

Pascal Millet

Médecin hospitalier, et professeur, Programme de formation EPSSSEL
[Éducation et Promotion Santé et Social En Ligne :
cours EPSSSEL sur le deuil et les soins palliatifs]
Université de Franche-Comté

(2006)

“LE DEUIL”

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole,
Professeur sociologie au Cégep de Chicoutimi
Courriel: jean-marie_tremblay@uqac.ca

Dans le cadre de "Les classiques des sciences sociales"

Site web: <http://classiques.uqac.ca/>

Une bibliothèque fondée et dirigée par Jean-Marie Tremblay, sociologue

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi

Site web: <http://bibliotheque.uqac.ca/>

Cette édition électronique a été réalisée Jean-Marie Tremblay, bénévole, professeur de soins infirmiers retraitée de l'enseignement au Cégep de Chicoutimi

Courriel: jean-marie_tremblay@uqac.ca

à partir du livre de :

Pascal Millet, "**Le deuil**". Université de Franche-Comté, cours EPSSEL sur le deuil et les soins palliatifs, 2006.

M. Millet est médecin hospitalier et professeur dans le programme : Éducation et Promotion Santé et Social en Ligne [EPSSEL, cours sur le deuil et les soins palliatifs] de l'Université de Franche-Comté.

[Autorisation formelle de l'auteur accordée le 16 septembre 2005.]



Courriel : pmillet@ch-belfort-montbeliard.rss.fr
Programme universitaire : <http://epsel.univ-fcomte.fr/>

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte: Times New Roman, 14 points.

Pour les citations : Times New Roman 12 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2004 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format : LETTRE (US letter), 8.5'' x 11''

Édition numérique réalisée le 10 mai 2006 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.



Table des matières

I. Les visions du deuil

A. La Vision « société civile »

- 1) Le deuil en tant que souffrance
 - a) L'entrée brutale dans le deuil :
 - b) La deuxième phase du deuil est l'état central du deuil.
 - b-1) Deuil et Souffrance
 - b-2) Deuil et Dépression
 - b-3) L'accompagnement
 - c) La période de rétablissement
- 2) Le deuil en tant que comportement social
 - a) Comment les français contemporains voient-ils les rites des obsèques ?
 - b) Quels sont les rites de mort les plus habituels des principales religions ?
 - Religion catholique
 - Protestantisme
 - Judaïsme
 - Islam
- 3) Quelques commentaires sur les rites de deuil
 - a) Rites de passage (Van Gennep)
 - b) Trois acteurs
 - c) Rites vs Pratiques
- 4) Le deuil comme réalité objective

B. La Vision Psychanalytique

C. La vision « médicale » du deuil

- 1) Les conséquences médicales somatiques du deuil.
- 2) Le Traitement Médical du Deuil.

a) Les deuils « psycho-pathologiques »

Les deuils compliqués
Les deuils pathologiques

b) Deuil et Médecine Générale

Pour les somnifères
Pour les antidépresseurs

c) L'aide aux endeuillés (excluant le rôle de l'entourage)

Les interventions individuelles
Les interventions collectives
Le rôle des professionnels et des associations :

II. Essai de réflexion et de synthèse

A. L'Identité.

B. Le deuil comme événement de passage.

C. Conclusion

Préambule

Saint Augustin, *Les Confessions* -- Livre IV (France Loisirs - Présentation et notes de Guy Rachtet)

[Retour à la table des matières](#)

« Dans les premières années que j'avais commencé à enseigner la rhétorique en la ville où je suis né, la conformité des mêmes études et de la même profession, m'avait acquis un ami qui était en la fleur de sa jeunesse et de même âge que moi. Nous avons été nourris ensemble dès notre enfance, nous avons été ensemble au collège, et nous avons joué ensemble. Mais notre amitié n'était pas alors aussi forte qu'elle fût depuis, quoique jamais elle n'ait été véritable, d'autant qu'il n'y en a point de véritable que celle que vous formez, mon Dieu, entre ceux qui sont attachés à vous par cette charité que le Saint Esprit répand dans nos coeurs. Cette amitié néanmoins m'était extrêmement douce, parce qu'elle était animée par la chaleur des mêmes desseins et des mêmes affections. Je l'avais détourné de la vraie foi dans laquelle il avait été instruit dès sa jeunesse, quoique non pas pleinement et parfaitement, pour le porter dans ces superstitieuses et ces détestables rêveries qui faisaient répandre à ma mère tant de larmes à mon sujet. Son esprit était rentré avec moi dans l'erreur et je ne pouvais plus vivre sans lui.

Mais vous, Seigneur, qui êtes tout ensemble le Dieu des vengeances et la source des miséricordes et qui, poursuivant de près vos esclaves fugitifs, les savez ramener à vous par des moyens admirables, vous me l'enlevâtes et le tirâtes du monde, lorsqu'à peine il y avait un

an que je jouissais de la douceur de son amitié qui m'étais plus chère que tous les autres plaisirs de ma vie.....

La douleur de sa perte remplit mon cœur de ténèbres. Je ne voyais autre chose devant mes yeux que l'image de la mort. Mon pays m'était un supplice ; la maison de mon père m'était en horreur ; tout ce qui m'avait plu en sa compagnie m'était devenu sans lui un sujet de tourment et d'affliction ; mes yeux le cherchaient partout et je ne pouvais le trouver ; et je haïssais toutes les choses que je voyais, parce que je ne le voyais point en aucune d'elles, et qu'elles ne pouvaient plus me dire : « il viendra bientôt », comme elles me le disaient pendant sa vie lorsqu'il se trouvait absent... Ainsi je ne trouvais de la consolation qu'en mes larmes, qui ayant succédé à mon ami, étaient devenues le seul délice de ma vie.

Maintenant, Seigneur, que ces mouvements de mon affliction sont passés, et que la douleur de ma plaie s'est adoucie par le temps, puis-je approcher de votre bouche les oreilles de mon cœur, et apprendre de vous, qui êtes la vérité même, pourquoi les larmes sont si douces aux misérables ?... Je vous demande donc, ô mon Dieu, d'où vient que l'on cueille des fruits si doux des amertumes de la vie, tels que sont les pleurs, les soupirs, les gémissements et les plaintes ? Est ce l'espérance que nous avons d'être exaucés de votre bonté qui nous y fait trouver cette douceur ? Cela peut être vrai dans les larmes que nous versons en vous priant, parce que nous les répandons dans le désir qu'elles arrivent jusqu'à vous. Mais la même chose ne se rencontre-t-elle pas dans l'affliction d'une perte semblable à celle qui m'accablait alors de douleur ? Car je n'espérais ni ne demandais de faire revivre mon ami ; mais je pleurais et je soupirais seulement parce que j'étais malheureux, et qu'en le perdant j'avais perdu toute ma joie. Ou dirons-nous que les larmes sont amères d'elles mêmes et qu'elles nous semblent douces en comparaison du regret de ne jouir plus de ce que nous possédions auparavant, et de l'horreur que nous donne cette perte ?

Je m'étonnais de voir vivre les autres hommes après la mort de celui que j'avais aimé, comme ne devant jamais mourir ; et parce que j'étais un autre lui même, je m'étonnais encore d'avantage de me voir vivre après sa mort. Certes cet ancien avait raison, qui parlant de son

ami, le nommait la moitié de son âme ; car je ressentais que celle de mon ami et la mienne n'avaient été qu'une seule âme qui donnait la vie à deux corps. Ainsi la vie m'était en horreur à cause que je ne voulais pas n'être vivant qu'à demi : et c'était peut être par cette même raison que je craignais de mourir, de peur que celui que j'avais si fort aimé ne mourût entièrement.

Quelle folie de ne savoir pas aimer les hommes comme des hommes ! Et que l'homme est peu sage de souffrir avec tant d'impatience ces infortunes humaines ! Je m'agitais, je soupirais, je pleurais et j'étais en trouble, sans trouver aucun repos, ni sans savoir à quoi me résoudre. Car je portais mon âme toute déchirée et toute sanglante qui ne pouvait souffrir de demeurer dans mon corps, et ne savais où la mettre. Elle ne trouvait point de soulagement, ni dans les bois les plus agréables, ni parmi les jeux et la musique, ni dans les lieux les plus odoriférants, ni dans les festins les plus magnifiques, ni dans les voluptés de la chair, ni dans les livres et dans les vers. Toutes choses, et la lumière même, m'étaient en horreur ; et tout ce qui n'était pas mon ami m'était devenu insupportable, excepté les larmes et les soupirs dans lesquels seuls je trouvais un peu de soulagement

Le temps ne se passe pas inutilement ; il n'est pas stérile dans son cours : il fait de fortes impressions sur nos sens, et produit de merveilleux effets dans nos esprits. À mesure qu'il continuait ses révolutions, il jetait d'autres images dans ma fantaisie, et d'autres idées dans ma mémoire, et me faisait rentrer peu à peu dans mes plaisirs accoutumés, ma douleur cédant de jour en jour à mes divertissements ordinaires... Or ce qui me remit et me soulagea d'avantage, fut la douceur de la conversation de mes autres amis... Il y avait aussi d'autres choses qui me plaisaient fort en leur compagnie, comme de s'entretenir, de se réjouir, de se rendre divers témoignages d'affection, de lire ensemble quelques livres agréables, de se divertir, de se traiter avec une civilité officieuse, de disputer quelquefois sans aigreur, ainsi qu'un homme dispute quelquefois avec soi même, et d'assaisonner, comme par le sel de ces légères contestations qui sont très rares, la douceur si commune et si ordinaire de se trouver presque toujours dans les mêmes sentiments, de s'instruire l'un l'autre, d'apprendre l'un de l'autre, d'avoir de l'impatience pour le retour des absents, et de les recevoir avec joie à leur arrivée.

Ces témoignages d'affection et autres semblables, qui procèdent du cœur de ceux qui s'entr'aident, et se produisent au dehors par leur bouche, par leur langue, par leurs yeux et par mille autres démonstrations si agréables, étaient comme autant d'étincelles de ce feu de l'amitié qui embrase nos âmes, et de plusieurs n'en fait qu'une.

Saint Augustin – Les Confessions -- Livre IV (France Loisirs -
Présentation et notes de Guy Racht)

Le deuil

Introduction

[Retour à la table des matières](#)

Le deuil est régulièrement la réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place, la patrie, la liberté, un idéal etc... Il est très remarquable qu'il ne nous vienne jamais à l'idée de considérer le deuil comme un état pathologique et d'en confier le traitement à un médecin, bien qu'il s'écarte sérieusement du comportement normal. Nous comptons bien qu'il sera surmonté après un certain laps de temps, et nous considérons qu'il serait inopportun et même nuisible de le perturber.

Sigmund Freud – *Deuil et Mélancolie* --

Le deuil est sans conteste la plus omniprésente, la plus universelle des souffrances éprouvées par l'humanité depuis les temps les plus anciens. Aussi loin que remonte notre connaissance des textes et des traditions, le grand, le premier problème de l'homme est de donner un sens à son expérience répétée de la mort des autres. Ce n'est pas seulement une nécessité personnelle, mais encore un impératif social.

« Depuis les plus vieux âges, l'homme n'a pas reçu le sexe et la mort comme des données brutes de la nature. La nécessité d'organiser le travail, d'assurer l'ordre et la moralité, condition d'une vie paisible en commun, conduisit la société à se mettre à l'abri

*des poussées violentes et imprévisibles de la nature : la nature extérieure des saisons folles et des accidents soudains, le monde intérieur des profondeurs humaines, assimilé pour sa brutalité et son irrégularité à la nature, le monde des délires passionnels et des déchirements de la mort. » Ph Ariès *L'homme devant la mort*- Le seuil -1977*

Premier des mythes connus, mais probablement lui-même héritier de traditions anciennes de sociétés « premières », le mythe d'Osiris associe la mort à la renaissance, à l'image du rythme des saisons, initiant ainsi la foi dans le cycle des re-incarnations illustré notamment dans le bouddhisme (Samsara) et dans de nombreuses traditions de la Grèce antique (Orphée, Pythagore, Platon, notamment). Héritier lui aussi de traditions plus anciennes (Ancien Testament) le christianisme donne une large place au « discours sur la mort » : enfer, purgatoire, survie des âmes, jugement dernier, rédemption par la mort du christ sur la croix etc...(En fait, et ce peut être un sujet d'exégèse, ces notions se retrouvent très peu dans la Bible, et sont plutôt le fait d'une tradition postérieure : Conciles, Pères de l'Eglise (dont beaucoup sont venus du néo-platonisme) etc..) La foi dans la survie de l'âme dans un « monde des morts » (« l'autre monde ») est largement partagée (judaïsme, christianisme, islam et aussi la plupart des « autres religions »). Mais le discours de l'homme sur la mort ne se limite pas, et de loin, à ces textes « officiels ». Dans chaque famille, il existe ou il existait une tradition de la mort imposant des normes de comportement et d'action jusque dans les événements les plus ordinaires de la vie courante : passage devant la porte d'un cimetière, rencontre avec un endeuillé, évocation du souvenir des morts, célébration des anniversaires, etc...

Au contraire de beaucoup de sujets, pour lesquels le « progrès des sciences » a amené des améliorations réelles dans la connaissance des phénomènes et dans les possibilités d'en traiter les conséquences, notre monde moderne ne semble pas mieux armé (et c'est une litote) face au deuil que celui de nos ancêtres, proches comme lointains. Philippe Ariès a pu même parler, pour la fin du XX^{ème} siècle, de mort interdite opposée à la mort apprivoisée du Moyen Âge.

« On disait autrefois aux enfants qu'ils naissaient dans un chou, mais ils assistaient à la grande scène des adieux, dans la chambre et

*au chevet du mourant... Aujourd'hui les enfants sont initiés dès le plus jeune âge à la physiologie de l'amour et de la naissance, mais, quand ils ne voient plus leur grand père et demandent pourquoi, on leur répond en France qu'il est parti en voyage très loin et en Angleterre qu'il se repose dans un beau jardin où pousse le chèvrefeuille » [G Gorer -- *Death, Grief and Mourning* 1963].*

C'est probablement parce que la méthode cartésienne qui consiste à faire « table rase » des « croyances » anciennes (cf Discours de la Méthode) pour générer un savoir « scientifique » nouveau est inadapté à la problématique de la mort. La mort est et demeure irréductible à toute explication « rationnelle ».

*« L'homme n'a jamais pénétré la mort. Il n'a pu que la rêver ou la passer sous silence, comme si elle n'existait pas. » [JD Urbain, *L'archipel des morts*. Payot, 1998 , page 21].*

*« quelques remarques préalables : ma conscience ne fera jamais l'expérience de sa mort, mais elle vivra sa vie durant avec une figure empirique de la mort, celle qu'une société donnée formule à partir de la disparition graduelle de ses membres. C'est l'homme social qui construit des pyramides et des sépultures, qui imagine des rites funéraires, qui réfléchit à la mort et qui la porte en lui la vie durant, grand blessé inguérissable du temps qui passe. C'est l'homme social qui veut en savoir le plus possible, avant qu'il n'ait lieu, sur l'événement certain qui mettra fin à son existence. Autrement dit, si la mort est appréhendée par l'intelligence, ce n'est pas sa propre mort que la conscience connaît. Elle ne connaît que la mort des autres, et de la sienne, l'angoisse d'avoir à l'affronter » [Jean Ziegler, *Les Vivants et la Mort*. Points, Le seuil, 1975].*

La contestation des religions, des croyances, des rites face à la mort (et dans une certaine mesure contestation de la mort elle même, par l'illusion que la médecine pourrait régler le problème du deuil par la suppression de la mort) a donc laissé l'homme moderne totalement démuné, face à un phénomène où la science était bien incapable de prendre la place laissée vacante. D'où la froideur de certaines morts « modernes », derrière une porte soigneusement fermée pour « exclure » ce qu'on ne pouvait pas « traiter ».

Le plus grand des événements récents – la « mort de Dieu », le fait, autrement dit, que la foi dans le Dieu chrétien a été dépouillé de sa plausibilité – commence déjà à jeter ses premières ombres sur l'Europe. Peu de gens, il est vrai, ont la vue assez bonne, la suspicion assez avertie pour percevoir un tel spectacle ; du moins semble-t-il à ceux-ci qu'un Soleil vient de se coucher, qu'une ancienne et profonde conscience est devenue doute : notre vieux monde leur paraît tous les jours plus crépusculaire, plus soupçonneux, plus étranger, plus périmé... Nous devons désormais nous attendre à une longue suite, à une longue abondance de démolition, de destruction, de ruines et de bouleversements : qui pourrait en deviner assez dès aujourd'hui pour enseigner cette énorme logique, devenir le prophète de ces immenses terreurs, de ces ténèbres, de cette éclipse de soleil que la terre n'a sans doute jamais connue ?... De fait, nous autres philosophes, nous autres « esprits libres », en apprenant que « l'ancien Dieu est mort », nous nous sentons illuminés comme par une nouvelle aurore ; notre cœur, à cette nouvelle, déborde de gratitude, d'étonnement, de pressentiment et d'attente ; voilà qu'enfin, même s'il n'est pas clair, l'horizon de nouveau semble libre, voilà qu'enfin nos vaisseaux peuvent repartir, et voyager au devant de tout péril ; toute tentative est de nouveau permise au pionnier de la connaissance ; la mer, notre mer, de nouveau, nous ouvre toutes ses étendues ; peut-être même n'y eut-il jamais si « pleine » mer.

F. Nietzsche, *Le gai savoir*, 1882

(NB : Je tiens à préciser que je ne partage pas le contenu de cette citation, mais je la cite parce qu'elle illustre une certaine idée de Dieu et de la religion qui me semble en effet avoir mené à "une longue abondance de démolition, de destruction, de ruines et de bouleversements").

Heureusement cette fuite devant la mort n'est plus tout à fait partagée par l'homme d'aujourd'hui (août 2001). À la suite, mais aussi en parallèle, avec le mouvement des soins palliatifs, un mouvement « thanatologique » (Louis Vincent Thomas a créé en France la Société de Thanatologie, actuellement présidée par Michel Hanus) a remis en

honneur l'étude et la pratique des rites et des traditions funéraires. La reconnaissance de la souffrance du deuil et de ses conséquences sur la santé physique, psychique, affective et sociale a mis en évidence l'utilité d'une reconnaissance, d'un accompagnement, voire parfois d'une « prise en charge ». Mais si nous avons cessé de régresser, nous n'avons pas vraiment sensiblement progressé. Même si des techniques nouvelles de prévention et de prise en charge des deuils [mais plus souvent quand ils sortent du « deuil ordinaire » (deuils pathologiques, prolongés etc..)] peuvent être proposées, le spectacle de la douleur du deuil renvoie fondamentalement le soignant à son impuissance devant la fatalité ultime de la mort et de la souffrance. C'est pourquoi cet exposé sera fait de plus d'interrogations que de certitudes. Toutefois, il est permis d'espérer que notre génération saura trouver des voies nouvelles pour mieux vivre avec la mort et avec les morts (ou retrouver/re-adapter des voies anciennes : notons en particulier le succès actuel du Bouddhisme, lié probablement en partie à son enseignement de la sérénité devant la souffrance et la mort). C'est dans ce sens, me semble-t-il, que l'étude du deuil a une place entière dans un enseignement sur l'éducation et la prévention de la santé.

*« On ne peut donc enrayer ce courant de tristesse collective (nb : ici, le suicide) qu'en atténuant, tout au moins, la maladie collective dont il est la résultante et le signe. Nous avons montré que pour atteindre ce but, il n'était nécessaire ni de restaurer artificiellement des formes sociales surannées et auxquelles on ne pourrait communiquer qu'une apparence de vie, ni d'inventer de toutes pièces des formes entièrement neuves et sans analogies dans l'histoire. Ce qu'il faut, c'est rechercher dans le passé les germes de vie nouvelle qu'il contenait et en presser le développement » [Émile Durkheim, *Le suicide* *].*

* [Texte disponible dans [Les Classiques des sciences sociales](#). JMT.].

Le deuil

I. Les visions du deuil

Comme de nombreux mots désignant un phénomène complexe, le mot deuil a des significations multiples. De plus, même pour un sens donné, la vision que chacun peut en avoir sera différente selon que l'on est endeuillé, témoin ou professionnel de la psychanalyse, de la médecine ou des soins funéraires. Il existe donc autant de visions du deuil. Nous avons sélectionné trois visions à titre didactique, ce qui ne signifie évidemment pas qu'il s'agit de la seule façon de présenter ce sujet.

A. La vision « société civile »

[Retour à la table des matières](#)

Le premier sens du deuil, comme le montre son étymologie (dol, douleur de *dolere* souffrir) est la souffrance face au deuil. Dans un sens dérivé le deuil désigne d'abord les signes extérieurs de cette souffrance, et notamment ceux qui sont consacrés par l'usage (ports de vêtements, normes de comportement), puis les pratiques et les rites qui accompagnent le décès (« conduire le deuil »). Enfin le deuil désigne la perte elle-même (le deuil d'un membre de la famille, mais aussi (symboliquement) de ses espérances, de son permis de conduire etc.). Bien que ce soit la première définition du dictionnaire, c'est probablement le sens le plus complexe, car il décrit non l'événement lui-même (où le mot approprié est : mort, décès ou perte) mais la rela-

tion entre cette perte et une personne subissant le deuil, relation menant parfois même à un véritable statut (il/elle est en deuil). Comme le remarquent Michel Hanus et Marie Frederique Bacqué (*Le Deuil, Que sais je ?* PUF, Mai 2000) ces sens correspondent aux différents mots anglais utilisés pour le deuil : **Grief** : tristesse douloureuse, **Mourning** : désignant le deuil social et **Bereavment** désignant la situation objective de deuil. Nous examinerons dans cet ordre les différents sens du deuil.

1) Le deuil en tant que souffrance

Le déroulement subjectif (ressenti) du deuil « normal » est décrit le plus souvent en trois étapes :

- * L'entrée brutale dans le deuil
- * La «dépression centrale » du deuil
- * La sortie (ou « guérison ») du deuil

En fait cette structure de description (rupture, période intermédiaire d'exclusion, re-intégration), initiée par Van Genep dans sa description des rites de passage, est commune à (presque) tous les événements de passage et nous y reviendrons dans la synthèse.

a) L'entrée brutale dans le deuil :

[Retour à la table des matières](#)

L'annonce du deuil est parfois un événement brutal, inattendu et on comprend alors aisément qu'elle crée une situation « de choc ». On parle alors de deuil traumatique. Toutefois, même lorsque la mort est attendue, le moment même où la personne apprend son deuil est souvent vécu comme « un choc brutal ». MF Bacqué et M. Hanus (*Le Deuil*) décrivent cette phase par le terme de sidération

« *La sidération agit à trois niveaux :*

- *les affects sont anesthésiés ;*
- *les perceptions émoussées;*
- *tout l'organisme est paralysé (physiquement comme intellectuellement)*

Une annonce brutale provoque donc deux types de réactions comportementales (automatiques) :

- * *les réactions de blocage*
un état de prostration avec paralysie, mutisme, visage hébété;
une réaction d'effondrement;
une gestuelle automatique, mécanique
- * *ou au contraire les réactions de fuite*
courir, chercher des objets;
attitudes de fuite, mouvements d'échappement;
précipitation sur les lieux où se trouvait et où se trouve encore le défunt »

Cet état de sidération n'est pas la seule réaction à l'entrée dans le deuil. Pour reprendre les phases d'Elisabeth Kubler-Ross (qui s'appliquent initialement non aux endeuillés mais au mourant lui-même face à sa propre mort) on peut décrire le refus et l'isolement, l'irritation, le marchandage, la dépression et l'acceptation. Les trois premières réactions sont observées assez couramment lors de l'annonce d'un deuil, les deux dernières dépression et acceptation correspondent assez bien aux deux phases suivantes du deuil.

Initialement le refus mène souvent à une courte période de déni : « *non ce n'est pas vrai, ce n'est pas possible, je n'y crois pas* ». Ce déni n'a évidemment pas la même signification que le déni prolongé de certains deuils « pathologiques ». Il peut mener à un refus de communiquer, à un désir de retrait et d'isolement qu'il faut savoir respecter.

L'irritation, la colère, menant parfois à l'agression contre « la société », les soignants ou même les proches est fréquente dans les

morts dont un responsable est connu ou présumé : homicide, accident de voiture, responsabilité supposée des soignants etc...

Il arrive parfois que l'endeuillé semble se fixer à cette étape du deuil pendant une période prolongée, par exemple en engageant des poursuites judiciaires, et jusqu'au terme de cette action qui prend souvent des années. La question est de savoir si cette attitude est bénéfique ou non au travail de deuil. Si elle ne résulte pas d'une pression sociale ou culturelle de l'environnement, il faut constater que l'endeuillé a choisi librement cette façon de faire son deuil. Tout au plus, pourra-t-on l'aider à « travailler » ce choix, par un accompagnement non intrusif.

Sur le plan collectif, cela pose néanmoins la question de l'attitude de la société vis à vis de la victime. Il est certain que la reconnaissance, même après un temps considérable, de la qualité de victime est utile et parfois même absolument nécessaire au travail de deuil. C'est ce qu'on peut constater régulièrement (et notamment dans une actualité récente) chez des populations qui ont été soumises dans le passé à des agressions, des répressions etc... Il n'est pas toujours nécessaire qu'il y ait pour autant condamnation de l'auteur. Souvent les victimes elles mêmes ne demandent pas cette condamnation, mais demandent qu'au moins l'auteur (ou son représentant) reconnaisse son action et leur accorde la qualité de victime.

Le problème est donc le temps et la procédure nécessaires à la proclamation (ou non) de ce statut de victime, et le comportement de la société envers la victime pendant cette période où « le doute doit profiter à l'accusé ». Par exemple, bien des victimes de « bavure médicale » déclarent que la raison de leur action en justice est l'attitude immédiate des soignants mis en cause (refus de dialogue, attitude « méprisante ») plus que l'erreur elle même. A contrario, une attitude empathique, une ouverture au dialogue peuvent faciliter le deuil des proches. Même en cas de procédure judiciaire, il y aura plus de chance qu'elle soit engagée en terme de réparation plutôt qu'en terme de vengeance.

Enfin, Edith Piaf illustre bien le marchandage par sa chanson « Mon Dieu » composée après la mort de Marcel Cerdan : « *mon dieu,*

mon dieu, trois mois, deux mois, un mois, laissez le moi mon amoureux, laissez le moi... un peu..»

L'analogie est forte entre l'état de choc de l'entrée dans le deuil et le diagnostic de « Réaction aiguë à un facteur de stress » :

Trouble transitoire survenant chez un individu ne présentant aucun trouble mental manifeste à la suite d'un facteur de stress physique et psychique exceptionnel et disparaissant habituellement en quelques heures ou en quelques jours. La survenue et la gravité d'une réaction aiguë à un facteur de stress sont influencées par des facteurs de vulnérabilité individuels et par la capacité du sujet à faire face à un traumatisme. La symptomatologie est typiquement mixte et variable et comporte initialement un état « d'hébétude » caractérisé par un certain rétrécissement du champ de la conscience et de l'attention, une impossibilité à intégrer des stimuli et une désorientation. Cet état peut être suivi d'un retrait croissant vis à vis de l'environnement ou d'une agitation avec hyperactivité. Le trouble s'accompagne fréquemment des symptômes neurovégétatifs d'une anxiété panique (tachycardie, transpiration, bouffées de chaleur. Les symptômes se manifestent habituellement dans les minutes suivant la survenue de l'événement stressant et disparaissent en l'espace de deux à trois jours (souvent en quelques heures). Il peut y avoir une amnésie complète ou partielle de l'épisode. Quand les symptômes persistent, il convient d'envisager un changement de diagnostic ». [Classification Internationale des Maladies, 10 –OMS].

Dans certaines circonstances l'entrée dans le deuil ne revêt pas ce caractère de choc. Par exemple, lorsqu'il s'agit d'une disparition, lorsque le cadavre n'est pas retrouvé et donc que la déclaration « administrative » de décès n'est pas intégrée comme réalité immédiate. Loin de constituer une atténuation de la souffrance du deuil, on sait que ces conditions favorisent les deuils prolongés ou pathologiques. La rupture de l'entrée dans le deuil, quelque douloureuse qu'elle soit, semble donc à certains égards nécessaire à la mise en œuvre du travail de deuil. Ce sentiment de rupture peut être en particulier résulter de la vision du corps, dont on estime actuellement qu'elle ne doit pas être refusée à la famille, sauf circonstances exceptionnelles, et ce malgré

son caractère douloureux. Une autre circonstance proche où l'entrée dans le deuil est reportée est le déni persistant de la réalité du décès de la part de l'endeuillé (qu'il ne faut pas confondre avec la phase de déni initial de courte durée de l'état de choc). Plus généralement le premier temps après le décès est une phase d'acceptation de la réalité du deuil. Même en l'absence des phénomènes de déni ou de recherche, décrits ci dessous, l'endeuillé ne « s'autorise pas » pleinement à reconnaître la réalité de la perte et à la pleurer sans retenue. Cette phase dure souvent plusieurs mois et, nous le verrons, conduit à une réactivation paradoxale de la souffrance, « à retardement ».

Un phénomène particulier, présent dans toutes les phases du deuil, mais plus souvent dans les premières semaines, est l'illusion de présence de la personne décédée chez les endeuillés. Il ne s'agit ni d'hallucination, ni de déni du décès, mais d'un sentiment vécu de présence qui exerce sur le cours du deuil une forte influence affective, le plus souvent positive (allègement de la souffrance, de la solitude...). Les croyants pourront y voir une manifestation de la survie de l'âme, mais c'est un phénomène qui dépasse très largement le cadre de l'expérience religieuse.

Ces manifestations s'inscrivent plus largement dans une phase de deuil que l'on nomme généralement phase de recherche. L'endeuillé n'est pas (ou plus) dans le déni, mais il cherche à « rejoindre » le décédé soit par la pensée, soit dans des illusions de présence, parfois même par le suicide ou le retrait volontaire de la vie (pour « retrouver la personne décédée, là bas, au Paradis »). Cette phase de recherche peut parfois s'étendre bien au delà des premiers mois du deuil.

“ Ma vie s'est trouvée brutalement dévastée par ce deuil (nb = de sa mère) dont je ne me suis jamais remis. J'ai survécu en me construisant ce que j'appelle le “ tramonde ” : un second monde intérieur peuplé des êtres disparus et chéris où se confondent la magie de l'enfance, la poésie et ma dévotion à l'image maternelle. Je ne suis pas un adepte du spiritisme : tout ce qui y a trait est inutile pour moi dans la mesure où je peux retrouver dans cette espèce d'ailleurs tous ceux que j'ai pu aimer et que j'appelle “ les gardiens du secret ”. ma mère m'est souvent apparue. Elle était là, près de moi, silencieuse. ”

Entretien avec Marcel Schneider. Le Figaro Magazine du 10 mars 2001.

Une certaine pensée "positive" ou "scientifique" peut poser le problème de la "réalité" de ces phénomènes. Mais l'avez vous vraiment vu ? La question illustre bien. le rôle symbolique que notre culture attribue à la vision. On peut croire entendre, sentir, deviner mais l'a-t-on vraiment vu ? La vision est bien le test de la réalité, mises à part les rares et terrifiantes hallucinations. Les termes de vision scientifique, vision objective de la réalité en montrent bien le statut privilégié.

L'homme, en ce qui concerne sa vie psychique et ses rapports avec les autres membres de la société, vit plus dans la dimension symbolique que dans celle de la réalité. Il suffit de voir ces "négociations" de la vie courante où accord et désaccord sont bien plus liés aux événements du passé, aux significations voilées, aux façons de percevoir, aux façons de proposer, au ton de la voix etc.. qu'au contenu objectif des propositions.

Ainsi, symboliquement, des services de soins ont institué un "délai de respect" (allant jusqu'à 24 heures) entre le départ d'une personne décédée et l'installation d'un autre patient dans le même lit, au grand dam de certains gestionnaires. Cette pratique est très courante dans les services de Soins Palliatifs. Ainsi encore, beaucoup de toilettes mortuaires sont elles faites par les soignants à l'eau tiède (et non froide) : *"ça peut paraître idiot, mais on ne sait jamais, et puis c'est une question de respect"*.

Nous pouvons vivre dans la familiarité des morts, les évoquer, ressentir leur présence, tel Orphée précédant Euridyce vers la porte des enfers sentant son souffle sur sa nuque, entendant son pas mais si nous nous retournons et tentons de les voir, alors ils disparaissent à jamais et nous laissent seuls, plus seuls encore qu'au moment de leur mort, et comme Orphée nous ne pouvons plus que pleurer dans les solitudes glacées. Voici peut être une leçon moderne du vieux mythe d'Orphée.

Déjà, revenant sur ses pas, il avait échappé à tous les périls, et Euridyce lui étant rendue s'en venait aux souffles d'en haut en mar-

chant derrière son mari (car telle était la loi fixée par Proserpine), quand un accès de démence subite s'empara de l'imprudent amant - démence bien pardonnable, si les Mânes savaient pardonner.

Il s'arrêta, et juste au moment où son Eurydice arrivait à la lumière, oubliant tout, hélas ! et vaincu dans son âme, il se tourna pour la regarder. Sur-le-champ tout son effort s'écroula, et son pacte avec le cruel tyran fut rompu, et trois fois un bruit éclatant se fit entendre aux étangs de l'Averne.

Elle alors : « Quel est donc, dit-elle, cet accès de folie, qui m'a perdue, malheureuse que je suis, et qui t'a perdu, toi, Orphée ? Quel est ce grand accès de folie ? Voici que pour la seconde fois les destins cruels me rappellent en arrière et que le sommeil ferme mes yeux flottants. Adieu à présent ; je suis emportée dans la nuit immense qui m'entoure et je te tends des paumes sans force, moi, hélas ! qui ne suis plus tienne. »

Elle dit, et loin de ses yeux tout à coup, comme une fumée mêlée aux brises ténues, elle s'enfuit dans la direction opposée ; et elle eut beau tenter de saisir les ombres, beau vouloir lui parler encore, il ne la vit plus, et le nocher de l'Orcus ne le laissa plus franchir le marais qui la séparait d'elle.

Que faire ? où porter ses pas, après s'être vu deux fois ravir son épouse ? Par quels pleurs émouvoir les Mânes, par quelles paroles les Divinités ? Elle, déjà froide, voguait dans la barque Stygienne.

On conte qu'il pleura durant sept mois entiers sous une roche aérienne, aux bords du Strymon désert, charmant les tigres et entraînant les chênes avec son chant.

Telle, sous l'ombre d'un peuplier, la plaintive Philomèle gémit sur la perte de ses petits, qu'un dur laboureur aux aguets a arrachés de leur nid, alors qu'ils n'avaient point encore de plumes : elle, passe la nuit à pleurer, et, posée sur une branche, elle recommence son chant lamentable, et de ses plaintes douloureuses emplît au loin l'espace.

Ni Vénus ni aucun hymen ne fléchirent son coeur; seul errant à travers les glaces hyperboréennes et le Tanais neigeux et les guérets du Riphée que les frimas ne désertent jamais, il pleurait Eurydice perdue et les dons inutiles de Dis. Les mères des Cicones voyant dans cet hommage une marque de mépris déchirèrent le jeune homme au milieu des sacrifices offerts aux dieux et des orgies du Bacchus nocturne, et dispersèrent au loin dans les champs ses membres en lambeaux. Même alors, comme sa tête, arrachée de son col de marbre, roulait au milieu du gouffre, emportée par l'Hèbre OEagrien, « Eurydice! » criaient encore sa voix et sa langue glacée, « Ah! malheureuse Eurydice! » tandis que sa vie fuyait, et, tout le long du fleuve, les rives répétaient en écho : « Eurydice »

Virgile Les Georgiques

Faut il pour autant se tourner vers le spiritisme ou vers les pratiques qui s'en inspirent ? Une réponse, je crois, peut être trouvée dans CJ Jung (Réponse à Job) :

“ La controverse est née du préjugé singulier selon lequel rien n'est vrai que ce qui se présente ou s'est présenté sous la forme d'une donnée physique.. Ainsi, par exemple, au sujet de la naissance virginale du Christ : certains y croient comme à une chose physiquement vraie, et d'autres la contestent parce qu'ils y voient une impossibilité physique. Chacun peut se rendre compte que cette opposition est logiquement insoluble, et qu'il vaudrait mieux par conséquent abandonner des débats aussi stériles.

Les deux parties ont en effet à la fois tort et raison ; ils tomberaient cependant d'accord s'ils condescendaient à renoncer au mot “ physique ”. Car le critère d'une vérité n'est pas seulement son caractère “ physique ” : il est aussi des vérités psychiques, vérités de l'âme qui, dans la perspective physique ne sauraient pas plus être expliquées que récusées ou démontrées.

Ainsi, s'il régnait la croyance que les eaux du Rhin, au cours de l'Histoire, avaient un jour remonté leur pente de leur embouchure jusqu'à leur source, il faut bien comprendre que cette croyance cons-

tituerait une donnée de fait, en dépit de ce que son expression évoquerait d'absolument invraisemblable, dans une perspective physique. Pareille croyance constituerait un fait psychique qui, en tant que tel, se situerait dans le domaine du réel, par-delà toute preuve ou démenti.

C'est à cette forme d'existence qu'appartiennent les manifestations religieuses. Elles se rapportent toutes, sans exception, à des objets qui ne sauraient être constatés physiquement. Si, d'ailleurs, il n'en était pas ainsi, elles tomberaient dans le domaine des sciences de la nature, qui les condamneraient sans appel, comme échappant à l'expérience. Les expressions religieuses, si on veut les mettre en rapport avec les plans physiques, sont totalement dépourvues de sens. Elles ne seraient alors que des miracles, donc par cela même exposées au doute, et ne sauraient prouver la réalité d'un esprit, c'est à dire la réalisation d'un sens, car le sens ne se révèle jamais qu'à partir de lui même. Le sens et l'esprit du Christ sont pour nous présents et perceptibles, toutes questions de miracles mise à part. Les miracles ne font qu'en appeler à la raison de ceux qui se révèlent incapables de saisir le sens. Les miracles ne sont que des produits de remplacement de la réalité de l'esprit, lorsque celle ci demeure incomprise. "

Le spiritisme, comme d'autres croyances, parfois à l'origine de comportements sectaires, procède de la confusion du physique et du psychique. Il est probablement possible et " sain " de vivre symboliquement avec nos morts, dans leur mémoire ou même dans le sentiment de leur présence psychique, mais vouloir établir cette présence dans le domaine du réel et de la réalité physique nous fait franchir une frontière qui ne permet plus de se prémunir contre d'éventuels " excès de la raison ".

***b) La deuxième phase du deuil
est l'état central du deuil.***

Le langage courant désigne en général par le mot de deuil cette seule phase du processus. Comme l'illustre le texte de Saint Augustin deux mots s'appliquent à cette phase : souffrance et dépression. Cette phase est rarement précoce dans le cours du deuil. Elle est précédée des phases de déni, de recherche, ou plus généralement d'une certaine inhibition des émotions, l'endeuillé ne « s'autorisant pas » la pleine mesure émotionnelle de sa perte. C'est souvent vers le troisième ou quatrième mois que l'endeuillé ressent une souffrance plus importante que ce qu'il avait ressenti jusqu'ici. Croyant (c'est souvent ce que lui dit son entourage) que la douleur s'efface automatiquement avec le temps, il s'étonne et parfois « se fait honte » de cette douleur, d'autant qu'elle est souvent mal perçue par l'entourage (« ça fait quatre mois, tu devrais commencer à oublier"). De plus c'est souvent une période où le soutien de cet entourage s'essouffle, même quand il a été jusque là de bonne qualité.

b-1) Deuil et Souffrance

[Retour à la table des matières](#)

La souffrance du deuil est l'archétype de la douleur psychique et le mot de deuil est employé à titre symbolique pour décrire la douleur des pertes et des séparations en général : deuil de sa vie de garçon, de son emploi, de ses espérances...

La douleur (ou souffrance) psychique est si familière à chacun qu'une définition préalable paraît inutile et superflue. Et pourtant, Freud lui même s'est interrogé sur la nature de la douleur psychique et n'a apporté une réponse que très progressivement dans son œuvre. De façon générale, la douleur psychique semble dans tous ces cas liée à une « amputation interne » par la perte de l'objet. En effet, ce n'est

pas la perte de l'objet dans le monde réel qui fait souffrir, mais bien la perte de « l'objet interne » que chacun avait construit autour de l'objet réel, « l'amputation du moi ». La première analyse de Freud est que la douleur psychique provient, en analogie avec la douleur physique, d'un excès d'excitation que le système pare-excitation du Moi n'est pas en capacité de gérer. Plus tardivement, il ajoute que la douleur peut aussi venir d'une rupture de barrières de protection, sans excès d'excitation.

La douleur résulte, d'une part, d'une augmentation de quantité : toutes les excitations sensorielles (même celles qui atteignent les organes sensoriels les plus élevés) tendent à se transformer en douleur quand les stimuli s'intensifient. De tout évidence, il s'agit incontestablement dans ce cas d'un échec. D'autre part, une douleur peut survenir là même où les stimuli extérieurs sont faibles. S'il en est ainsi, c'est parce qu'elle se trouve régulièrement associée à une solution de continuité.

On pourrait ainsi interpréter la douleur psychique du deuil comme la conséquence d'un excès de libido, qui ne peut plus s'investir dans l'objet absent, et/ou comme la conséquence de l'absence de l'objet, vu métaphoriquement comme une plaie ouverte. On comprendra alors qu'une atténuation (artificielle) de la douleur puisse être obtenue soit par un affaiblissement de la libido par des « psychotropes », soit par un « maintien » de l'objet en utilisant, par exemple, le déni. La guérison de la douleur peut être vue comme la cicatrisation dirigée de l'amputation du moi, par la redirection de la libido sur d'autres Objets et par la construction d'un nouvel Objet interne (incorporant la perte) dans lequel la libido peut s'investir de façon moins douloureuse.

Il existe un autre ordre de douleur psychique, c'est celui des douleurs de la pathologie mentale. Dans les syndromes dépressifs la douleur est l'un des symptômes majeurs. On a vu que Freud l'avait d'ailleurs étroitement liée à celle du deuil (Deuil et Mélancolie), en notant deux différences :

La première est que dans le deuil la perte est réelle, objective, alors que chez le mélancolique l'objet du deuil n'est pas au premier plan :

Appliquons maintenant à la mélancolie ce que nous avons appris du deuil. Dans toute une série de cas, il est manifeste qu'elle peut être, elle aussi, une réaction à la perte d'un objet aimé ; dans d'autres occasions, on peut reconnaître que la perte est d'une nature plus morale... Dans d'autres cas encore, on se croirait obligé de maintenir l'hypothèse d'une telle perte mais on ne peut pas clairement reconnaître ce qui a été perdu, et l'on peut admettre à plus forte raison que le malade lui non plus ne peut pas saisir consciemment ce qu'il a perdu. D'ailleurs ce pourrait encore être le cas lorsque la perte qui occasionne la mélancolie est connue du malade, celui ci sachant sans doute qu'il a perdu mais non ce qu'il a perdu en cette personne.

La deuxième est la perte du sentiment d'estime de soi dans la mélancolie :

La mélancolie se caractérise du point de vue psychique par une dépression profondément douloureuses, une suspension de l'intérêt pour le monde extérieur, la perte de la capacité d'aimer , l'inhibition de toute activité et la diminution du sentiment d'estime de soi qui se manifeste en des auto-reproches et des auto-injures et va jusqu'à l'attente délirante du châtement. Ce tableau nous devient plus compréhensible lorsque nous considérons que le deuil présente les mêmes traits sauf un seul : le trouble du sentiment d'estime de soi manque dans son cas. En dehors de cela c'est la même chose. Le deuil sévère, la réaction à la perte d'une personne aimée, comporte le même état d'âme douloureux, la perte de l'intérêt pour le monde extérieur - dans la mesure où il ne rappelle pas le défunt - , la perte de la capacité de choisir quelque nouveau objet d'amour que ce soit - ce qui voudrait dire que l'on remplace celui dont on est en deuil - , l'abandon de toute activité qui n'est pas en relation avec le souvenir du défunt . Nous concevons facilement que cette inhibition et cette limitation du moi expriment le fait que l'individu s'adonne exclusivement à son deuil, de sorte que rien ne reste pour d'autres projets et d'autres intérêts. Au fond ce comportement nous semble non pathologique pour la seule raison que nous savons si bien l'expliquer.

En fait, on connaît beaucoup de deuils accompagnés de sentiments d'inutilité, d'indignité ou de culpabilité, mais s'agit il alors de deuils

normaux ou dépressifs ? C'est assez montrer le flou des frontières entre deuil et dépression.

L'angoisse partage un chemin commun avec la douleur, douleur de l'angoisse et angoisse de la douleur. Pour Freud l'angoisse pourrait préparer le moi au surgissement d'excitation et, de ce fait, lui permettre de le gérer et donc de ne pas le ressentir comme douloureux.

Nous voyons ainsi que l'angoisse qui fait pressentir le danger, et la surcharge énergétique des systèmes destinés à subir l'excitation, constituent la dernière ligne de défenses contre celle-ci (la douleur). (Au delà du principe de plaisir).

Plus matériellement l'angoisse s'accompagne de réactions neurovégétatives (tachycardie, sueurs..) qui ne seraient pas communes dans la douleur du deuil. En fait, il paraît bien difficile de séparer en pratique la douleur psychique de l'angoisse. Peut-être la notion de stress, comme par exemple dans le syndrome de stress post-traumatique (SSPT ou PTSD), réalise-t-il une synthèse de ces deux éléments. On sait que le syndrome de stress post-traumatique associe des éléments intrusifs (reviviscence du traumatisme à l'état conscient ou dans les rêves, etc.), des éléments neurovégétatifs (sueurs, tachycardie, insomnie, asthénie.. « typiques de l'angoisse »), un trouble de la relation aux autres (retrait, inhibition, parfois hostilité) et la présence de nombreuses co-morbidités (dépression, morbidité physique etc.).

Ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus; Des facteurs prédisposants, tels que certains traits de personnalité ou des antécédents de type névrotique, peuvent favoriser la survenue du syndrome ou aggraver son évolution; ces facteurs ne sont toutefois pas nécessaires ou suffisants pour expliquer la survenue du syndrome. Les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants (« flash-backs »), des rêves ou des cauchemars; ils surviennent dans un contexte durable « d'anesthésie psychique » et d'émoussement émotionnel de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à

l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'un hyperréveil neurovégétatif, avec hyper vigilance, état de « qui vive » et insomnie, associés fréquemment à une anxiété, une dépression, ou une idéation suicidaire. La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et entraîner une modification durable de la personnalité. Classification Internationale des Maladies, 10ème Révision. OMS.

Le diagnostic « officiel » (DSM IV, CIM10) du SSPT impose la réalité d'un traumatisme « de nature exceptionnelle ». Toutefois, certains pensent que cette condition individualise en fait une forme spécifique « post catastrophe » d'un « syndrome universel de stress », présent notamment dans les états de deuil réel ou symbolique, dans les difficultés graves de la vie quotidienne etc... On pourrait alors proposer l'utilisation dans le deuil ou les difficultés de la vie quotidienne de concepts et de méthodes (souvent plus « modernes ») développées dans le cadre du SSPT (debriefing, etc.) après adaptation aux conditions spécifiques de ces cadres d'intervention.

Pour Freud, Dans certains états affectifs, on croit pouvoir remonter au delà de ces éléments et reconnaître que le noyau autour duquel se cristallise tout l'ensemble est constitué par la répétition d'un certain événement important et significatif, vécu par le sujet. ... Mais ne nous considérons pas non plus comme très certains de ce que nous savons nous-même concernant les états affectifs ; ne voyez dans ce que je vais vous dire sur ce sujet qu'un premier essai de nous orienter dans cet obscur domaine. En ce qui concerne l'état affectif caractérisé par l'angoisse, nous croyons savoir quelle est l'impression reculée qu'il reproduit en la répétant. Nous nous disons que ce ne peut être que la naissance, c'est à dire l'acte dans lequel se trouvent réunies toutes les sensations de peine, toutes les tendances de décharge et toutes les sensations corporelles dont l'ensemble est devenu comme le prototype de l'effet produit par un danger grave et que nous avons depuis éprouvées à de multiples reprises en tant qu'état d'angoisse...

Le mot angoisse (du latin angustiae -étroitesse-, Angst en allemand) fait précisément ressortir la gêne, l'étroitesse de la respiration qui existait alors comme effet de la situation réelle et qui se reproduit aujourd'hui régulièrement dans l'état affectif...

*L'idée est aussi peu spéculative que possible ; j'y suis plutôt arrivé en puisant dans la naïve pensée du peuple. Un jour -il y a longtemps de cela !- que nous étions réunis, plusieurs jeunes médecins des hôpitaux, au restaurant autour d'une table, l'assistant de la clinique obstétricale nous raconta un fait amusant qui s'était produit au cours du dernier examen de sages-femmes. Une candidate, à laquelle on avait demandé ce que signifie la présence de méconium dans les eaux pendant le travail d'accouchement, répondit sans hésiter : « que l'enfant éprouve de l'angoisse ». Cette réponse a fait rire les examinateurs qui ont refusé la candidate. Quant à moi, j'avais dans mon for intérieur, pris parti pour celle ci et commencé à soupçonner que la pauvre femme du peuple avait eu la juste intuition d'une relation importante. [Sigmund Freud, Introduction à la psychanalyse. Paris : Payot, pp. 373-374] *.*

Je laisse de côté la question de savoir si le langage courant désigne par les mots, angoisse, peur, terreur, la même chose ou des choses différentes. Il me semble que l'angoisse se rapporte à l'état et fait abstraction de l'objet, tandis que dans la peur l'attention se trouve précisément concentrée sur l'objet. Le mot terreur, me semble en revanche, avoir une signification toute spéciale, en désignant notamment l'action d'un danger auquel on n'était pas préparé par un état d'angoisse préalable. On peut dire que l'homme se défend contre la terreur par l'angoisse. (Id p. 372)

La situation traumatique créée par l'absence de la mère s'écarte sur un point décisif de la situation traumatique de la naissance. Lors de la naissance, en effet, il n'y avait pas d'objet dont on pût ressentir l'absence. L'angoisse restait la seule réaction qui se produisit. Par la suite, des situations de satisfaction répétées ont créé cet objet, la mère, qui subit, dans le cas de besoin, un investissement intense et qu'on pourrait nommer « nostalgique ». C'est à ce nouvel état de

* [Ce livre est disponible dans [Les Classiques des sciences sociales](#). JMT.]

choses qu'il faut rapporter, pour la comprendre, la réaction de douleur. Ainsi la douleur est la réaction propre à la perte de l'objet... (Sigmund Freud --*Inhibition, symptômes, angoisse* - PUF- page 100)

Les trois textes précédents donnent une image de la douleur et de l'angoisse qui a été reprise assez largement après Freud (Mélanie Klein notamment). La douleur, l'angoisse, comme d'autres états affectifs, peuvent être vus comme la répétition d'un événement ancien vécu par le sujet. Pour l'angoisse il s'agit de la naissance, pour la douleur c'est l'absence (ou privation, etc..) de la mère (du sein, de la caresse...). Dans le cas de l'angoisse, elle survient avant tout clivage entre le moi et l'objet (narcissisme primaire). Nous voyons que Freud réserve plutôt le terme d'angoisse à un état affectif « sans objet » et celui de peur à l'état affectif centré sur une menace objective.

Pour la douleur, elle « s'apprend » à un moment où le bébé a déjà vécu la différence entre le moi et l'objet. Le clivage moi-objet (perte du narcissisme primaire) s'est produit et dans une certaine mesure c'est ce clivage le responsable premier de la douleur. Quand Job est accablé par ses malheurs, il ne fait pas référence à son bonheur passé, pourtant tout récent, il dit :

Périsse le jour où j'allais être enfanté et la nuit qui a dit « un homme a été conçu »....

Pourquoi ne suis je pas mort dès le sein ? A peine sorti du ventre j'aurais expiré.

Pourquoi deux genoux m'ont ils accueilli, pourquoi avais je deux mamelles à téter?

Désormais, gisant, je serais au calme... ou comme un avorton enfoui je n'existerais pas comme les enfants qui ne vivent pas la lumière. (La Bible -- Job 3.)

On entend souvent les toxicomanes faire référence à une expérience toxique « qui les réunifie, qui les met en situation de toute puissance ». On peut y voir une réminiscence du « paradis perdu » du narcissisme primaire.

La littérature associe souvent cette notion de « toute puissance » à celle du narcissisme primaire. Cela paraît paradoxal quand on connaît l'état de dépendance totale du nourrisson. Il ne s'agit pas évidemment d'une puissance réelle, mais d'une toute puissance symbolique telle qu'elle est vécue par le nourrisson et l'éducation résultera précisément de la confrontation douloureuse de cette toute puissance symbolique (principe de plaisir) au principe de réalité, appuyé sur l'objet et la réalité extérieure. On sait qu'une des interrogations majeures sur la douleur est son sens. La douleur a-t-elle un sens ? si oui lequel ? Il me semble que dans ce qui a été dit jusqu'ici, il y a une relation étroite entre sens et puissance. Si l'on veut absolument trouver un sens à la douleur, c'est bien pour tenter de dépasser notre impuissance vis à vis d'elle. Pensons à l'impuissance du nouveau né dans le domaine du réel et sa recherche effrénée de « manipulation » de l'environnement (pleurs, sourires) pour lui donner un sens. On sait que les bébés sont très sensibles aux perturbations de leur environnement, probablement plus parce qu'elles sont porteuses de non sens (ou « d'anti-sens ») que pour leurs conséquences physiques réelles.

Selon Serge Lebovici (quelques réflexions d'un psychanalyste sur les liens entre l'amour et la mort - in *L'Amour, La Mort*. L'Harmattan 1995) :

Comme on le sait, le narcissisme est d'abord un concept aux limites de la théorie puisqu'il implique que dans l'union initiale du nouveau-né et des soins maternels, celui là, le nouveau-né, se croit à la fois tout puissant puisqu'il n'a pas besoin de ressentir les soins maternels qui lui sont apportés constamment et, en même temps, totalement dépendant de ces soins, c'est à dire totalement impuissant.

Autrement dit, le narcissisme primaire implique que l'enfant, au moment de son impuissance totale, se sente tout puissant. Il s'agit de la métaphore qui implique au mieux les liens entre l'amour et la mort. Or, tout processus de subjectalisation, tout le chemin qui permet à un sujet de se dire : je ou moi je, implique le développement du narcissisme et ses vicissitudes. Celles ci peuvent être liées à la perte d'objet ou à la perte d'amour de l'objet, ou à l'attente de l'objet...

L'état « premier » de la douleur est le non sens. Quand la douleur surgit, qu'elle soit physique ou mentale, elle abat celui qui souffre d'autant plus qu'elle ne véhicule d'autre sens qu'elle même. Le souffrant n'est que douleur.

Le mythe de Job est une illustration ancienne du non sens de la douleur. On sait que Job est l'enjeu d'un pari entre le Diable et Dieu : Job a perdu sa famille, ses troupeaux, ses biens, il souffre d'une lèpre qu'il soigne en se couvrant de cendres. Il dit (Job 7):

N'est ce pas un temps de corvée que le mortel vit sur terre, et comme jour de saisonnier que passent ses jours ? Comme un esclave soupire après l'ombre, et comme un saisonnier attend sa paye, ainsi des mois de néant sont mon partage, et l'on m'a assigné des nuits harassantes...

Rappelle toi que ma vie n'est qu'un souffle et que mon oeil ne reverra plus le bonheur. Il ne me discernera plus l'oeil qui me voyait. Tes yeux seront sur moi et j'aurais cessé d'être.

Cette souffrance du non sens de la douleur a conduit depuis des millénaires l'homme à tenter de donner un sens à sa douleur. Donner un sens, ce n'est pas seulement mettre des mots, c'est aussi tenter d'agir sur la douleur, tenter de l'atténuer, de la supprimer, de la maîtriser. Mais avoir un pouvoir sur la douleur, c'est aussi être en mesure d'avoir un pouvoir par la douleur, et c'est une « perversion » qui se porte bien.

La plupart des religions sont essentiellement fondées sur le sens qu'elles donnent à la perte, à la douleur et à la mort. Le Christ a donné sa souffrance pour la Rédemption des péchés du monde. Sur cet acte fondateur, s'est constituée dans l'Église catholique une tradition « doloriste » (heureusement aujourd'hui minoritaire) qui donnait sens et valeur à la douleur, comme offrande à Dieu et comme voie de rédemption personnelle. En l'absence de moyens physiques de soulagement de la douleur, cette approche pouvait, à une certaine époque, apporter au malade un pouvoir sur sa douleur et donc un espoir de soulagement.

Le bouddhisme est basé sur la soumission de tous les êtres vivants à la douleur physique et mentale (et de façon répétée à travers les ré-incarnations) et sur le moyen d'y échapper dans le Nirvana.

De nombreux philosophes grecs ont fait de la souffrance et des moyens d'y échapper le centre de leur enseignement :

Ainsi les stoïciens :

Ne demande pas que ce qui arrive soit comme tu veux. Mais veille que les choses arrivent comme elles arrivent et tu sera heureux.

Mais le pouvoir sur la douleur s'est souvent perverti en pouvoir par la douleur.

Il est inutile d'insister sur les formes les plus évidentes, usage de la torture, sado-masochisme, violences familiales et publiques etc... Il est probablement plus intéressant d'en examiner des formes masquées.

Ainsi, si nos sociétés modernes ont supprimé l'usage de la torture physique pour la remplacer par la peine de prison (voir notamment Michel Foucault - *Surveiller et Punir*) on peut se demander si la peine de prison n'est pas, elle même, un pouvoir par la souffrance mentale. On pourrait par exemple évaluer (selon une méthodologie classique en économie) quelle quantité de souffrance physique serait acceptée par les prisonniers, « en échange » de leur incarcération. Mais que penserait on du juge qui accepterait cet échange ?

En chirurgie la douleur a été longtemps (avant l'anesthésie) le fléau du chirurgien, mais aussi en quelque sorte une source de pouvoir professionnel. Dans un dictionnaire de chirurgie du début du XIXème siècle, qui aborde tous les sujets connus à l'époque, le mot « douleur » n'existe pas. C'est probablement plus qu'une simple omission.

On connaît le paradoxe des rares anomalies génétiques qui suppriment toute douleur physique. Ces enfants se blessent sans le sentir et accumulent les blessures jusqu'à l'amputation. De même la lèpre d'abord anesthésiante mène aux mutilations multiples des doigts.

Ces observations sont au coeur du sens « protecteur » donné à la douleur : si l'excès de douleur est néfaste, un peu de douleur est utile. Elle permet à la personne de se confronter à la réalité et de s'en protéger. Elle est un signal d'alarme indispensable. On sait que dans les traumatismes abdominaux, la pratique a longtemps été de ne pas calmer la douleur, car elle était le seul moyen de faire le diagnostic d'une complication viscérale (rupture de rate...). Heureusement les moyens modernes d'investigation permettent maintenant de calmer la douleur.

La question se pose de même pour la douleur psychique : est elle utile ? et si oui en quoi ?

Beaucoup de psychologues pensent qu'une petite quantité de douleur psychique est indispensable au développement, ne serait ce que dans « l'épreuve de réalité ». De nombreuses observations montrent qu'un enfant à qui on donne immédiatement tout ce qu'il désire et qui n'a jamais eu à se confronter à ses limites est un candidat « idéal » pour la toxicomanie. Dans le domaine professionnel, on estime généralement nécessaire une attitude de vigilance active, fondée sur une « angoisse maîtrisée ». (*des soins non pas quelconques, mais attentifs, scrupuleux...*) Ainsi, on demandera à un médecin de souffrir avec son patient (= empathie et sympathie) et de manifester une « inquiétude systématique » sur le bien fondé de ses prescriptions.

Dans le domaine social, la douleur est « à l'œuvre » dans la plupart des domaines : douleur de la pauvreté, de la précarité, des conditions de travail... « A l'œuvre » signifie, que sans présumer une utilité de la douleur, on est bien contraint d'en constater les effets : c'est bien la douleur de la pauvreté qui donne de la valeur au salaire, celle de la précarité à l'emploi... C'est peut être pourquoi on constate parfois des réticences au traitement de la « douleur sociale », qui ne sont pas toujours liées à des difficultés de faisabilité technique.

Une question majeure est celle ci : Lorsqu'il y a une douleur physique, il est normal et légitime de prendre un médicament contre la douleur. Mais, dans la douleur du deuil, le travail de deuil, à travers la douleur, semble absolument indispensable. La plupart des spécialistes pensent que les méthodes de suppression de cette douleur du deuil, par

la prise de psychotropes (voire de « drogue » ou d'alcool) ou par des attitudes de dérivation ou de déni, mènent à un deuil compliqué et sont donc contre-indiquées.

Avant de tenter de répondre à cette question, il faut préciser que la réponse n'est pas que la douleur psychique est plus facile à supporter que la douleur physique. Au contraire, l'expérience clinique psychosomatique montre qu'il est généralement plus « acceptable » de gérer une douleur physique que la douleur morale sous jacente. Et le médecin qui réussit à « guérir » la maladie physique, renvoyant ainsi directement le patient à sa douleur morale, est souvent « remercié » par l'apparition d'une autre symptomatologie.

Pour revenir à la question initiale, je crois qu'il faut préciser le sens de la « suppression de la douleur ». Lorsqu'il s'agit d'une douleur physique aiguë, on supprime la douleur pendant la période finie de sa présence. Il y a donc suspension de la douleur en attendant la guérison. Il y a surtout indépendance entre la suspension de la douleur et la guérison (consolidation d'une fracture, évacuation d'un abcès etc..). On a vu que quand ce n'était pas le cas, un certain degré de douleur était toléré, par exemple dans l'accouchement quand la réalisation d'une péridurale n'est pas possible. Dans les douleurs chroniques, la durée de la douleur est étendue, mais aussi d'autres mécanismes sont à l'œuvre : douleurs neuropathiques, maintien de la douleur malgré la disparition de la lésion initiale (comme dans le syndrome du membre fantôme par exemple) etc... Toutefois, dans la plupart des cas, la douleur garde un caractère « externe » : il y a moi d'un côté et ma douleur de l'autre. Je peux donc théoriquement calmer ma douleur sans atteindre le moi (sauf par des effets dits secondaires). Il existe toutefois des douleurs chroniques qui se rapprochent des douleurs morales et c'est pourquoi la présence d'un psychiatre ou d'un psychologue est indispensable dans les Centres de traitement de la douleur.

Dans la douleur morale, pour la très grande majorité des cas, il n'est pas possible de dissocier la douleur comme externe au moi. C'est bien le moi tout entier qui est douloureux, que ce soit dans le deuil, la dépression etc... On ne pourra pas donc pas soulager la douleur sans intervenir sur le moi. Comme on le voit dans la toxicomanie (toxique, alcoolique ou médicamenteuse) la suspension de la douleur

est liée à une suspension du moi. Parfois, il existe néanmoins un clivage « interne » entre le moi et la douleur morale, mais c'est le plus souvent dans le cadre d'une affection psychiatrique.

Un article récent de « Science et Vie » titré « prospective » annonçait la fin prochaine de toute douleur physique comme psychique, grâce à des médicaments nouveaux (encore à venir d'ailleurs) enfin débarrassés de tout effet secondaire. Epicure disait déjà : *Si les voluptueux trouvaient dans les objets qui leur procurent la volupté le remède à la crainte des phénomènes, de la mort et de la douleur, je ne trouverais rien à reprendre dans leur état. Ils seraient heureux par la volupté, sans douleur aucune, ni peine d'esprit.*

Mais pour soulager efficacement la douleur psychique, il ne faut pas seulement qu'ils n'aient pas d'effet secondaire (ceux de la toxicomanie, de l'alcoolisme sont bien connus) mais aussi qu'ils ne s'opposent pas à la « cicatrisation » effectuée par le travail de deuil. Faute de quoi, ils ne feront que suspendre la douleur, mais sans que ne s'effectue par ailleurs, comme dans la douleur physique aiguë une guérison « externe » de la lésion. Et quand sera levée la suspension, le patient sera rendu à sa douleur, encore plus démuné qu'au premier jour parce qu'à cette distance le soutien social traditionnel ne sera probablement plus aussi présent et aussi probablement parce que la « plaie béante » se sera chronicisée.

Cela ne veut pas dire que le moi ne trouve pas une aide à son travail de deuil dans un soutien pharmacologique ou dans un travail sur l'imaginaire. Quand la douleur morale est excessive, elle peut elle aussi s'opposer au travail de deuil. Une prescription mesurée de psychotropes (le plus souvent des anxiolytiques) pourra alors permettre la survie psychique et la reprise d'un processus d'élaboration. Mais, on voit bien qu'il ne faut pas que cette prescription mène à l'oubli, à l'indifférence ou au déni. De même, il semble attesté par beaucoup d'endeuillés la présence de « visions » (ou de sensation de présence) du décédé, dans les suites immédiates du deuil. C'est probablement dans la plupart des cas une aide objective au travail de deuil, qui ne doit pas être un sujet d'ironie ou de critique sous des prétextes de rationalité scientifique.

Alors que conclure ? Pour Bertrand Vergely (*La souffrance - recherche du sens perdu*. Folio essais, 1997) le non sens est la recherche d'une réponse à la question du sens ou du non sens de la douleur. Job trouve la guérison quand il cesse de chercher les causes de sa douleur :

Je sais que tu peux tout et qu'aucun projet n'échappe à tes prises. Qui est celui qui dénigre la providence sans rien y connaître ? Eh oui j'ai abordé sans le savoir des mystères qui me confondent. « Écoute moi », disais-je « à moi la parole, je vais t'interroger et tu m'instruiras ». Je ne te connaissais que par ouïe dire, maintenant mes yeux t'ont vu. Aussi j'ai horreur de moi et je me désavoue sur la poussière et sur la cendre.

Or après qu'il eut adressé ces paroles à Job, le SEIGNEUR dit à Elifaz de Téman : « Ma colère flambe contre toi et contre tes deux amis, parce que vous n'avez pas parlé de moi avec droiture comme l'a fait mon serviteur Job »... et le SEIGNEUR rétablit les affaires de Job tandis qu'il était en intercession pour son prochain. Et même le SEIGNEUR porta au double tous les biens de Job.

Pour B Vergely, seule la vie a du sens et elle doit en avoir d'autant plus pour vivre avec la douleur.

Rien ne pourra jamais justifier que l'on souffre et que la vie se passe à être une vie pour souffrir. Toutefois, lorsque le lien entre l'homme et la vie tend à se dissoudre ou à s'obscurcir, cela entraîne toujours de la souffrance. C'est la raison pour laquelle l'humain qui proteste en nous contre la vie proteste en nous aussi contre ce qui accable celle ci en élevant le cri de sa mémoire. Protesterions nous contre la vie si nous n'avions pas le sens de la vie ? On ne peut renoncer ni à l'homme ni à la vie. Sauf à renoncer à l'homme et à la vie. Ce qui n'est pas séparable. L'homme en nous s'insurgerait il s'il n'avait pas le sens de la vie face à la souffrance ? Et la vie qui est en nous patienterait elle, comme elle le fait, si elle n'attendait pas l'homme qui est en devenir en nous ? N'est ce pas dès lors un même élan qui nous fait à la fois ne pas vouloir une vie où l'on souffre et vouloir vivre quand même ? Si la protestation contre la souffrance est le signe de notre humanité et dans notre humanité, de notre vie per-

due ou absente, le fait de vivre malgré la souffrance est, lui, le plus bel indice de notre protestation. Ceux qui traversent les épreuves auxquelles la vie les confronte en sont le vivant exemple. Ils parviennent à retourner ces épreuves qui font basculer la vie dans la servitude par le simple fait de vivre. Et vivant ainsi, ils font jaillir une étonnante liberté de cette servitude en délivrant ce message : la vie n'est pas faite pour souffrir. Donc vivons.

b-2) Deuil et Dépression

[Retour à la table des matières](#)

La douleur de sa perte remplit mon cœur de ténèbres. Je ne voyais autre chose devant mes yeux que l'image de la mort. Mon pays m'était un supplice ; la maison de mon père m'était en horreur ; tout ce qui m'avait plu en sa compagnie m'était devenu sans lui un sujet de tourment et d'affliction ; mes yeux le cherchaient partout et je ne pouvais le trouver ; et je haïssais toutes les choses que je voyais, parce que je ne le voyais point en aucune d'elles, et qu'elles ne pouvaient plus me dire : « il viendra bientôt », comme elles me le disaient pendant sa vie lorsqu'il se trouvait absent.

Le texte illustre bien la profonde dépression du deuil, accompagnée d'une exclusion du monde extérieur. Exclusion mutuelle puisque l'endeuillé rejette le monde extérieur comme source de vie, de plaisir, etc.. mais aussi exclusion par le monde extérieur, vécue comme telle par l'endeuillée (*mes amis m'évitent, je ne vois plus personne..*) et, souvent aussi, actée par les proches qui « vivent mal » ce rejet permanent de la part de l'endeuillé.

Dans Deuil et Mélancolie, Freud oppose le deuil « physiologique » à la mélancolie pathologique. Le deuil étant « normal », il ne relèverait pas de soins.

... Il est très remarquable qu'il ne nous vienne jamais à l'idée de considérer le deuil comme un état pathologique et d'en confier le traitement à un médecin, bien qu'il s'écarte sérieusement du comportement normal. Nous comptons bien qu'il sera surmonté après un cer-

tain laps de temps, et nous considérons qu'il serait inopportun et même nuisible de le perturber.

En fait, dans la pratique quotidienne, il est souvent difficile de différencier la tristesse douloureuse du deuil de celle de la « constellation dépressive » (dépressions mono et bi-polaires, épisodes dépressifs, dysthymie et cyclothymie), d'autant que cette dernière affecterait une part importante de la population (2,5% des hommes et 8% des femmes à un moment donné, 10% des hommes et 20% des femmes à un moment de leur vie). L'enjeu n'est pas seulement théorique mais aussi pratique : est-il bénéfique de traiter certains deuils comme des dépressions authentiques, notamment par des médicaments anti-dépresseurs ? Comme l'ont souligné de nombreux auteurs (Zarifian, Ehrenberg) le raisonnement devient alors circulaire : si le traitement « marche », c'est que c'était donc bien une « vraie » dépression. Mais le traitement ne peut que « marcher » puisque le deuil est a priori un processus qui se guérit de lui-même... CQFD !

La Classification Internationale des Maladies (CIM10) nous aide-t-elle ?

Pas vraiment puisque si elle distingue les épisodes dépressifs d'après leur gravité, elle ne les distingue pas d'après leur nature : ainsi les dépressions réactionnelles et les réactions dépressives sont elles classées dans le même chapitre que les dépressions psychogènes. D'ailleurs il est noté dans la description générale des troubles dépressifs : « *La survenue des épisodes individuels (de dépression récurrente) est souvent en relation avec des situations ou des événements stressants* ».

Un point néanmoins : « *L'humeur dépressive ne varie guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances, mais elle peut présenter des variations caractéristiques au cours du nyctémère* » (CIM10). Ce point, s'il était confirmé, pourrait distinguer la dépression authentique de la tristesse douloureuse du deuil qui tend à devenir variable d'un jour à l'autre, voire d'une heure à l'autre, lorsqu'on s'éloigne du deuil initial.

La CIM10 dispose également d'un code pour les « Troubles de l'adaptation » (F432), avec F4320 : « Réaction dépressive brève » (1 mois) ou F4321 : « Réaction dépressive prolongée » (1 mois à 2 ans) :

« État 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 à un événement stressant ». Toutefois il est précisé plus loin : *« Quand le recours à un service de santé est motivé par une réaction normale et culturellement appropriée au décès d'un être cher (deuil), ne dépassant pas habituellement six mois, on ne doit pas utiliser un code du chapitre V (psychiatrie : codes en F tels que dépression et troubles de l'adaptation) mais un code du chapitre XXI (autres facteurs de recours aux soins) : exemples Z634 : (disparition ou mort d'un membre de la famille) ou Z733 (facteur de stress non classé ailleurs). Les réactions de deuil, brèves ou prolongées, considérées comme pathologiques en raison de leur expression ou de leur contenu doivent être notées en F432 (troubles de l'adaptation,-- la dépression proprement dite n'est pas citée...) ; quand elles persistent au delà de 6 mois, elles doivent être notées sous F4321 (réaction dépressive prolongée) ».* Comment différencier les recours aux services de santé pour deuil normal vs pathologique, sachant que si le patient vient consulter c'est probablement « qu'il ne se sent pas très bien », pour utiliser un langage un peu primaire. Surtout contrairement à ce qui est affirmé sur les « six mois de durée habituelle du deuil normal », la durée du deuil n'a pas de « valeur normale » et, en tous cas, il est rare qu'il soit subjectivement terminé à 6 mois. (Nécessité faisant loi, il est souvent « objectivement terminé » avant six mois, par un retour sans restriction aux fonctions professionnelles, c'est probablement ce que signifie la CIM10...) On entend souvent dire par des proches bien intentionnés : *« cela fait trois mois, cela fait un an.. tu devrais commencer à sortir du deuil, sortir, t'intéresser à autre chose... ».* Il est illusoire de penser qu'un tel discours puisse faire disparaître la tristesse douloureuse, par contre il est fréquent de constater que cela aggrave la détresse (et parfois la colère) de l'endeuillé. Chaque deuil est unique, compte tenu de la personnalité de l'endeuillé, de son passé, du passé de sa relation avec le disparu. L'endeuillé mène son deuil comme il peut le mener et il seul devant son deuil.

Doit on pour autant laisser seul l'endeuillé ? certainement non. Si on ne peut pas le « guérir » par activisme verbal, on peut l'accompagner. Arrêtons nous quelques instants sur ce maître mot d'accompagner.

b-3) L'accompagnement

[Retour à la table des matières](#)

Le terme accompagnement signifie étymologiquement « manger le pain avec ». Même si la signification a considérablement évolué, le sens de la convivialité partagée reste central à la démarche d'accompagnement. Il ne s'agit pas d'une démarche d'aide active et de conseil, encore moins d'une intervention thérapeutique, mais d'une présence bienveillante et conviviale, sur le chemin que l'endeuillé lui même a choisi d'emprunter. (nb : la démarche d'accompagnement ne se limite pas au deuil, elle est centrale dans les soins palliatifs, les soins aux toxicomanes et aux malades mentaux etc..)

« Accompagner quelqu'un , ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, ni même connaître la direction qu'il va prendre ; mais c'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas ». [P Verspieren, – Face à celui qui meurt. Desclée de Brouwer, 1984].

Or ce qui me remit et me soulagea d'avantage, fut la douceur de la conversation de mes autres amis -- Saint Augustin.

De façon pratique, la démarche d'accompagnement dans le sens « société civile » (par opposition au sens : actions de soins et soutien associatif) ne demande pas de formation spécifique. Tout proche d'un endeuillé peut la pratiquer, pour autant qu'il y mette l'empathie et la prudence nécessaire. L'endeuillé est souvent ambivalent : critiquant son entourage parce qu'il évite de parler du mort, il peut réagir avec agression et colère si l'on en parle.

L'immense majorité des endeuillés désire profondément parler de son mort. En particulier une erreur souvent commise par l'entourage est de confondre oubli avec guérison du deuil. De ce fait il pense qu'il est « aidant » soit d'inciter explicitement l'endeuillé à oublier son deuil (« *fais un autre enfant, tu penseras à autre chose* ») et l'objet de son deuil, soit de détourner systématiquement la conversation sur d'autres sujets. Nous le verrons plus loin, la guérison du deuil ne passe jamais par l'oubli. Ces « stratégies » ne peuvent donc qu'aggraver la souffrance et la détresse de l'endeuillé.

Toutefois, les endeuillés ne veulent pas nécessairement parler de leur mort à tout moment et avec n'importe qui. Une autre erreur souvent commise est la pratique des questions « fermées » (c'est à dire appelant a priori une réponse en oui ou non) telles que « comment ça va ? ». Comment un endeuillé peut il répondre à cette question par oui ou non, sauf à fermer le dialogue ? Une question « ouverte » de type « comment te sens tu aujourd'hui ? » permet d'ouvrir un espace de parole et permet à l'endeuillé s'il le souhaite de parler de son deuil et de son mort. Encore faut il qu'il perçoive chez son interlocuteur une réelle envie d'écouter...

Dans l'accompagnement de l'endeuillé, il est donc souhaitable de prononcer des paroles ouvertes, « non violentes », indirectement évocatrices qui permettent à l'endeuillé de signifier de quoi il veut parler ce jour là. Il est fort possible que cela se termine par des larmes. L'accompagnant ne doit pas en conclure systématiquement qu'il a été maladroit. Au contraire le plus souvent l'accompagnement doit bien mener au partage et à l'expression des sentiments, y compris larmes et signes extériorisés de souffrance. L'important est surtout que l'endeuillé ait bien choisi volontairement cette expression des sentiments, ce jour là, et qu'elle ne lui ait pas été maladroitement imposée à un moment inopportun.

Maintenant, Seigneur, que ces mouvements de mon affliction sont passés, et que la douleur de ma plaie s'est adoucie par le temps, puis je approcher de votre bouche les oreilles de mon cœur, et apprendre de vous, qui êtes la vérité même, pourquoi les larmes sont si douces aux misérables ? ... Je vous demande donc, ô mon Dieu, d'où vient que l'on cueille des fruits si doux des amertumes de la vie, tels que

sont les pleurs, les soupirs, les gémissements et les plaintes -- St Augustin

Ce qu'il recherche et souhaite dans l'accompagnement est propre à chaque endeuillé. Ainsi Saint Augustin trouve-t-il un soulagement dans la confrontation (« *sans aigreur* ») des idées philosophiques avec ses amis. D'autres souhaiteront une simple présence, une aide dans certaines tâches de la vie courante, parfois aussi, il ne faut pas l'exclure, une intervention plus intrusive (conseils, prise en charge..). La volonté d'écoute et la capacité d'empathie (comprendre ce que l'autre ressent) de l'accompagnant devront se mobiliser pour comprendre quel est le besoin réel de l'endeuillé. Un piège classique est bien sûr d'identifier le deuil de l'autre à ce qui pourrait être son propre vécu du deuil. « *Si j'étais en deuil, voilà ce que je souhaiterais...* ». Ce que l'accompagnant souhaiterait n'est probablement pas ce que souhaite actuellement l'endeuillé. C'est peut être ainsi qu'il faut comprendre cette maxime (très « stoïcienne ») d'Epictète :

Lorsque tu vois un homme qui gémit dans le deuil, soit parce que son fils est absent soit parce qu'il a perdu ce qu'il possédait, prends garde de te laisser entraîner par l'idée que les maux dont il souffre lui viennent du dehors. Mais sois prêt à dire aussitôt « ce qui l'afflige, ce n'est pas ce qui arrive, car un autre n'en est pas affligé ; mais c'est le jugement qu'il porte sur cet événement ». N'hésite donc pas, même par la parole, à lui témoigner de la sympathie et même, si l'occasion s'en présente, à gémir avec lui. Mais néanmoins prends garde de ne point aussi gémir du fond de l'âme. (Epictète - Manuel).

c) La période de rétablissement

[Retour à la table des matières](#)

La temps ne se passe pas inutilement ; il n'est pas stérile dans son cours : il fait de fortes impressions sur nos sens, et produit de merveilleux effets dans nos esprits. A mesure qu'il continuait ses révolutions, il jetait d'autres images dans ma fantaisie, et d'autres idées dans ma mémoire, et me faisait rentrer peu à peu dans mes plaisirs accoutu-

més, ma douleur cédant de jour en jour à mes divertissements ordinaires...

Au cours de la période de tristesse douloureuse, tous les instants ne sont pas identiques. Si certains moments, notamment les anniversaires, peuvent entraîner des fulgurances d'aggravation douloureuse, il y a aussi des moments de rémission, voire même de retour aux « plaisirs accoutumés ». On peut d'ailleurs se demander si cette variabilité (notamment l'existence de moments de rémission même exceptionnels) n'est pas un critère de distinction du deuil « normal » par rapport au deuil dépressif.

L'expérience des soins palliatifs montre qu'il est essentiel, même dans les périodes les plus douloureuses, de laisser ouverte la porte au rire et à l'humour.

« Apprendre à perdre laisse aussi un peu de place pour le rire : rire de soi, de ce que l'on est, de ce que l'on était. Pratiquer l'humour facilite et dédramatise parfois le changement. » A Ernoult et D. Davous – *Animer un groupe d'entraide pour personnes en deuil*. L'Harmattan.

Dans une tradition orphique, parallèle aux mystères d'Eleusis, Demeter (Déesse des moissons, = Dea Mater, la Déesse Mère), en deuil de sa fille Koré (Persephone) enlevée par le roi des Enfers, Hadès, est distraite de son deuil par un geste de la reine Baubo, qui l'a accueillie à Eleusis. Baubo lui aurait montré son sexe, induisant ainsi chez Demeter une hilarité salvatrice. Les Pères de l'Eglise, notamment, se sont servis de cette tradition pour condamner « l'obscénité » des Mystères d'Eleusis. Toutefois on retrouve dans l'Histoire une relation répétée entre Mort et obscénité, par exemple dans l'iconographie des danses macabres.

Rire n'est pas manquer de respect quand on ne rit pas « de » mais « avec » (on peut rire « en communion du souvenir » avec le disparu).

La période de rétablissement commence précocement dans le deuil pendant de courts instants et progressivement ces instants deviennent plus nombreux et plus fréquents. Il n'y a donc pas d'instant précis ou

finit la période centrale du deuil et où commence la période de rétablissement. Toutefois, l'entourage constate que l'endeuillé se réintègre de plus en plus dans la société, qu'il peut prendre plaisir à nouveau à des activités, qu'il est plus présent dans son entourage. Cette période de rétablissement peut elle même prendre des mois ou des années, avec parfois des retours en arrière, notamment autour des anniversaires. Mène-t-elle à la guérison totale ? Probablement non. L'endeuillé ne sera plus jamais celui qu'il était avant le deuil. Peut être aura-t-il retrouvé (ou amélioré) ses capacités antérieures de fonctionnement affectif, professionnel, relationnel, mais la cicatrice est là, prête à faire souffrir si les événements de la vie lui infligent un traumatisme, d'autant plus qu'elle est « mal refermée ». Une de ces circonstances est bien entendu un deuil nouveau. Et c'est ainsi que l'on pourra voir des deuils « mineurs » (deuil d'un animal de compagnie par exemple) entraîner une profonde dépression, chez une personne qui avait « remarquablement bien supporté le deuil de ses parents ». L'oubli apparent, la répression des affects ne sont pas des modes de guérison du deuil, mais un emplâtre sur une cicatrice qui fera probablement parler d'elle plus tard, parfois de façon cachée. Dans combien de cas de dépression, d'alcoolisme, de toxicomanie, de suicide, le médecin peut-il trouver une histoire de deuils « difficiles », souvent « oubliés », niés ou minimisés ?

Mais le deuil est souvent aussi une occasion de « grandir ». Il est le travail de passage d'une personne à une autre et cette personne « nouvelle » sera ce qu'en fera le travail de deuil. Parfois fragile, vulnérable mais parfois aussi plus forte, plus riche d'expérience.

« Le terme du deuil est atteint lorsque le sujet a retrouvé sa liberté (« mais il est de fait qu'après l'achèvement du travail le moi redevient libre et non inhibé » –Freud 1915), ce dont témoigne la capacité recouvrée de fonctionner efficacement et sans peine, d'exprimer et de réaliser ses désirs dans de nouvelles entreprises menées à bien et de nouer des relations nouvelles et fructueuses. Si le moi redevient libre, il ne redevient pas comme avant. Le deuil, même normal, est une blessure dont nous guérissons mais qui laisse en nous des traces, une cicatrice....

*Comme toute épreuve et tout traumatisme, il peut être source de complications, voire de pathologies somatiques ou mentales. Mais dans les circonstances habituelles du deuil normal, ce bouleversement nous fortifie car il nous rend plus réalistes, nous amenant à prendre en compte notre propre fin, il fait avancer le travail de trépas (M'Uzan 1977). Le travail psychique du deuil amène souvent une maturation du moi et une meilleure adaptation à la réalité. » M. Hanus *Les deuils dans la vie*. Maloine 1994.*

2) Le deuil en tant que comportement social

[Retour à la table des matières](#)

Cette souffrance intime du deuil se traduit pour l'environnement par une communication externe, exprimant ou non la souffrance, selon les usages linguistiques et sémantiques de la culture ambiante. De plus, l'état de deuil impose un comportement et des actes (pratiques et rites) selon des normes de la société et/ou du microcosme familial. Il est évident qu'une description précise de tous ces éléments, même en se limitant à nos sociétés occidentales, pourrait remplir des milliers de page. Nous conseillons notamment la lecture de :

Jean Didier Urbain, *L'archipel des morts*. Petite bibliothèque Payot, 1998.

Jean Pierre Mohen, *Les rites de l'au-delà*. Ed Odile Jacob, 1995.

MF Bacqué (sous la direction de), *Mourir aujourd'hui (les nouveaux rites funéraires)*. OPUS – Ed O Jacob. 1997.

Études sur la mort – Rites et Rituels, (Revue de la société de thanatologie). N° 114, 1998.

L'esprit du temps.

Philippe Ariès, *L'homme devant la mort*. Seuil, 1977.

Philippe Ariès, *Essais sur l'histoire de la mort en occident*. Points Le seuil, 1975.

Nous ne pouvons pas ne pas citer rapidement les quatre temps de l'évolution du deuil, décrits par Ph Ariès en 1975 et devenus des classiques (illustrés par des extraits de l'ouvrage). Évidemment la lecture complète de l'ouvrage est vivement conseillée :

Le deuil apprivoisé (typiquement premier Moyen Age, mais on en retrouve un témoignage dans *le Pavillon des cancéreux* de Soljenit-syne) :

« Tirons quelques conclusions générales : la première a déjà été suffisamment dégagée : on attend la mort au lit, « gisant au lit malade ».

La seconde est que la mort est une cérémonie publique et organisée. Organisée par le mourant lui même qui la préside et en connaît le protocole. S'il venait à oublier ou à tricher, il appartenait aux assistants, au médecin, au prêtre de le rappeler à un ordre à la fois chrétien et coutumier.

Cérémonie publique aussi. La chambre du mourant se changeait alors en lieu public. On y entrait librement... Il importait que les parents, amis voisins, fussent présents. On amenait les enfants .

Enfin, dernière conclusion, la plus importante : la simplicité avec laquelle les rites de la mort étaient acceptés et accomplis, d'une manière cérémonielle, certes, mais sans caractère dramatique, sans mouvement d'émotion excessif »

La mort de soi (à partir du second Moyen Age = XIe, XIIème siècle) :

« Dans le miroir de sa propre mort, chaque homme redécouvrait le secret de son individualité. Et cette relation, que l'antiquité gréco-romaine et plus particulièrement l'épicurisme avaient entrevue, qui avait été ensuite perdue, n'a cessé depuis d'impressionner notre société occidentale. L'homme des sociétés traditionnelles, qui était celui du premier Moyen Age, mais qui était aussi celui de toutes les cultures populaires et orales, se résignait sans trop de peine à l'idée que nous

sommes tous mortels. Depuis le milieu du Moyen Age, l'homme occidental riche, puissant ou lettré se reconnaît lui même dans sa mort : il a découvert *la mort de soi*. »

3) La mort de toi (à partir du XVIII ème siècle)

« Cette exagération du deuil au XIX ème siècle a bien une signification. Elle veut dire que les survivants acceptent plus difficilement qu'autrefois la mort de l'autre. La mort redoutée n'est pas la mort de soi, mais la mort de l'autre, la mort de toi. »

Ce sentiment est à l'origine du culte moderne des tombeaux et des cimetières.

4) La mort interdite (à partir de la fin du XIX ème siècle, typiquement deuxième moitié du XX ème siècle) :

« Le deuil n'est donc plus un temps nécessaire et dont la société impose le respect, il est devenu un état morbide qu'il faut soigner, abréger, effacer. »

Nous nous bornerons, sur la pratique moderne du deuil, à quelques considérations générales.

a) Comment les français contemporains voient-ils les rites des obsèques ?

[Retour à la table des matières](#)

Vous arrive-t-il de penser à la mort ? (1998)

Jamais	Rarement	Assez souvent	Souvent	NSP
16%	41%	27%	16%	

Selon vous, parler davantage de la mort dans notre société pourrait-il aider les familles touchées par un décès ? (1998)

Oui	Non	NSP
73%	25%	2%

La mort moins on y pense, mieux ça vaut ? oui/non ? (1990)

Oui	Non
66%	34%

Enquête sur la religion (1990)

- 66% déclarent croire en Dieu
- 44% croient qu'il existe quelque chose après la mort
- 44% disent pratiquer une religion

Catholique	dont au moins occasionnel	Autre religion	sans religion
71%	39%	6%	22%

Enquête sur la prévision en matière d'obsèques (1979)

- 18% ont déjà songé à leur propre enterrement
- 8% ont pris des dispositions pour leur propre enterrement
- 9% ont fait leur testament

Enquête CREDOC (1999)

- 17% des catholiques se déclarent pratiquants
- 7% croient à la résurrection des morts

En moyenne 80% des français sont enterrés « religieusement »

17% par crémation (1998)(alors qu'en 1998: 39% des interrogés
« préféraient » la crémation)

	ce que sont les funérailles	ce que ne sont pas...
Une manifestation de la sympathie qu'on éprouvait pour le défunt	57%	3%
Une manifestation de sympathie envers la famille plongée dans la peine	47%	5%
Une cérémonie à caractère religieux pour le repos éternel du défunt	30%	8%
Une obligation morale vis à vis du défunt	23%	10%
Un rite traditionnel pour accompagner le défunt à sa dernière demeure	22%	8%

Une cérémonie inutile effectuée au seul profit des entreprises de Pompes Funèbres	6%	43%
L'obligation pour la famille en deuil de faire comme tout le monde	5%	48%
Un moyen pour la famille en deuil de se faire valoir, de montrer qu'elle fait bien les choses	2%	60%

(2 réponses par interviewés)

Les caractéristiques importantes pour les obsèques	
Le maximum de simplicité	62%
Dans l'intimité familiale	47%
Dans une église/un temple	34%
Beaucoup d'émotion et de chaleur humaine	30%
Le moins cher possible	26%
Quelque chose qui ne ressemble pas à toutes les obsèques	23%
Dans un beau cimetière	20%
Dans un beau jardin	17%
Quelque chose de tout à fait traditionnel	16%
Que des membres de la famille puissent participer activement aux rites ?	
Au domicile du défunt	15%
Une grande élévation spirituelle	12%
Une réunion finalement joyeuse	11%
Beaucoup de fleurs, de musique, de monde..	8%
Dans une « maison des morts »	--

*b) Quels sont les rites de mort les plus habituels
des principales religions ?*

[Retour à la table des matières](#)

RELIGION CATHOLIQUE

Avant le décès

Onction des malades
Sacrement de réconciliation
Le viatique = Eucharistie du Passage
La recommandation des mourants

Lors du décès

Signes : croiser les doigts, placer entre les doigts un chapelet, une croix.

Passage en principe obligé par l'église (exceptions : la crémation).

Le passage par l'église est un enjeu vis à vis des Pompes Funèbres.

À l'église rites très variables (selon les préférences de la famille et selon les convictions de l'équipe pastorale). Fréquence des liturgies par des laïcs.

Par exemple : le goupillon : rappelle l'eau du baptême, mais parfois image négative (cf le sabre et le goupillon) ---> remplacé par la main posée sur le cercueil. Rites du feu (cierge), de l'encens.

En principe cérémonie devant réaffirmer la croyance collective en la vie éternelle et la résurrection des corps. En fait plus souvent rite rappelant et « illustrant » la vie du défunt, d'inspiration plutôt « laïque ».

Rareté de la présence des officiants au cimetière. Rite de jeter de la terre sur le cercueil.

En principe la crémation ne donne lieu qu'à une bénédiction au crématorium, mais rarement passage par l'église.

Pendant la période de deuil:

annonce à l'église, messes anniversaires.

PROTESTANTISME

Avant le décès, il est utile d'appeler l'aumônier ou le pasteur pour ensemble

- Lire la Bible et prier
- Partager la Saint Cène au lit du malade
- pratiquer une onction d'huile en communion avec la communauté paroissiale

Après le décès on peut croiser les doigts ou les mains du défunt, mais ce n'est pas une obligation. Dans la chambre ardente, éviter tout ornement funèbre autre qu'une simple croix (nue ou huguenote).

Le service funèbre est en principe célébré par le pasteur dans la paroisse du défunt.

JUDAÏSME

Le principe est celui de l'impureté de la mort : le mort ne rentre pas dans la synagogue.

Un lavage rituel par des personnes du même sexe est pratiqué à l'hôpital (plutôt à la morgue).

Un bâtiment près du cimetière permet les prières. Au moment de l'inhumation, le fils aîné récite une prière. La prière est également récitée à la synagogue aux dates anniversaires (première semaine, premier mois, première année).

Il n'y a pas de fleur ni de couronne, et la couleur de deuil est le blanc.

Traditionnellement le mort était enterré directement dans la terre (dans un linceul), mais la loi française s'y oppose.

La confiance en la résurrection des morts interdit en principe l'autopsie, le don d'organe (sauf entre vivants) et la crémation. Toutefois, peuvent être tolérées l'autopsie (médico-légale, scientifique) ou le don d'organes (sauver quelqu'un d'une mort imminente), dans le respect de la dignité du défunt.

Un repas commémoratif est préparé le jour de la mort et aux dates anniversaires.

Pendant la première semaine de deuil, les endeuillés ne travaillent pas. Les hommes ne doivent pas se raser et dans la maison du mort les miroirs sont tournés vers le mur. Pendant une année la famille du défunt doit entretenir une lumière allumée et éviter les célébrations joyeuses.

ISLAM

Avant la mort

Le patient poursuit ses prières, mais il peut le faire « au mieux » s'il ne peut pas le faire de façon traditionnelle (allongé regardant vers la Mecque..).

Pendant l'agonie il faut si possible orienter le mourant vers la Mecque (le visage). Il est souhaitable qu'un membre de sa famille soit

présent. Il est recommandé de réciter le Coran, mais avec discrétion pour ne pas effrayer le mourant.

Après la mort il faut laver complètement la dépouille à l'aide d'eau et de lotus et on termine avec de l'eau camphrée. Le lavage est accompli par 2 personnes du même sexe que le défunt et instruites dans les rites (en principe pas l'époux ou les enfants). Ensuite on procède aux ablutions rituelles et à la prière.

À la mosquée, parfois au cimetière des prières sont dites pour le défunt. Traditionnellement il est mis en terre dans un linceul, mais la législation française l'interdit. Au cimetière, avant l'inhumation une prière est dite face au cercueil. C'est la seule prière qui s'accomplit sans inclinaison ni prosternation.

En principe, le don d'organes, l'autopsie sont interdites, mais certains religieux le permettent s'il y a l'accord du défunt et certitude du décès (attesté par 3 médecins).

3) Quelques commentaires sur les rites de deuil

a) Rites de passage (Van Gennep)

[Retour à la table des matières](#)

Van Gennep décrit en 1909 les rites de passage (i.e. d'une identité à une autre). Le titre entier est « Etude systématique des rites de la porte et du seuil, de l'hospitalité, de l'adoption, de la grossesse et de l'accouchement, de la naissance, de l'enfance, de la puberté, de l'initiation, de l'ordination, du couronnement, des fiançailles et du mariage, des funérailles, des saisons. »

Ces rites ont trois temps : la séparation, la marge, l'intégration.

La séparation semble de prime abord la fonction primordiale des funérailles. Il est vrai que les deuils sont difficiles quand cette fonction n'est pas assurée correctement (dénier total ou partiel, disparition, cadavre manquant...). Mais en fait la fonction d'intégration est primordiale: travail de mémoire, ancestralisation, travail de deuil chez les survivants, le travail d'intégration permet la poursuite de la société grâce à une place rituellement donnée au défunt dans cette société. Faute de cette intégration le mort ne sera pas à sa place et pourra hanter les vivants. Quant à la marge, c'est le moment le plus dangereux, celui que la société ne maîtrise pas : d'où l'importance des rites et pratiques qui « évitent le dérapage » : scandale social, suicide etc. L'une des peurs majeures des ordonnateurs de Pompes Funèbres est précisément ce dérapage incontrôlé.

La mort est un moment de chaos potentiel pour la société, de non sens absolu qui peut détruire les valeurs de la société. D'où l'utilité de faire des rites qui assurent le passage en réaffirmant la cohésion de la société, parfois même au prix d'une grande violence (sacrifices humains, interrogation sur les responsabilités vis à vis du décès...). La société répond par la violence à la violence de la mort. Tout ceci est

bien éloigné de notre temps où le rite se veut un rite intime, personnel, destiné à réduire la douleur de chacun des endeuillés, une « psychothérapie par le rite ».

Van Gennep a noté que le rite du deuil est un peu un raccourci symbolique de ce que vont subir les endeuillés dans les semaines et les mois qui suivent. Séparation, marge = travail de deuil, et réintégration. Ce qui explique partiellement que les endeuillés soient vus comme dangereux, parce que « marginaux » par rapport au monde des vivants.

Ces rites de passage de deuil ne sont pas isolés de ce qui précède : rites d'oblation (retenir le mourant...) et de ce qui suit : rites de commémoration.

Nous reviendrons dans la deuxième partie sur la notion de rites de passage.

b) Trois acteurs

[Retour à la table des matières](#)

Le Corps
L'Ame
La Société

Donc trois relations

Corps-Société = L'effroi du cadavre.

Ce que la Société fait du corps : Pompes Funèbres, enterrement, crémation...

Les rites de vision du corps : exposition, cercueil ouvert ou fermé.

Les rites de lavage, purification

Le devenir du corps = thanatopraxie, enterrement, crémation (les thanatologues préfèrent ce terme à celui d'incinération, qu'on devrait appliquer aux seuls déchets), vautours (tours du silence dans la religion parsie, héritière du zoroastrisme), cannibalisme.

Corps-Ame

Le cadavre est un corps sans âme, mais l'âme est-elle totalement absente ?:

Pour de nombreuses religions l'âme survit au corps, elle eut après le décès rester un moment dans ou autour du corps.

Deux impératifs : elle doit quitter le corps pour aller au Royaume des Morts, mais au bon moment et sans risque de « fausse route ». Rites d'obturation, ou au contraire de mise en position.

Ne pas agresser l'âme (bouddhistes notamment): laisser le corps tranquille (parfois pendant quelques jours).

On peut en rapprocher la pratique hospitalière maintenant de plus en plus fréquente de laisser inoccupé quelques heures le lit d'une personne décédée.

Ame-Société

La société doit aider l'âme à aller au Royaume des Morts, pour le mort mais aussi pour s'assurer qu'elle y va bien et qu'elle ne reste pas sur terre pour hanter les survivants.

D'où des rites « barbares », casser les jambes, couper les pieds, mais aussi donner une pièce pour payer le péage au Royaume des Morts, faire des prières pour qu'on l'accueille bien « là-haut ». Elle doit aussi obtenir le pardon et le donner (cérémonie de réconciliation catholique avant la mort, ...). Enfin elle doit placer l'âme dans la mémoire : ancestralisation, inscriptions funéraires, etc...

L'âme

Le terme d'âme ne doit pas être pris comme une affirmation de la « réalité » de l'âme. Si « réalité » renvoie à une réalité physique ou métaphysique, alors évidemment on doit se prononcer : je « crois » ou je ne « crois » pas, selon ses convictions religieuses ou philosophiques. Ici il s'agit d'une réalité symbolique. L'infirmière qui exige un temps de respect avant que lit du mort soit à nouveau occupé le fait au titre d'une virtualité, d'une idée de la dignité du mort, (à laquelle on peut librement donner le non d' « âme ») qui n'existe peut-être que dans sa propre vision de l'existence. Depuis quelques années,

l'habitude est prise en Réanimation de parler au malade avant les soins, même s'il est en coma profond et aréactif. Les esprits « forts » diront : « c'est ridicule, il ne vous entend pas ». Même si le malade n'entend pas (attention : parfois de tels malades se réveillent et font part de leurs souvenirs, à la stupéfaction des soignants), cela contribue à le faire exister comme personne à part entière pour les soignants et ce n'est pas rien !

“ La controverse est née du préjugé singulier selon lequel rien n'est vrai que ce qui se présente ou s'est présenté sous la forme d'une donnée physique.. Ainsi, par exemple, au sujet de la naissance virginale du Christ : certains y croient comme à une chose physiquement vraie, et d'autres la contestent parce qu'ils y voient une impossibilité physique. Chacun peut se rendre compte que cette opposition est logiquement insoluble, et qu'il vaudrait mieux par conséquent abandonner des débats aussi stériles.

Les deux parties ont en effet à la fois tort et raison ; ils tomberaient cependant d'accord s'ils condescendaient à renoncer au mot “ physique ”. Car le critère d'une vérité n'est pas seulement son caractère “ physique ” : il est aussi des vérités psychiques, vérités de l'âme qui, dans la perspective physique ne sauraient pas plus être expliquées que récusées ou démontrées.

Ainsi, s'il régnait la croyance que les eaux du Rhin, au cours de l'Histoire, avaient un jour remonté leur pente de leur embouchure jusqu'à leur source, il faut bien comprendre que cette croyance constituerait une donnée de fait, en dépit de ce que son expression évoquerait d'absolument invraisemblable , dans une perspective physique. Pareille croyance constituerait un fait psychique qui, en tant que tel, se situerait dans le domaine du réel, par-delà toute preuve ou démenti.

C'est à cette forme d'existence qu'appartiennent les manifestations religieuses. Elles se rapportent toutes, sans exception, à des objets qui ne sauraient être constatés physiquement. Si, d'ailleurs, il n'en était pas ainsi, elles tomberaient dans le domaine des sciences de la nature, qui les condamneraient sans appel, comme échappant à l'expérience. Les expressions religieuses, si on veut les mettre en rap-

port avec les plans physiques, sont totalement dépourvues de sens. Elles ne seraient alors que des miracles, donc par cela même exposées au doute, et ne sauraient prouver la réalité d'un esprit, c'est à dire la réalisation d'un sens, car le sens ne se révèle jamais qu'à partir de lui même. Le sens et l'esprit du Christ sont pour nous présents et perceptibles, toutes questions de miracles mise à part . Les miracles ne font qu'en appeler à la raison de ceux qui se révèlent incapables de saisir le sens. Les miracles ne sont que des produits de remplacement de la réalité de l'esprit, lorsque celle-ci demeure incomprise. ”
CJ Jung – Réponse à Job (déjà cité plus haut)

c) Rites vs Pratiques

[Retour à la table des matières](#)

A l'hôpital il s'institue de nombreuses pratiques volontaires et explicites, mais aussi souvent non explicites et non volontaires. On peut opposer le rite au Rite, le premier s'appliquant à tous les actes qui ont un caractère répété (y compris chez l'obsessionnel compulsif), le second à ceux qui ont acquis un caractère symbolique. Michel Hanus préfère donner le terme de pratique au premier cas : pratique de laisser inoccupé quelques heures le lit du décédé, d'accompagner les familles à la levée de corps, d'informer du décès les autres patients, de faire avec eux une petite cérémonie commémorative...

(Les rites qualifient toutes les conduites du corps plus ou moins stéréotypées, parfois codifiées et institutionnalisées et qui s'appuient nécessairement sur un ensemble complexe de symboles et de croyances. Comportements aux scénarios multiples qui mettent en scène les affects les plus profonds, les rites funéraires, censés guider le défunt dans son destin post mortem, visent avant tout à transcender l'angoisse de mort chez les survivants. (Louis Vincent Thomas))

4) Le deuil comme réalité objective

[Retour à la table des matières](#)

On dira je suis en deuil d'un proche. Cela signifie d'avantage que : « ce proche est mort ». Le deuil décrit non seulement la perte mais la relation vécue donc ressentie d'un vivant à cette perte, relation dont nous venons de voir toute la richesse et toute la variabilité, en fonction de la personnalité du décédé et de celle de l'endeuillé et en fonction de leurs relations communes dans le passé. De ce fait il ne s'agit plus seulement d'une réalité objective. Et pourtant la société vous décrira comme endeuillé, de la même façon qu'elle vous dira médecin ou avocat, petit ou grand, alsacien ou haut breton. À travers la notion de deuil comme « réalité objective » c'est donc un statut, un pan d'identité, qui est ainsi assigné à celui qui a perdu un proche. Évidemment ce statut dépendra étroitement de la culture ambiante. Dans certaines sociétés non européennes, les proches, notamment les épouses, du mort sont considérées comme impures, car « habitées par la mort », et exclues un temps de la vie « normale » du village. Dans nos sociétés occidentales, la description de l'endeuillé(e) sera moins empreinte de « réalités métaphysiques », mais, tout de même, gare à celui qui « oublie sa condition ».

« Les veuves partagent souvent ce statut de mise en quarantaine avec la personne de bas niveau préposée aux soins rapprochés du cadavre. Les unes comme les autres, celle ci comme celles-là, doivent à la fois se soumettre à des prescriptions positives, rendre certains devoirs au défunt, à des prescriptions négatives – il y a beaucoup de choses à ne pas faire- et à des tabous. Il est des groupes où ces personnes ne doivent pas bouger pendant des jours ; interdiction leur est souvent faite de porter elles-mêmes leur nourriture à la bouche. Mais le fait le plus frappant est qu'elles sont, elles-mêmes, objets tabous durant une période déterminée : personne ne doit les toucher, parfois même personne ne doit les voir. Certains indiens de Colombie britannique vont jusqu'à considérer leur ombre comme dangereuse. Bref,

pendant une période codifiée, veuves et assistants funéraires sont assimilés socialement au défunt ; ils sont considérés comme provisoirement morts sur le plan social.

Les endeuillés proches, les veuves en particulier, partagent pendant un temps, et de manière plus ou moins sévère, le statut du défunt : elles n'ont pratiquement plus le droit de vivre, provisoirement, voire même définitivement (sati). » M. Hanus – Les deuils dans la vie.

Le deuil a cependant une part objective. Un amputé a bien perdu un membre, quel qu'en soit son niveau de conscience ou de sensation. En matière de deuil le renvoi à la réalité est primordial. Mais, sans compter les rares stratégies personnelles de déni prolongé de la réalité de la perte, combien de familles ont elles cachées au grands parents, « malades », le décès d'un membre de la famille, combien de familles ont elles demandé au médecin, consulté par un endeuillé douloureux : « *donnez lui n'importe quoi, mais qu'il dorme, qu'il oublie, il souffre trop !* » ?

Le deuil est certainement le moment privilégié de l'affrontement entre cette partie de chacun qui voudrait oublier la rigueur de la réalité (le principe de plaisir) et cette partie qui perçoit la vérité du deuil, parfois même au-delà du conscient (le principe de réalité). Citons à nouveau l'aphorisme d'Épicure : (mais rappelons que ses contemporains méprisaient son « épicurisme » et nommaient ses disciples les « pourceaux d'Épicure »):

Si les voluptueux trouvaient dans les objets qui leur procurent la volupté le remède à la crainte des phénomènes, de la mort et de la douleur, je ne trouverais rien à reprendre dans leur état. Ils seraient heureux par la volupté, sans douleur aucune, ni peine d'esprit.

En terme plus moderne, si l'industrie pharmaceutique trouvait un psychotrope assez puissant pour supprimer de façon prolongée la souffrance du deuil et sans qu'il y ait d'effet secondaire, alors pourquoi s'en priver ? Ce n'est pas un exercice philosophique abstrait, car l'industrie pharmaceutique en est bien capable, si ce n'est déjà fait. Mais, comme Épicure le dit, y aura-t-il lieu de « ne rien trouver à reprendre » ? Autrement dit, si l'on trouvait le moyen de supprimer les

effets secondaires de la toxicomanie, n'y aurait-il plus lieu de la craindre et de l'interdire ? Débat difficile, d'autant qu'il a déjà eu lieu un temps (pas très ancien) à propos de la douleur physique et de l'emploi de la morphine. Après des années de « non violence » contre la douleur, il est bien apparu que la réponse était : oui, en matière de douleur physique, le seul inconvénient à l'emploi de la morphine est la présence d'effets secondaires. Si l'on sait les maîtriser ou les supprimer, et que la douleur ne peut pas être calmée autrement, alors il faut la prescrire... La douleur physique est-elle un élément positif du principe de réalité ? On l'a cru, on ne le croit plus.....

*« Un travail sous l'égide du principe de réalité va devoir se faire pour que le fonctionnement psychique vienne de nouveau se ranger sous sa bannière. À l'orée du deuil, existe une situation psychique qui est comparable à un déni sans en être vraiment un. Le refus s'exprime, et en même temps, les éléments du tableau de choc témoignent du fait que la réalité a bien été perçue. C'est bien parce qu'il est si pénible, si difficile d'accepter la réalité que la douleur survient. À ce moment crucial de crise, la douleur est aussi ce qui rattache à la réalité et qui nous montre bien que nous sommes toujours là. Elle est l'expression de la tension extrême entre la partie du moi qui régresse jusqu'au moi-plaisir de la petite enfance et l'autre partie qui, sous l'influence d'un surmoi et d'un idéal du moi matures, reste attachée à la réalité telle qu'elle est, aussi insupportable qu'elle puisse être ressentie (moi-réalité). L'épreuve de réalité est au cœur du travail de deuil... Le maintien des liens avec la réalité extérieure est bien alors une épreuve, une souffrance qu'il faut endurer, qui nous éprouve et, en même temps, un test, une pierre de touche qui permet d'apprécier la solidité de nos liens avec le réel tel qu'il est, c'est-à-dire notre sens de la réalité. » [M Hanus, *Les Deuils dans la Vie*].*

Comme le dit M. Hanus, « le principe de réalité est au cœur du travail de deuil », certainement pour signifier qu'il est au cœur du « bon » travail de deuil, celui qui conduit à la résolution du deuil, à la « re-naissance » d'un homme nouveau qui, parce qu'il a supporté cette épreuve, sera peut-être plus fort, plus mature. Mais, comme le dit Freud, pourquoi tant de douleur ?

« *Mais pourquoi le détachement de la libido de ses objets devrait-il être un processus si douloureux, nous ne le comprenons pas et nous ne pouvons le déduire d'aucune hypothèse* ». [Freud, 1926 in M. Hanus, – *Les Deuils dans la Vie*].

Nous reviendrons plus tard sur la vision du temps, mais elle nous semble éclairer en partie certaines de ces interrogations : Certainement si la douleur physique comme psychique est de courte durée et disparaît spontanément comme elle est venue, alors tout médicament qui la calme est le bienvenu. C'est le cas par exemple des puissants antalgiques prescrits après une intervention chirurgicale ou des psychotropes prescrits pour une attaque de panique.

Mais le même raisonnement peut être tenu par celui qui dit « *qu'importe l'avenir, vivons l'instant* » (comme on le sait, un grand poète français l'a même illustré en vers). Alors la toxicomanie peut paraître profitable car elle supprime bien la douleur ou l'angoisse, même si ce n'est que pour un temps limité, mais au moins pour ce temps elle est supprimée. C'est évidemment une démarche de pensée que l'on retrouve massivement chez les toxicomanes (alcool compris).

« *L'ambivalence du X (un anti-dépresseur, cité par son nom dans le texte originel) ne tient pas à ce qu'il soit comme tout médicament remède et poison : on ne meurt pas d'une surdose de cet antidépresseur, alors que la dose létale est vite atteinte avec l'aspirine qui s'avère largement plus dangereuse. Nous en prenons bien en permanence pour alléger des symptômes de douleur, pourquoi devrait-il en être autrement avec un antidépresseur, à condition qu'il soit sans danger ? En suscitant l'espoir de surmonter toute souffrance psychique parce qu'ils stimuleraient l'humeur de personnes qui ne sont pas « véritablement » déprimées, la nouvelle classe d'antidépresseurs confortables dont X est le chef de file, incarne, à tort ou à raison, la possibilité illimitée d'usiner son intérieur mental pour être mieux que soi. On ne distinguerait plus se soigner de se droguer... S'ensuit une série de questions non résolues. La souffrance est-elle utile ? Et si oui à quoi ? Allons nous vers une société de confortables dépendances dans laquelle chacun prendra au quotidien sa pilule psychotrope ? Ne fabrique-t-on pas des hypochondriaques en masse ? Peut-on encore distinguer entre les malheurs et les frustrations de la vie ordinaire, et*

la souffrance pathologique ? Faut-il le faire ? Question des plus délicates car elle suppose une distinction stable entre ce qui relève d'une « maladie » et ce qui n'en relève pas. Si la déontologie médicale contraint moralement le médecin à soulager la souffrance, même quand il ne peut guérir une maladie, pourquoi devrait il en aller autrement en matière de souffrance psychique. Posé de cette manière, le problème reste obscur. Il faut donc dépasser les polémiques sur le traitement médicamenteux de la dépression par une mise en perspective historique. ». [A Ehrenberg – La fatigue d'être soi (Dépression et Société) – Odile Jacob 1998].

Le problème est que notre société tend également à s'inscrire massivement dans cette démarche. L'importance donnée à la jeunesse, à la jouissance de l'instant (voir certaines publicités en faveur du crédit à la consommation), à l'accélération des transports et des rythmes de vie et de travail, tout cela marque bien la seule valorisation de l'instant présent, aux dépens du passé et de l'avenir. On peut également observer le raccourcissement du « temps significatif », comme par exemple chez ces (nombreuses) sociétés qui s'interrogent sur la rentabilité de l'exercice de l'année présente, sans même examiner l'effet à long terme des décisions prises. *De toute façon, l'année prochaine, s'il y a déficit, nous mettrons la clé sous la porte !*

C'est pourquoi il n'est pas sûr que, si un médicament psychotrope « idéal » venait à sortir sur le marché, nos sociétés l'interdisent vigoureusement au nom du principe de réalité. En effet, le principe de réalité repose largement sur une vision à moyen et long terme mettant en évidence d'une part les effets néfastes du deuil non ou mal fait sur l'individu « futur » et d'autre part l'utilité de la souffrance présente pour que cet individu puisse « dans le futur ». guérir de son deuil. Le principe de plaisir dit « *prends aujourd'hui ce qui t'est offert et qui supprime ta souffrance, demain est un autre jour* ». Nous laissons au lecteur le soin d'évaluer ce qui est le plus « dans l'air du temps ».

« L'homme fait aujourd'hui l'expérience d'une nouvelle condition temporelle : celle de l'homme présent. Un homme qui aurait décidé d'immoler l'avenir au bénéfice du seul présent. Ce présent prétend désormais se suffire à lui même pour affronter l'incertitude du monde dans lequel nous sommes entrés. En s'incarcérant volontairement

dans un présent immédiat, l'homme présent veut abolir le temps. Revenu de toutes les utopies sociales, il radicalise son besoin de sens par la recherche individuelle d'un présent sans cesse reconduit, le présent éternel" ». [Zaki Laidi – *le sacre du présent*—Flammarion -- 2000].

Il existe aussi, bien sûr, une motivation économique non négligeable, épinglée par exemple par le Dr Zarifian :

« Il est à craindre dans cinq ou six ans que nous ne connaissions avec les antidépresseurs un phénomène analogue à celui qui a été constaté avec les benzodiazépines. Tout est en place pour une formidable explosion de la consommation d'anti-dépresseurs, en particulier dans la série des inhibiteurs de la recapture de la serotonine dont le nombre va croître sur le marché. L'encadrement extrêmement serré de l'opinion médicale, la parfaite collaboration du milieu académique avec l'industrie pharmaceutique vont faciliter cette situation dont tous les aspects sont déjà contrôlés : les données épidémiologiques démonstratives justifient toutes les augmentations du volume de prescriptions ; les concepts cliniques sont atomisés, ouvrant très grand le marché... seront donc légitimes, à présent des indications nouvelles pour de nouveaux produits... on prévoit d'élargir le marché des antidépresseurs en associant la nécessité de traiter les symptômes dépressifs dans d'autres cadres psychiatriques que la dépression ou dans une série d'affections somatiques. ». [E. Zarifian – *Le prix du bien-être* (psychotropes et société) – Ed Odile Jacob 1996].

B) La Vision Psychanalytique

[Retour à la table des matières](#)

Nous avons vu la description clinique du deuil dit « normal ». Nous avons tenté avec la douleur de citer les auteurs, notamment S. Freud et M Klein, qui avaient tenté d'expliquer le sens et la genèse de la douleur du deuil. Nous avons aussi cité à plusieurs reprises la notion de travail de deuil, facteur du processus de guérison. Mais en quoi consiste ce travail de deuil, et en quoi et pourquoi est il bénéfique ? Nous essaierons d'en donner une idée dans ce chapitre par trois citations. (étant anesthésiste de formation, je me garderai bien de rajouter des commentaires personnels !) Comme pour le deuil « social » nous renvoyons surtout le lecteur à la lecture des « bons ouvrages » et notamment :

Sigmund Freud, *Metapsychologie*. 1915, notamment « Deuil et Mélancolie ».

MF. Bacqué et M Hanus, *Le Deuil*. Que sais je ? 2000.

M. Hanus, *Les deuils dans la vie*. Maloine, 1994.

M. Hanus, *La Mort retrouvée – Face à la mort*. (Ed Frison Roche), 2000.

Manu Keirse, *Faire son Deuil, vivre un chagrin*. De Boeck et Berlin, 2000.

En résumé, c'est un chapitre qui reste à écrire.

«Enfin, Erich Lindemann * va apporter une pierre importante à l'édifice du travail de deuil (dès 1944). À partir de l'observation de personnes traumatisées (pilotes pendant la seconde guerre mondiale ou parents de victimes d'un incendie), il décrit le travail de deuil.

* Lindemann E. "Symptomatology and Management of Acute Grief", *American Journal of Psychiatry*, 101, 1944, pp. 141-148.

Très concrètement, le sujet doit se détacher de tous les événements partagés avec le défunt. Ils peuvent être réels, mais également fantasmatiques. En effet, comment des parents qui ont perdu un fœtus in utero pourraient-ils faire le deuil d'un enfant qu'ils n'ont pas connu ? Le travail de deuil s'appuie donc également sur des notions fantasmatiques. Toutes les situations partagées avec le défunt doivent être « démontées en pensées et en souffrances » (though through and pained through). Cette déconnection, ce decathecting, est la condition sine qua non du travail de deuil. Elle en justifie la longueur car il est basé sur les souvenirs, le présent (la réalité de la mort), mais aussi le futur et le renoncement aux projets.

Nombreux sont les analystes désormais penchés sur les endeuillés. De toutes les pratiques thérapeutiques, la psychanalyse est apparue longtemps comme celle qui apportait les améliorations les plus conséquentes en cas de deuils cumulés, de deuils différés, de statut d'enfant de remplacement. Pour les deuils les plus courants, le soutien psychologique paraît en revanche suffisant. » [MF Bacqué et M. Hanus – Le Deuil – que sais je ?]

« En quoi consiste maintenant le travail qu'accomplit le deuil ? Je crois qu'il n'y aura rien de forcé à se le représenter de la façon suivante : l'épreuve de réalité a montré que l'objet aimé n'existe plus et édicte l'exigence de retirer toute la libido des liens qui la retiennent à cet objet. Là contre s'élève une rébellion compréhensible, - on peut observer d'une façon générale que l'homme n'abandonne pas volontiers une position libidinale même lorsqu'un substitut lui fait déjà signe. Cette rébellion peut être si intense qu'on en vienne à se détourner de la réalité et à maintenir l'objet par une psychoses hallucinatoires de désir. Ce qui est normal c'est que le respect de la réalité l'emporte. Mais la tâche qu'elle impose ne peut être aussitôt remplie. En fait, elle est accomplie en détail, avec une grande dépense de temps et d'énergie d'investissement, et, pendant ce temps, l'existence de l'objet perdu se poursuit psychiquement. Chacun des souvenirs, chacun des espoirs par lesquels sa libido était liée à l'objet est mis sur le métier, surinvesti et le détachement de la libido est accompli sur lui. Pourquoi cette activité de compromis, où s'accomplit en détail

le commandement de la réalité, est-elle si extraordinairement douloureuse ? Il est difficile de l'expliquer sur des bases économiques. Il est remarquable que ce déplaisir de la douleur nous semble aller de soi. Mais le fait est que le moi après avoir achevé le travail du deuil redevient libre et sans inhibition. » Freud Deuil et Mélancolie.

De M. Keirse (*Faire son Deuil, Vivre un Chagrin*)
« *Le Travail de deuil*

Première tâche : accepter la réalité de la perte

... Si cette première tâche n'est pas accomplie, on reste bloqué à un stade de dénégation...

Deuxième tâche : connaître la douleur de la perte

...ne pas accomplir cette deuxième tâche, c'est ne pas ressentir, c'est se fermer aux sentiments, aux souvenirs qui rappellent le défunt, c'est réagir de façon euphorique. Sans réaliser cette deuxième tâche, on aura souvent besoin ensuite d'une psychothérapie...

Troisième tâche : s'adapter à son environnement sans le défunt.

...S'adapter, ce n'est pas seulement trouver une solution à des problèmes techniques et matériels. La mort d'un conjoint peut également entraîner la perte d'un certain statut social... On échoue dans la troisième tâche si on n'arrive pas à s'adapter à la perte. Certains luttent contre eux-mêmes en se présentant comme impuissants, en ne développant pas de nouvelles compétences dont ils seraient capables, en refusant des contacts sociaux, en ne regardant pas en face certaines obligations.....

Quatrième tâche : donner une nouvelle place au défunt et réapprendre à aimer la vie

La quatrième tâche consiste à attribuer à la personne décédée une nouvelle place émotionnelle dans la vie. Il ne s'agit pas de ne plus l'aimer ou de l'oublier. La relation a changé mais, même morte, elle garde une place particulière dans le cœur et l'esprit des survivants.

Cependant l'intensité de ce lien est différente. Progressivement, on mettra d'avantage d'énergie dans d'autres aspects de l'existence. On réapprend à aimer la vie, les gens... Pour beaucoup, cette tâche est la plus difficile, le travail du deuil peut s'y enliser...

Achever le travail de deuil

Le travail du deuil est achevé quand les quatre tâches sont accomplies. Il est impossible de préciser la durée de ce travail. ... Une façon d'apprécier l'accomplissement de cette étape est la possibilité de repenser à la personne décédée, sans ressentir de douleur intense. Même si, toute la vie, il restera quelque chose de cette douleur.

On peut comparer ceci à notre ombre. La tristesse après une perte nous accompagne la vie durant comme notre ombre. L'ombre peut être grande ou petite, devant ou derrière nous. Tantôt on la voit, tantôt pas. »

Manu Keirse – *Faire son deuil, vivre un chagrin* – De Boeck et Belin 2000.

C) La vision « médicale » du deuil

[Retour à la table des matières](#)

Les guillemets à « médicale » signifient d'une part que la définition n'est pas univoque (elle résulte plus de la demande soins que d'une qualité définie) et d'autre part que « médical » doit être compris dans son sens large, c'est-à-dire qu'il représente ce qui concerne l'ensemble des soignants, quelle que soit leur fonction, médecin, infirmière, aide soignants, psychologues, aumôniers hospitaliers etc.

« Du chagrin – Le chagrin est de toutes les passions, celle qui est la plus nuisible, relativement à la santé. Les effets du chagrin n'ont point d'interruption et quand il se fixe profondément dans l'âme, il a les suites les plus fâcheuses. La colère et la peur sont des passions violentes, qui sont rarement de longue durée. Le chagrin se change souvent en une mélancolie continue, qui mine les forces de l'âme et détruit le tempérament. Il faut, par tous les moyens possibles, chercher à éloigner cette passion.

On peut en triompher dans les commencements, mais quand une fois elle a pris un peu de force, on travaille en vain à la détruire.

Il est impossible d'échapper à tous les malheurs qui affligent la vie, mais on montre une véritable grandeur d'âme, quand on les supporte avec courage...

Aussi les personnes qui se livrent au chagrin ont elles l'appétit dérangé et font-elles de mauvaises digestions. De là l'affaissement de l'esprit, le relâchement des nerfs, les vents dans les intestins et la corruption des humeurs...

Il est absolument impossible que ceux qui ont l'esprit affecté jouissent d'une bonne santé. On peut dans cet état vivre quelques années,

mais quiconque veut parvenir à un âge avancé, doit vivre content et satisfait. » G Buchan – Médecine Domestique chez Desprez, Imprimeur ordinaire du Roi et du Clergé de France , rue Saint Jacques – 1780 (MDCCLXXX)

La vision médicale du deuil comporte essentiellement deux volets :

- les conséquences médicales somatiques du deuil
- la prise en charge médicale du deuil.

1) Les conséquences médicales somatiques du deuil.

[Retour à la table des matières](#)

Comme on le voit dans l'extrait précédent la surmortalité et la surmorbidity liées à la dépression et au deuil sont connues depuis longtemps. Dans nos sociétés, cette surmortalité est largement acceptée dans le discours « de bon sens » sur le deuil. Toutefois, les données statistiques ne sont pas sans équivoques. Si l'on doit choisir des chiffres représentatifs de la mortalité « brute » après deuil, on peut estimer le risque relatif entre 1,5 et 2 immédiatement après le deuil (la première semaine pour une étude mais jusqu'à 6 mois après le deuil pour plusieurs études) et à 1,10, voire 1,20, dans les mois et les années suivantes (c'est-à-dire une surmortalité immédiate de +50 à +100% puis retardée de +10 à +20%). En fait il existe une grande hétérogénéité selon le sexe, l'âge et. Alors que, pour une étude, la surmortalité immédiate des veuves double (+100%), celle des veufs triple (+200%). Une étude de surmortalité immédiate et retardée montre une surmortalité allant jusqu'à +100% chez le veuf mais pas de surmortalité chez la veuve. Une autre étude montre une surmortalité plus importante (+100%) chez les « jeunes » veufs et veuves (<55ans) que chez les veufs et veuves plus âgés. La différence peut être due à une pathologie différente (plus souvent traumatique) à l'origine de ces veuvages précoces. Enfin de nombreuses études ne montrent pas de surmortalité

ou montrent des chiffres différents (moins de sur-mortalité ou sur-mortalité féminine). Comme le fait remarquer Mr Wortman de l'université de Tasmanie :

1) Les chiffres absolus (vs relatifs) sont relativement petits : Ainsi pour une étude montrant une importante sur-mortalité de 100%, entre le 7^{ème} et le douzième mois, il y avait eu pour cette période 75 décès sur 4747 endeuillés.

2) De ce fait, le ratio signal/bruit de fond est très faible : l'effet propre du deuil est faible par rapport à celui des autres pathologies, celui de la situation sociale et familiale, celui des antécédents physiques et psychiques etc... On peut donc le percevoir globalement, mais il suffit qu'il existe une variation « anormale » de ces autres facteurs pour que l'effet apparent du deuil soit déformé, voire même annulé.

Quels sont ces éléments de confusion ? Nous pouvons en citer quelques-uns :

1) Il est probable que dans certains cas, la sur-mortalité de l'endeuillé est en relation directe avec la pathologie du décédé : rare transmission directe (SIDA, Hépatites, etc.) mais surtout partage de risques sanitaires (tabac, alcool, environnement pollué, prises de risque). Par exemple, il est probable que la population des endeuillés après décès par cancer du poumon comporte une plus grande proportion de fumeurs que la population « générale ». Elle présente donc « naturellement » un risque accru de mortalité liée au tabac. Certaines pathologies mentales (suicidalité, dépression) sont statistiquement corrélées à l'intérieur du couple, par influence mutuelle ou partage d'événements, mais aussi, il ne faut pas l'oublier, parce que le choix du conjoint n'est pas (entièrement) aléatoire. Enfin n'oublions pas que le décès par suicide est très « suicidogène » pour l'entourage. Sur le plan de la morbidité, rappelons qu'une des manifestations du deuil est l'identification au décédé, avec parfois identification à sa pathologie. C'est ainsi qu'une veuve de décédé d'un cancer digestif consultera pour des douleurs abdominales vagues. Le généraliste sera alors contraint à un bilan complet, y compris endoscopique, qui parfois mettra en évidence une authentique pathologie.

2) L'effet de la dépression sur la mortalité est globalement similaire à celui du deuil, mais là encore les études statistiques donnent des chiffres variables et parfois même contradictoires.

Il faut dire qu'entre la dépression « réactionnelle banale » de la vie courante et la mélancolie ou la dépression bi-polaire il y a plus qu'une différence de niveau. De ce fait, et c'est bien vérifié dans les faits, le psychiatre de ville ne mettra pas en évidence la même surmortalité que celui qui exerce dans un établissement psychiatrique « lourd » ou même celui qui exerce dans une consultation externe hospitalière.

Nous l'avons vu la phase centrale du deuil présente une symptomatologie proche de celle de la dépression. Mais certains endeuillés sont des déprimés « vrais », qui souvent ont déjà présenté des épisodes dépressifs avant le deuil « étudié » : leur surmortalité est-elle celle des déprimés ou existe-il une sur-sur mortalité des déprimés en deuil ?

3) La sur-morbidité et la sur-mortalité des endeuillés est souvent liée à des consommations addictives : alcool, tabac, médicaments, plus que toxicomanie « classique ». Ces consommations existaient souvent avant le deuil, mais elles ont augmenté après le deuil. Cette surmortalité est donc plutôt liée à l'effet aggravant du deuil sur la consommation addictive, effet peu spécifique qu'il partage avec de nombreux autres facteurs de stress (échec professionnel, divorce, etc..). L'effet statistique global du deuil pourra donc dépendre de la consommation d'alcool, de tabac, de médicaments dans la population étudiée. On sait que cette consommation touche une forte proportion des populations occidentales et qu'il existe une forte variabilité de cette consommation dans les populations, à déterminante sociale, géographique, etc...

4) La sur-mortalité globale du deuil est manifestement fortement liée à des facteurs sociaux en relation ou non avec le deuil : solitude, isolement, pauvreté (le décès entraîne souvent une baisse des ressources financières), précarité, entourage familial, « incompétence » masculine dans la tenue du ménage etc... Ces facteurs ne sont pas une conséquence inéluctable du deuil. Ainsi, dans une étude euro-asiatique

la surmortalité « classique » des veufs a été retrouvée en Belgique mais pas en Chine et au Japon. Il est probable que, dans ces pays, la structure familiale étendue préserve la qualité de vie domestique du veuf. L'effet des facteurs sociaux est donc variable selon les circonstances et les cultures. Plus important encore, les conséquences sociales du deuil peuvent être modifiées par des politiques actives de prévention des complications du deuil, politiques médicales, sociales ou même simplement d'ordre privé.

5) Enfin, la sur-morbidité apparente après le deuil pourrait être liée à l'augmentation de la consommation médicale, souvent constatée après le deuil. Cette surconsommation peut être due à une sous consommation avant la mort du décédé (en cas d'affections chroniques demandant un fort investissement d'aide du conjoint par exemple), à une sensibilité accrue aux symptômes (douleurs, etc..) ou directement à la détresse affective de l'endeuillé. Dans ce dernier cas, il apparaît souvent plus facile à l'endeuillé, par pudeur, par confusion ou parfois même par honte, d'invoquer une symptomatologie physique pour « justifier » le recours au médecin.

Alors que faut-il conclure ?

Le fait qu'une majorité des études montre une sur-mortalité du deuil permet de conclure à un effet du deuil sur la mortalité. Cet effet est au maximum juste après le décès et décroît ensuite.

Par contre l'intensité de cet effet, en l'absence d'autres facteurs de risque, ne semble pas aussi important que ce qui est parfois avancé. Il importe donc avant tout de se concentrer sur ces autres facteurs de risque : en particulier la consommation d'alcool ou de drogues psycho-actives, la solitude et l'isolement, la négligence des soins corporels et de l'alimentation, le repli dépressif sont des risques indépendants de sur-mortalité, après deuil comme dans d'autres circonstances. La prise en charge de ces problèmes, par l'entourage comme par les professionnels de santé, est susceptible de réduire la surmortalité. Je veux croire qu'il n'y a pas de fatalité de la sur-mortalité après un deuil.

Nb : de nombreux travaux mettent en évidence des troubles du système immunitaire au cours du deuil et de la dépression. On connaît aussi les travaux de Selye sur les conséquences somatiques du stress. Toutefois, l'application à la clinique quotidienne de ces travaux n'est pas immédiate, c'est pourquoi nous n'aborderons pas ce sujet ici.

2) Le Traitement Médical du Deuil.

Il est très remarquable qu'il ne nous vienne jamais à l'idée de considérer le deuil comme un état pathologique et d'en confier le traitement à un médecin, bien qu'il s'écarte sérieusement du comportement normal. Nous comptons bien qu'il sera surmonté après un certain laps de temps, et nous considérons qu'il serait inopportun et même nuisible de le perturber ». [Freud – Deuil et Mélancolie].

Si nous devons suivre ce propos de Freud, ce chapitre sur le rôle du médecin dans le deuil se terminerait ici même. Pourtant, il est d'expérience commune que le deuil entraîne une augmentation de la demande de soins, soit pour des pathologies anciennes ou nouvelles, soit, explicitement ou « sous couvert » de symptômes variés, pour « soigner » la souffrance du deuil. Il y a donc bien de fait une « médicalisation » du deuil.

a) Les deuils « psycho-pathologiques »

[Retour à la table des matières](#)

Traditionnellement les ouvrages médicaux sur le deuil décrivent, à côté des deuils « normaux » des deuils « pathologiques », donc « anormaux » et relevant à juste titre de soins médicaux. Ces complications du deuil sont généralement classés en complications somatiques vs psychiatriques. Les complications somatiques ont été évoquées au chapitre précédent et le seront encore au chapitre suivant (Deuil et Médecine Générale). Nous nous attacherons donc dans ce

chapitre aux aspects psychiatriques du deuil. Marie Frédérique Bacqué distingue, dans le chapitre « complications et aspects psychiatriques du deuil », les deuils compliqués des deuils pathologiques :

« La psychopathologie du deuil peut être décrite selon deux axes : les deuils compliqués et les deuils pathologiques. Les deuils compliqués, dont le déroulement est inhabituel, mettent souvent en défaut la chronologie du deuil, mais sans aboutir à une maladie mentale caractérisée. Les deuils proprement « pathologiques » entraînent une modification grave de l'état mental : décompensation d'une personnalité névrotique ou psychotique (deuil psychiatrique), développement d'un comportement dangereux pour le sujet ou pour son entourage ». [Le Deuil à Vivre -- MF Bacqué Ed O Jacob 1995].

Michel Hanus décrit pour sa part les deuils « compliqués » dans un chapitre sur la psychopathologie du travail de deuil et dans les deux chapitres suivants titrés « les deuils pathologiques : » , « les complications psychiatriques du deuil » et « les complications somatiques du deuil ». Les limites du normal et du pathologique, du « médical » et du psychiatrique sont ici bien floues....

Les deuils compliqués. On peut décrire :

Le deuil différé : L'endeuillé refuse d'accepter la perte et de ce fait refuse d'entrer dans le travail de deuil. « Dans ce cas, la position de déni initial de la réalité de la perte se prolonge dans le temps. Aucun changement n'est perceptible dans le mode de vie de l'endeuillé, qui s'est à peine arrêté de travailler pour enterrer son mort. Il prolonge ainsi sa présence pendant un temps, de façon quasi hallucinatoire, en agissant comme si rien n'avait changé. ». [MF Bacqué - Le Deuil à Vivre].

Le deuil inhibé. L'endeuillé ne nie pas la réalité de la perte, mais il refuse les émotions et la douleur qui y sont liées. La problématique du deuil inhibé est renforcée dans nos sociétés occidentales par de forts aspects culturels.

Une longue tradition, largement exprimée dans le stoïcisme et les doctrines philosophiques qui s'en inspirent, valorise la retenue des émotions face à la perte, à la douleur, aux événements de la vie :

Lorsque tu vois un homme qui gémit dans le deuil, soit parce que son fils est absent soit parce qu'il a perdu ce qu'il possédait, prends garde de te laisser entraîner par l'idée que les maux dont il souffre lui viennent du dehors. Mais sois prêt à dire aussitôt « ce qui l'afflige, ce n'est pas ce qui arrive, car un autre n'en est pas affligé ; mais c'est le jugement qu'il porte sur cet événement ». N'hésite donc pas, même par la parole, à lui témoigner de la sympathie et même, si l'occasion s'en présente, à gémir avec lui. Mais néanmoins prends garde de ne point aussi gémir du fond de l'âme. [Epictète – Manuel].

Rappelons par exemple, chez les modernes, le poème de Kipling « si tu peux..., alors tu seras un homme, mon fils ».

Un deuxième élément est la norme culturelle d'expression des sentiments. Dans certaines sociétés la douleur du deuil doit s'exprimer par des pleurs, des cris, voire des violences à soi même, et souvent pendant plusieurs jours. Par contraste, une des grandes peurs de nos contemporains au moment des obsèques est « le dérapage des émotions », qui entraînerait un « scandale devant tout le monde ». Vérité en deçà des Pyrénées, erreur au-delà !

L'expression des sentiments pose évidemment problème quand coexistent des normes différentes parmi les endeuillés. Il n'est pas nécessaire de chercher pour cela le choc de cultures exotiques. La simple différence d'expression des sentiments entre hommes et femmes en Occident nous confronte quotidiennement à cette problématique. Basiquement la femme est centrée sur son « intériorité ». Pour elle, exprimer des sentiments c'est dire ce qu'elle ressent, dire sa « vacuité », sa douleur et son désarroi. Culturellement l'homme est plutôt centré sur son environnement (son extériorité). Pour lui, exprimer ses sentiments c'est essentiellement passer par l'agir. Il s'exprimera donc préférentiellement par l'attitude corporelle, la colère, l'investissement dans le travail, etc.. et même parfois par la violence, le suicide ou l'alcoolisation.

Si la différence d'expression n'est pas prise en compte, par exemple dans le deuil d'un enfant, alors on entendra la femme dire « il ne ressent rien, il est indifférent » et l'homme « elle se plaint tout le temps, elle ne veut pas sortir de sa douleur ». Le soignant averti se gardera de diagnostiquer un deuil inhibé chez cet homme et un deuil chronique chez cette femme. Il pourra les aider en leur apprenant à « décoder » la communication. Bien sûr ce sont des considérations générales qui ne sont pas toujours vérifiées chez telle personne, homme ou femme. À Lille, les groupes de parole autour du deuil néonatal attirent presque autant d'hommes que de femmes (cf Maryse Dumoulin à la Maternité Jeanne de Flandres à Lille).

Le deuil chronique. Bien qu'il n'existe pas de norme quand à la durée du deuil, la prolongation de la période dépressive du deuil bien au delà d'une année est a priori un deuil compliqué. L'exemple de la Reine Victoria, qui pendant plusieurs décennies a fait dresser à table, pour tous les repas, le couvert de son mari défunt est bien connu. En soi, il ne s'agit pas forcément d'un acte « pathologique ». Chez la Reine Victoria, c'est l'association à d'autres manifestations qui évoque pour la plupart des observateurs un deuil compliqué de chronicité.

Le deuil compliqué de dépression réactionnelle prolongée, d'anxiété généralisée, de syndrome de stress post traumatique. Là encore les limites sont floues entre le deuil normal, le deuil compliqué, la co-morbidité psychiatrique et la morbidité psychiatrique réactionnelle au deuil. Nous apporterons quelques réponses pratiques dans le chapitre suivant en parlant de leur traitement. (Deuil et Médecine Générale).

Globalement les deuils compliqués représentent environ 5% des deuils, mais rappelons qu'il y a tous les ans plus de 500.000 décès. Des facteurs de risque sont bien connus :

Personnalité de l'endeuillé avant le décès : certaines personnes sont plus « fragiles ».

Relations avec le décédé : contrairement à une opinion répandue des relations conflictuelles avec le décédé sont souvent un facteur de

deuil difficile, entraînant des sentiments de colère, de honte, de culpabilité etc..

Circonstances du décès : mort violente, traumatique, suicide, attitude des soignants et de l'entourage au moment du décès.

Funérailles : les rites de funérailles ont très souvent un rôle protecteur. Inversement des funérailles perturbées pour des raisons diverses (circonstances empêchant de « vraies » funérailles, conflit familial à ce moment) sont souvent à l'origine de problèmes chroniques de santé psychique et/ou somatique.

Les deuils pathologiques psychiatriques sont le plus souvent des deuils survenant chez des personnes antérieurement fragiles, où le deuil va jouer un effet de déclencheur de la pathologie psychiatrique. On décrit les deuils mélancoliques, maniaques, psychotiques, hystériques, obsessionnels... Le diagnostic et la prise en charge relèvent du psychiatre et nous n'en parlerons pas, car nous ne sommes plus dans le domaine de la prévention.

2) Deuil et Médecine Générale

[Retour à la table des matières](#)

La grande majorité des consultations médicales pendant la période du deuil n'est évidemment pas liée à des deuils « pathologiques », psychiatriques ou somatiques. En fait, la problématique se déplace ici de celle du diagnostic (s'agit-il d'un deuil normal ou pathologique et, si oui, quel en est le type ?) à celle du pouvoir d'aider. Ce que demande l'endeuillé et souvent aussi son entourage n'est pas de mettre une étiquette nosographique sur les symptômes et sur la souffrance mais bien d'apaiser. Il ne s'agit plus d'un traitement curatif (quand Freud parlait de traitement : *Il est très remarquable qu'il ne nous vienne jamais à l'idée de considérer le deuil comme un état pathologique et d'en confier le traitement à un médecin*, il est probable qu'il évoquait une tentative de guérison) mais symptomatique. L'évaluation

diagnostique et l'action thérapeutique se limitent donc strictement à ce qui est nécessaire pour apaiser la souffrance et les symptômes associés (insomnie, anorexie, adynamie), sans entraîner d'effet secondaire excessif et sans entraver le « travail de deuil ».

Dans quelle mesure les interventions médicales peuvent-elles entraver le travail de deuil ?

Il n'existe pas, à ma connaissance, d'études répondant à cette question de façon formelle (c'est à dire avec une méthodologie de recherche clinique – mais peut on éthiquement faire de la recherche clinique sur ce sujet ?). Toutefois l'avis de tous les experts est qu'une anxiolyse excessive, avec modération ou suppression des affects de deuil crée un deuil « médicalement inhibé ». Elle prolonge donc la phase de reconnaissance de la réalité de la perte et l'entrée dans la phase centrale du travail de deuil. Après levée de l'anxiolyse, la reconnaissance de la réalité pourra éventuellement se faire mais à une période plus tardive, sur le plan psychologique mais aussi sur le plan social/familial. À cette phase les « aides sociales au deuil » que constituent les funérailles et les diverses pratiques sociales et familiales du deuil ne seront plus présentes. Le risque d'un deuil chronique ou d'un deuil inhibé prolongé est donc très présent. Cela ne signifie pas que les anxiolytiques, notamment quand ils sont utilisés pour lutter contre les troubles du sommeil, soient formellement contre-indiqués. Lorsque le deuil est « hyper-algique » ou lorsque la vie quotidienne « socialement obligatoire » est fortement perturbée, une prescription mesurée d'anxiolytiques pourra permettre à l'endeuillé de « passer » au travers de cette période de difficulté. Le prescripteur devra toutefois en s'entretenant avec l'endeuillé estimer l'état actuel du travail de deuil et son évolution sous traitement. Il arrêtera ou modifiera la prescription s'il lui semble qu'elle entraîne une régression ou stagnation du travail de deuil. La possibilité d'agir directement sur celui ci, à travers les entretiens ou par une psychothérapie formelle, sera discutée dans le chapitre suivant.

Il faut remarquer que la plus grande partie des « prescriptions » d'anxiolytiques est faite, non par les généralistes, mais par les endeuillés eux même, auto-prescription de psychotropes mais aussi d'alcool et d'opiacés. Si ce qui vient d'être dit s'applique également, il faut

noter que cette auto-prescription cache souvent une souffrance « insupportable » (dans son sens premier) pour l'endeuillé. La simple interdiction du psychotrope, outre qu'elle sera probablement non suivie d'effet, risque de ramener cette souffrance et d'orienter vers d'autres « modes de traitement », tels que le suicide ou le passage à une autre toxicomanie. Ce genre de « surprise » n'est pas rare dans le traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies.

Les effets secondaires sont évidemment « inacceptables » dans un traitement symptomatique. Si aucune classe thérapeutique ne peut se vanter d'une absence totale d'effet secondaire, il est important d'éviter celles qui présentent des effets secondaires graves, même si le risque est faible.

Pour les somnifères, les risques principaux sont :

La dépression respiratoire, sans risque chez les personnes bien portantes, mais largement défavorable dans de nombreuses pathologies : insuffisance respiratoire, mais surtout apnées obstructives (y compris ronflements) où l'association alcool-somnifère est particulièrement en cause : si les complications vitales sont rares, l'effet secondaire le plus fréquent est une détérioration "paradoxe" de la qualité du sommeil. Chez ces patients l'arrêt des somnifères pourra amener une amélioration de la qualité du sommeil, après des difficultés initiales dues au sevrage.

L'addiction aux somnifères. La présence d'un syndrome de manque ou de rebond à l'arrêt des somnifères tend à pérenniser la prescription, bien que de nombreuses études aient montré que l'effet thérapeutique s'essouffle après quelques semaines de traitement. La poursuite du traitement ne traite alors plus l'insomnie mais le syndrome de manque. La prescription initiale devra donc être limitée dans le temps, conformément d'ailleurs aux recommandations médicales opposables, et si possible ménager des pauses (un soir sur deux par exemple). Il faut noter que la prescription de somnifères est souvent « au service de la normalité sociale ». Si l'endeuillé pouvait dormir pendant la journée qui suit une nuit blanche, il n'aurait probablement pas besoin de somnifère. Malheureusement la plupart d'entre nous n'a pas accès à ce « luxe ». C'est pourquoi, pour certains médecins, la prescription

de somnifères leur semble en faire des agents du « bio-pouvoir » de la Société. Pour cette raison, comme de façon générale, la lutte contre l'addiction aux psychotropes et aux somnifères doit être une préoccupation du soignant. Un revirement de l'opinion publique et de la pratique médicale sur ce sujet est d'ailleurs sensible depuis quelques années.

L'utilisation à des fins suicidaires. La plus grande partie des tentatives de suicide utilise des psychotropes, le plus souvent ceux prescrits au malade lui-même. C'est souvent un moindre mal (par rapport à l'utilisation de moyens plus violents : pendaison, arme à feu...), étant donné que la mortalité globale est inférieure à 1%, mais il ne faut pas négliger ce potentiel léthal même modéré.

L'anxiolyse et la somnolence. Ce n'est pas un effet secondaire à proprement parler puisqu'il s'agit précisément de l'effet recherché, mais survenant au mauvais moment. Outre l'entrave au travail de deuil, la somnolence diurne peut être responsable d'accidents, de défaillances dans la vie sociale (sensibilité aux erreurs et aux escroqueries notamment) etc..

Concernant le sommeil, il existe une foule de « petits moyens » qui permet de ne pas avoir recours aux somnifères ou d'en réduire la durée de prescription. C'est l'évitement des repas, des bains chauds ou des activités physiques dans les deux heures précédant le coucher, l'évitement de l'alcool au dîner, des excitants (notamment pas de café après 12 /14h), les rites du coucher (lait chaud, etc..), les interventions sur l'environnement (literie, bruit, température). Enfin, il est généralement recommandé de ne pas rester au lit si l'endormissement est impossible, et de se lever pour lire, regarder la télévision, jusqu'au retour de la sensation d'assoupissement. Chez l'endeuillé, la difficulté d'endormissement sera souvent liée à des souvenirs intrusifs. Il ne s'agira pas en changeant d'activité de tenter « d'oublier le défunt », mais de rendre, si possible, l'intrusion moins douloureuse. Je pense que la plupart des endeuillés ont développé leur propre tactique de gestion de ces moments difficiles.

Pour les antidépresseurs, les effets secondaires des antidépresseurs tri-cycliques étaient bien connus : sécheresse de la bou-

che, etc.. et surtout risque suicidaire. En effet le risque létal de ces composés est très supérieur à celui des anxiolytiques habituels. Les nouveaux anti-dépresseurs (Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine) ont un profil toxicologique bien plus favorable, ce qui favorise leur prescription, parfois même au delà de leur indication.

« Selon la doctrine », les anti-dépresseurs ne sont efficaces que s'il existe une dépression authentique, comportant (probablement) des modifications des neurotransmetteurs cérébraux. Le succès populaire actuel du Prozac véhicule un discours différent. La pilule du bonheur existe-t elle ? Si le Prozac fait le bonheur de son fabricant, la réponse doit être nuancée en ce qui concerne les patients. Notamment en ce qui concerne le deuil et les autres nombreux aléas de la vie, il est clair que le médicament ne peut pas se substituer à un travail de deuil ou d'acceptation. Dans les dépressions authentiques, chez un endeuillé, la prescription d'un anti-dépresseur est logique mais les experts soulignent que celui ci ne traite que le syndrome dépressif et pas les symptômes du deuil. De plus les anti-dépresseurs, comme les anxiolytiques, peuvent entraver le travail de deuil. La prise en charge globale (Médecine Générale, aide associative, psychothérapie etc..) de la dépression et du deuil reste donc indispensable. Le problème réside dans les nombreux cas où le deuil entraîne des symptômes dépressifs, conduisant à la demande d'un soulagement thérapeutique, sans qu'un syndrome dépressif puisse être confirmé. Des essais bien conduits sont nécessaires à ce stade pour répondre à la question de l'efficacité des anti-dépresseurs dans cette indication, d'autant que l'effet placebo est potentiellement majeur dans ce type de pathologie. La recherche devra également porter sur les critères de prescription. Rappelons qu'une impression clinique des médecins traitant le deuil est que le deuil « normal » s'accompagne d'une variabilité émotionnelle parfois d'un jour à l'autre, voire dans la même journée, (passage « du rire aux larmes », selon l'expression courante), alors que le deuil dépressif serait un deuil figé dans la tristesse, semaine après semaine.

Enfin la prise en charge médicale de toutes les affections majeures ou mineures présentes ou survenant chez l'endeuillé est un acte fort en matière de prise en charge du deuil. D'abord parce que l'aggravation au cours du deuil est probable et que l'indifférence à son propre corps et à sa propre santé est un symptôme fréquent chez l'endeuillé, mais

surtout parce qu'à travers le soin, même purement technique (soins dentaires, chirurgie, endoscopie), le soignant peut participer au processus de reconstruction de l'endeuillé. C'est particulièrement vrai, lorsque l'origine « réelle » de la venue en consultation est la souffrance de l'endeuillé. Il n'y a là aucune nécessité de « mettre les choses au point ». Le patient ne ressentira probablement aucun soulagement à apprendre que ses douleurs sont « imaginaires ». Il faut évidemment traiter les douleurs par les moyens appropriés, symptomatiques et/ou curatifs, et ceci inclut de ne pas négliger la dimension du deuil. C'est le sens de soigner en tant que prendre soin.

*c) L'aide aux endeuillés
(excluant le rôle de l'entourage)*

[Retour à la table des matières](#)

Je préfère regrouper dans un même chapitre toutes les interventions d'aide aux endeuillés, qu'elles soient le fait de professionnels de santé ou d'associations (Vivre son Deuil, JALMALV, etc..). Il est important de rappeler que la première aide aux endeuillés est celle de la famille et de l'entourage. L'intervention des professionnels et des associations vient *en complément* de l'aide de la famille, mis à part les cas où l'entourage est absent ou totalement défaillant.

Les interventions peuvent être classées en prises en charge individuelles ou collectives.

Les interventions individuelles. On peut en distinguer deux types :

- les interventions psychanalytiques et/ou psychothérapeutiques : Leur efficacité est indiscutable. Toutefois le risque de réactivation brutale de problèmes sous-jacents, avec un risque de crise et/ou de comportement suicidaire doit faire réserver leur pratique à des professionnels formés.

• les interventions « généralistes » de soutien, d'écoute et d'empathie : pratiquées par le généraliste, le médecin de soins palliatifs, le professionnel funéraire ou le bénévole associatif, elles ne visent pas à une élaboration « en profondeur ». Comme nous l'avons vu pour le généraliste elles peuvent même accompagner de façon « invisible » des consultations somatiques ou des démarches administratives. C'est probablement dans ce type d'intervention que réside le meilleur potentiel d'amélioration de la prise en charge des endeuillés. C'est un peu le parallèle de la démarche de mise en place des interventions de « debriefing » après les catastrophes collectives ou les attentats. D'ailleurs, je crois que nous avons tout à gagner à favoriser les rapprochements entre les acteurs de ces deux types d'intervention (après deuil et après attentat/catastrophe). Les deux pratiques peuvent s'enrichir mutuellement de leur expérience sur le terrain, différente et pourtant proche, à travers des rencontres communes (formations initiales et continues, supervisions, recherche). Si de nombreux intervenants peuvent être efficaces à travers leur propre compétence professionnelle ou leur capacité personnelle d'empathie, l'utilité d'une formation complémentaire, initiale et continue, reste incontournable. De plus la pratique individuelle de ces entretiens peut entraîner un épuisement ou une sensation de charge physique et émotionnelle excessive. Il est donc important, même pour les professionnels libéraux, d'être intégré dans une équipe ou un réseau qui puisse fournir l'aide professionnelle nécessaire (possibilité de « passer la main à un autre », supervision, intervision, documentation scientifique).

Les interventions collectives. Elles sont essentiellement représentées par les groupes collectifs de soutien au deuil. Ces groupes peuvent être avec ou sans animateur professionnel. Le premier type est le fait des associations d'entraide entre endeuillés et l'animation est assurée par un membre de l'association, ancien endeuillé, sans formation spécifique. Dans le deuxième groupe des professionnels (psychologues), bénévoles ou rémunérés, ou des bénévoles formés par l'association assurent l'animation.

La forme habituelle des groupes collectifs est :

- Groupes de 10 à 12 personnes, voire moins dans les deuils particulièrement difficiles.
- Animation par deux animateurs
- Séances de deux heures environ. Dix à douze séances à trois semaines ou un mois d'intervalle
- Groupes fermés : il n'y a pas de nouveau participant après la première séance. On encourage la participation « jusqu'au bout » des participants (« encourage », car il n'est évidemment pas question d'imposer).
- Sélection de groupes affectés du « même deuil » pour certains deuils (mort néo-natale, mort subite du nourrisson, mort d'enfant, suicide).
- Délai après le décès : en général une période de 6 mois est « exigée », le plus souvent on préfère attendre une année.

Toutefois quelques-uns de ces principes peuvent être remis en question :

Ainsi certaines associations mettent en place des groupes ouverts, où il existe à chaque séance des « sortants » et des nouveaux.

Certains proposent des groupes collectifs plus tôt dans le cours du deuil (avant 6 mois), notamment pour des deuils « particulièrement difficiles » (suicide, traumatiques, néonataux).

Enfin d'autres formes temporelles peuvent être proposées : récemment j'ai rencontré des endeuillés par suicide qui ont bénéficié de deux journées entières à six mois d'intervalle, plutôt pour des raisons matérielles que théoriques (déplacement d'un animateur-expert, le Dr M Hanus), et qui trouvaient que cette formule leur avait « donné le temps de se libérer.

Le rôle des professionnels et des associations :

La typologie précédente ne définit pas précisément le rôle respectif des professionnels et des associations. Ainsi certaines associations fournissent elles des consultations individuelles d'évaluation et parfois si nécessaire d'authentiques prises en charge psychothérapeutiques à travers des professionnels bénévoles ou rémunérés par l'association.

Inversement, comme en Suisse notamment, des professionnels libéraux peuvent ouvrir des groupes collectifs de soutien au deuil dans le cadre de leur activité professionnelle. Les associations (par exemple Vivre son deuil Suisse) peuvent leur apporter une caution technique.

En tant que membre de Vivre son Deuil Franche Comté, mais ici à titre personnel, je souhaiterais une amélioration sur les points suivants :

- possibilité de consultations de soutien, d'écoute, d'empathie et d'orientation pour les endeuillés récents, à proximité de leur cadre de vie. Il serait souhaitable que cette possibilité existe dans le cadre des équipes de soins palliatifs ou en collaboration avec elles. Il est également souhaitable que des contacts existent avec les structures traitant des deuils particuliers : maternité pour les deuils néo-nataux, équipes d'urgence (policiers, gendarmes, pompiers, SMUR,) pour les suicides et les deuils traumatiques, etc.. Ces consultations permettraient de dépister les deuils à risque ou déjà compliqués, voire pathologiques, et de les orienter vers la prise en charge appropriée. Pour les deuils « normaux », elles assureraient la fonction d'écoute et d'empathie qui incombe à chaque structure de santé et pourraient assurer une fonction de conseil et de suivi.
- possibilité pour les endeuillés « compliqués, psychiatriques ou douloureux » de pouvoir trouver, à proximité de leur lieu de vie, des professionnels de santé libéraux ou salariés pouvant prendre en charge leur problème. Mais aussi possibilité pour ces professionnels de pouvoir disposer des services d'un réseau de soutien (formation, supervision, conseils).
- Possibilité pour tout endeuillé qui le souhaite de pouvoir intégrer, à proximité de son lieu de vie, un groupe collectif d'entraide ou de soutien au deuil, correspondant à son problème spécifique (suicide, mort d'enfant...).

Pour réaliser ces buts, le rôle respectif des institutions (hospitalières notamment), des associations et des libéraux est affaire de situation locale et d'opportunité.

Le deuil

II. Essai de réflexion et de synthèse

Quelques notions complémentaires me semblent devoir être développées.

- A. L'Identité
- B. Le deuil comme événement de passage
- C. Conclusion générale

A. L'Identité.

[Retour à la table des matières](#)

La vision philosophique « classique » de l'identité de l'être humain est celle d'une volonté consciente unique s'imposant à l'ensemble de la personnalité : «*Je suis maître de moi-même comme de l'univers* » pour citer Descartes. Cette fiction du sujet conscient totalement maître de lui même a volé en éclat, notamment à la suite des travaux de Freud, de son école et de ses successeurs. Freud a ainsi décrit plusieurs topiques, notamment le conscient, le préconscient et

l'inconscient, mais aussi le Moi, le Surmoi et le ça, topiques ne se recouvrant d'ailleurs que partiellement (*Métapsychologie* – Freud). D'autres « divisions » sont décrites par exemple dans l'analyse transactionnelle : l'enfant, le parent et l'adulte, chacune de ces personnalités pouvant assurer, à tour de rôle, la direction de la communication en cours. On peut aussi citer la division par les rôles sociaux : « quand il est le patron (le vendeur, le professeur etc..), il n'est pas le même, il est méconnaissable. ». Lorsqu'un notable acculé à une faillite condamnée par la justice se suicide, c'est bien le notable et lui seul qui choisit la mort. Il suffit parfois de « tuer symboliquement le notable » pour que l'enfant, le mari, le père, l'homme retrouve (au singulier, car il s'agit bien de la même personne) des raisons d'exister. Jean Claude Kaufman a défendu récemment dans « Ego » l'importance pour les sciences sociales, et plus généralement pour les sciences humaines, de cette vision de l'homme multiple. Il ajoute deux éléments importants d'identité :

L'habitude, par laquelle se transmet dans l'identité l'héritage collectif, familial et social. Il avait traité du linge de maison dans un précédent ouvrage et montré que la femme n'a pas la même perception du linge que l'homme, parce que de mère en fille se transmet depuis des siècles une « culture féminine du linge » (pour faire simple..., le livre de JC Kaufman ne se résume évidemment pas à quelques phrases). L'observation de la tenue des placards à linge de (presque) n'importe quel couple illustre parfaitement cette hypothèse. Plus sérieusement on peut citer l'étayage collectif de l'identité à travers la culture partagée du groupe national, ethnique, régional, social ou familial.

L'extension psycho-sociale de l'identité, déjà avancée notamment par Erik Ericson. Lorsqu'un mari décrit sa femme comme sa moitié, ou son fils comme la chair de sa chair, c'est attester que l'identité comprend l'autre comme « réalité interne » (la psychologie oppose à ce sujet l'introjection « normale » à l'incorporation pathologique, mais cela dépasse notre sujet). Cette extension de l'identité ne s'arrête évidemment pas à l'entourage proche. On connaît tous autour de nous des personnes dont l'identité est largement fondée sur la richesse, la voiture, la maison ou « les fringues ». JC Kaufman note que, paradoxalement, le corps peut être en partie externe, objet de répulsion, de

critique et parfois d'hétéro-agression (scarifications par exemple, où la personne n'a parfois pas conscience de s'auto-infliger cette agression, mais de l'infliger, en quelque sorte, à quelque chose d'extérieur à sa personne) : « *je n'aime pas mon corps, ce n'est pas moi* ».

Il est clair que, dans ces conditions, le deuil n'est pas tant le deuil de l'objet réel que celui de l'objet interne, de la part qu'avait pris le décédé dans le Moi de l'endeuillé. La souffrance du deuil est une souffrance de l'amputation du Moi. Il arrive d'ailleurs que le deuil paraisse à l'entourage être celui d'une « personne fictive », sans grand rapport avec la personnalité et la réalité matérielle du décédé. Ce peut être un élément de défense, en cas de conflit familial avant le décès ou de condamnation judiciaire du décédé par exemple, mais aussi un facteur de deuil compliqué.

Cela permet aussi de comprendre l'angoisse des endeuillés après suicide d'un proche, car d'une certaine façon la question du suicide n'est pas seulement proche mais partiellement intégrée à l'identité de l'endeuillé. On pourrait exprimer par une image que si, dans une maison, la chambre d'un des membres de la famille a brûlé, chaque pièce de la maison participe, plus ou moins, de l'incendie.

Enfin, cela permet de comprendre que la perte d'un objet ou d'un animal puisse entraîner un deuil authentique. Ce n'est pas l'objet qui est en cause mais l'étayage que le Moi y avait investi.

L'identité est aussi multiple dans le temps. Chaque fragment, chaque moment d'identité ne disparaît pas purement et simplement pour être remplacé par un autre moment. Le nourrisson existe toujours chez l'enfant, l'enfant chez l'adolescent et l'adolescent chez l'adulte. La seule exception est la démence de type Alzheimer et on sait quelle angoisse entraîne chez l'entourage cette identité perpétuellement renouvelée. Même en direction du futur, l'adulte est en quelque sorte en germe chez l'enfant et on ne peut s'empêcher devant un suicide d'adolescent de déplorer le meurtre de l'adulte. Si l'adolescent survit, on pourra entendre l'adulte dire : « *quand j'étais jeune, j'ai fait des bêtises* ». C'est un euphémisme qui exprime à la fois la distance et la proximité des deux identités.

Face à cet émiettement, la partie consciente du soi a fort à faire pour assurer une cohérence à sa représentation externe (l'apparence familiale et sociale), mais aussi à sa représentation interne.

L'isolement c'est...

La peur des autres, l'ennui éprouvé parce qu'on est seul avec soi même.

Une protection contre toute intrusion de l'extérieur.

Le désarroi et la confusion de son monde intérieur.

Les ruminations et le verbiage intérieurs.

L'angoisse devant sa fragilité et la peur d'être de nouveau rejeté.

Se fermer aux autres par crainte d'être agressé.

Des moments d'agitation intérieure.

La solitude c'est...

Le retrait sur soi, pour être plus présent avec soi même.

Le besoin de se recueillir pour se faire de la place.

Rechercher la paix entre ses différents « moi ».

Le silence intérieur fait de Présence.

Accepter sa vulnérabilité et reconnaître que l'on peut dépendre des autres.

L'intimité avec soi-même qui permet de s'ouvrir aux autres.

L'harmonie des diverses parties de soi

Jean Monbourquette – *Aimer, Perdre et Grandir* –, Bayard Editions/Centurion 1995).

La souffrance naît souvent d'une distance excessive entre ces diverses parties de soi et de la difficulté ou de l'impossibilité d'assurer la cohérence dans l'instant et aussi dans le temps de ces différentes parties. Ce travail de cohérence est en principe à l'œuvre à tout moment de la vie sociale. C'est pourquoi toute interaction sociale, et quel qu'en soit le sujet, au cours du deuil participe en positif ou en négatif au travail de reconstruction de l'identité sinistrée par le deuil.

JC Kaufman insiste sur l'importance de la « narration interne ». Comme les nations construisent une « Histoire officielle » constituant

la base de l'unité et de la cohérence nationale (et on sait parfois comment elle peut différer de l'histoire réelle), chacun se construit jour après jour sa petite histoire personnelle, qui sert de référence et de fil conducteur à la construction de la cohérence de l'identité. Narration interne mais aussi externe au cours des interactions avec l'environnement (« *Il m'a dit..., alors je lui ai répondu...* »). Narration évidemment subjective, parfois proche de la réalité objective, mais parfois aussi à ce point fictive (mais c'est peut être nécessaire pour « continuer à vivre ») qu'elle est menacée par toute confrontation sérieuse avec la réalité, et par là source de souffrances supplémentaires. Comme dans l'Histoire des Nations, un certain degré de « mensonge utile » est acceptable et même probablement souhaitable, pour assurer une cohérence « fictive » des instances successives du Moi. En tout état de cause, il n'appartient pas au soignant de provoquer la confrontation à la réalité.

Cette narration n'est pas seulement individuelle mais aussi appuyée sur la part collective de l'identité. C'est ainsi qu'il faut comprendre les soirées, les dialogues, les festivités qui ont pour but de rassurer sur la participation mutuelle à une même identité collective (« *alors vous connaissez Mr Untel, moi aussi je l'ai bien connu. Je l'ai rencontré comme vous au cours d'un de nos congrès. Vous a-t-il parlé de notre chef commun ? et vous souvenez vous de... ?* »). Il faut toutefois distinguer les outils d'inoculation d'une identité collective (manifestations de foule, manipulations commerciales, sectaires ou politiques, publicité) des outils collectifs au service du développement de l'identité personnelle (éducation, littérature, cinéma, musique, art et culture en général).

Le travail de deuil est un travail de reconstruction de l'identité sinistrée, travail interne sur l'histoire personnelle, sur le rappel des souvenirs, des valeurs et des croyances, mais aussi appuyé sur la narration de la vie du décédé et des relations que l'endeuillé entretenait avec lui, travail de narration que l'entourage peut faciliter par son attitude d'écoute et d'empathie ou inhiber par son retrait ou son embarras (pour le silence, il y a des silences fructueux chargés d'empathie et des silences d'arrêt, signant l'absence de l'écouter).

« Or ce qui me remit et me soulagea d'avantage, fut la douceur de la conversation de mes autres amis... Il y avait aussi d'autres choses qui me plaisaient fort en leur compagnie, comme de s'entretenir, de se réjouir, de se rendre divers témoignages d'affection, de lire ensemble quelques livres agréables, de se divertir, de se traiter avec une civilité officieuse, de disputer quelquefois sans aigreur, ainsi qu'un homme dispute quelquefois avec soi même, et d'assaisonner, comme par le sel de ces légères contestations qui sont très rares, la douceur si commune et si ordinaire de se trouver presque toujours dans les mêmes sentiments, de s'instruire l'un l'autre, d'apprendre l'un de l'autre, d'avoir de l'impatience pour le retour des absents, et de les recevoir avec joie à leur arrivée. » -- Saint Augustin – Les Confessions.

Malheureusement ce travail de reconstruction de l'identité et de recherche de l'harmonie des diverses parties de soi tel qu'il vient d'être décrit n'est pas la seule méthode disponible pour « traiter » les douleurs du deuil, de la dépression et plus généralement de la dysharmonie des parties de soi. Je citerai rapidement deux autres méthodes

- la fusion dans l'identité collective. C'est la méthode utilisée par les sectes, mais aussi quelques régimes politiques et quelques familles. L'imposition par des moyens de coercition ou de propagande d'une identité collective forte et surtout exclusive réduit à néant l'identité collective, ses souffrances et ses problèmes, mais pour un temps et à quel prix.....

- La toxicomanie aux sédatifs, aux opiacés et à l'alcool. J'ai déjà entendu des toxicomanes décrire ainsi la « lune de miel » avec le produit : « C'était formidable, j'étais tout entier réuni en moi-même ». Les entretiens avec les alcooliques et les toxicomanes font souvent apparaître une problématique de deuil « sous-jacente ». Parfois l'addiction est explicitement reliée au « soulagement » de la souffrance du deuil. « soulagement », là aussi incomplet, temporaire et riche d'effets secondaires.

B. Le deuil comme événement de passage.

[Retour à la table des matières](#)

Nous avons vu la notion de rite de passage développée par Van Gennep dans l'étude titrée : « Etude systématique des rites de la porte et du seuil, de l'hospitalité, de l'adoption, de la grossesse et de l'accouchement, de la naissance, de l'enfance, de la puberté, de l'initiation, de l'ordination, du couronnement, des fiançailles et du mariage, des funérailles, des saisons. »

La notion d'identité nous permet de comprendre que les rites de passage se sont forgés autour d'événements de passage, qui impliquent un véritable « changement d'identité ».

En Afrique, dans certaines ethnies, le passage d'une classe d'âge à une autre est à ce point considéré comme un changement d'identité que la personne change de nom. Elle porte ainsi plusieurs noms différents au cours de sa vie. J'ai ainsi vu au Cameroun des formulaires administratifs permettant au Maire de certifier que les différentes personnes listées correspondent bien à un seul et même individu (le permis de conduire pouvant être à un nom différent que celui qui figure sur la carte d'identité). On peut aussi évoquer le prénom, différent de celui de l'état civil, que choisit le moine qui rentre dans un ordre et qui évoque bien qu'il n'est plus le même homme. Sans revendiquer un changement d'identité administrative, il est clair que le mariage, l'accouchement, le divorce etc.. constituent bien des changements majeurs de rôles sociaux, qui, le plus souvent, modifient directement l'identité de la personne concernée (ou des personnes concernées). Les rites de passage assurent donc la sanction sociale de la nouvelle identité, mais surtout ils s'efforcent de fournir des outils pour la sécurité individuelle et collective du « passage ». Ces outils paraissent

parfois « barbares » (comme que certains rites d'initiation) mais en fait la violence du rite peut rendre compte de la violence potentielle du passage, rarement d'ordre physique, mais souvent majeure dans l'ordre symbolique et psychologique. Pensons à la violence de la souffrance du deuil ou aux dérapages de certaines vies affectives, conjugales ou parentales pour comprendre la réalité des risques du passage.

L'observation montre que les rites de passage comprennent trois temps :

La rupture avec l'état antérieur.
L'état intermédiaire d'indétermination
La ré-intégration.

La nécessité de la rupture avec l'état antérieur se comprend bien. On ne peut devenir un autre que si l'on a dépouillé l'identité de « l'homme d'avant ». Comme on l'a vu précédemment l'acceptation de la réalité du deuil et donc de la réalité d'être endeuillé est un préalable indispensable au « travail de deuil ». La rupture peut être brutale, car on sait de quoi on se sépare, mais le travail de reconstruction prend du temps car on ne sait pas d'avance quelle sera la nouvelle identité. Il faut la construire patiemment, élément après élément. Pour commencer, il faut une période « de tous les possibles », y compris la folie, la mort ou le suicide. C'est pourquoi cette période d'indétermination est toujours très anxiogène, protégée dans de nombreuses cultures, par des interdits forts (interdiction de voir et d'être vu, éviction de la vie sociale). Ces peurs et ces interdits, non énoncés, sont néanmoins bien visibles dans l'attitude des sociétés occidentales face à la mort et au deuil récent. Le rite peut constituer un étayage majeur dans cette période d'incertitude. Il y a beaucoup à dire sur la nature des rites de funérailles qui, parfois, mettent en scène l'incertitude et le chaos de cette période par des démonstrations paradoxales (violence, destruction des biens, satire sociale, dépenses excessives etc..). Le carnaval est à l'origine l'entrée dans le Carême (carna vale = adieu la viande) et donc lié à la mort du Christ. La période de reconstruction peut être marquée par des temps forts : anniversaires, retournement des os etc...

La perte de la plupart de ces rites dans nos sociétés occidentales ont probablement privé nos endeuillés d'outils forts d'aide au passage du deuil. Il est probablement nécessaire, pour la santé de nos sociétés, de recréer une forte ritualité sociale, autour du deuil et des funérailles comme autour des autres événements majeurs de nos existences. N'oublions pas que cette ritualité ne peut pas se résumer à l'exécution mécanique de protocoles ou de rituels, car elle peut se passer de métaphysique, mais elle ne peut pas se passer de sens.

C. Conclusion

[Retour à la table des matières](#)

Il est impossible de résumer le deuil en quelques phrases, car il est inscrit en filigrane dans l'ensemble de la vie affective, culturelle, artistique et sociale de chaque être humain. Nos ancêtres, depuis des millénaires, ont tenté d'apprivoiser la mort et le deuil en l'enluminant d'histoires, de croyances et de rituels. Le XXème siècle, peut être traumatisé par ses massacres de masse, a vu la perte et l'oubli de beaucoup de ces richesses d'humanité. Mais l'angoisse même devant ce vide a conduit à un renouveau de la réflexion sur la mort (devenue avec la thanatologie une spécialité à part entière). Il est souhaitable que cette réflexion, au-delà de la description scientifique, mène à un renouveau, à une re-création de la pratique, pour le plus grand soulagement des endeuillés. Ce travail ne sera pas celui de personnalités morbides ou de petites chapelles de professionnels, il sera nécessairement le travail de femmes et d'hommes bien insérés dans tous les aspects de la vie. Il ne sera pas un travail de douleur et de mortification, il sera pleinement au service de la vie.

Fin du texte