

# Le deuil

D. Barbier

## R É S U M É

**Une épreuve très douloureuse** Le deuil caractérise la souffrance d'un sujet face à la perte irrémédiable de son objet d'amour. La tristesse qui lui est consécutive est tout à fait naturelle et ne doit pas être médicalisée. Le deuil n'est pas une maladie, mais une des épreuves les plus douloureuses de la vie. On peut même dire que plus nous tenons à quelqu'un et plus nous souffrirons de sa perte. Il n'est pas possible d'y échapper. Cette souffrance, qui exprime notre attachement, s'accompagne aussi d'une régression, qui est presque immédiate, très intense avec un besoin réitéré de consolation. C'est souvent pour le sujet une façon d'enterrer sa partie morte.

**Le travail de deuil** Plusieurs étapes peuvent être distinguées : un travail sur notre ambivalence à l'égard du défunt, un travail de remémoration qui correspond à une acceptation progressive de la perte, en quelque sorte première phase du travail de deuil. A la période de rétablissement, l'endeuillé pourra lentement se remettre à évoquer les bons souvenirs du temps du vivant, puis à s'en dégager peu à peu pour reprendre goût à la vie et s'ouvrir à nouveau aux autres.

**Le deuil compliqué** Il s'agit soit d'un deuil passionnel, qui se caractérise par l'incapacité à élaborer l'absence, soit d'un deuil différé dans lequel on

constate une absence apparente de peine et de chagrin. L'état dépressif chronique constitue en quelque sorte un degré supérieur de gravité par rapport au deuil différé. Un mécanisme de déni va se mettre en place : l'être cher n'est pas mort, il va revenir. On peut constater aussi un clivage du moi, dans lequel le sujet sera en quelque sorte coupé en deux : une partie de lui sera sensible au réel, l'autre s'en éloignera. La remémoration, dans ce cas, ne permettra pas le constat de la disparition. Peuvent encore être constatés des somatisations ou des troubles organiques postérieurs au deuil, plus rarement, la mélancolie de deuil, la manie de deuil, l'hystérie de deuil ou le deuil obsessionnel. Il s'agit-là du domaine du spécialiste.

**Quelques grands principes pour le médecin** Le réel est toujours préférable à l'imaginaire. L'écoute passe avant le médicament. Dans les deuils difficiles, on préférera les antidépresseurs sédatifs pour éviter la prescription associée d'anxiolytiques, notamment de benzodiazépines. Il faut savoir demander l'avis d'un spécialiste.

Presse Med 2001 ; 30:1668-71 © 2001, Masson, Paris

**N**otre société change dans son attitude vis-à-vis de la mort. On constate une diminution, voire une absence de rituel social à l'égard du deuil, sans doute à cause, en grande partie, de l'individualisme généralisé mais aussi d'un déplacement d'intérêt pour le deuil plutôt que pour la mort. Les usages et les interdits qu'imposaient la mort d'un proche et que respectait le corps social n'existent plus, mais chacun sait qu'il doit "faire un travail de deuil", c'est-à-dire être à l'écoute de ses réactions intérieures vis-à-vis de tout type de perte, même s'il ne s'agit pas obligatoirement de mort. Car l'expression "travail de deuil" renvoie à la façon qu'a le sujet d'assumer une perte quelconque.

## Clinique du deuil

Deuil vient du latin *dolere* qui signifie souffrir. Le deuil caractérise la souffrance d'un sujet face à la perte irrémédiable de son objet

d'amour. La tristesse qui lui est consécutive est tout à fait naturelle et ne doit pas être médicalisée.

Le deuil n'est pas une maladie, mais une des épreuves les plus douloureuses de la vie. On peut même dire que, plus nous tenons à quelqu'un et plus nous souffrirons de sa perte. Il n'est pas possible d'y échapper. Cette souffrance qui exprime notre attachement s'accompagne aussi d'une régression, qui est presque immédiate, très intense avec un besoin réitéré de consolation, qui peut, à certains moments, fatiguer l'entourage.

Il faut, dans un premier temps, seulement écouter celui qui souffre et fait part de sa peine à être privé de l'être cher, pour pouvoir peu à peu l'aider à se détacher de cette relation morte et à réinvestir ailleurs, afin de faire repartir en lui l'élan pour la vie. C'est en quelque sorte enterrer sa partie morte.

L'endeuillé est en larmes, il évite la présence des autres, parle peu, se recroqueville dans sa coquille protectrice. Il ressent une sorte d'attachement violent d'une partie de soi. A son insu, il lui est rappelé douloureusement que lui aussi est mortel, qu'il aura à vivre sa finitude et qu'un jour viendra où il quittera la vie à son tour. Le deuil renvoie à notre mort.

C'est en partie pour ces raisons que l'endeuillé refuse activement tout ce qui pourrait l'égayer : il ne sort pas, ne va pas au

Centre Hospitalier de Montfavet, 2 avenue de la Pinède, B.P. 92, F84143 Montfavet Cedex.

Reçu le 18 mai 2001 ; accepté le 10 septembre 2001.

spectacle, refuse le contact et s'isole dans sa peine, ce qui parfois fait fuir les autres qui le considèrent comme un rabat-joie et le mettent à l'écart.

## Le travail de deuil

Il se réalise peu à peu avec le temps. Schématiquement, on a décrit 4 phases ; même si la distinction peut paraître un peu arbitraire ou réductrice, elle permet de mieux saisir les différents processus.

L'acceptation de la perte permet de se situer face à la disparition définitive, irrévocable : nous ne reverrons plus jamais l'être cher. Le sujet se sent fragile, impuissant ; il souffre, se sent dans le malheur. C'est en quelque sorte la première phase du travail de deuil.

Ensuite survient la remémoration. Nous renforçons ainsi ce qui nous liait au disparu, ce qui donne l'impression qu'on vit un peu avec lui, qu'on ne perd pas le contact. Durant cette période, on note aussi une remise en cause ou une réactivation de nos identifications qui remontent à notre enfance ou à notre adolescence. Le travail de deuil est ainsi un travail en profondeur, qui entraîne un remaniement psychique profond.

La troisième phase consiste en un travail sur notre ambivalence : nous nous apercevons que l'essence même de nos sentiments fait qu'ils sont ambivalents, à la fois positifs et négatifs, y compris dans nos liens les plus chers. Nous en faisons le constat et nous nous acceptons mieux tels que nous sommes.

A la période de rétablissement, l'endeuillé pourra lentement se remettre à évoquer les bons souvenirs du temps du vivant, puis à s'en dégager peu à peu pour reprendre goût à la vie et s'ouvrir à nouveau aux autres.

Le travail de deuil désigne donc la réaction interne, à la fois consciente et inconsciente vis à vis de la perte, toute sorte de perte. Cette symbolisation, cette "capacité à penser l'impensable" introduit la mort et la mortalité dans notre vie. La résignation à la mort de l'autre laissera ainsi la place à un processus plus dynamique qui consiste à élaborer l'absence par une représentation vivante en soi et dans le souvenir de celui qui a disparu. Si la communication est interrompue, la communion peut exister.

Mais le deuil peut se compliquer soit en durant trop longtemps, un peu comme si l'on marchait à reculons en gardant l'idée fixe du cher disparu, soit en mettant à jour une relation très fusionnelle avec l'être aimé.

On ne peut en rien assigner au deuil une durée au-delà de laquelle il ne serait plus raisonnable d'être triste : tout dépend du degré d'attachement avec l'être aimé, de la capacité du sujet à réinvestir le goût de vivre ; il existe d'importantes variations individuelles. Le critère temporel n'est donc pas suffisant pour définir le deuil normal. Ce qui compte surtout, c'est la flexibilité psychique, la plasticité et la souplesse à réinvestir peu à peu le monde environnant. Il s'agit d'une certaine liberté affective et intellectuelle qui permet, par des mouvements d'investissements et désinvestissements, de reprendre vie, ce que ne permet pas la pensée obsédante vis-à-vis du disparu.

Ces importantes réserves mises en exergue, un deuil, statistiquement, dure en moyenne près d'1 an, les premiers 6 mois étant les plus difficiles.

Cette période de mise en travail du deuil est tout à fait normale. Il est hors de question de prescrire à ce moment-là des anti-dépresseurs, qui auraient un effet funeste en empêchant un vrai travail de deuil.

## Le deuil compliqué

Les complications au cours du deuil surviennent dans 5 % des cas environ et témoignent très souvent d'une grande ambivalence relationnelle vis-à-vis du disparu ou bien d'une relation très fusionnelle. Il s'agit la plupart du temps de ce qu'on désigne par le deuil passionnel.

### Le deuil passionnel

Il se caractérise par l'incapacité à élaborer l'absence. Le temps arrêté de la passion et l'espace aboli de la fusion font revivre la perte à l'infini et majorent la recherche effrénée de l'objet perdu, scellant en quelque sorte une dépendance quasi toxicomaniaque.

Dans ce type de deuil pathologique (ou deuil infaisable) ceux qui restent sont presque parasités par celui qui est parti et les contamine de sa mort. On a alors l'impression que le temps s'est arrêté et que l'individu s'est figé ou crispé sur une partie de sa vie. C'est comme s'il restait en arrêt sur image et n'évoluait plus. Dans ce cas, on constate une perte tragique que l'individu semble ne pas pouvoir surmonter, ce qui se caractérise aussi par un appauvrissement de l'image de soi de l'individu, voire une perte d'estime et une disparition du désir.

On a alors à faire avec des sortes de morts-vivants qui stagnent dans un repli idéalisé de la personne qui leur manque et donnent l'impression que tout leur manque et qu'ils seront définitivement incapables de s'en sortir, comme si un ressort s'était définitivement cassé. C'est alors l'enfer, c'est-à-dire l'enfermement sur une sorte de répétition de l'éternité de la perte.

L'imaginaire est en quelque sorte paralysé ou, comme une sorte de disque rayé, il répète la frustration de la perte. Il y a en quelque sorte une évocation insistante de l'être manquant qui, peu à peu, est idéalisé. Son évocation devient invocation et signe la fixation à un temps à jamais révolu, comme si quelque chose s'était cassé dans la vie du sujet qui se trouve amputé d'une partie de lui-même et explique à qui veut l'entendre qu'il avait enfin trouvé l'âme sœur, son complémentaire, celui ou celle qui le comprenait sans parole ou presque.

Par rapport à cette clinique du deuil pathologique, on peut presque dire qu'il s'agit alors d'un deuil passionnel dans lequel l'endeuillé part en guerre contre la perte de son ombre. L'impossible présence est constamment recherchée, ce qui empêche l'élaboration de l'absence.

### Le deuil différé

Une absence apparente de peine et de chagrin caractérise le deuil différé. L'individu tient merveilleusement le coup, paraît fort, presque insensible et indifférent. Il donne l'impression de ne rien ressentir, dans une sorte de froideur affective. ●●●

Il exprime un détachement un peu comme l'étranger de Camus, qui assiste indifférent à l'enterrement de sa mère. Là aussi une réaction salutaire d'expression de la tristesse ne peut se faire. Elle est en quelque sorte "gelée" dans le psychisme du sujet et peut être la cause de modifications insensibles du comportement qui, ensuite, auront des conséquences regrettables.

Dans un second temps, il peut se produire un déplacement entraînant une réaction disproportionnée à la mort de quelqu'un de lointain, qui permettra cependant la libération affective de la tristesse trop longtemps contenue, ce qui n'est pas la plus mauvaise solution, parce qu'elle permet indirectement d'élaborer la perte.

### L'état dépressif chronique

Dans l'état dépressif chronique, qui constitue en quelque sorte un degré supérieur de gravité par rapport au deuil différé, la douleur de la perte ne peut s'effacer. L'individu ne peut plus faire face à ses responsabilités, sa douleur ne peut s'apaiser, la régression s'installe comme une seconde nature. Ce type de réaction survient dans les cas de dépendance anaclitique, lorsqu'il existait une très grande interdépendance, comme dans certains couples fusionnels. Mais il peut se rencontrer aussi chez la personne âgée, qui subit de plus en plus des pertes et les supporte de moins en moins, contrairement à ce que l'on croit.

Comme le deuil est inacceptable, un mécanisme de déni va se mettre en place : l'être cher n'est pas mort, il va revenir. C'est ainsi que l'on a décrit des "hallucinations de deuil", où certains patients ont l'impression (ou la conviction) de voir, sentir ou entendre l'être aimé disparu. Avec le déni du décès ou de l'absence se constitue un clivage du moi, dans lequel le sujet sera en quelque sorte coupé en 2 : une partie de lui sera sensible au réel, l'autre s'en éloignera. La remémoration, dans ce cas, ne permettra pas le constat de la disparition. Bien au contraire, elle entretiendra l'idée trouble d'une autre vie au dedans de soi, celle de l'être aimé présentifié d'une façon hallucinatoire.

### Somatisations

Les troubles organiques postérieurs au deuil ne sont pas négligeables. C'est en ce sens qu'ont aussi été décrits des identifications négatives aux symptômes qui ont causé la mort du disparu. On a constaté des perturbations somatiques de gravité variable au cours du deuil. Il en est de même de la notion d'une surmortalité lorsque le deuil aggrave la solitude, ou s'il survient chez des personnes âgées ou au décours de la première année d'un deuil, notamment d'un point de vue cardiovasculaire, système très dépendant des émotions et des chocs affectifs.

Plus rarement ont été décrites la mélancolie de deuil, la manie de deuil, l'hystérie de deuil ou le deuil obsessionnel. Il s'agit-là du domaine du spécialiste.

### Deuil et réponse médicale

Le deuil est ainsi une des épreuves les plus douloureuses de la vie, ce qui fait qu'on appelle bien souvent à l'aide le médecin. Mais comme il n'a reçu aucune formation, il va réagir en fonction de ce qu'il pense et de ce qu'il est.

Et quand la mort d'un proche survient, qu'on soit préparé ou non, chacun aura à vivre cette perte irrémédiable. Il y aura donc un "travail de deuil" à faire. On peut considérer qu'il se fait, comme nous l'avons déjà dit, en plusieurs étapes.

C'est tout d'abord un véritable choc marqué par un abattement, une adynamie, une douleur morale intense qui exprime une réaction dépressive avec une perte de la capacité à investir, un désintérêt, une insomnie, des troubles cognitifs. L'endeuillé ne s'autorise plus à se faire plaisir. La réaction dépressive n'est pas forcément l'état dépressif, il s'agit d'un passage obligé mais pas toujours durable. C'est pourquoi, il n'est pas nécessaire d'envisager en première intention des anti-dépresseurs vis-à-vis du deuil. Après la réaction dépressive, on constate la phase de rétablissement. C'est une période assez semblable à la convalescence. Le sujet se remet à rêver, il voit souvent intervenir dans ses rêves la personne disparue qui lui était chère, ce qui est bon signe, car cela veut dire qu'il a métabolisé sa perte.

Avant toute chose, le médecin devra accompagner l'endeuillé, qui n'est pas forcément un malade, et rester vigilant vis-à-vis des complications du deuil.

Il existe effectivement des facteurs de risque à connaître.

L'âge, aux deux extrêmes de la vie, en est un. Les vieillards, comme les enfants endeuillés, auront besoin d'une aide plus particulière. C'est aux alentours de 3 ans, que l'enfant commence à s'interroger sur la mort. Mais il ne va pas l'appréhender comme nous. Pour lui, à cet âge, la mort n'est pas dans l'ordre des choses, elle n'est pas naturelle, elle est contagieuse et réversible. Tout en sachant qu'un parent est mort, l'enfant attendra son retour jusqu'à l'adolescence ! Préadolescent, il commencera lentement à comprendre le côté irréversible de la mort, mais il sera dans le refus.

Les modalités du décès : une lente agonie entraîne souvent une douleur plus intense qu'une mort subite (c'est une belle mort pour lui, dit-on souvent, en oubliant que ce sont ceux qui restent qui souffrent) qui peut surprendre, sauf s'il s'agit bien entendu d'un suicide. Plus difficile à assumer sont les décès en cascade : les deuils répétés fragilisent considérablement le sujet en le renvoyant à sa solitude et à sa déréliction.

Les caractères de l'endeuillé entrent bien entendu en ligne de compte. Ont été cités comme facteurs de risque : les difficultés sociales comme le chômage, la solitude, l'immigration ou la transplantation, les troubles de la personnalité ou les problèmes de santé.

### Conduite à tenir

#### Les conseils médicaux

Les familles demandent souvent au médecin de les éclairer. C'est pourquoi il est important qu'il ait des idées claires, adaptées à chaque cas mais constituant aussi des lignes directrices.

Le réel est toujours préférable à l'imaginaire. De ce point de vue, il n'est pas bon que la réalité de la maladie et de la mort soit cachée aux enfants. Dans ce domaine tout particulièrement, chacun a droit à la vérité pour se construire face à elle. Il y a lieu de prendre le temps

## Mourning

**A painful experience** Mourning characterizes the grief of a person who has lost a loved one forever. The bereavement that follows is natural and should not be medicated. Mourning is not a disease; it is one of the most painful facts of life. In fact, the more we are attached to someone, the more we will suffer his or her loss. This is unavoidable. The grief expressing our attachment is accompanied by immediate and intense regression with repeated need for consolation. For some people, it can be the means of coming to terms with their own mortality.

**The stages of mourning** There are several stages of mourning: the living person's ambivalence toward the deceased, the recollection corresponding to the progressive acceptance of the loss, which represents the first phase of the mourning process. During the healing phase, the mourner is gradually capable of recalling the good times during the life of the deceased and then progressively of evacuating the souvenirs and start living and opening up to others again.

**Complicated mourning** Mourning may be passionate and characterized by the refusal to integrate the loss, or delayed, with an apparent lack of grief and sorrow. Chronic depression is a sort of greater degree of severity

compared with delayed mourning. A denial mechanism installs: the loved one is not dead and will return. A split in personality can be observed: part of the person will integrate the reality; the other will retreat from it. In this case, recollection will not lead to integration of the loss. Somatization disorders or organic problems can be observed and more rarely grief melancholia, mania, hysteria or obsessional grief. These are the domain of the specialist.

**General principles for the physician** Reality is always preferable to imagination. Listening to the patient must precede any medication. In severe cases of grief, sedative antidepressors are preferable and the coprescription of anxiolytics, particularly benzodiazepines should be avoided. One should not hesitate to seek advice from a specialist.

*D. Barbier*

*Presse Med 2001 ; 30:1668-71 © 2001, Masson, Paris*

et de ménager des étapes pour éviter la violence de ce qui est asséné brutalement.

Dans cette même optique, on doit considérer qu'il ne faut pas tenir les enfants en dehors des mourants, de la vue de la dépouille mortelle, de la participation aux enterrements ou de la visite des cimetières. Il arrive que des personnes en deuil souhaitent des conseils de lecture abordable ; il n'est pas inutile que le médecin puisse les leur fournir.

### L'écoute avant le médicament

L'endeuillé a un très grand besoin de parler de l'être cher disparu et de l'insoutenable de la mort. La perte renvoie à l'interrogation sur l'absurdité et sur la recherche du sens de notre existence. L'individu veut parler de tout cela. Il n'est pas question de n'être qu'une oreille seulement. Il y a lieu d'expliquer qu'un deuil est douloureux, qu'il nécessite l'expression de sa souffrance et que, s'il est mal vécu, il risque alors d'avoir pour conséquences des troubles somatiques, psychiques ou comportementaux. Le médecin devra aussi rassurer sur le côté temporairement déséquilibrant et fragilisant du deuil.

### Le groupe de parole ou de soutien

Quelquefois, cela ne suffit pas. Il est alors utile d'orienter celui qui souffre vers un groupe de soutien ou de parole. Il pourra y rencontrer d'autres personnes qui ont vécu un deuil, qui ont pu le surmon-

ter et ont souhaité apporter un témoignage et une aide à d'autres. C'est le cas, par exemple, de l'Association "vivre son deuil" (Tél : 01.42.38.08.08).

### Quand et comment prescrire

Il existe des deuils difficiles (qui ne sont pas encore des deuils compliqués). Ils se manifestent par d'importantes réactions avec une insomnie persistante, une dépression majeure ou une anxiété envahissante. Avant de prescrire, il faut expliquer au patient que le recours au médicament ne pourra qu'être temporaire et symptomatique. On préférera les antidépresseurs sédatifs pour éviter la prescription associée d'anxiolytiques, notamment de benzodiazépines. Seront utilisées des doses peu importantes d'où l'intérêt de la forme goutte. En effet, le deuil est déjà asthéniant ; il ne faut donc pas majorer l'asthénie.

Il faut savoir demander l'avis du spécialiste le recours au psychiatre est nécessaire pour les deuils compliqués, ou bien lorsque l'on suspecte de multiples facteurs de risques réunis. □

### [Bibliographie]

- Barbier D. La dépression, à paraître prochainement, Odile Jacob Ed.  
 Cornillot P, Hanus M. Parlons de la mort et du deuil, Paris, Frison-Roche Ed., 1997.  
 Faure Ch. Vivre le deuil au jour le jour, Paris, Albin-Michel Ed., 1995.  
 La relation avec la famille des patients en fin de vie. *Rev Prat* 1997 n° 392.

