

LES ATELIERS
DU PRATICIEN

SOUS LA DIRECTION DE
HÉLÈNE ROMANO

ACCOMPAGNER LE DEUIL EN SITUATION TRAUMATIQUE

Dix situations cliniques

DUNOD

NOUS NOUS ENGAGEONS EN FAVEUR DE L'ENVIRONNEMENT :



Nos livres sont imprimés sur des papiers certifiés pour réduire notre impact sur l'environnement.



Le format de nos ouvrages est pensé afin d'optimiser l'utilisation du papier.



Depuis plus de 30 ans, nous imprimons 70 % de nos livres en France et 25 % en Europe et nous mettons tout en œuvre pour augmenter cet engagement auprès des imprimeurs français.



Nous limitons l'utilisation du plastique sur nos ouvrages (film sur les couvertures et les livres).

Couverture : Elizabeth Riba

© Dunod, 2023 pour la nouvelle présentation,
2015 pour la première édition
11, rue Paul Bert, 92240 Malakoff
www.dunod.com

ISBN 978-2-10-083597-3

*Ce livre est dédié à ceux, petits et grands, endeuillés dans leur vie et dans leur cœur
à leurs proches si souvent démunis pour les soutenir
aux volontaires des associations de soutien aux endeuillés
et aux professionnels qui, jour après jour, y consacrent toute leur attention.*

*« Je continue à croire que ce monde n'a pas de sens supérieur.
Mais je sais que quelque chose en lui a du sens et c'est l'homme,
car il est le seul être à exiger d'en avoir. »*

Albert Camus

Table des matières

Liste des auteurs	VII
Introduction	1
Chapitre 1 Les indispensables sur le deuil	4
Le deuil, qu'est-ce que c'est ?	6
Le deuil adapté	9
Deuil et migration	14
Le deuil non adapté	19
Chapitre 2 Annoncer la mort	28
L'impact traumatique de l'annonce	30
Les conditions de l'annonce	30
Annoncer l'impensable	32
Modalités de l'annonce	34
Le cas des dons d'organes	41
Réactions immédiates suite à l'annonce	45
Chapitre 3 Ritualiser la mort	50
Les rituels funéraires	52

	Corps empêchés et rituels funéraires	53
	Rituels et morts collectives	57
	Spécificité des morts en conflits armés	64
Chapitre 4	Le deuil infantile	70
	Le deuil dans la prime enfance	72
	Le deuil chez l'adolescent	83
	Le deuil dans les fratries	87
	Annoncer la mort aux enfants	99
Chapitre 5	Deuil autour du berceau	102
	Grossesse et deuil	104
	Le deuil anténatal	111
	Co-animer un groupe de professionnels ET de parents endeuillés	116
Chapitre 6	Le deuil dans les familles	132
	La notion de traumatisme familial et ses conséquences	134
	Travail de deuil et résilience	136
	Les aides thérapeutiques	138
	Le travail avec la famille	141
	Le travail de mentalisation	146
Chapitre 7	Le deuil au grand âge	152
	Définition du grand âge	154
	Place du grand âge dans les sociétés occidentales	155
	Place du grand âge dans les sociétés traditionnelles	155
	Spécificité des pertes au grand âge	156
	Un continent gris à découvrir	159

Chapitre 8	Deuil et maladie psychiatrique, la double peine ?	170
	Un deuil est-il plus difficile à surmonter lorsque l'endeuillé est psychiquement malade ?	172
	Comment quantifier l'expression du deuil et le différencier des signes de la maladie en cours ?	173
	Évaluation du deuil	176
	Principes thérapeutiques	179
	Aménagements psychothérapeutiques	181
Chapitre 9	Deuil et suicide	184
	Définition	186
	Facteurs de risque et populations à risque	188
	Processus du deuil suite à un suicide	190
	Prise en charge des proches suite à un suicide	191
Chapitre 10	Aide et accompagnement des endeuillés	196
	Savoir proposer une aide	199
	Les groupes d'entraide et de soutien	200
	Les psychothérapies	207
	Les démarches administratives	215
	Les plaintes judiciaires	217
	L'identification médico-légale des corps	221
	Les expertises	224
	Rester disponibles pour les endeuillés	230
	Conclusion	238
	Annexes	240

Liste des auteurs

Ouvrage dirigé par :

Hélène ROMANO, docteur en psychopathologie, psychologue clinicienne et psychothérapeute spécialisée dans le psychotraumatisme. Elle est référente de la consultation de psychotraumatisme du Val de Marne au CHU Henri Mondor à Créteil (service du Pr. Marty) et chercheuse associée à l'Inserm U669.

Auteurs ayant collaboré à l'ouvrage :

Marie-Frédérique BACQUÉ, psychologue, psychanalyste, professeur de psychopathologie clinique à l'université de Strasbourg. Présidente de la société de thanatologie.

Thierry BONNETY, responsable du pôle jeunesse, médiathèque de l'agglomération de la Dracénie, Draguignan.

Charles DI, professeur certifié de philosophie, psychologue clinicien CHU Avicenne Bobigny/Hôpital Cochin, Paris. Docteur en psychologie, chargé de cours à l'université Paris Descartes/université catholique de l'Ouest, Angers.

Liliane DALIGAND, professeur de médecine légale, psychiatre des hôpitaux, expert près la Cour d'appel de Lyon.

Michel DELAGE, professeur de psychiatrie du Service de Santé des Armées, thérapeute familial, hôpital d'instruction des armées Sainte Anne, Toulon. Association « Vivre en famille », La Seyne-sur-Mer.

Christian LACHAL, psychiatre, psychanalyste, Clermont-Ferrand.

Hélène MARIE-GRIMALDI, psychologue clinicienne, centre hospitalier intercommunal Caux Vallée de Seine.

Valérie LUTGEN, médecin, Blagnac.

Dominique MERG-ESSADI, psychologue des Hôpitaux universitaires de Strasbourg, pôle Mère-Enfant. Présidente de Nos tout petits d'Alsace.

Hervé MIGNOT, médecin, président de l'association Elisabeth Kübler-Ross, France.

Jean-Claude MONFORT, psychogériatre, centre hospitalier Sainte-Anne, Paris. Sorbonne Universités, René Descartes.

LISTE DES AUTEURS

Annick PONSETI-GAILLOCHON, psychologue, centre hospitalier intercommunal de Villeneuve Saint-Georges.

Isabelle ROY, psychiatre psychothérapeute, Service du Professeur Philip Gorwood, Pôle du Professeur Frédéric Rouillon, Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale, centre hospitalier Sainte Anne, Paris.

Agnès SUC, pédiatre, responsable de l'équipe Ressource régionale douleur soins palliatifs pédiatriques de Midi-Pyrénées, CHU Toulouse.

Introduction

Hélène Romano

LA MORT, cette perte ultime de l'Autre est une violence indescriptible quand elle s'impose dans nos vies. Elle nous projette sur l'autre rive, celle de la perte, de l'absence, de la solitude et du manque. Pourtant la mort fait partie de la vie ; elle nous renvoie à la vie, à sa fragilité, à la vulnérabilité de tout être humain et au sens que nous donnons à notre relation aux autres, au temps qui passe comme aux événements vécus

Pour survivre psychiquement à la mort d'un proche les endeuillés sont contraints d'élaborer entre eux et celui qui n'est plus, une autre relation et d'autres modalités de liens. D'une rive à l'autre, de la mort à la vie, le processus de deuil s'engage comme une passerelle réflexive pour donner sens à l'impensable. Les questions autour de la mort et du deuil sont des énigmes universelles et l'être humain est le seul être vivant à s'interroger sur la mort, à honorer ses morts et à donner à la vie une telle valeur. Mais si ces interrogations préoccupent l'homme depuis toujours, la société moderne marque une évolution inédite. Nous sommes passés de ce que Philippe Ariès décrivait comme « la mort apprivoisée » au Moyen Âge, puis la « mort interdite » au XIX^e siècle pour aboutir à ce que nous désignerons comme la « mort impensable » du XXI^e siècle. Désormais les morts sont exclus du monde familial, de l'espace familial, du champ social et condamnés à une médicalisation désubjectivante ; les endeuillés sont sommés de rester à l'écart des vivants et de ne pas exprimer leur désespoir et leur peine ; les réactions de deuil sont déniées lorsqu'elles ne sont pas psychiatriquées ; les rituels s'appauvrissent face à l'urbanisation, à l'individualisme et aux décompositions familiales ; les soignants, désormais traités par le législateur comme des « commerciaux » du soin, voient leur pratique inscrite dans une logique comptable où la rentabilité prime sur l'humain. Comment comprendre une telle évolution ?

Les croyances anciennes ont fait place au savoir médical, techniciste et scientifique sur la mort. L'homme moderne, s'est convaincu qu'il pourrait, à force de progrès médicaux reculer sans cesse cette mort annoncée comme inéluctable. Mais en ne voulant plus voir la mort, il perd le sens de la vie. L'illusion de maîtrise de la vie par les progrès considérables dans le traitement des maladies les plus graves a conduit à une totipotence de l'homme du XXI^e siècle, convaincu de son pouvoir sur la mort et de sa certitude à parvenir à la contrôler. La mort est devenue l'ultime maladie, interdite, refoulée, impensable ; le deuil et ses manifestations sont désormais envisagés comme des troubles, symptômes psychiatriques, qu'il s'agit de prévenir, soigner et limiter.

En tenant de la maintenir à distance, l'homme du XXI^e siècle s'est amputé de la dimension humanisante de la mort, des croyances et des rituels qui l'accompagnaient et qui étaient si précieux pour les vivants pour la supporter et continuer de vivre. D'une extrémité à l'autre de l'échelle de la vie, nous pourrions faire ici le parallèle entre l'interdit actuel de penser la mort avec celui des siècles précédents de penser la sexualité infantile : à l'époque où la sexualité infantile n'était encore qu'une réalité impensable, certains multipliaient les théories pour maintenir à distance toute référence à la sexualité : des petits garçons naissant dans les choux, aux petites filles venues de roses en passant par les livraisons de bébés par les cigognes, l'imagination des adultes étaient à la hauteur de leur incapacité à penser l'enfant comme un sujet. Mais à cette période si les enfants étaient exclus du savoir adulte sur la procréation et la naissance, ils étaient directement informés de ce qui se tramait au moment de la mort. Les enfants, dès leur plus jeune âge participaient aux rituels funéraires ; ils voyaient le mourant ; assistaient au recueillement près du corps et aux funérailles. Aujourd'hui, les mystères de la « petite graine de papa » et de « la petite graine de maman » ne restent plus longtemps épargnés des informations technicistes sur « comment faire les bébés ». Si les adultes semblent plus enclins à informer les enfants au sujet de la sexualité, nous constatons qu'ils les excluent simultanément du savoir autour de la mort. Petits savants nourris dès leur plus jeune âge aux images, les enfants sont expulsés de la chambre du mourant et tenus à l'écart du mort sous prétexte qu'ils risqueraient d'être traumatisés.

Voir ou ne pas voir, est-ce réellement la question ou l'enjeu n'est-il pas du côté du savoir et de la mise en sens de celui-ci ?

À l'ère de l'information et de la communication « technologisées », l'accès aux renseignements et aux informations de toutes sortes devient un jeu d'enfant, dès le plus jeune âge. Internet, les réseaux sociaux, la télévision, les jeux vidéo, les téléphones portables et autres supports médiatiques conduisent les enfants de plus en plus jeunes à être exposés à des images de toutes sortes. Les enfants voient la mort, ils en ont une représentation mais ce qui a été bouleversé par rapport aux siècles précédents c'est que ce savoir sur la mort, comme sur la sexualité se construit finalement dans l'isolement total et dans la solitude. Ils sont ainsi capables d'expliquer, de façon techniciste la procréation bien plus qu'ils ne savent appréhender la dimension émotionnelle de l'amour. Ils peuvent décrire des façons de mourir et l'état d'un corps, en lien avec ce qu'ils peuvent visionner via les journaux télévisés et autres séries, mais restent seuls face à leurs ressentis.

Mais la mort n'est pas une maladie, elle est la vie, une forme ultime de vie, irréductible à toute approche « rationalisante » et l'évolution de notre société qui tente de maintenir à distance la mort et à individualiser le deuil, ne saurait nous interdire l'importance de prendre soin des défunts et des endeuillés. En France, ces dernières années ont été marquées par un renouveau de la réflexion autour de la mort, des endeuillés et du deuil. L'attention à la clinique du deuil a ainsi été portée en particulier par le professeur Louis Vincent Thomas

membre fondateur en 1966 de la Société de Thanatologie ; puis par le docteur Michel Hanus (décédé en 2010) et le professeur Marie-Frédérique Bacqué avec la création de « Vivre son deuil » puis de la « Fédération Européenne Vivre son Deuil ». Au-delà de leur humanité, ils ont fait de la réflexion sur le deuil un sujet vivant, source de créativité et à l'origine de dispositifs multiples que ce soit pour la reconnaissance des soins palliatifs ou pour l'attention à porter aux enfants endeuillés et à toute personne confrontée à la mort. Leurs nombreux travaux sont aujourd'hui devenus les références fondamentales pour les soignants et tous les intervenants à ce sujet.

Cet ouvrage souhaite s'inscrire modestement dans leur continuité, avec pour objectif d'apporter de façon pragmatique aux intervenants prenant en charge des endeuillés, des repères et des ressources. Qu'il s'agisse de comprendre les enjeux cliniques liés aux différents types de deuil, de savoir comment annoncer la mort, de comprendre la place des rituels dans le processus de deuil, d'envisager comment prendre en charge les enfants, les familles, de savoir comment soutenir les plus vulnérables (femmes enceintes, personnes âgées, sujets présentant des troubles mentaux), de ne pas exclure les endeuillés par suicide et de s'autoriser à penser la réalité du deuil en anténatal, de connaître toutes les démarches et procédures auxquels sont confrontés les endeuillés et les ressources possibles pour les soutenir, tous ces points sont abordés, sans tabou et simplement, par des professionnels de terrain, reconnus pour leur travail auprès des endeuillés.

Organisé en dix chapitres, cet ouvrage consacre une part importante dans ses annexes aux références et aux lieux ressources (pour les professionnels comme pour les endeuillés, petits et grands).

Notre objectif est de rappeler toute l'importance de donner sens à la vie, ce qui ne peut se faire sans attention portée à la mort, aux morts et aux endeuillés. De cette attention et de cette mise en sens, résulte une richesse des prises en charge dont témoignent tous les auteurs qui ont participé à cet ouvrage. Passeurs de vie, ils autorisent la mise en sens autour de cette expérience indicible de la perte d'un proche. Ils participent ainsi à faire du deuil un processus de passage source de créativité indispensable pour transcender l'angoisse de mort et témoigner de l'humanité nécessaire à porter aux endeuillés. Seuls l'écoute, les mots, l'attention, la présence et les rites permettent de contenir la détresse face à la mort. Cette « humanité » permet aux endeuillés de ne pas sombrer dans la détresse de leur chagrin ; elle les amène à découvrir des ressources personnelles insoupçonnées, à renforcer celles existantes pour que ce deuil s'inscrive dans leur vie sans que leur vie ne soit réduite à ce deuil.

Quand soudain la vie bascule et tout s'arrête, tout sujet du plus petit au plus âgé, devrait pouvoir trouver des personnes, proches comme professionnelles, en mesure de lui apporter cette « humanité » si nécessaire pour lui permettre d'entrevoir un espoir : celui de continuer de vivre ; autrement, différemment, mais vivre assurément.

Chapitre 1

Les indispensables sur le deuil

SOMMAIRE

Le deuil, qu'est-ce que c'est ?	6
Une souffrance aux multiples dimensions	6
Un traumatisme	7
Un processus psychique.....	8
Le deuil adapté	9
Le deuil peut être envisagé à travers différents stades	9
Le deuil adapté n'est pas une maladie mentale.....	10
Le deuil possiblement hypothéqué par différents facteurs	11
Deuil et migration	14
Des prises en charge trop ethnocentrées.....	14
Deuil, culture et visions du monde.....	14
Le deuil non adapté.....	19
Le deuil : possible pathologie mentale.....	19
Le deuil difficile	20
Le deuil compliqué	20
Le deuil traumatique ou deuil traumatogène.....	23
Le deuil post-traumatique	25
Le deuil pathologique ou psychiatrique.....	25

*« Oscillant entre le désir de plaire et la crainte de l'attachement,
je restai apparemment "indifférente".
Plusieurs qualificatifs me désignaient comme étrange,
réservée ou plus radicalement "muette comme une tombe" !
En retour, et pour me protéger, je m'employais à faire "comme si".
En fait, il ne s'agissait ni de froideur ni d'indifférence. J'étais en deuil.
Et je ressentais comme une nécessité d'habiter un monde lisse,
impersonnel et protecteur vis-à-vis non pas de la mort,
mais de la séparation qu'elle inflige
avec la disparition de l'autre. »*

Ginette Raimbault

LE DEUIL, QU'EST-CE QUE C'EST ?

Étymologie

Étymologiquement le mot deuil vient du latin « *dolus* » et par extension de « *dolore* » (souffrir). Ce terme n'a donc, initialement, pas de référence spécifique à la mort, mais bien davantage à la douleur du chagrin et à la souffrance de l'âme.

Une souffrance aux multiples dimensions

En français et dans l'usage courant, le « deuil » est devenu progressivement un terme associé aux réactions de douleur spécifiquement liées à la mort d'un proche. La notion originelle de « douleur » a ainsi pris une valeur polysémique, en regroupant à travers le même terme, différentes dimensions n'ayant pas toute la même signification :

- *dimension somatique* : correspond aux réactions physiologiques consécutives à la mort d'un proche qui viennent bouleverser l'équilibre somatique antérieur. L'expression qui y fait référence est celle d'« être en deuil » qui traduit les différentes manifestations somatiques liées à cet état comme le ralentissement idéique, les troubles du sommeil, l'asthénie, les douleurs diffuses, etc. ;
- *dimension psychologique* : relevée initialement par Freud qui l'a décrit en expliquant le fait que le deuil est « régulièrement la réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place ». Ce processus psychique réactionnel à la perte d'un être cher (et non exclusivement à sa mort), traduit le travail psychique nécessaire pour

la surmonter et parvenir à supporter la réalité de cette disparition. C'est la notion de « *travail de deuil* » qui traduit les enjeux psychologiques du deuil ;

- *dimension psychiatrique* : résulte des réactions du deuil pouvant conduire à des troubles psychopathologiques et à des symptômes spécifiques. L'approche psychiatrique conduit à différentes classifications qui ont valeur de consensus au niveau de la communauté scientifique internationale comme celle du DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) et celle de la CIM (Classification Internationale des Troubles Mentaux). Ces perspectives descriptives classent les manifestations pathologiques en fonction de critères précis et évaluent les troubles éventuels à partir d'échelles quantitatives et de critères opérationnalisés ;
- *dimension culturelle* : liée aux référentiels culturels des endeuillés et de celui qui est mort. La diversité culturelle est multiple et cette dimension est spécifique à chaque culture : le rapport à la mort ; le sens donné à cette mort ; les représentations sur le devenir du corps et de l'âme du défunt ; les soins portés au corps ; les manifestations du chagrin ; les modalités d'expression du deuil ; la place des proches dans les rituels funéraires ; etc. ;
- *dimension religieuse* : correspond aux croyances des endeuillés, en particulier au sens donné à la mort à travers des références religieuses. La croyance de la mort comme une étape et d'une survie de l'âme dans le « royaume des morts » ou dans la réincarnation d'une autre âme, est commune à de nombreuses religions. Au-delà de leurs divergences le christianisme, le judaïsme, l'islam, l'hindouisme, le bouddhisme, le jaïnisme et le sikhisme, partagent cette représentation de la mort comme un passage entre la vie et une autre forme d'existence ;
- *dimension sociale* : traduit les conséquences sociales qui suivent une perte pour l'endeuillé et les représentations sociales de ce deuil pour l'ensemble de la société. Elle conduit à l'expression « porter le deuil ». Cette dimension sociale du deuil évolue à travers les époques comme l'évolution des codes vestimentaires des endeuillés ou des cortèges funéraires en témoignent. Les réactions massives suite aux attentats de janvier 2015 en France en sont un exemple.
- *dimension familiale* : liée au rapport que chaque famille entretient avec la mort du fait de ses références culturelles, éducatives et religieuses. Pour exemple la rédaction des faire-part de décès ; la place de chaque endeuillé au moment des rituels funéraires ; les lieux d'inhumation comme les caveaux familiaux ; les réunions familiales organisées ou non autour du décès, etc.

Un traumatisme

Au sens général, le traumatisme est une blessure avec « effraction ». Au niveau psychique le deuil est un traumatisme en raison de l'impact de la confrontation à la mort et des

bouleversements intrapsychiques et intersubjectifs qu'elle impose. Si l'on considère que tout sujet est doué d'un psychisme et que celui-ci s'étaye à partir des relations qu'il élabore avec son environnement, il est aisé de comprendre que le moindre bouleversement du monde extérieur est susceptible d'avoir des répercussions au niveau de sa dynamique intrapsychique et intersubjective. La mort d'un proche conduit à une rupture violente des repères antérieurs, des certitudes et des habitudes. Elle fait véritablement effraction dans la continuité de vie d'un sujet et s'impose à lui ; tout autant que s'imposent toutes les conséquences de ce décès (bouleversement dans la dynamique familiale ; désorganisation dans la vie quotidienne ; enjeux matériels et économiques, etc.). Ce véritable « *cataclysmes intérieur* » (Bowlby) conduit à une crise existentielle source de multiples remaniements. La majorité des endeuillés parvient à se dégager progressivement de l'état d'agonie psychique dans lequel cette effraction les a figés, par ce qui pourrait être qualifié de deuil « adapté ». D'autres restent durablement blessés psychiquement ce qui conduit à des deuils « difficiles », « compliqués » voire « pathologiques ».

Un processus psychique

Au niveau psychique le deuil, n'est pas un état figé mais un « processus » qui s'inscrit dans le temps et qui est inauguré par la rupture violente avec la vie que représente la perte brutale d'un être proche. Si le deuil est souffrance, c'est moins par la réalité de la perte que par la représentation de cet événement et le sens de cette perte dans la vie du sujet. Ce processus psychique, qualifié par Freud en 1915 de « travail de deuil » est une expérience singulière, propre à chaque endeuillé, à ses ressources antérieures, à ses référentiels culturels et religieux, au contexte du décès, et aux ressources qu'il trouvera suite à cette perte. « L'objectif premier et immédiat » du travail de deuil étant comme l'a si bien explicité Michel Hanus « de nous maintenir en vie » (1995).

Résumé « Qu'est-ce que le deuil ? »

- Le terme « deuil » est polysémique : il recouvre de multiples dimensions : somatiques psychologiques, psychiatriques, sociales, culturelles, religieuses, familiales.
- Tout deuil est un traumatisme : car la confrontation à la mort (ou à toute perte de dimension mortifère) fait effraction dans le psychisme de l'endeuillé et vient bouleverser, de manière plus ou moins durable, ses repères et ses capacités de compréhension et d'élaboration.
- Le deuil n'est pas une maladie mais un processus psychique adapté et consécutif à la perte.
- Le travail de deuil correspond au processus psychique qui s'initie chez tout endeuillé, dès l'annonce de la perte. Il reste singulier et spécifique à chacun.



- Le destin du deuil est intimement lié à la personnalité de l'endeuillé, au mode de relations antérieures établi avec celui qui a disparu et aux types d'identifications (positives ou négatives ; créatives ou destructives) que l'endeuillé parviendra à instaurer avec le souvenir de celui qui n'est plus.
- La dimension culturelle du deuil est essentielle à reconnaître et à prendre en considération lors de la prise en charge d'endeuillés

LE DEUIL ADAPTÉ

Le deuil peut être envisagé à travers différents stades

Dans notre contexte de société contemporaine, de nombreuses études ont tenté de catégoriser les réactions consécutives au deuil et de comprendre ce qui permettait aux endeuillés de penser celui qui n'est plus et de panser leur chagrin. La notion de travail de deuil a ainsi été initialement pensée avec ce référentiel culturel exclusif, ce qui a conduit à une représentation d'un processus organisé par stades. Selon les auteurs trois, voire cinq grandes étapes du travail de deuil sont habituellement repérées (Bacqué, 2000 ; Hanus, 1995 ; Bowlby & Parkes, 1970 ; Kübler-Ross, 1969). Habituellement ces stades se succèdent mais sont susceptibles de se chevaucher. Globalement, et pour des endeuillés occidentaux :

1. Le premier temps du travail du deuil est marqué par une *phase de sidération* qui s'initie dès l'annonce de la perte ; cette nouvelle étant d'autant plus violente qu'elle survient brutalement sans avoir pu être anticipée. Selon les référentiels, il peut y avoir des manifestations de détresse absolue, des cris, des pleurs, de l'incompréhension, de la stupeur ou de la sidération. La souffrance psychique s'exprime alors à l'état brut. La mort est toujours trop violente, trop subite, trop insupportable et passé le temps de la stupeur, sa réalité matérielle est souvent refusée dans un mouvement d'incrédulité, voire de déni : « ce n'est pas vrai », « ce n'est pas possible », « je ne peux pas y croire ».
2. Le second temps est décrit comme une *période de colère* pouvant conduire à des réactions agressives à l'encontre des proches présents au moment du décès ou des professionnels. La colère peut certaines fois s'exprimer à l'encontre du décédé, en particulier dans les morts par suicide : « pourquoi il nous a fait ça ». Cette phase de révolte est souvent majorée par le doute et l'incertitude quant à la réalité du décès lorsque le corps du défunt n'est pas retrouvé et que les familles n'arrivent pas à avoir des éléments fiables sur le contexte du décès. C'est à cette période que s'initient le plus souvent les plaintes et autres démarches judiciaires. Elles permettent de cristalliser la colère sur des procédures avec cette quête de trouver un responsable, désigner un coupable pour pouvoir donner du sens à ce qui a détruit leur vie.

3. Le troisième temps est marqué par une *période de désorganisation psychique*, se traduit dans les sociétés industrielles par des réactions émotionnelles multiples : désespoir, culpabilité, honte, pleurs, retrait social, identification au défunt, troubles dépressifs, etc. Suite au choc initial de l'annonce, l'endeuillé présente un état inhabituel avec des altérations au niveau somatique (douleurs inhabituelles, troubles de l'appétit, du sommeil), au niveau intellectuel (difficultés de concentration et de mémoire), au niveau affectif (sensibilité accrue, irritabilité, tristesse, culpabilité, inhibition, isolement social). Cette phase de désorganisation témoigne en fait du travail de désinvestissement à l'égard de l'objet perdu. C'est un temps où alternent des phases de réminiscences (souvenirs tous les souvenirs partagés avec le défunt et des représentations qui y sont liées) et de détachement émotionnel. La douleur de cet état peut être intense, déchirante ou au contraire silencieuse et lancinante. Intégrer psychiquement la disparition de l'être cher, peut confronter à de forts sentiments inconscients de culpabilité qui renforcent la douleur du deuil.
4. Le quatrième temps est celui de la *réorganisation psychique* liée à l'ajustement de l'endeuillé à la perte de son proche. C'est une étape d'intériorisation de la relation avec la personne qui a été perdue et de réinvestissement de la vie ; une vie inéluctablement différente de la vie « d'avant », mais une vie possible qu'il faut supporter, apprivoiser peu à peu. Ce temps permet d'accorder à l'être disparu une autre place dans un monde où il sera représenté grâce aux rappels des souvenirs, photos, objets et autres supports lui ayant appartenu. L'endeuillé parvient ainsi progressivement à réinvestir le monde extérieur et à se réinscrire dans la vie ; ou plus précisément à s'inscrire dans une autre vie. Il s'agit d'apprivoiser l'absence du proche. Certains auteurs parlent aussi « d'adaptation », « de phase de récupération ». Il nous semble plus approprié de parler « d'ajustement » pour prendre en compte à chaque instant ce qu'il en est de l'acceptation de la réalité de la perte ET de des conséquences de celle-ci.

Le deuil adapté n'est pas une maladie mentale

La mort fait partie de la vie mais la médicalisation de notre société moderne conduit à une mort indéfiniment repoussée et qui n'est plus qu'une réalité lointaine, tenue à distance à grand renfort de technologie médicale. Le corps du mourant est pris en charge le plus souvent à l'hôpital où la mort est médicalisée, technicisée et aseptisée. Le patient est coupé de son monde familial et de son entourage familial ; perfusé, traité et réanimé jusqu'à l'extrême limite. Et à cette ultime frontière de la vie qu'est le trépas, sa survenue est perçue comme un échec de la médecine et du savoir médical. Ce vécu d'échec à n'avoir pu empêcher la mort, explique sans doute, au moins en partie, la médicalisation des conséquences de cette mort, à savoir celles liées aux réactions des endeuillés : à défaut d'avoir pu empêcher la mort, la médecine reprend le contrôle en médicalisant les vivants.

Par exemple, le moindre décès en milieu scolaire conduit au déclenchement d'une « cellule d'écoute » ; la moindre consultation d'un endeuillé auprès d'un médecin généraliste se traduit bien souvent par des prescriptions multiples d'antidépresseurs, d'anxiolytiques et autres tranquillisants.

Mais en médicalisant les réactions de deuil, notre société signifie aux endeuillés que leurs réactions sont pathologiques et participe à les insécuriser psychologiquement, bien plus qu'elles ne les soutiennent.

Le deuil possiblement hypothéqué par différents facteurs

Le deuil adapté permet au sujet endeuillé de modifier ses relations à l'égard de l'être cher désormais disparu, sans que cela n'entraîne un effondrement psychique total. Les auteurs constatent que les sujets qui s'adaptent à cette expérience si douloureuse du chagrin sont pour la majorité des personnes qui ont bénéficié antérieurement d'un attachement sécurisé ; c'est-à-dire un attachement suffisamment protecteur et valorisant. Certains facteurs sont aujourd'hui reconnus comme ayant une incidence sur l'évolution du deuil :

- **les facteurs individuels dits endogènes** liés à chaque endeuillé, ils sont multiples :
 - *la variable sexe* : les hommes endeuillés s'isoleraient socialement davantage, auraient des consommations plus importantes de tabac et d'alcool alors que les femmes seraient plus à risque de déprimer (Bennet, 2007, Courtenay, 2000 ; Martin-Matthews & Davidson, 2006). Les veuves supporteraient davantage le décès de leur conjoint, que les veufs celui de leur épouse (Rogers, 1995) ;
 - *l'âge de l'endeuillé* : avec aux deux extrémités de la vie (enfance et vieillesse) une incidence majeure du deuil sur la santé physique et psychique (Shanfield & Swain, 1984, Disjkstra, 2000, Zech, 2006 ; Bacqué, 2000) ;
 - *la personnalité des endeuillés* : certains types de personnalité seraient plus prédisposés au deuil pathologique (Parkes, 1962). La vulnérabilité psychique face au deuil pourrait s'expliquer chez des personnes sans troubles mentaux préexistants mais fragilisées sur le plan physique ou psychologique (Hanus, 2001) ;
 - *les blessures et handicaps irréversibles subis par les endeuillés* au moment du décès de leur proche (suite par exemple à un accident). Rappelant constamment l'événement mortel elles majoraient la détresse du deuil ;
 - *la qualité des liens avec l'endeuillé* : selon les cas, les liens de l'endeuillé avec celui qui est mort étaient positifs et très investis ; dans d'autres situations difficiles, ils pouvaient être faits de rivalité et de défiance.
- **les facteurs sociaux et culturels** : plusieurs facteurs sont reconnus comme limitant la majoration de la souffrance du deuil :

- *un environnement social familial et social soutenant*, comme l'appartenance à une communauté étayante, évite l'isolement contrairement aux situations où l'endeuillé est isolé et sans relation familiale, sociale ou même professionnelle ; comme par exemple certains célibataires sans enfant (Youngblut & al., 2009 ; Bacqué, 2000) ;
 - *la présence d'enfants dans la famille (dans les cas de mort d'un enfant)* : est considérée comme un facteur fréquent de protection d'un effondrement conduisant à un deuil compliqué (Wijngaards-de Meij et al. 2005) ;
 - *une activité professionnelle valorisante* permettrait aux endeuillés d'éviter de sombrer dans une rumination de leur détresse (Zech, 2006) ;
 - *la religion* participerait à donner un sens à la mort et les rituels religieux seraient d'un secours important pour certains endeuillés (Bacqué, 2000). L'appartenance à une religion mobilise également souvent la communauté qui assure alors un soutien auprès des endeuillés.
- **les facteurs exogènes** : certaines circonstances liées au contexte du décès et à l'état du corps sont déterminantes dans l'évolution du deuil :
 - *soudaineté et violence de la perte* (telles que perçues par l'endeuillé) : majorent les risques de deuil compliqué (Sanders, 1993 ; Bonnano et Kaltman, 1999 ; Barry et al., 2002) ;
 - *mort d'un enfant* (Cleiren 1991, Leahy 1992, Sanders 1980, Zech 2006, Bonanno et al., 2003). En 2011 Harper et al. démontrent que les parents endeuillés d'un enfant dans sa première année, présentent jusqu'à 15 ans après la mort de leur enfant, un risque de mortalité significativement plus élevé ;
 - *mort intentionnelle* (crime, attentat, suicide) : elle conduit, à des ajustements plus difficiles pour l'endeuillé avec des risques plus importants de symptômes pathologiques en particulier de troubles post-traumatiques ;
 - *mort par suicide* : elle a des incidences variables selon les sociétés et les cultures, certaines considérant l'acte suicidaire comme une transgression majeure, signe de pathologie psychiatrique ; d'autres l'intégrant comme un rituel adapté à leurs référentiels (exemple des veuves issues des hautes castes en Inde qui partage la mort de leur époux en se laissant mourir sur le bûcher funéraire) ;
 - *corps très endommagé* : cela empêche les endeuillés de rendre un dernier hommage au défunt en le regardant une dernière fois. Quand le « corps n'est pas visible », les endeuillés doivent accepter d'effectuer les funérailles sans avoir pu « voir » et être assurés qu'il s'agit bien de leur proche. Ils sont contraints de faire confiance à ceux chargés du corps et qui sont des personnes qu'ils ne connaissent pas ; démarche particulièrement délicate à un moment où la perte de repères et de confiance à l'égard du monde extérieur est majeure ;

- *corps non retrouvé ou disparu*, les familles peuvent être dans une incertitude sur le devenir de leur proche (cas des disparitions) et espérer pendant des mois, voir des années qu'il réapparaisse bien vivant. Dans d'autres circonstances (incendie, accident d'avion, avalanche, aveu d'un crime etc.) la certitude qu'il est mort peut être présente, mais l'absence matérielle du corps rend souvent le deuil difficile, ne serait-ce qu'au niveau des rituels. Les funérailles sont en quelque sorte « suspendues » à l'espoir de retrouver un jour le corps ;
- *impossibilité d'être présent aux funérailles*, par exemple lorsque le décès a lieu dans un pays lointain ou lorsque l'endeuillé n'est pas informé de la mort de son proche (cas fréquent des jeunes enfants ou des adultes âgés tenus à l'écart de cette information par les proches pour les « préserver »).

Résumé « Le deuil adapté »

Un deuil est dit « adapté » lorsque l'évolution du travail de deuil ne conduit pas à l'effondrement psychique de l'endeuillé et qu'il se traduit par la traversée des différentes étapes habituellement décrites.

Les étapes du travail de deuil : correspondent à une représentation occidentale des réactions des endeuillés. Elles s'organisent à travers différents stades traversés par l'endeuillé et traduisent l'évolution du processus psychique face à la perte. Il est habituel de prendre en compte (Parkes, 2001 ; Bonanno *et al.*, 1002 ; Carr *et al.*, 2005) :

- le profil de l'endeuillé (âge, sexe, personnalité, soutien familial, social, professionnel, deuils simultanés ou deuil isolé, etc.) ;
- le contexte du décès (type de mort, état du corps, possibilité d'envisager une sépulture) ;
- la qualité du lien entre l'endeuillé et le défunt ;
- les ressources antérieures, en particulier le style d'attachement, les références culturelles et religieuses de l'endeuillé.

Tout deuil reste *potentiellement* traumatogène et peut conduire à un « trauma » (blessure psychique) et à des complications du travail de deuil.