaptation qui se manifeste dans un ou les deux domaines suivants :

1. Déficience du sens de sa propre identité comme manifesté dans un ou plus des domaines suivants :

a. Intégration de l'identité. Notion de soi ou une identité faiblement intégrée (ex. un sens limité d'unité personnelle et de continuité ; ressentir des états de soi changeants ; croire que le soi présenté aux autres est une façade).

b. Intégrité du concept de soi. Notion de soi ou identité appauvrie et peu différenciée (ex. difficulté à identifier et décrire des attributs personnels ; sentiment de vide intérieur ; limites interpersonnelles peu délimitées ; définition de soi qui change avec le contexte social)

c. Direction personnelle. Peu de direction personnelle (ex. incapacité d'établir et d'atteindre des buts satisfaisants ; manque de direction, de sens et de but à la vie)

2. Incapacité de développer un fonctionnement interpersonnel efficace comme manifesté dans un ou plus des domaines suivants :

a. Empathie. Capacité altérée d'empathie et de réflexion (ex. trouver difficile de comprendre les états mentaux des autres)

b. Intimité. Capacité altérée de relations intimes (ex. incapable d'établir et de maintenir des relations proches et intimes ; incapacité de fonctionner comme une figure d'attachement véritable ; incapacité d'établir ou de maintenir des amitiés)

c. Coopération. Échec à développer la capacité de comportement prosocial (ex. échec du développement de la capacité de comportements moraux socialement typiques, absence d'altruisme)

d. Complexité et intégration de la représentation des autres. Représentations des autres peu intégrées

B. L'échec d'adaptation est associé à des **niveaux extrêmes d'un ou plusieurs traits de personnalité**

C. L'échec d'adaptation est relativement **stable à travers le temps** et consistant à travers les situations avec un **début** qui peut être retracé au moins à l'**adolescence**

D. L'échec d'adaptation n'est pas seulement expliqué comme une manifestation ou une conséquence d'un autre trouble mental.

E. L'échec d'adaptation n'est pas seulement dû aux effets physiologiques directs d'une substance (ex. une drogue prêtant à abus, un médicament) ou une condition médicale générale (ex. un traumatisme crânien sévère).

Cinq niveaux de sévérité de fonctionnement sont associés à chacun de ces domaines.

Pour ce qui est des troubles de la personnalité spécifiques, les types suivants sont proposés : antisocial / psychopathe, évitant, borderline (limite), obsessionnel-compulsif et schizotypique.

Annexe 9 : Les troubles de la personnalité selon le DSM-IV (1994)

Six critères d'ensemble

Critère A. Les traits représentent une déviation importante par rapport à ce que la culture à laquelle appartient l'individu attend de lui et ils se manifestent dans au moins deux des quatre domaines suivants : cognition, affectivité, relations interpersonnelles, ou contrôle des impulsions.

Critère B. Les traits de personnalité doivent être rigides et se manifester dans de très nombreuses situations.

Critère C. Ils conduisent à une détresse des perturbations dans les relations sociales et professionnelles.

Critère D. Le *pattern* est stable et peut être retracé depuis l'adolescence, ou le début de l'âge adulte.

Critère E. Ils ne doivent pas résulter d'un autre trouble psychiatrique.

Critère F. Ils ne résultent pas d'un état de dépendance, d'un abus de substance ou d'une maladie médicale.

Dix types de troubles de la personnalité

Ces dix types sont classés en trois sous-catégories et une catégorie résiduelle : le trouble de personnalité non spécifié.

Groupe A : Distant (excentrique, bizarre)

1. La personnalité paranoïaque : méfiance soupçonneuse envers les autres dont les intentions sont interprétées comme malveillantes.
2. La personnalité schizoïde : détachement des relations sociales et restriction de la variété des expressions émotionnelles.
3. La personnalité schizotypique : gêne aiguë dans les relations proches, distorsions cognitives et perceptuelles et conduites excentriques.

Groupe B : Impulsif (dramatique, émotionnel).

4. La personnalité antisociale : mépris et transgression des droits d'autrui.
5. La personnalité borderline : impulsivité marquée et instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects.
6. La personnalité histrionique : réponses émotionnelles excessives et quête d'attention.
7. La personnalité narcissique : fantasmes ou comportements grandioses, besoin d'être admiré et manque d'empathie.

Groupe C : Anxieux et peureux.

8. La personnalité évitante : inhibition sociale, sentiments de ne pas être à la hauteur et hypersensibilité au jugement négatif d'autrui.
9. La personnalité dépendante : comportement soumis et « collant » lié à un besoin excessif d'être pris en charge.
10. La personnalité obsessionnelle compulsive : préoccupation de l'ordre, de la perfection et du contrôle.

Le trouble de personnalité non spécifié correspond à plusieurs traits subliminaires de différents types ou à un type qui n'appartient pas aux dix types ci-dessus : par exemple la personnalité passive agressive ou la personnalité dépressive.

**Annexe 10 : Critères diagnostique d'un trouble de la personnalité de typer
histrionique dans le DSM-IV**

DSM-IV définit la personnalité histrionique comme un mode général de réponses émotionnelles excessives et de quête d'attention, qui apparait au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

(1) le sujet est mal à l'aise dans les situations où il n'est pas au centre de l'attention d'autrui,

(2) l'interaction avec autrui est souvent caractérisée par un comportement de séduction sexuelle inadaptée ou une attitude provocante

(3) l'expression émotionnelle est superficielle et rapidement changeante

(4) le sujet utilise régulièrement son aspect physique pour attirer l'attention sur soi

(5) sa manière de parler est trop subjective et pauvre en détails

(6) dramatisation, théâtralisme et exagération de l'expression émotionnelle

(7) suggestibilité, est facilement influencé par autrui ou par les circonstances

(8) considère que ses relations sont plus intimes qu'elles ne le sont en réalité

Annexe 11 : Critères diagnostiques de la personnalité obsessionnelle dans le DSM-IV

La personnalité obsessionnelle est définie comme un mode général de préoccupation par l'ordre, le perfectionnisme et le contrôle mental et interpersonnel, aux dépens d'une souplesse, d'une ouverture et de l'efficacité qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes :

- (1) Préoccupations par les détails, les règles, les inventaires, l'organisation ou les plans au point que le but principal de l'activité est perdue de vue
- (2) Perfectionnisme qui entrave l'achèvement des tâches (par ex. incapacité d'achever un projet parce que des exigences personnelles trop strictes ne sont pas remplies)
- (3) Dévotion excessive pour le travail et la productivité à l'exclusion des loisirs et des amitiés (sans que cela soit expliqué par des impératifs « économiques évidents »)
- (4) Est trop consciencieux, scrupuleux et rigide sur des questions de morale, d'éthique ou de valeurs (sans que cela soit expliqué par une appartenance religieuse ou culturelle)
- (5) Incapacité de jeter des objets usés ou sans utilité même si ceux-ci n'ont pas de valeur sentimentale
- (6) Réticence à déléguer des tâches ou à travailler avec autrui à moins que les autres se soumettent exactement à sa manière de faire les choses
- (7) Se montre avare avec l'argent pour soi-même et les autres ; l'argent est perçu comme quelque chose qui doit être thésaurisé en vue de catastrophes futures
- (8) Se montre rigide et têtu

Annexe 12 :

Echelle de deuil : TRIG (texas revisited inventory of grief, T.R. Faschingbauer et al. 1981, S. Zisook et al. 1982

Pour les parties I et II, répondre par : « complètement vrai », « essentiellement vrai », « vrai et faux », « essentiellement faux », « complètement faux ».

Partie I : Comportement passé

1. Après sa mort j'ai trouvé difficile de m'entendre avec certaines personnes
2. Après sa mort j'ai trouvé difficile de travailler
3. Après sa mort j'ai perdu l'intérêt de ma famille, mes amis, mes activités extérieurs
4. J'ai ressenti le besoin de faire les choses voulu faire le ou la défunt (e)
5. J'étais inhabituellement irritable après sa mort
6. Je n'ai pas pu continuer mes activités habituelles dans les 3 mois qui ont suivi sa mort
7. J'étais en colère que le (la) défunt€ m'ait abandonné
8. J'ai eu des difficultés à dormir après sa mort

Partie II : Sentiments actuels

1. Je pleure encore quand je pense à la personne défunte
2. Je suis encore perturbé quand je pense à la personne défunt
3. Je ne peux pas accepter sa mort
4. Par moment, il (elle) me manque beaucoup
5. Encore maintenant les (ses) souvenirs me sont douloureux
6. Je pense souvent à cette personne morte
7. Je cache mes larmes quand je pense à lui (elle)
8. Personne ne prendra sa place dans ma vie
9. Je ne peux pas m'empêcher de penser à lui (elle)
10. J'ai le sentiment que c'est injuste qu'il (elle) soit mort
11. Les gens et les choses autour de moi me le (la) rappellent encore
12. Je suis incapable d'accepter sa mort
13. Par moment je sens encore le besoin de pleurer pour cette personne morte

Partie III : (préciser vrai ou faux)

1. J'ai assisté aux funérailles de cette personne
2. Je crois que j'ai vraiment été affligé€ par sa mort
3. Je crois que je fonctionne maintenant aussi bien qu'avant sa mort
4. Je suis perturbé chaque année à l'époque de sa mort
5. Parfois il me semble que j'ai la même maladie que lui (elle)

Annexe 13 :

Echelle du deuil ; CBI (core bereavement items) P.C. Burnett et al., Brisbane, Australie, 1997

A : Images et pensées

1. Faites-vous l'expérience d'image des événements touchant la mort de « X » ?
2. Avez-vous des pensées concernant « X » qui vous viennent à l'esprit, que vous le vouliez ou non ?
3. Les pensées concernant « X » vous perturbent-elles ?
4. Pensez-vous à « X » ?
5. Les images concernant « X » vous perturbent-elles ?
6. Vous trouvez-vous obnubilé par les images et les souvenirs de « X » ?
7. Pensez-vous à des retrouvailles avec « X » ?

B. Séparation aigue

8. Est-ce que « X » vous manque ?
9. Vous souvenez-vous de « X » en voyant des objets familiers (photos, possessions personnelles, chambre ?)
10. Vous êtes-vous trouvé en train de désirer intensément être avec « x » ou qu'il vous manque intensément ?
11. Cherchez-vous « X » dans les lieux familiers ?
12. Eprenez-vous de la détresse douloureuse si, pour quelque raison que ce soit vous êtes confrontés à la réalité que « X » n'est pas présent et qu'il ne reviendra pas ?

C. Deuil (grief)

13. Est-ce que les souvenirs de « X » comme certaines photos, certaines situations, certaines musiques, certains endroits provoquent chez vous un sentiment de manque ?
14. Est-ce que les souvenirs de « X » comme certaines photos, certaines situations, certaines musiques, certains endroits provoquent chez vous un sentiment de solitude ?
15. Est-ce que les souvenirs de « X » comme certaines photos, certaines situations, certaines musiques, certains endroits provoquent chez vous des pleurs pour « X » ?
16. Est-ce que les souvenirs de « X » comme certaines photos, certaines situations, certaines musiques, certains endroits provoquent chez vous un sentiment de tristesse ?
17. Est-ce que les souvenirs de « X » comme certaines photos, certaines situations, certaines musiques, certains endroits provoquent chez vous un sentiment d'absence de plaisir ?

Questions B8-12 et C13-17 étaient cotées sur une échelle à quatre points sur de réponses : « beaucoup de temps », « pas mal de temps », « un peu de temps », « jamais ». Les questions A1, A2, A4 et A6, la première réponse possible était « continuellement ». Pour les questions A3, A5 et A7, la première réponse possible était « toujours ». Les 3 dernières réponses possibles les mêmes pour toutes les questions.

Annexe 14 :

Echelle d'évaluation du deuil compliqué ICG (inventory of complicated grief) H. G. Prigerson et al. , 1995

1. je pense tellement à cette personne qu'il est difficile pour moi de faire ce que je fais d'habitude
2. les souvenirs de cette personne morte me perturbent...
3. je sens que je ne peux accepter la mort de cette personne...
4. je sens un désir intense (de la présence) de cette personne morte qui me manque beaucoup...
5. je me sens attiré vers les endroits et les objets ayant un rapport avec cette personne morte, qui me manque beaucoup...
6. je ne peux m'empêcher d'être en colère à propos de sa mort...
7. je n'arrive pas à croire ce qui est arrivé...
8. je suis stupéfait et abasourdi par ce qui est arrivé...
9. depuis qu'elle est morte il est difficile pour moi de faire confiance aux gens...
10. depuis qu'elle est morte c'est comme si j'avais perdu la possibilité de me soucier des autres personnes...
11. je me sens très seul la plupart du temps depuis sa mort...
12. j'éprouve des douleurs dans les mêmes parties du corps ou les mêmes symptômes que la personne qui est morte...
13. je fais des détours pour éviter ce qui rappelle cette personne morte...
14. je trouve que la vie est vide sans cette personne morte...
15. j'entends la voix de cette personne morte qui me parle...
16. je vois cette personne morte se tenir devant moi...
17. je sens qu'il est injuste que je doive vivre quand cette personne est morte...
18. j'éprouve une amertume à propos de la mort de cette personne
19. je me sens envieux envers les autres qui n'ont pas perdu quelqu'un de proche...

Les réponses sont cotées de 0 à 4 : jamais : 0, rarement : 1, quelques fois : 2, souvent : 3, toujours : 4. Score maximum : 76. Seuil pathologique ICG >25

Summary

Pathological grief or pathology of grief?

Experiencing the loss of someone is an almost universal experience which most people have to face one day or another. It is inherent to the human condition experience. It might be considered as a 'normal' experience; however we know from the past that grief is an excess mortality risk factor as well as a major provider of somatic and psychological diseases. From this observation was born the concept of pathological mourning. However this concept might create debates since it is not found in the international classifications of mental diseases. Indeed, ICD-10 considers it as a lack of ability to adapt to the situation revealing a previously unrecognized or unknown vulnerability while the DSM-V considers it as the expression of a major depressive episode. It was after meeting of a woman who had been in grief for 5 years that the idea for this work was born. Who are the patients for whom the grieving continues? What does their suffering imply? So after having explained the elements found throughout the monitoring of this patient, we reflected on the sociological factors which might be involved in the pathology of mourning, both in its expression on the patient and on how it is perceived. Then we tried to find the links between the pathological mourning and the personality disorders on the one hand and with the major depressive episodes on the other. Finally we tried to end up on thinking about the meanings the psychoanalysts give to these unending griefs. This work has led us to conclude that pathological mourning is not a nosographic entity itself but that is rather covers the decompensation of a personality disorder as a major depressive episode during a mourning for which a psychotherapeutic work could help the patient to find a meaning for this loss.

Keys-words: grief, rites, personality disorder, depressive syndrome, identity, alliance.

Résumé

Deuil pathologique ou pathologie du deuil ?

L'expérience du deuil est une expérience quasi universelle à laquelle est confronté un jour ou l'autre la plupart des individus. C'est une expérience inhérente à la condition humaine. Toutefois, s'il s'agit d'une expérience « normale », on le sait depuis l'Antiquité le deuil constitue un facteur de risque de surmortalité et est un grand pourvoyeur de pathologies somatiques mais aussi psychiques. De ce constat est né le concept de deuil pathologique. Cependant ce concept est sujet à débat puisqu'on ne le retrouve pas dans les classifications internationales des pathologies mentales. En effet, la CIM-10 y voit davantage un trouble de l'adaptation venu révéler une vulnérabilité sous-jacente méconnue jusqu'alors tandis que le DSM-V y voit l'expression d'un épisode dépressif majeur. C'est dans les suites de la rencontre d'une patiente en deuil depuis 5 ans qu'est née la réflexion à l'origine de ce travail. Qui sont ces patients pour qui le travail de deuil se prolonge ? Que recouvre leur souffrance ? Ainsi après avoir exposé les éléments mis à jour tout au long du suivi de cette patiente, nous sommes revenus sur les facteurs sociologiques susceptibles de participer à la pathologie du deuil, tant dans son apparition que dans le regard qui lui est porté. Puis nous avons cherché à mettre à jour les rapports du deuil pathologique avec les troubles de la personnalité d'une part et avec l'épisode dépressif majeur d'autre part. Enfin nous avons tenté de faire le point sur le sens que peuvent donner les psychanalystes à ces deuils qui ne s'achèvent pas. Ce travail nous a amené à conclure que le deuil pathologique ne constituait pas une entité nosographique propre mais recouvrait plutôt la décompensation d'un trouble de la personnalité sous la forme d'un épisode dépressif majeur à l'occasion d'un deuil pour lequel un travail psychothérapique pouvait permettre une aide en éclairant sur le sens de cette perte pour l'endeuillé.

Mots clés : deuil pathologique, rites, trouble de la personnalité, syndrome dépressif, identité, alliance