

Collection « Pratiques du champ social »

L'évolution et les transformations du champ social et médico-social au cours des dernières décennies ont introduit un ensemble diversifié de paramètres et de données nouvelles, parfois contradictoires, qui ont modifié le cadre général d'intervention ainsi que le jeu des acteurs en présence.

Le processus de décentralisation et ses conséquences n'ont fait qu'accentuer la nécessité pour les intervenants sociaux et médico-sociaux, mais également pour les décideurs et les techniciens qui les entourent, de se doter d'outils permettant de comprendre les mécanismes du champ social et médico-social ; ceci afin de rendre leurs pratiques et leurs décisions plus efficaces. Cette nouvelle collection vise à fournir des éléments de connaissance et d'interprétation de la réalité sociale et médico-sociale, tout en explorant les champs du possible, à travers des ouvrages courts, synthétiques, réalisés par des praticiens-chercheurs soucieux avant toute chose de renvoyer vers la société civile les effets induits de leur engagement et de leur réflexion.

Retrouvez tous les titres parus sur
www.editions-eres.com

Accompagner des personnes en deuil

DES MÊMES AUTEURS :

- A. BERCOVITZ, *La curiosité déplacée*, Toulouse, érès.
- A. BERCOVITZ, M.-P. LIMAGNE, *Accompagner un enfant en fin de vie : hôpital ou domicile ?* Rennes, Éditions de l'École nationale de santé publique.
- A. ERNOULT-DELCOURT, *Apprivoiser l'absence. Adieu, mon enfant*, Paris, Fayard, coll. « Les enfants du fleuve ».
- A. ERNOULT-DELCOURT, D. DAVOUS, *Animer un groupe d'entraide pour personnes en deuil*, Paris, L'Harmattan, coll. « Au-delà du témoignage ».
- C. HAUSSAIRE-NIQUET, *L'enfant interrompu*, Paris, Flammarion.

Coordonné par
Alain Bercovitz

Accompagner des personnes en deuil

L'expérience du Centre François-Xavier Bagnoud

Pratiques du champ social

The logo for Éditions érès features a stylized lowercase 'é' with a vertical line through its center, followed by the lowercase letters 'rès'. The word 'éditions' is written vertically in a small font along the right side of the 'é'.

Extrait de la publication

Conception de la couverture :
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2012
ME - ISBN PDF : 978-2-7492-2444-2
Première édition © Éditions érès 2003
33, avenue Marcel-Dassault
31500 Toulouse
www.editions-eres.com

Table des matières

| | |
|---|----|
| Préface <i>Albina du Boisrouvray</i> | 7 |
| Introduction <i>Alain Bercovitz</i> | 11 |
| Le deuil : aspects cliniques, théoriques, thérapeutiques <i>Camille Baussant-Crenn</i> | 15 |
| L'accompagnement du deuil par les soignants <i>Agnès Deroual</i> | 39 |
| Deuil et lien social : le groupe d'entraide et le soutien de deuil à domicile <i>Annick Ernoult</i> | 45 |
| « Je voudrais un psy qui parle ! » <i>François Dill</i> | 61 |
| Le suivi de deuil lors d'un décès périnatal <i>Chantal Haussaire-Niquet</i> | 67 |
| L'accueil téléphonique <i>Dalith Castiel et Françoise Kaminer</i> | 89 |
| Accompagner le deuil : quelles pratiques pour quels accompagnants ? <i>Camille Baussant-Crenn</i> | 95 |

| | |
|---|-----|
| Un accompagnement psychothérapeutique | |
| <i>Nathalie Dollez</i> | 107 |
| Orientation et relais en suivi de deuil | |
| <i>Yvette Gonidec</i> | 115 |
| La population concernée | |
| <i>Angélique Sentilhes-Monkam</i> | 125 |
| Bibliographie | 135 |

Préface

J'ai créé l'Association François-Xavier Bagnoud (AFXB) en 1989 en mémoire de mon fils pilote d'hélicoptère spécialisé dans le sauvetage. Il a perdu la vie à l'âge de 24 ans lors d'une mission hélicoptère au Mali.

Avec son père, Bruno Bagnoud, son beau-père, Georges Casati, président de l'AFXB France, nous avons voulu ainsi perpétuer les valeurs de générosité et de compassion qui guidaient la vie de François.

L'idée du Sauvetage dans son sens le plus large du thème est le fil rouge des activités de l'AFXB à travers le monde. Nous menons quatre-vingt-sept programmes dans dix-sept pays et comptons près de six cents collaborateurs.

La mission principale de l'AFXB est de secourir les orphelins et les enfants vulnérables que la pandémie du sida laisse dans son sillage en leur donnant accès à leurs droits fondamentaux, en fournissant une aide directe aux familles et aux communautés qui les prennent en charge et en combattant la pandémie.

Le VIH/sida prospère dans les régions où les droits humains sont ignorés ou violés. Le sida est encore une sentence de mort pour la plupart. C'est pourquoi nous défendons l'idée qu'une des réponses à la pandémie s'inscrit dans le cadre d'une stratégie globale qui s'attache à promouvoir les liens inextricables entre la santé et les droits humains fondamentaux et à les implanter sur le terrain dans des projets de développement durables.

Dans le domaine de la santé en Europe, nous avons créé des structures innovantes d'accompagnement des personnes en fin de vie et de leur famille.

J'ai en effet toujours éprouvé une urgence et une nécessité à aider les personnes se trouvant dans cet état extrême ; mais par-

ticulièrement depuis ma propre expérience avec mon père que j'ai accompagné pendant deux mois, mort d'un cancer après une opération inutile, où je me suis vue rejetée de l'hôpital avec un monsieur âgé qui souffrait énormément, ne sachant quoi faire ni comment le nourrir.

Ne disposant pas de soins palliatifs possibles, on m'a donné deux ampoules de calmant et c'est tout ; il fallait me débrouiller avec la pharmacie du village, implorer par téléphone des amis pharmaciens pour qu'ils me donnent de la morphine pour calmer les souffrances intolérables de mon père.

Cet homme niait absolument qu'il allait mourir, et je vivais l'angoisse non seulement de la douleur de le voir partir, mais aussi celle de savoir comment il fallait gérer son refus. J'ai vécu cette situation de me retrouver dans un vide total.

C'est ainsi que j'ai fondé en Suisse dès 1992, et à Paris dès 1997, les Centres François-Xavier Bagnoud de soins palliatifs à domicile destinés aux malades en phase critique pour lesquels les soins curatifs sont inopérants ; ils contribuent à soulager toutes les douleurs physiques ou morales, celles du patient, de sa famille et de son entourage, et à permettre aux personnes qui le souhaitent de mourir chez elles.

En janvier 2003, le Centre François-Xavier Bagnoud (CFXB) de Paris a rejoint la Fondation Croix Saint-Simon. Dans ce cadre élargi, il continue à développer l'ensemble de ses activités. Le CFXB propose aujourd'hui un accompagnement du malade et de sa famille à travers une hospitalisation à domicile spécialisée en soins palliatifs, complétée d'actions de conseil et de soutien pour les professionnels du domicile confrontés à des situations de fin de vie.

Le centre propose aussi un soutien aux personnes en deuil ; des actions de formation, d'animation et de recherche sur les soins palliatifs ; l'accompagnement de la fin de vie, la mort et le deuil ; ainsi qu'un centre de documentation et d'information spécialisé sur ces thèmes.

L'ensemble de ces actions s'inscrit dans le cadre de la politique de santé menée en France depuis plus de dix ans autour des soins palliatifs et de l'accompagnement, avec la parution d'une loi en faveur des soins palliatifs le 9 juin 1999 assortie d'un premier Programme national mis en œuvre par Monsieur Bernard Kouchner, alors Secrétaire d'État à la Santé, pour aider au développement de ces soins en France.

En février 2002, a été initié le deuxième Plan quadriennal en faveur des soins palliatifs, avec trois axes de travail : le dévelop-

pement des prises en charge au domicile ; la poursuite du développement des soins palliatifs en milieu hospitalier ; l'information et la sensibilisation du grand public et des professionnels.

Dans le cadre de ce troisième axe, le Centre de documentation du CFXB devient le Centre national François-Xavier Bagnoud de ressources en soins palliatifs.

Que ce soit dans le domaine des orphelins du sida et des enfants vulnérables ou celui des soins palliatifs à domicile, l'AFXB se veut une association activiste, créatrice et innovante, dont les actions sur le terrain illustrent sans conteste les résultats qui peuvent être obtenus lorsque l'on s'attache à promouvoir la santé et les droits humains fondamentaux.

Ayant fait la preuve de leur efficacité, les soins palliatifs de l'AFXB sont désormais intégrés à la Fondation Croix-Saint-Simon, établissement de santé dont la taille et la démarche générale favoriseront leur développement et leur diffusion. L'AFXB considère ainsi avoir atteint son objectif initial qui était de développer les soins palliatifs à domicile et leur mise en œuvre, et de faire avancer les attitudes face à la mort et au deuil.

Albina du Boisrouvray,
présidente-fondatrice
de l'Association François-Xavier Bagnoud

Alain Bercovitz

Introduction

Chaque année, en France, il meurt environ cinq cent mille personnes. Cet événement, à la fois exceptionnel et banal, touche donc régulièrement une part importante de la population. Des conjoints, des parents, des amis, des proches sont directement affectés. Ils doivent renoncer à des liens, parfois intenses ou simplement familiers, qui constituaient une part naturelle de leur vie relationnelle. Il leur faut continuer de vivre dans un environnement modifié, en assumant un nouveau manque, une absence, une séparation. Il leur faut accomplir ce qu'on appelle un deuil : vivre avec le souvenir de ce qui a été et ne se poursuivra plus.

Confrontés à un décès, nous sommes, pour la plupart, en mesure de réaliser ce travail de métabolisation, au prix d'une souffrance qui ne remet en cause ni nos équilibres de base, ni nos capacités à demeurer actifs et à entretenir des relations normales avec autrui. Seuls, avec l'aide de notre entourage, en nous appuyant sur des rites, en participant à des cérémonies, en inventant des gestes symboliques qui permettent d'accepter la distance, nous parvenons à donner aux défunts leur juste place dans nos mémoires individuelles et collectives.

Certains d'entre nous n'y parviennent pas spontanément : leur peine est trop lourde, les ressources et l'aide dont ils peu-

Alain Bercovitz, psychosociologue.

vent disposer ne suffisent pas à l'apaiser ¹. Ils courent alors le risque de s'enliser dans un processus qui les bloque, immobilisés par des tourments qu'ils ne savent pas ou ne veulent pas faire évoluer. Leur capacité à avoir des projets est inhibée, toute leur vie relationnelle est perturbée. Ils souffrent à la fois de la perte qu'ils ont subie et de l'état dans lequel ils se trouvent ; ils ne parviennent plus à se reconnaître. Ils ont le sentiment que cet état ne pourra plus changer. Pour avancer, quelques-uns souhaitent rencontrer des personnes qui ont vécu une expérience analogue à la leur et/ou faire appel à des professionnels, spécialistes des difficultés liées au deuil, susceptibles de les aider à dépasser leur souffrance afin, peut-être, de s'acheminer vers une vie « normale ».

Ce sont précisément des pratiques d'accueil et d'accompagnement de ces demandes, ainsi que les questions qu'elles posent, qui sont présentées ici par les membres d'une équipe pluridisciplinaire. Cette équipe offre une aide psychologique (sous forme d'entretiens de soutien ou à travers la participation à des groupes d'entraide) à ceux qui s'adressent à elle à propos d'un décès qui les fait souffrir ou les obsède ².

Ces praticiens – psychologues, animatrices, assistantes sociales, infirmières, chargées de l'accueil téléphonique – décrivent leur expérience et tentent d'en dégager les principes sous-jacents, les repères qu'ils se sont donnés au cours du temps, les doutes et les interrogations qui subsistent. Ils exposent aussi les conceptions théoriques auxquelles ils se réfèrent, dont ils ont besoin pour donner du sens à leur action. C'est une approche qui se veut empirique et éclairée. Les aller-retour entre pratique et théorie sont bien plus des questionnements que des positions dogmatiques, des affirmations péremptoires, des méthodes ou des démarches systématiques.

Leurs textes, à la fois descriptifs et réflexifs, ne cherchent donc pas à définir ce à quoi toutes les personnes en deuil

1. Les causes de cette incapacité, plus ou moins circonstancielle et transitoire, sont multiples. Elles sont présentées, illustrées et commentées dans le présent ouvrage.

2. Le centre François-Xavier Bagnoud est constitué d'un HAD spécialisé dans les soins palliatifs, d'un centre de documentation (principalement consacré aux soins palliatifs, à la thanatologie et au deuil), d'un service de formation et de recherche, et d'un service d'accompagnement du deuil.

seraient toujours confrontées, ni ce que devraient être les conduites à tenir pour bien les accompagner. Précisément parce que *conduite et accompagnement* interfèrent à tout moment, il s'agit de cheminer aux côtés de celui qui cherche son orientation tout en lui indiquant des ressources ou des voies qu'il n'a pas perçues mais qui appartiennent au parcours qu'il est en train d'accomplir.

De leur lecture se dégagent cependant des lignes de force, issues de l'intention manifeste de prendre en compte les interrogations et les doutes récurrents auxquels nul n'échappe dès lors qu'il se propose d'accompagner des personnes en deuil. Ce livre n'est ni un guide ni un manuel, c'est un ensemble de textes qui indiquent des pistes, des cheminements, et qui composent, à la manière des mosaïques ou des tableaux impressionnistes, une représentation cohérente du territoire qui a été exploré, avec ses sites les plus intéressants et ses contrées incertaines, sans pour autant prétendre à une cartographie exhaustive.

Car c'est presque toujours de limites qu'il est question. On pourrait aussi parler de « cadre » ou de « bonne distance ». Les praticiens – quels que soient leur titre, leur fonction, leur formation initiale – sont, chaque fois, conduits à se demander jusqu'où ils peuvent aller, et à inventer, chaque fois, une (nouvelle ?) réponse. Ces questions reviennent d'ailleurs régulièrement à l'occasion d'échanges informels entre praticiens, aussi bien que lors des entretiens de supervision ou des réunions d'analyse de pratiques dont ils bénéficient. Manifestement, ils cherchent à se construire des références et des repères, tout en évitant d'en faire des normes, en veillant à demeurer souples et disponibles. Sont ainsi interrogées :

– des limites de compétences, aussi bien celles qui concernent les savoir-faire professionnels que celles qui définissent ce qui est du ressort de l'institution. L'acceptation d'une demande et son attribution au membre de l'équipe dont l'expérience semble la plus appropriée (ou qui se trouve simplement présent et disponible) peuvent poser des problèmes délicats. Puis, éventuellement, après quelques entretiens, une « réorientation » est jugée nécessaire vers un spécialiste (psychiatre, psychologue, psychanalyste, etc.) considéré comme plus adapté ;

– des limites temporelles. La durée et la fréquence des rencontres sont établies dès le premier contact. Mais il faut parfois répondre à l'urgence, céder à des sollicitations pressantes, ou refuser ! D'autre part, il peut devenir difficile de terminer une séance, d'interrompre le cours d'une réflexion, d'arrêter un flux

verbal excessif et, plus encore, de conclure un accompagnement, toutes limites pouvant évoquer la rupture, la séparation, un sentiment d'abandon ;

– des limites concernant les objectifs, les effets escomptés, les représentations que se font les intervenants (et les demandeurs) de ce qui peut être attendu d'un accompagnement. Jusqu'où iront-ils dans l'élaboration du sens de ce qui leur est dit ? Ils n'ont, en principe, pas d'intentions psychothérapeutiques, mais ils s'appuient sur leur expérience et sur leur formation théorique pour formuler (silencieusement) un diagnostic. Leurs conceptions des perturbations psychiques susceptibles d'être provoquées par un deuil (notamment la réactualisation de traumatismes ou de conflits refoulés) vont déterminer leur pronostic et leur éventuel conseil de réorientation ;

– des limites quant à la proximité relationnelle qu'il convient d'établir ou d'éviter entre professionnels et demandeurs. Quelle familiarité, quelle convivialité s'autorisent-ils ou s'interdisent-ils ? Les intervenants ont aussi besoin de protection ; quels dispositifs mettent-ils en œuvre pour préserver leur propre intégrité ?

Des limites donc, un important questionnement, mais aussi des dispositifs et une organisation progressivement mis en place pour répondre aux demandes. Des références théoriques (dans le domaine du deuil, de la psychanalyse, des groupes d'entraide, de l'écoute...) complètent les réflexions. C'est cet ensemble d'expériences individuelles, élaborées collectivement, qui est proposé ici à ceux qui, soignants ou bénévoles, souhaitent aider les personnes qui souffrent d'un deuil et attendent un secours.

Camille Baussant-Crenn

Le deuil : aspects cliniques, théoriques, thérapeutiques

L'étymologie du mot deuil exprime en partie tout ce qui accompagne cette épreuve : les manifestations sociales et psychologiques, chez l'adulte et chez l'enfant. Assez récemment, le deuil a ainsi fait l'objet de travaux de recherches qui s'ouvrent sur des pratiques d'aide aux endeuillés.

Définition

En français, les mots « deuil » et « douleur » sont issus du verbe latin *dolere* (souffrir).

Un seul terme désigne dans la langue française plusieurs aspects du deuil. Ainsi, le deuil nomme à la fois « la mort d'un être cher » et l'affliction profonde causée par cette irréversible disparition ; il désigne d'autre part les manifestations extérieures, les rituels consécutifs à un décès de même qu'une période, « temps durant lequel on porte le deuil ». Enfin, il représente le processus psychologique évolutif consécutif à la perte ou « travail de deuil ». Par extension, on applique ce terme à toute perte ou frustration : « faire son deuil » (*Dictionnaire Robert*).

La langue anglaise est plus riche. Trois substantifs s'appliquent au mot « deuil » : *bereavement* (il s'agit de la perte elle-

Camille Baussant-Crenn, psychologue.

même, de la séparation, de la dépossession) ; *grief* (ce terme décrit la tristesse éprouvante, le chagrin, la douleur) ; *mourning* (ce mot désigne le fait de porter le deuil ou de participer aux funérailles) [Bourgeois, 1996 ; Bacqué et Hanus, 2000].

Évolution des manifestations à l'égard du deuil en France

Les attitudes qui suivent la mort d'un individu ont toujours été codifiées par les différentes sociétés humaines (Bacqué et Hanus, 2000). Ainsi, le deuil social s'attache à l'ensemble des attitudes et des comportements rigoureusement dictés par la collectivité à tous ceux qui sont concernés par le défunt, quel que soit le lien affectif qu'ils ont entretenu avec lui (Thomas, 1993). Le deuil social a des effets sur les manifestations individuelles de la tristesse.

Comme le rappelle Pillot (1993), l'expression émotionnelle du deuil s'est traduite de diverses façons en France.

Au début du Moyen Âge, les manifestations du deuil accordaient une place considérable à l'émotivité ; la spontanéité et la décharge des émotions des survivants étaient prédominantes. Néanmoins, le deuil, très visible au cours des cérémonies de la veillée et de l'enterrement, durait peu de temps. Toutes ces manifestations ne peuvent être considérées comme un rituel, bien que les scènes de deuil soient semblables à cette époque.

À partir du XII^e siècle et jusqu'à la fin du Moyen Âge, il n'est plus admis, ni courant, de laisser libre cours à son chagrin. La spontanéité et l'expression de la douleur s'atténuent, la dignité et le contrôle de soi sont des attitudes recommandées et attendues par les conventions sociales. Ce qui s'avère désormais inexprimable par des mots ou par des gestes le devient par la couleur. « L'habit noir exprime le deuil et dispense d'une gestulation plus personnelle et dramatique » (p. 33). Le port de vêtements noirs se généralise au XVIII^e siècle.

De la Renaissance au XVIII^e siècle, les manifestations sociales deviennent de plus en plus réduites, après la période de deuil, « bref délai accordé par l'usage », aucune manifestation personnelle de tristesse n'est autorisée. Le deuil se révèle ritualisé et socialisé à l'extrême, il entrave l'expression de ce que l'individu éprouve devant la mort. « Le deuil joue un rôle d'écran entre l'homme et la mort » (p. 34).

De la fin du XVIII^e à la fin du XIX^e siècle, la société accorde un primat au sentiment. Les règles et les limites de l'expression

s'effacent. Cette évolution s'est faite brusquement sur deux générations, alors que les précédentes attitudes s'étaient prolongées sur plusieurs siècles. Les deuils s'expriment durant des années, on nourrit son deuil. Il existe même un culte de la communication avec le disparu.

À partir de la deuxième partie du XX^e siècle, la discrétion caractérise les funérailles, si bien que peu d'éléments les signalent à la communauté sociale. Le rejet du deuil est une caractéristique de notre société contemporaine : « Après les funérailles et l'enterrement, la douleur du regret peut subsister au cœur secret du survivant. La règle est aujourd'hui, dans presque tout l'Occident, qu'il ne doit jamais la manifester en public. » Un comportement discret, une adaptation immédiate à la poursuite d'une vie normale, sont exigés de la part de l'endeuillé, faute de quoi celui-ci peut se sentir vite gêné ou exclu. Les codes permettant de manifester des sentiments généralement inexprimés ne subsistent guère. Cette attitude est considérée comme un trait significatif de notre culture. La société refuse de participer à l'émotion de l'endeuillé ; cela traduit la tentative de nier la présence de la mort. Le deuil s'avère par conséquent dénigré : il s'apparente à une maladie, celui qui le montre dévoile sa faiblesse de caractère. Parallèlement à ces comportements où les sentiments sont refoulés et les rites inexistantes, on relève combien cette attitude sociale apparaît préjudiciable à l'individu endeuillé qui n'a plus les moyens de vivre son deuil.

Pillot rappelle l'analyse de Ariès qui montre comment, dans notre siècle, l'endeuillé se retrouve démuné dans le vécu de son deuil, n'ayant ni la possibilité d'extérioriser sa détresse et ses sentiments comme au Moyen Âge ou au XIX^e siècle, ni les rituels destinés à une expression et une reconnaissance sociale du deuil, lorsque les émotions doivent être tuées.

Le deuil s'est donc manifesté différemment selon les époques, en fonction de codes sociaux qui, eux-mêmes, ont une influence sur le vécu psychologique de l'endeuillé.

Le déroulement du deuil normal sur le plan psychologique

C'est au XX^e siècle que le deuil en tant qu'état émotionnel va devenir un objet d'étude et que l'on va tenter de cerner son rôle dans la psychologie humaine.

Même si l'on constate quelques différences dans les descriptions de l'état de deuil, il existe un relatif consensus quant

au déroulement du processus de deuil. Bowlby et Parkes (1970) établissent la première description cohérente des phases de deuil : obnubilation, nostalgie, désorganisation et désespoir, réorganisation. Celles-ci ont fait d'ailleurs l'objet de comparaisons avec les stades psychologiques observés chez les patients en fin de vie, décrits par Kübler-Ross (1969) : déni, marchandage, colère, dépression, acceptation.

Le deuil représente un phénomène normal bien qu'il prenne en son début tous les aspects d'une affection pathologique. Les auteurs s'accordent à reconnaître un début, une période centrale et un terme dans le déroulement du deuil, défini en trois grandes étapes.

L'état de choc ou de sidération

L'état de choc représente le tout premier temps ; il est manifeste lorsque la mort frappe brutalement, de façon inattendue et inhabituelle. Néanmoins, on le repère également dans les cas de maladie grave évolutive, lors de la prise de conscience que l'être aimé va mourir. Il s'agit d'un choc qui se répercute sur l'ensemble de la personne et s'exprime sur tous les plans : la santé physique, la vie affective, les relations sociales. Il se traduit par un abattement et par des manifestations émotionnelles aiguës. La sidération mentale se joint à l'arrêt de toutes les fonctions psychiques. Les cris, les hurlements rendent compte d'une véritable stupéfaction et d'un refus de la réalité. La sidération agit à trois niveaux : les affects se révèlent anesthésiés, les perceptions sont émoussées, l'organisme est paralysé physiquement comme intellectuellement (Bacqué et Hanus, 2000).

Très rapidement, s'installent des comportements de recherche. Les cris, les appels en constituent le premier mode. Selon Hanus (1976), « ils signeraient une régression vers les comportements du nourrisson qui appelle désespérément sa mère jusqu'à l'épuisement ». Ces comportements vont progressivement s'organiser ou s'inhiber. L'envie de chercher cède la place à l'agitation intérieure et à l'incapacité d'agir efficacement. Celle-ci peut se transformer en une quête d'objets symboliques ou de paroles du défunt. La tendance à interpréter tout signal ou toute perception comme émanant de la personne décédée conduit à de véritables illusions perceptives. L'obnubilation est en cause, de même que le désir profond de revoir l'être perdu.

Les premiers temps du deuil sont très souvent marqués par la colère et le ressentiment. L'endeuillé se sent abandonné par le défunt. L'ambivalence propre à toute relation d'objet s'avère à l'origine de cette hostilité inconsciente. Les désirs de mort à l'encontre de l'objet aimé peuvent être verbalisés et donner lieu à une progressive désidéalisée du défunt. La persistance de la colère signerait le refus du caractère irréversible de la perte et l'espoir de tenter encore de le retrouver. La prise de conscience qui ponctue l'état de choc se produit dans un état de fatigue intense.

L'angoisse, les recherches, l'expression de la colère représentent une dépense d'énergie très élevée. La survenue des pleurs offre alors une voie de décharge somatique adaptée. Cependant, seul le travail de la pensée lors de la remémoration rend possible l'abandon de comportements mécaniques au profit du travail de deuil.

L'expression du chagrin du deuil

La phase considérée comme la plus importante du deuil est l'état dépressif réactionnel qui se met en place avec le retour du principe de réalité. Les signes habituels de la dépression se partagent en trois domaines : somatique, intellectuel et affectif (Bacqué, 1992).

Les altérations somatiques se caractérisent par des troubles de l'appétit et par une anorexie transitoire qui font partie de cet état dépressif ; ils rendent compte de la perte du plaisir et de l'intérêt de manger. De plus, la fatigue intense conduit à une apathie générale, à un désinvestissement des occupations antérieures qui semblent désormais dérisoires. Enfin, les troubles du sommeil sont fréquents, les rêves se révèlent souvent perturbants.

Les altérations intellectuelles proviennent d'un affaiblissement des performances cognitives avec une diminution de l'attention et de la concentration, des pertes de mémoire à court terme qui accentuent l'isolement de la personne.

Les troubles sur le plan affectif se caractérisent par une humeur sombre et une sensibilité exacerbée à tout détail évocateur du défunt. Les alternances émotionnelles, de la douleur du manque à l'exaltation de ses souvenirs, témoignent une certaine inconstance des sentiments de la part de l'endeuillé. La culpabilité, jamais destructrice comme dans la mélancolie, fait regretter à l'endeuillé de n'avoir pas pu prévenir l'accident ou