

CAHIER

LES DEUILS



©Jean-Louis Sariz / Question Santé

(Se) perdre, (se) retrouver

L'humanité a toujours rêvé d'immortalité, d'éternelle jeunesse, de perfection. Rêves que nos sociétés nourries au lait du progrès et de la performance veulent croire toujours plus proches de leur réalisation. Il y a aujourd'hui presque une indécence à parler de la perte.

Pourtant la perte est inhérente à la condition humaine. Perte de ses illusions, perte de ses capacités, perte de l'autre qu'on chérissait ... il n'est aucune échappatoire à ces épreuves. Ces moments de brisure, d'impuissance, de tristesse immense s'imposent à chacun de nous de manière inéluctable.

Nous n'avons d'autre choix qu'affronter cette souffrance. Pourtant, à l'opposé d'autres sociétés du présent et du passé, la modernité occidentale réduit la socialisation de cette souffrance, les mises en scène et ritualisations qui, au sens premier du terme, accompagnent la perte sont précitamment reconduits à la sphère privée : les rites de passage se font discrets, le deuil « ne se porte plus », celui qui souffre d'une perte trouve peu de places où sa souffrance est reconnue.

Rappel de notre finitude, la perte impose un travail sur soi-même, un cheminement au travers de sentiments difficiles à vivre et qui nous marqueront à jamais. C'est dans ces moments qu'une écoute véritablement humaine peut non pas éliminer la souffrance mais l'accompagner vers une reconstruction de soi. Cette écoute n'apporte pas de recettes pour « réussir » un deuil, elle n'est pas prétexte à distiller un savoir péremptoire ; elle est présence à la souffrance de l'autre telle qu'elle se vit, respect, compréhension nourrie de réflexion et d'expérience.

Ce travail des deuils - car chaque deuil est unique - renoue les fils déchirés et reconstruit la trame d'une vie parfois plus forte, où ce qui fait lien, loin de se fracasser, s'est aguéri. Travail de chacun, travail aussi pour les professionnels de la santé : l'ambition de ce cahier n'est pas de systématiser des attitudes dans l'accompagnement du deuil mais d'aiguiser une sensibilité que trop souvent on aimerait anesthésier...

Les étapes du deuil page 35
Marie-Frédérique Bacqué, docteur en psychologie, maître de conférences à l'université de Lille, vice-présidente de la société de thanatologie

Le deuil aux différentes étapes de la vie

Deuil chez l'enfant page 36
Alain de Broca, neurologue pédiatrique aux soins palliatifs du Centre de référence pour la prévention de la mort subite du nourrisson, président de l'association Vivre son deuil-Picardie, responsable du Diplôme d'université Deuils et endeuillés à l'université Jules Verne de Picardie

Dire la mort à l'enfant page 41
Denise Desmedt-du Toict, psychanalyste, et Christiane de Halleux, psychologue, psychothérapeute analytique, Fondation Françoise Dolto

Deuil de soi et renaissance à soi-même.
La traversée du péril adolescent page 45
Antoine Masson, psychiatre-psychanalyste, responsable du département Adolescents et Jeunes adultes du centre Chapelle-aux-Champs, chargé de cours invité université catholique de Louvain

**La douleur du deuil** page 51

Claire Kebers, psychothérapeute, formatrice en soins palliatifs et accompagnement des personnes malades, âgées, en fin de vie, présidente-fondatrice du CEFEM (Centre de formation à l'écoute du malade)

Vivre le deuil. De prendre corps à rendre l'âme. Séparations et deuils de la naissance à la mort page 54

Danièle Chevalier Deschamps, psychanalyste, docteur en psychologie

Le deuil de soi au cours du vieillissement page 66

Géraldine Castiau, psychologue, psychothérapeute analytique, centre hospitalier Albert Laurent et Centre de guidance de Molenbeek-Saint-Jean

Deuils spécifiques**Le travail de deuil chez une personne déficiente visuelle** page 70

Pierre Griffon, psychologue clinicien au Centre de rééducation fonctionnelle pour aveugle et malvoyant (CRFAM) de Marly-le-Roi, chargé de cours à l'université Paris V, Paris VII et au Conservatoire national des arts et métiers (CNAM)

Les sujets endeuillés après suicide. Quelques considérations sur l'accompagnement psychologique individuel page 73

Marc-Elie Huon, psychologue clinicien, Unité d'accueil médico-psychologique (UAMP) Angela Duval, service de post-urgence au Centre hospitalier universitaire de Brest

Deuil et soins intensifs page 81

Thierry Castelain, médecin-spécialiste en médecine interne, soins intensifs, Centre hospitalier régional Saint-Joseph, Mons

Le deuil en soins palliatifs page 87

Entretien avec Anne-Marie Hassoun, psychologue et thérapeute, équipe mobile de soins continus et palliatifs du Centre hospitalier Etterbeek-Ixelles (hôpitaux Iris Sud). Propos recueillis par Nicolas Miest, psychologue, cellule d'intervention psychologique au Centre de prévention du suicide

L'immigration ou l'impossible deuil page 91

Ali Aouattah, docteur en psychologie, psychologue clinicien au centre D'ici et d'ailleurs à Bruxelles

Pratiques de terrain**Les groupes d'accompagnement pour personnes en deuil** page 95

Annik Absil, psychologue et psychothérapeute à Louvain-la-Neuve, présidente de Vivre son deuil-Brabant wallon

« S'il n'est plus là, il est où ? » page 98

Béatrice Gaspard, psychologue, psychothérapeute, responsable du secteur enfants au centre Cancer et Psychologie et Delphine Bauloye, psychologue, psychothérapeute, responsable des Espaces ateliers au centre Cancer et Psychologie

Lorsque l'enfant ne paraît pas... L'accompagnement des parents et des soignants lors de décès périnataux page 101
Bruno Fohn, psychologue et responsable de la formation du personnel au Centre hospitalier régional de la Citadelle

A la croisée du temps et de l'espace : le génogramme, un outil systémique pour dé-couvrir le deuil page 109
Cécile Bolly, médecin généraliste et psychothérapeute à Neufchâteau, animatrice de formations à l'écoute et à la réflexion éthique pour les soignants, collaboratrice au Centre universitaire de médecine générale (CUMG) de l'université catholique de Louvain

L'héritage psychique des suicides page 119
Marc-Elie Huon, psychologue clinicien, Unité d'accueil médico-psychologique (UAMP) Angela Duval, service de post-urgence au Centre hospitalier universitaire de Brest.

Témoignages

Ils vivent à travers nous page 124
Claudine Dahan, assistante sociale, Unité de soins palliatifs, Maison de la santé « Claire Demeure » à Versailles, animatrice des Groupes de paroles pour familles endeuillées après suicide - Vivre son deuil - à Paris.

Le deuil de la toute-puissance de l'écoutant dans un service d'accueil téléphonique page 126
Jean, écoutant bénévole au Centre de prévention du suicide

« A la mort de notre fils » page 130
Ghislain Van Malderghem, 7 septembre 2002

La réalisation de ce cahier est l'oeuvre du Centre de prévention du suicide et a été coordonné par Beatrix Lekeu, psychothérapeute, formatrice, rejointe par Pierre Titeux, journaliste, chargé de communication. Leur travail a permis de rassembler ici des auteurs dont vous apprécierez la compétence, la sensibilité et la pertinence. Qu'ils soient infiniment remerciés.

*Comité de lecture du Centre de prévention du suicide :
 Joëlle Decourteix, secrétaire, Axel Geeraerts, directeur, Béatrix Lekeux, psychothérapeute, formatrice, Nicolas Miest, psychologue, Cellule d'intervention psychologique, Magali Jongen, psychologue, Cellule d'intervention psychologique, Pierre Titeux, journaliste, chargé de la communication et Catherine Lombard, licenciée en communication, chargée de la communication.*

Les étapes du deuil



Le deuil est à la fois la situation de perte d'un proche et l'état psychologique dans lequel s'intègre progressivement cette rupture définitive. Qu'il soit aimé ou qu'il fasse simplement partie des proches, le défunt crée, avec sa disparition, un changement majeur de l'existence. Dans un premier temps, la nouvelle déclenche la stupeur. La sidération bloque la pensée. Pâleur, effroi, paralysie totale ou au contraire fuite en avant caractérisent le désir d'éviter la mort et le choc de sa rencontre. Pourtant la reconnaissance de la perte ne peut avoir lieu qu'avec le constat de la réalité. Voir le corps, constater les changements qui découlent du trépas, permettent souvent de tolérer la séparation définitive du mort d'avec le monde des vivants. Déjà, le regroupement de la famille ou des amis témoigne de ce partage des faits : il est bien mort, c'est bien fini. Au début, cette irréversibilité paraît encore fragile, on pourrait juste se projeter dans les moments qui précèdent, remonter le temps, se remémorer les dernières paroles et les dernières images. Las, la cérémonie donne bientôt la preuve de l'ultime accompagnement, le corps disparaît avec sa dernière enveloppe, le cercueil. Il ne reste qu'un lieu, ou parfois un souvenir du regroupement des vivants autour du mort, qui deviendra peut-être support de commémoration. La cérémonie est donc le point de départ crucial d'un long processus, le travail de deuil. Le chagrin fait son apparition collective lors des funérailles, il rassure sur la possibilité d'exprimer ses émotions, sur le partage de la souffrance. Après les condoléances, un sentiment de solitude s'abat souvent sur l'endeuillé. Le travail de deuil est unique, nul ne peut partager ces lourdes oscillations entre la nécessité du détachement affectif et le désir de revenir en arrière, dans le lieu du souvenir. Il va falloir détacher, un à un, chaque souvenir du ressenti émotionnel qui y est lié. Au début, personne ne souhaite sanctionner le passé du couperet du « plus jamais », cependant, progressivement, l'histoire du défunt va être reconstituée, dans sa communauté avec celle de l'endeuillé, mais celui-ci le quittera au moment du décès. Ces idées sont souvent culpabilisantes pour celui qui reste : « Qu'aurais-je pu faire pour éviter sa mort ? L'ai-je suffisamment aimé lorsqu'il était en vie ? ». Le travail de deuil passe par ces moments de doute, de faute, parfois de

reconnaissance d'une certaine ambivalence... Cependant, le travail de deuil débouche quasiment toujours sur un équilibre entre la peine due à la frustration d'une vie arrêtée et une certaine forme de tolérance justifiée dans les apports de la relation passée, les enrichissements affectifs produits par le défunt, sa participation à l'histoire de tous ; et sa fin,



Marie-Frédérique Bacqué, docteur en psychologie, maître de conférences à l'université de Lille, vice-présidente de la Société de thanatologie.

Auteur de plusieurs ouvrages sur les thèmes du deuil et de la mort. Le deuil à vivre (1992, 2000) ; Deuil et santé (1997), Mourir aujourd'hui (sous la direction de, 1997), tous publiés aux Éditions Odile Jacob, préface de Dis Maîtresse, c'est quoi la mort ?, sous la direction de J. Deunff, 2001, L'Harmattan et en collaboration avec M. Hanus, Le deuil, Que sais-je, PUF, 2000.

plus petit dénominateur commun de l'ensemble de l'humanité. Le travail de deuil et le nécessaire chagrin qui l'accompagne signent nos liens d'attachement avec nos proches, ils reposent ancestralement sur des pratiques rituelles communes aux groupes sociaux, ils passent toujours cependant par un remaniement psychologique du temps, des investissements affectifs et se prolongent par une meilleure compréhension de notre place au sein de l'humanité. ●



l'étape nouvelle tout en gardant ceux de l'étape antérieure. Par contre, l'acceptation « sereine » de ces passages permet à chacun de s'accepter autre, toujours aimé, aimable sous le regard de l'autre, même après avoir changé de statut.

Ces éléments expliquent pourquoi le vécu de deuil après la perte d'un être aimé dépend en partie de la façon dont ont été vécus ses propres deuils du développement.

La capacité de vivre une séparation dépend de ses structures psychiques et de son histoire

L'enfant se structure autour de la mise en place de sa personnalité et de sa capacité à se représenter unique en lien avec autrui. Perdre autrui avant d'avoir pu réaliser ceci rend compte des difficultés secondaires du deuil. Les deuils mal vécus chez certains adultes sont parfois expliqués par des difficultés dans la structuration de leur personnalité.

Les structures psycho-cognitives mises en place évoluent considérablement au cours des premières années. Nous les reprenons succinctement pour comprendre les réactions parfois différentes des adultes face au deuil et à la perte selon leur âge.

● **Manque de capacité de symbolisation avant l'âge de 7-10 ans**

L'enjeu du deuil est de passer d'une séparation physique à une séparation psychique avec intériorisation symbolique de la perte de l'autre en vue d'inscrire l'autre en soi avec toutes ses qualités mais aussi ses défauts. Il faut sortir de l'idéalisation du défunt. Or les défenses et les processus de symbolisation de l'enfant vont évoluer au cours des années et dépendent de sa personnalité en pleine construction. Les processus de refoulement, de projection ou de sublimation sont ici en cours d'élaboration. L'enfant en est encore parfois à une simple ébauche de ses structures narcissiques ou de l'étayage de son moi ou au contraire en pleine phase d'identification œdipienne. Cela rend compte de ses difficultés à parler et à apprivoiser mentalement l'être défunt.

● **Le sentiment de toute-puissance persiste fortement jusqu'à 7 ans**

L'enfant, particulièrement jusqu'à 6-7 ans, se vit avec le sentiment de toute-puissance, même s'il est dans un état de totale dépendance. Ce sentiment a cependant son revers car tout ce qui se passe autour de lui est de sa responsabilité. Si quelqu'un meurt autour de lui, il s'en croira responsable.

● **Les notions de pensée magique, d'ambivalence et de culpabilité**

La pensée magique est la capacité d'invoquer ou d'évoquer un objet manquant à partir d'un substitut. L'enfant croit pouvoir agir sur les choses par la seule pensée ou par les mots.

L'enfant se développe dans un conflit perpétuel entre manque et comblement du manque. Puisqu'il n'est pas capable de combler la perte, il est dépendant d'autrui notamment du parent aimé et chéri. Tout parent est donc tout autant chéri que rejeté et paradoxalement l'enfant peut être d'autant plus ambivalent qu'il l'aime et qu'il en est dépendant. Cette ambivalence crée les tensions et les soubassements à la culpabilité.

Le sentiment de culpabilité est aussi la facette inverse du sentiment de toute puissance car il est parfois plus facile de se sentir coupable que de se sentir impuissant. Il faut donc savoir lui montrer comment accueillir cette impuissance face à ce processus naturel (certes refusé) qu'est le processus de mort de tout être vivant (depuis le végétal jusqu'aux êtres les plus complexes).

● **Recherche de son identité et usurpation de rôle**

Un enfant n'est identifié socialement qu'à travers sa famille. Son autonomie sociale n'existe pas isolément et il est totalement dépendant de l'itinéraire du survivant.

En cas de décès d'un parent, l'enfant ne le trouve plus alors qu'il en avait besoin pour se construire. Le parent restant est désemparé et a du mal à penser à lui et à ses enfants. Qui l'enfant va-t-il trouver pour remplacer ce tuteur défunt et ce parent désemparé ? Cette question est génératrice d'une grande angoisse d'autant qu'il n'est pas mis dans les confidences.

Plus tard, il lui faudra partager avec un nouveau parent qui « remplacerait » le défunt aimé. Comment parler de tout cela pour que l'enfant ne s'enferme pas dans un conflit de loyauté sans fin si ce n'est en respectant l'amour de l'enfant pour le défunt, en lui permettant de l'exprimer ?

Quand le parent désemparé ne peut pas accueillir la détresse de ses enfants, il va aussi souvent lui demander de jouer un rôle particulier : thérapeute, remplaçant de l'adulte/de l'enfant défunt, etc. L'enfant en miroir va tout faire pour essayer d'aider au mieux ceux qu'il aime en trouvant inconsciemment ce que le parent survivant projette quitte à se mettre soi-même en grande détresse. La discussion en famille est ici très importante pour essayer de comprendre les sous-entendus que les uns et les autres vivent.

- **Notion d'immortalité et d'irréversibilité de la mort ou la connaissance objective de la mort**

L'enfant trouve parfois dans la nature la réalité objective de la mort mais beaucoup désormais sont préservés de la mort « naturelle ». « Il ne faut pas leur faire mal » dit-on, alors que tous ont vu des quantités de morts « fictions » à la télévision, dans les films et jouent à tuer sur leur *game-boy*, etc.

Tout ceci s'associe à la connaissance cognitive de l'irréversibilité de la mort qui n'apparaît que vers 5-7 ans. Avant, l'enfant se croit immortel. C'est dire si chaque enfant est en situation de grande déstabilisation quand la mort rejoint la réalité. Les aider consiste surtout à les amener à participer aux deuils des grands-parents, des familles connexes pour qu'ils puissent voir, avant leur propre deuil, ce que sont très concrètement les funérailles et comment d'autres adultes et enfants arrivent à vivre leur deuil.

- **Entre subjectivité (croire) et rationalité (savoir)**

Durant toute l'enfance, et parfois bien plus tard pendant le temps adulte, il existe une confusion entre la subjectivité (de l'ordre du croire) et la rationalité (de l'ordre du savoir). Tout événement est toujours analysé selon ces deux modalités qui peuvent être cohérentes (« je sais

vrai/faux ce que je crois vrai/faux ») ou souvent incohérentes (« je sais quelque chose mais n'y crois pas, ou je crois quelque chose dont je ne sais pas la réalité »).

Vivre un deuil impose de croire (accepter cette mort) ce qu'on sait (la mort qui est réelle parce que je l'ai vue). C'est dire si l'absence de certitude face à la mort d'un être aimé rend encore plus difficile de croire à ce décès. Ne pas vouloir montrer un défunt à un enfant parce que cela pourrait lui faire du mal n'est pas la meilleure stratégie à moyen et à long terme !

- **Subjectivité spatio-temporelle**

L'enfant ne donne pas la même valeur au temps ni à l'espace que l'adulte. C'est pourquoi il est difficile d'expliquer ce que représente physiquement et symboliquement le lieu où sera inhumé le défunt, et plus encore lorsqu'on envisage la dissémination des cendres après crémation.

Le travail de deuil proprement dit

L'enfant va vivre le travail de deuil avec toutes les étapes comme l'adulte mais il ne le vivra qu'à travers son prisme personnel, selon le stade psychique et cognitif dans lequel il est, et selon la place qu'on lui octroie au moment de la mort de l'être aimé.

- **Le choc : annonce du décès et jours des funérailles**

Le choc est toujours fort mais comme l'enfant est mis de côté voire placé loin de toute la famille au moment du décès, il ne peut véritablement comprendre. Le choc est donc malheureusement reporté à plus tard quand enfin il comprend. L'enfant a encore moins d'information sur le décès que les adultes. Ce report est une véritable bombe à retardement. L'enfant peut réagir soit en se renfermant soit avec une certaine violence très rapidement après le décès ou, au contraire, très longtemps après sans apparente explication pour l'environnement. Les funérailles sont un moment très important pour l'enfant s'il peut s'impliquer dans l'au revoir au même titre que les adultes.



● La dépression réactionnelle

Le deuil est souvent une des causes les plus fréquentes de la dépression chez l'enfant. Celle-ci se présente sous des formes souvent plus frustrées et parfois inattendues. Tout changement de caractère de l'enfant, voire l'apparition de maladie, peuvent être les seuls signes d'une profonde dépression. Si la dépression peut s'atténuer chez l'adulte au bout de quelques mois, l'enfant peut au contraire présenter des épisodes dépressifs minimes à chaque grande étape de son développement.

● Phase de la cicatrisation

On peut parler de cicatrice quand le défunt aura pu prendre une place dans la mémoire de l'individu avec ses bons et ses mauvais côtés et pourra être ré-évoqué sans provoquer de trop grande souffrance. Mais l'enfant n'a pas la même façon de se rappeler, de faire revenir ses souvenirs à la conscience que l'adulte. Il a besoin de photographies et de traces pour donner de la consistance au souvenir. L'enfant tout petit fixera doucement ses souvenirs à partir de ce que l'adulte, l'autre parent (si c'est un des deux parents qui décède) lui confiera du défunt. Il ira le vérifier auprès d'autres « informateurs », parfois des années après. Il est donc très important de traduire cette histoire

familiale à tous, notamment à ceux qui ont peu de souvenirs ou sont nés après le décès.

Il n'y a pas de fin à une perte d'un être aimé mais on peut cependant accueillir en soi une présence, une idée, une image qui vous accompagne comme lorsqu'on regarde une photo d'un être cher toujours vivant. Trop de personnes adultes nous disent en association qu'ils n'ont véritablement (à leur avis) commencé à faire le deuil de leur mère, morte quand ils avaient 5-8 ans, que lorsqu'ils avaient dépassé la trentaine !

Quelques conseils pratiques pour accompagner un enfant endeuillé

Accompagner l'enfant, c'est toujours accompagner la famille. En effet, l'enfant est amené par un parent à la consultation ou au rendez-vous. Si l'enfant a toujours quelque chose à dire en propre, il est toujours très instructif de voir et écouter ce que diront les parents sur les craintes qu'ils ont pour leur enfant. Les mécanismes projectifs sont si forts dans ce domaine, et l'interaction si hypertrophiée entre les membres survivants des familles, que chaque parole de l'un ou de l'autre éclaire sur la problématique ou la difficulté de l'un et de l'autre.



Autour du deuil et lors des funérailles :

- Aider l'enfant à « dire au revoir » à l'être aimé avant le décès si possible : visite, dessin, faire une cassette (chant, conte) que le malade écouterait dans un magnétophone même en réanimation ;
- Faire participer l'enfant aux cérémonies d'inhumation : faire dessiner, offrir un bouquet, un travail manuel. Si rien ne doit être imposé, le choix est souvent impossible aux enfants quand la détresse des adultes est trop vive.

Plus tard :

- Leur expliquer avec les mots adaptés les événements qui ont entraîné le décès. Les rassurer en leur rappelant que la mort n'est pas contagieuse, qu'il ne sera pas laissé seul, que, si la vie sera différente, elle n'est pas totalement bouleversée ;
- Leur proposer d'en reparler ou accepter d'en reparler au fil des mois ou années, c'est-à-dire à chaque grande étape de développement ;
- Essayer de ne pas leur donner une mission d'adulte ou de remplacement de l'être défunt et les laisser à leur place d'enfant. ●

Bibliographie

de Broca A., *Deuils et endeuillés*, Masson, France, Coll. Médecine et psychothérapie, Rééd. 2001.

de Broca A., *Développement de l'enfant. Aspects neuro-psycho-sensoriels*, Masson, France, Coll pédiatrie pratique, Rééd 2002.

Dire la mort à un enfant, Panorama hors série n° 17.

Dolto F., *En face de la mort*, Collectif, Privat, Coll. Époques, 1983.

Jalmary, « L'enfant, la mort, le deuil » in *Bulletin de la fédération*, n° 29, 1992.

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

Hanus M., *Les enfants en deuil*, Frison Roche, Paris, 1997.

Dire la mort à l'enfant



LES DEUILS

.....

Christiane de Halleux : *Nous savons que chacun de nous, mais particulièrement les enfants, sommes fragilisés face à la mort d'un proche.*

Le désarroi dans lequel chacun est plongé, rend les approches difficiles, délicates. On en arrive à ne plus savoir quoi dire, ni quoi faire pour avoir une attitude structurante et ne pas « se tromper ».

D^r Denise Desmedt-du Toict, vous qui, comme psychanalyste, avez une longue expérience d'écoute de la souffrance, particulièrement de celle des enfants, j'aimerais que vous exposiez les réflexions issues du travail que vous avez fait à propos de l'enfant face à la mort. Pour la simplification de la présentation, je vous propose de le structurer sous forme de questions que je vous pose et auxquelles vous répondez. Les réponses que vous voudrez bien donner pourraient servir de repères tant pour les soignants (médecins - infirmières) que pour les parents, les enseignants, les éducateurs et toutes les personnes amenées à s'occuper d'enfants.

.....

● Comment un enfant réagit-il à la perte d'un être proche ?

○ Un enfant tout petit, même s'il ne parle pas encore, ressent intensément la disparition de la personne tutélaire, c'est-à-dire celle qui s'occupe de lui. Les uns se dépriment, deviennent apathiques, perdent leurs acquisitions, d'autres plus « costauds » hurlent leur détresse, agressent et tapent sur tout ce qu'ils atteignent.

Si personne n'est là pour mettre des mots sur leur souffrance, elle restera enkystée peut-être toute la vie, perturbera leurs relations, endommagera leur confiance et leur estime de soi. Ces traumatismes insurmontés se retrouvent au cours de longues psychanalyses. Il ne suffit pas qu'ils soient racontés, mémorisés à partir de récits de la famille ou de l'entourage, il faut qu'ils soient travaillés en rêve et dans le transfert, c'est-à-dire dans la relation avec le thérapeute.

Il faut donc mettre des mots sur la souffrance de l'enfant sans penser qu'il est trop petit pour comprendre. Les bébés comprennent bien avant de parler et, comme Françoise Dolto nous l'a appris, il faut même parler à un nouveau-né.

● Que dire et comment le lui dire ?

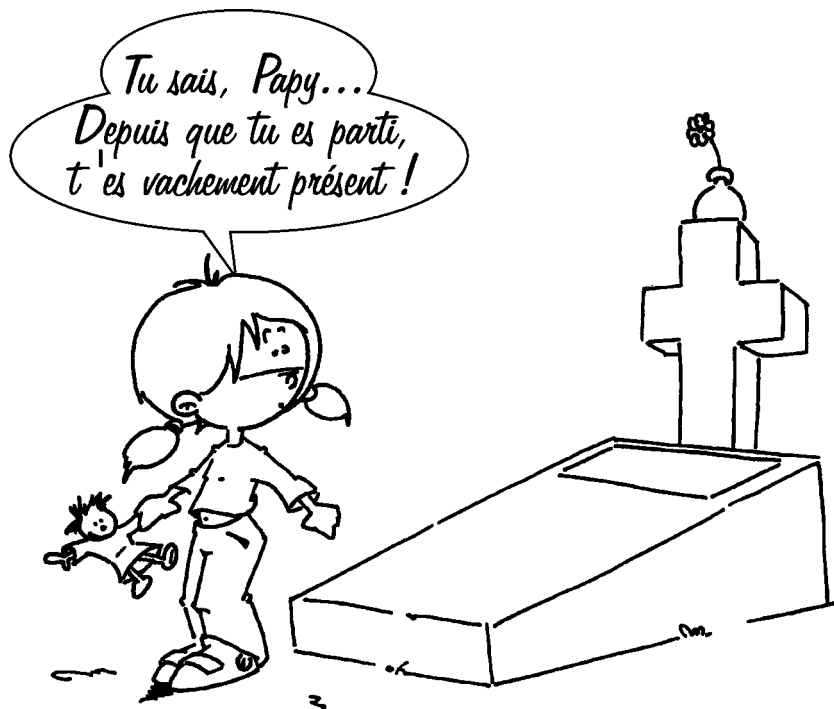
○ Il faut dire la vérité avec des mots tout simples : « Cette personne que tu aimais a fini de vivre. Elle est morte ; on ne la verra plus jamais mais elle continue à vivre dans le souvenir de tous ceux qui l'aimaient. Nous pourrions toujours penser à elle, parler d'elle, avoir des sentiments pour elle comme nous en avons quand elle était là avec nous. Et ces sentiments peuvent se dire par des actes : mettre des fleurs devant sa photo ou sur sa tombe, faire un beau dessin à son intention ».

Il faut dire très tôt aux enfants que tout le monde meurt ; la mort fait partie de la vie, elle est inscrite dans notre corps dès le début de la vie. Que les parents disent aussi la vérité de ce qu'ils croient ou espèrent d'une vie après la mort. S'ils croient qu'il n'y a plus rien, qu'ils le disent en ajoutant qu'il y en a qui croient à une autre vie. Mais personne n'est jamais revenu de la mort pour dire comment c'est après, au-delà de la mort. Donc personne ne sait, mais on peut espérer ; et depuis qu'il y a des humains, ils se posent la question et essaient d'y répondre.

● Peut-on révéler à un enfant qu'il s'agit d'un suicide ?

○ Même le suicide, il faut en parler. Il faut tout de suite dire le mot « suicide » en l'expliquant, car ce mot, ils l'entendront inévitablement dans les conversations autour d'eux. J'ai vu des enfants très soulagés d'apprendre que leur père s'était suicidé, car au fond ils le savaient, le devinaient par toutes sortes

Denise Desmedt-du Toict,
psychanalyste, et
Christiane de Halleux,
psychologue,
psychothérapeute analytique,
Fondation Françoise Dolto.



d'indices : les conversations qui s'arrêtent, les phrases incompréhensibles ; ils savent en tout cas qu'on leur cache quelque chose et leurs fantasmes sont parfois pires que la vérité. Parfois, ce sont des camarades qui le sachant, au cours d'une dispute ou même sans méchanceté, disent « ton père s'est tiré une balle dans la tête » ou « ta mère s'est jetée dans le canal ». C'est bien pire de l'apprendre comme ça. Ils entendent bien, par le ton sur lequel c'est dit, que le suicide est considéré comme une faute et une honte, alors que c'est un malheur. Il n'y a pas à avoir honte d'un parent qui s'est suicidé ; alors pourquoi le cacher ?

● **Et si on cache, n'est-ce pas souvent pour éviter de voir souffrir un enfant, en espérant qu'« il oubliera ... ». Quelles peuvent être les conséquences du fait de cacher la mort d'un proche à un enfant ?**

○ C'est toujours grave de cacher la mort d'un proche à un enfant. J'ai reçu en consultation un jeune garçon d'une dizaine d'années qui venait pour échec scolaire en 5^{ème} année, alors qu'il avait une intelligence au-dessus de la moyenne ; personne n'y comprenait rien. Très vite, il m'a parlé de son grand-père chez qui il allait souvent : un merveilleux grand-père chaleureux et accueillant qui lui permettait de venir « travailler » avec lui dans son atelier. Et voilà que ce grand-père adoré est mort quand son petit-fils avait quatre ans. Pour ne pas lui

faire de peine, sachant le lien étroit qui l'attachait à son grand-père, on lui a dit que son grand-père était parti en voyage. Et lui de se demander anxieusement : « mais pourquoi il ne me téléphone pas ? Pourquoi il ne m'envoie pas de cartes postales ? ». Quand il posait ces questions, la grand-mère pleurait. Alors il a cessé de la faire pleurer. Quand il eut six ans, juste avant l'entrée à la grande école, on a enfin répondu à sa question « où est Bon Papa ? ». Il est donc entré en première année en plein deuil de son grand-père, incapable de s'intéresser à l'apprentissage scolaire, continuant à porter ce

deuil non fait pendant quatre ans, d'où finalement l'échec en 5^{ème} année.

● **Est-ce judicieux d'emmener les enfants aux funérailles ?**

○ C'est encore très ancré dans la culture de nombreuses familles de ne pas permettre aux enfants d'assister aux funérailles et d'aller au cimetière. Alors que tous les rituels qui entourent la mort disent la dignité de la personne et indiquent que les humains font partie d'une société qui a ses lois et sa culture.

Les enfants ont besoin de savoir où le corps a été mis, où est la tombe, sinon ils peuvent penser qu'il peut surgir n'importe où, derrière une porte, ou en ouvrant un placard.

Ce besoin d'une tombe m'a été révélé, il y a des années, par un petit garçon de quatre ans dont la petite sœur était morte à la naissance. Il ne faisait que répéter : « où elle est Charlotte ? ». Les parents répondaient : « elle est au ciel » mais l'enfant répétait inlassablement : « mais où elle est Charlotte ? ». J'ai fini par demander aux parents « où est la tombe ? ». J'ai appris alors que le corps avait été « brûlé » (c'est le terme qui fut donné aux parents), l'hôpital n'ayant pas jugé nécessaire de faire un enterrement à cette époque non encore exigé par la loi. Donc il n'y avait pas de tombe, pas de trace dans un cimetière, seulement le constat d'un enfant mort et la date dans le dossier de la



maternité (et encore pas toujours...).

Il faut une trace symbolique de la mort d'un humain. Même si le corps est mis dans la fosse commune et qu'après cinq ans, il ne reste plus rien, il y a son nom et ses dates de naissance et mort, fils ou fille d'un tel (le père) et d'une telle (la mère) et donc son identité dans le registre du cimetière.

● **Cela peut-il aller jusqu'à inviter un enfant à venir voir la personne aimée qui est décédée ?**

○ Il y a des enfants qui ont besoin de voir le mort, d'autres ne veulent pas. Il n'y a pas à les forcer, mais toujours accepter s'ils le demandent et peut-être les y encourager et les accompagner ; car, quand ils refusent, c'est qu'ils imaginent qu'ils vont voir des choses horribles, effrayantes et cela les apaise beaucoup de voir la réalité qui est toujours moins terrible que leurs fantasmes.

● **Faut-il expliquer à un enfant la réalité de la mort du corps ?**

○ Les enfants posent souvent la question de ce qu'il advient du corps. Certains sont anxieux à l'idée que la personne décédée pourrait étouffer, avoir froid ou faim... Il faut tout un temps pour qu'un enfant réalise ce que signifient les mots « il est mort » et que la personne décédée n'a plus besoin ni d'air ni de nourriture. Là encore, la vérité de ce qui se passe est le meilleur viatique.

Mais bien sûr nous ne sommes pas que corps ; nous sommes aussi esprit, être de langage, de pensée, capable de réfléchir et de poser des questions, de découvrir l'univers, de créer la beauté, capable surtout d'aimer. C'est pourquoi notre corps, même mort, doit être respecté.

Chez les chrétiens, le corps est même encensé. C'est bon que les enfants voient cela et en comprennent le symbolisme : notre corps a été habité et animé par l'esprit.

● **Certains enfants semblent ne pas réagir à la mort d'un proche. Que se passe-t-il pour eux ? Comment réagir ? Faut-il s'en inquiéter ?**

○ Ce n'est pas parce qu'un enfant ne pleure pas qu'il n'est pas triste. Cela peut, au contraire,

être le signe qu'il est profondément bouleversé et non qu'« il n'a pas de cœur » comme disait une grand-mère de son petit-fils de cinq ans lors de la mort accidentelle de la petite sœur.

Cet enfant était sidéré, incapable de pleurer, incapable de parler. Pourquoi ? En fait, la naissance de sa petite sœur l'avait détrôné de sa place de petit dernier d'une famille nombreuse. Il avait souhaité qu'on la jette par la fenêtre. Et voilà que ses souhaits de mort se réalisaient... Il était atterré car, bien sûr, au-delà de sa haine, il avait aussi de l'amour pour sa petite sœur.

Presque toujours, les enfants se font des reproches parce qu'ils ont eu des pensées agressives vis-à-vis du mort. Quand il s'agit d'un parent, ils se reprochent d'avoir été désobéissant ou impoli, de n'avoir pas été assez gentil, même d'avoir souhaité la mort du parent quand il lui refusait ou lui imposait quelque chose.

Et que dire des rivalités et des haines fraternelles. C'est le drame quand un des deux disparaît. Car il y a le « plus jamais » de la mort : plus jamais, je ne pourrai me réconcilier, plus jamais je ne pourrai demander pardon, lui dire que quand même, je l'aime.

Le deuil est d'autant plus difficile que la relation a été mauvaise. J'ai vu des enfants inconsolables et même complètement déboussolés, se mettre à délirer après le décès d'un frère ou d'une sœur avec qui ils avaient été odieux. Si c'est un suicide ou un accident, la culpabilité est atroce.

● **Qu'est-ce qui peut aider un enfant face à l'épreuve de la mort ?**

○ Quand un décès survient dans une famille, tous sont endeuillés. Ce qui est important, c'est que les adultes, et surtout les parents, n'aient pas peur d'exprimer leur tristesse à eux, qu'ils disent non seulement leur souffrance, leurs sentiments, leurs émotions, mais aussi les questions qu'ils se posent, leurs regrets de ce qu'ils n'ont pu faire. Car cela a du sens pour l'enfant comme pour l'adulte. Les sentiments des adultes qui l'entourent deviennent alors des repères qui lui permettent de continuer à penser et par conséquent à vivre. Même si l'être aimé n'est plus là et ne sera plus jamais là, on peut toujours continuer à penser qu'on est triste, à se souvenir, à avoir des sentiments pour lui. Que les parents eux aussi continuent à vivre,

qu'ils ne s'enferment pas dans leur deuil, qu'ils restent de vrais parents attentifs, aimants et responsables et s'ils n'en sont pas capables, il est important de les y aider.

● **Face à une mort dramatique, je veux dire un accident ou une mort brutale, pensez-vous qu'il y a quelque chose de précis à proposer ?**

○ Chaque fois qu'un décès survient dans une famille, surtout s'il est accidentel ou vécu dramatiquement, il me semble que la question de quelques entretiens thérapeutiques devrait se poser.

Entretiens avec l'enfant et avec les parents ensemble ou séparément pour aider chacun à vivre ses émotions, les nommer, les partager face à quelqu'un qui écoute et accueille sans juger.

Nommer et comprendre ses émotions aide à élaborer la pensée. Pouvoir dire aussi ses regrets, les reproches qu'on se fait, que, par exemple, l'enfant puisse dire ce qu'il aurait voulu faire pour le mort, c'est cela qui est important. Et quand il y a des images pénibles ou même horribles que l'enfant a pu voir, il est indispensable qu'il puisse s'en décharger chez un professionnel neutre et extérieur qui ne les racontera à personne. Les enfants ont une culpabilité d'avoir vu certaines scènes ; ils pensent devoir protéger leurs parents et s'interdisent alors de les dire et ces images les obsèdent, réveillent leurs pulsions agressives et sexuelles et mettent en danger leur évolution psychique. Dans ces cas, une thérapie analytique me semble indispensable.

● **Dr Desmedt-du Toiet, merci de ces réflexions judicieuses. Il me semble qu'elles sont suffisamment précises pour servir de repères et en vous écoutant, il m'apparaît que votre approche considère que l'enfant a d'énormes potentialités en lui et qu'il est dommageable pour sa santé psychique de vouloir le surprotéger en lui masquant la réalité.** ●

Deuil de soi et renaissance à soi-même

La traversée du péril adolescent



LES DEUILS

.....

Comment appréhender la recrudescence de la question suicidaire à l'adolescence ? Comment rendre compte de l'augmentation des suicides chez les jeunes ? Dans ce court article, il ne s'agit pas tant de trouver directement une réponse à ces questions, mais plutôt de faire « travailler » la question, au sens où il est dit qu'une matière peut être « travaillée », c'est-à-dire tordue, transformée, raffinée, modifiée afin de lui faire prendre la forme et la texture significative recherchée, afin d'en faire un outil ou objet utilisable.

.....

Avant d'élaborer cette question, évoquons rapidement notre conception de ce qu'est l'adolescence, celle-ci amenant ensuite à transformer la question de départ.

L'adolescence en tant qu'événement est un passage à vide ou la traversée d'un point mort entre un état du monde et de soi durant l'enfance et un nouvel état de soi-même et du monde, nouvelle situation dans laquelle le rapport à soi-même a changé et le monde s'est renouvelé. Pour réaliser cette transition, une double perte est nécessaire : la première, touchant à l'entrée dans l'adolescence, est la perte du monde constitué et de la familiarité avec soi, la

seconde, touchant à la sortie de l'adolescence, est la perte du tout possible de la période de transition adolescente. À cette double perte inhérente au processus adolescent lui-même s'ajoute, au gré de l'exploration que l'adolescent mène dans l'espace de son passé, la reviviscence des pertes anciennes ou la découverte des deuils non réalisés dans la famille, levant parfois les secrets qui tenaient le terrible enkysté. La traversée adolescente consiste finalement à renouer la vie sur fond d'une perte et d'une épreuve de ce qu'est la mort.

Entendre les idées de mort qui habitent l'adolescent

Au vu d'une telle conception de l'adolescence, la question n'est pas tant de rendre compte d'une augmentation supposée de la perte nécessaire et du deuil de soi qu'il y aurait à réaliser pour advenir à soi-même, puisque toute adolescence véritable comporte nécessairement une telle perte. La question devient plutôt : comment se fait-il qu'une telle perte se manifeste de plus en plus sous une forme mortifère ? Pourquoi la mise en scène des idées de mort parvient-elle à effrayer à ce point ? Du côté de la réponse, il ne s'agit pas tant de diminuer la perte mais plutôt de réinventer les moyens par lesquels au travers de la perte s'invente une nouvelle vie. Ce qui fait défaut et rend compte du malaise actuel, ce seraient les opérations qui permettent le passage par ce point où il s'agit de renouer avec la vie sur fond de mort, ainsi que la confiance et les appuis accordés par le social pour réaliser une telle traversée.

Une telle transformation de la question n'est pas une simple rhétorique spéculative éloignée de ce qui se passe réellement, elle implique au contraire une modification radicale des attitudes pratiques, jusque dans l'écoute la plus simple des idées de mort et de dépression qui habitent les adolescents.

- Dans l'hypothèse où le malaise viendrait d'une augmentation de la perte des repères et du sens, il s'agirait de tenter de diminuer

Antoine Masson,
psychiatre-
psychanalyste,
responsable du
département
Adolescents et
Jeunes adultes du
centre Chapelle-
aux-Champs,
chargé de cours
invité à
l'université
catholique de
Louvain.

Deuil de soi et renaissance à soi-même La traversée du péril adolescent

cette perte pour rétablir la continuité, de débusquer les facteurs de risques pour les réduire, de reconnaître les déficits pour les combler.

- Dans l'hypothèse où la perte est considérée comme un réel inéluctable, une telle tentative de la diminuer n'aura bien souvent qu'un effet de surface, le désastre réel continuant son œuvre sous-jacente. Dans l'hypothèse où la dissolution de la réalité ancienne est de structure, la simple stratégie défensive et conservatrice n'accordera qu'une amélioration en surface, rassurante pour les spectateurs à qui sera voilé l'effrayant, tandis que se poursuivra une aggravation aveugle en profondeur. Le passage par la perte étant dénié, il n'en devient que plus mortifère et sans relève possible : un tel déni risque fort de laisser le jeune seul et sans recours face à la perte qu'il subit, entraînant une difficulté accrue de réaliser la traversée et par-là une aggravation du risque que la perte se manifeste par une dissolution réelle de soi. Si tenter de diminuer la perte aboutit à simplement l'ignorer, nous lui laissons alors libre cours pour réaliser ses effets mortifères.
- Ainsi donc, dans cette hypothèse qui est la nôtre que l'adolescence est en elle-même la conjonction d'un péril et d'une possibilité, il s'agit au contraire d'œuvrer à restituer les possibilités de traverser une telle perte et pour cela, d'accepter d'accompagner, d'entendre ce qui effraie, de le mettre en scène et en parole. La transformation de la perte en nouvelle possibilité ne peut en effet se réaliser que dans l'ordre du langage et dans un espace partagé : chacun sait que pour réaliser un deuil, il n'y a guère d'autre moyen que de partager avec l'autre la parole et le silence autour de la perte irrémédiable. La traversée adolescente, double deuil qui ouvre à la vie, ne pourra elle aussi se réaliser que dans l'ordre signifiant des paroles et des silences, dans une forme de partage houleux entre celui qui d'abord la subit et quelques autres qui acceptent de se rappeler qu'ils ont eux-mêmes traversé leur propre péril afin d'être ce qu'ils sont devenus. Ce n'est qu'au gré d'une confrontation entre l'adolescent et ces interlocuteurs que peuvent être trouvés les points d'appui.

Il n'y a donc pas tant à éviter ni à porter remède mais plutôt à faire face et affronter afin d'ouvrir une traversée vers la vie à travers les sentiments de perte, de mort ou de désespoir passager. La question continue ainsi sa transformation pour se reformuler : pourquoi cette perte demeure-t-elle parfois mortifère et conduit à la destruction de soi et des liens familiaux ou sociaux ? Et pourquoi d'autres fois le lieu de cette perte se transmue en un lieu de possibilité pour une nouvelle vie ? Ayant pris acte du passage nécessaire par la dé-liaison, il s'agit maintenant de voir pourquoi tantôt le péril est traversé pour devenir expérience, tantôt le péril semble une menace terrible. De là vient la véritable question de toute écoute clinique de l'adolescence en difficulté grave : quelles sont les conditions positives dans lesquelles la dé-liaison et la perte se font lieu pour une seconde naissance ? Comment les rétablir si elles sont absentes ?

Le devenir dans le péril

Proposons ici un détour par un essai du poète Hölderlin, écrit peu avant 1800, traitant assez exactement de cette question actuelle. Sans reprendre la complexité des enjeux de la poésie de Hölderlin, disons simplement qu'en tant que personne, il se trouvait soumis aux effets mortifères de la dé-liaison, menacé par l'état mélancolique et les angoisses d'un monde où il avait perdu toute signification et dans lequel il se trouvait noyé sans retour parmi des cris hallucinatoires d'oiseaux ; alors qu'en tant que poète, il a tenté désespérément de comprendre comment ce lieu de mort et de dissolution pouvait également être le lieu de la vie. Au travers des éléments signifiants de la langue, il cherchait à renouer avec une vie sur les lieux de la mort. Dans cet essai que nous allons brièvement commenter, intitulé « Le devenir dans le péril » (*Das Werden im Vergehen*)¹, le poète tente de saisir comment, sur les lieux où domine la dissolution, le possible peut devenir une nouvelle réalité effective, comment une possibilité nouvelle peut s'affirmer dans le déclin d'un ancien monde qui se détruit. Comment concevoir un naître dans un péril, un devenir dans un disparaître ? Comment préserver une possible continuité dans la

(1) Hölderlin F., *Das Werden im Vergehen* (1789), traduction française par Denise Naville : *Le devenir dans le Périssable in Hölderlin, Œuvres, Bibliothèque de la Pléiade, Gallimard, 1967, pp 651 à 655.*



rupture, un continuum dans la dissolution ? Nous prenons cet essai, tentant de préciser la nature de cette capacité positive qui s'ouvre au moment de la survenue des contradictions et de l'agonie du monde, afin d'éclairer aussi bien le processus de passage adolescent que la démarche d'accompagnement des adolescents en menace de se détruire. Tout comme le poète tente de penser la co-présence au même lieu du déclin de l'ancien monde et du devenir d'un nouveau monde, la gageure d'une écoute de l'adolescent égaré ou menacé par le désespoir consiste à soutenir le possible sur le lieu du péril, à consentir d'affronter avec lui l'étrange afin d'y déceler des germes d'où repartir, ou encore à penser l'émergence, au cœur même de la dissolution, d'une consistance individuelle nouvelle plus libre et plus vivante que l'individualité ancienne.

Le début de l'essai décrit un mouvement croisé au même point entre un monde ancien, c'est-à-dire une composition semblant naturelle des liens et des significations, qui se défait et un nouveau qui se forme avec un surcroît de fraîcheur. À partir des anciens liens singuliers entre les choses qui sont en train de se dénouer et de se rompre, ainsi qu'à partir de ces choses dénouées, selon un principe de générativité qui persiste, un monde nouveau se reconstitue comme une nouvelle composition singulière de liens changeants. À côté de la réalité qui est perdue jusque dans son principe, existe ainsi un autre principe capable de donner consistance à une nouvelle réalité à partir de la dissolution. Ce n'est d'ailleurs qu'après sa dissolution et l'advenue du monde suivant, que le premier monde apparaît véritablement comme ce qu'il était, c'est-à-dire un monde singulièrement constitué comme tout autre monde. En un tel moment du passage d'un monde singulier à un autre au travers de la dissolution se manifeste, comme en éclipse, la totalité des mondes possibles, le foisonnement infini et instable de tous les mondes dont un seul se formera réellement pour constituer le monde singulier suivant. L'enjeu de l'essai est donc posé : comment rendre compte de ce que, sur le lieu du dé-nouage et de la dé-liaison des anciennes articulations, et même à la faveur d'un tel dé-nouage, la génération et les forces persistantes peuvent constituer un autre principe de réalité allant à contre-courant de la dé-liaison afin d'établir un nouveau nouage, constituer un

nouveau monde lui aussi singulier ? Cette question, formulée de manière peut-être complexe, rejoint pourtant les préoccupations les plus quotidiennes de l'écouter : comment un adolescent en état de deuil de lui-même, alors que tout semble se dénouer pour lui, qu'il s'en trouve effrayé et/ou fasciné, peut-il ou non trouver les moyens et ressources pour reconstituer un monde à partir de l'ancien ? Comment l'accompagner afin de lui restituer le plus de chances de réaliser un tel passage ? Comment l'écouter, s'aventurer et supporter avec lui ce moment équivoque où tout se défait au moment même où tout a aussi sa chance ?



Comme Hölderlin insiste à le dire en poète, un tel moment apparaît d'ailleurs bien différent selon que l'accent est porté sur la vie qui tente de persister ou sur celle qui s'en va et décline : cela nous indique en retour l'importance clinique de ce sur quoi porte l'écoute, la manière

Deuil de soi et renaissance à soi-même La traversée du péril adolescent

de mettre l'accent s'avérant tout à fait déterminante pour le destin qui peut s'ensuivre.

En même temps que sur les lieux du dé-nouage s'affirment de nouveaux possibles, l'expérience d'un tel moment permet d'une part de prendre conscience du dé-nouage et de ce qui est dénoué, reconnaissant seulement alors en intériorité le monde ancien dans lequel nous vivions naturellement sans trop le savoir, et permet d'autre part d'entrevoir l'advenue d'une nouvelle individualité comme nouveau nouage singulier. Le poète désigne cette opération active dans l'expérience comme une « dissolution idéale » (*ideale Auflösung*) dont il n'ignore cependant pas le péril : si le possible n'était pas soutenu, le dé-nouage deviendrait réel et mènerait à la perte pure et simple de l'individualité, à la « dissolution réelle » (*reale Auflösung*). Selon les moyens de son époque, Hölderlin cherche alors à distinguer les deux formes de dissolution, « réelle » aux effets mortifères ou « idéale » avec une affirmation effective du possible sur les lieux de la perte. A travers une telle distinction, il indique les conditions nécessaires pour que le péril de la dé-liaison laisse place à la réalisation d'un nouveau possible : il nous enseigne du même coup sur ce que nous avons aussi à soutenir dans une clinique qui écoute le discours d'un adolescent en perdition.

Les conditions d'un nouveau possible

Hölderlin énonce cinq conditions qui permettent une affirmation du commencement sur les lieux de la fin, de la mort ou de la dé-liaison : elles représentent pour nous les dimensions éthiques d'une attitude pratique devant un adolescent en deuil de lui-même, ou en péril de voir sa personnalité et son monde se dissoudre. La première condition concerne le point de départ dans le présent infini des possibles, la seconde le nécessaire maintien d'un point singulier, la troisième l'impératif de ne pas s'arrêter craintivement sur une particularité mortifère, la quatrième le rythme et la concentration requis, et enfin la cinquième, la possibilité de rapporter l'une à l'autre les berges du début et de la fin afin de faire expérience de la transition d'un monde à un autre.

- Selon la première condition, il s'agit toujours d'envisager l'infinité actuelle des possibles qui se manifestent alors que l'ancienne organisation du monde s'en va, il s'agit d'éviter de se cramponner à tel ou tel morceau de réalité qui est en train de se défaire, il s'agit de ne pas rester accroché à telle ou telle idée déterminée. Une attitude qui s'attacherait trop à la préservation de l'individualité ancienne ne peut que conduire à aggraver la dé-liaison, puisque c'est de nécessité que cette réalité ancienne se défait ; il s'agit au contraire d'accepter de faire face à l'infinité des possibles, d'affronter les éventualités inouïes apparaissant au travers de ce qui se dénoue, et cela même si elles se présentent comme effrayantes ou étrangement inquiétantes. Dans l'écoute de l'adolescent soumis à la perte et en deuil de lui-même, une éthique prescrit d'abord d'explorer toutes les possibilités, de s'aventurer jusque dans l'« inquiétant », afin d'ouvrir à autre chose et ne pas se contenter de préserver la sécurité établie.
- Deuxièmement, afin d'éviter la dissémination infinie, un point singulier doit être maintenu fermement au cœur de ce qui se dénoue. Il ne s'agit pas de se laisser aller sans retour dans ce qui se dénoue, mais plutôt d'y soutenir un point singulier, une sorte de point autour duquel tout ce qui se dénoue progressivement vient à s'organiser à nouveau, tout autrement. Cette condition est probablement la plus difficile à saisir et nous ne pouvons qu'en donner une approche intuitive : il s'agit en quelque sorte d'écouter en gardant un cap, d'accepter de tout explorer en maintenant un point de vue, de maintenir un point mobile sur lequel on ne cède pas mais qui n'est pas simplement une réalité établie ancienne. La psychanalyse a tenté de plusieurs manières de saisir cette opération, entre autre comme un point de capiton qui permet de nouer l'infini des possibilités en un point qui est une métaphore primordiale, un point qui n'est pas objectivable car il est avant tout une opération de lien, une conviction informulable sur une orientation à maintenir. Dans le langage de l'adolescent, cela se dit par exemple « rester soi-même alors que tout change » et devient incertain, alors qu'il est impossible de préciser le contenu de sens de



ce « soi-même ». Pour celui qui écoute un jeune égaré dans tout ce qui lui arrive, il s'agit d'accueillir l'ensemble en le rapportant à l'un ou l'autre élément qui est apparu comme plus significatif et autour duquel le reste peut venir se disposer comme une constellation. Ce que l'adolescent en péril attend aveuglément, c'est une oreille capable de tout accueillir tout en maintenant un point d'organisation, un point de vue.

- La troisième condition énonce l'interdiction de se laisser craintivement arrêter sur tel ou tel point mortifère ; elle prescrit au contraire de maintenir le mouvement de l'exploration créatrice. Partant de l'infini des possibles actuels, maintenant un point privilégié autour duquel l'ensemble pourra s'organiser, il s'agit donc également d'éviter que le mouvement ne s'arrête sur tel ou tel élément déterminé, telle ou telle sécurité à ne pas perdre, de ne pas donner le pouvoir à une appréhension du nouveau qui contraindrait à se limiter à l'extrême, unilatéralement et peureusement à un seul point de la dissolution et de la création, ramassant en un seul plusieurs points essentiels. Une telle attitude n'aboutirait qu'à identifier la personne à ce qui est proprement mort et est en train de se dissoudre. Rapporté à l'écoute clinique, cela se traduit par la nécessité de ne pas se laisser capter totalement par l'un ou l'autre aspect déficitaire ou l'un ou l'autre danger à éviter à tout prix. Une telle approche inquiète et peureuse n'aboutirait qu'à retenir et à donner consistance à ce qui est mort, à se laisser entraîner dans l'errance de ce qui est délié et à se diriger réellement vers sa perte. Au contraire, tandis que le péril doit être clairement identifié, il s'agit de le saisir aussitôt sur fond de l'infini des possibles parmi lesquels l'un ou l'autre pourra être soutenu en vue d'une nouvelle réalité.
- Quatrièmement, le cheminement doit être soutenu selon une marche mesurée, libre et sans distraction. Hölderlin met l'accent sur le style de la progression à travers le délié qui s'impose et le possible qui tente de s'affirmer en même temps et au même lieu : la démarche se doit d'être précise, mesurée et libre, ce qui constitue un véritable défi de conciliation dans le geste. Rapportée à la

clinique, l'écoute ne doit pas anticiper à l'excès, mais plutôt procéder pas à pas, mot à mot parfois, concentrée sur elle-même et ne se laissant pas distraire par l'une ou l'autre consigne globale externe. Le cheminement ne doit pas pour autant se clore sur lui-même ; au contraire, à partir de chaque point rencontré, à partir de chaque étape vécue pleinement, il s'agit de tisser progressivement les liens avec les autres points et les autres étapes, jusqu'à parvenir à faire tenir ensemble les deux extrémités du parcours de traversée de cet abîme de perte entre deux occurrences du monde.

- La cinquième condition consiste, afin de ne pas donner libre cours à l'abîme de la faille qui sépare la vie ancienne et la possibilité nouvelle, à pouvoir renouer les berges de la trouée et prendre la mesure de ce que signifie « passer d'un soi établi à une nouvelle figure de soi-même ». Afin que se réalise la traversée de la dé-liaison de soi vers une nouvelle possibilité, la démarche doit finalement se saisir, même aveuglément, comme un passage, c'est-à-dire comme un mouvement allant quelque part et réalisant un possible. Ainsi, au fur et à mesure de son déroulement, la démarche adéquate s'envisage de plus en plus comme une capacité de s'outrepasser à partir d'un état durable vers un autre état durable avec, grâce à la transition au travers de l'infini des possibles, un ravivement, une régénération de l'état antérieur et l'obtention d'un surcroît. La réalité est alors retrouvée dans une nouvelle fraîcheur et un dépassement. Cela n'est bien souvent possible pour l'adolescent que par le détour d'une écoute qui un pas avant lui envisage l'arche d'une telle traversée revivifiante.

Ces cinq dimensions - point de départ dans l'infini des possibles, tenue d'un point singulier, refus de s'arrêter craintivement, maintien d'une marche assurée dans la dissolution et capacité d'envisager les deux rives de la dissolution traversée - déterminent véritablement un acte de passage ou de reproduction subjective, un acte insaisissable de régénérescence de la vie ancienne, selon le dé-nouage de l'individualité, le ravivement des possibilités infinies et le renouage singulier qui conserve d'une manière ou d'une autre le surcroît de vie présidant au

Deuil de soi et renaissance à soi-même La traversée du péril adolescent

tissage d'une vérité. Cet acte étant en réalité « insaisissable » et « mythique », ce n'est bien souvent que dans l'après coup que les différents états peuvent apparaître comme ce qu'ils sont, tandis que ce qui les relie peut apparaître comme cet acte par lequel la vie se renouvelle. Alors, la perte de l'individualité ancienne n'apparaît plus comme un affaiblissement ou une mort mais plutôt comme un surcroît de vie, une reviviscence, une croissance ; de même, la volonté d'affirmation révoltée et la réalisation brutale de telle ou telle possibilité, n'apparaissent plus comme une puissance d'anéantissement mais comme un amour qui s'attache à parfaire un ou quelques possibles selon une version finie d'un trajet infini.

démarche peuvent cependant donner une ligne directrice et suffisamment d'assurance pour permettre de faire face à l'imprévisible afin d'inventer un nouveau monde au gré de la progression. La consigne éthique de l'écoute des jeunes dangereusement soumis à la perte consiste finalement en une attitude complexe : aborder l'infini des possibles afin d'éviter l'immobilisation mortifère et tenir un point singulier pour éviter la dispersion ou la perte irréversible de l'intégrité de l'individu. Au gré de cette double contrainte maintenue dans l'acte d'écoute, le péril se trouve partagé tandis que le passage est trouvé et réinventé. ●

Re-inventer le passage

En conclusion, l'adolescence est un deuil en deux temps : d'abord, la perte du monde acquis et de l'individualité ancienne qui se résout dans l'efflorescence des possibles inquiétants et/ou enthousiasmants, ensuite le renoncement à l'infini des possibles qui se résout dans un « amour » qui s'attache à la réalisation de quelques-uns. Au gré de ces deux deuils, se réalise le passage qui ouvre à la fraîcheur d'une vie singulière, passage soutenu dans la modalité d'un acte de création de soi-même au travers de la perte de soi et l'abandon du tout possible. Comment écouter celui ou celle pour qui cet acte demeure en suspens, celui ou celle qui semble s'enliser dans un moment de perte mortifère ? Un détour par un poète exposé à un tel moment périlleux, cherchant à rétablir dans sa poésie la transition, nous a amené à poser les dimensions inhérentes à cet acte de reproduction de la vie : une audace à envisager l'infini des possibles, une tenue d'un point singulier autour duquel s'organise le délié, une persévérance empêchant de s'arrêter par peur sur tel ou tel point particulier et mortifère, une marche mesurée, et enfin le déploiement d'un lien en forme d'arche par-dessus l'interruption reliant les berges séparées. Bien sûr, il n'y a là aucune recette expliquant que faire concrètement dans telle situation déterminée : de telles recommandations, aussi pertinentes soient-elles, conduiraient au risque d'une attitude défensive ou d'une immobilisation mortifère. L'explicitation de ces quelques principes de la ●

La douleur du deuil



LES DEUILS

.....

Il y a deuil dans toutes les circonstances où nous sommes contraints par une réalité soudaine ou prévisible d'abandonner la réalisation d'un désir ; de renoncer à une conception personnelle de notre vie ou de notre bonheur pour chercher autre chose à quoi nous n'avions pas pensé, à quoi nous n'étions pas préparés, à quoi nous voulions précisément échapper... Mort, perte, séparation, abandon, échec, injustice, humiliation, etc.

Les deuils sont ces franges d'insatisfactions, de malheurs, de souffrances - parfois d'horreurs - par quoi certaines réalités de la vie nous blessent et nous tiennent comme en prison, la prison de la douleur intérieure à soi.

.....

Dès lors, le travail de deuil, c'est moins de changer la réalité, ce qui n'est pas toujours possible, que de sortir de notre prison malgré et avec ces réalités. D'autre part, l'on ne parle pas du deuil, a fortiori de la douleur du deuil, à partir de concepts théoriques, même si une théorie existe et qu'il est d'excellents ouvrages qui traitent ce sujet. Les composantes du deuil restent personnelles, individuelles et non comparables.

La douleur du deuil

Il importe de comprendre de quoi est faite la douleur du deuil. Important pour chacun de nous qui n'y échappons pas, indispensable pour notre écoute des malades, des personnes âgées, des fins de vie. Comprendre les implications de la douleur du deuil, c'est sensiblement augmenter la qualité de notre manière de « prendre soin » de notre proche malade, de notre patient, de quiconque nous interpelle.

De plus, COMPRENDRE, c'est trouver les mots qui aident, accompagnent, apaisent.

La douleur du deuil, c'est le « plus jamais » qui dit la perte, le trop tard, l'irréversible, l'irratractable. Ce sont des douleurs à l'intérieur de soi qui vous occultent toute espérance et parfois jusqu'à l'envie de vivre.

La douleur du deuil, c'est ce qui au-delà de la perte actuelle et à cause d'elle réveille toutes sortes de sentiments, de vécus passés et présents liés directement ou non à la perte présente : sentiments de tristesse, de nostalgie, de révolte, de culpabilité, d'amertume, de dévalorisation, de haine et d'amour confondus, de solitude. Chacun de ces sentiments, de ces « ressentis » mériterait que l'on s'y arrête. Dans le cadre restreint d'un article, ce n'est pas possible. La douleur du deuil relève toujours d'un amalgame de douleurs passées et présentes qui se réveillent les unes les autres, se confondent, se surchargent et finissent par former un poids insupportable qui risque d'affecter la santé physique, psychologique, psychique.

La douleur du deuil donne à croire qu'il n'y a plus rien à faire, qu'il ne reste pas grand chose à espérer de la vie. L'irréversible de la mort, par exemple, vous coupe au ras du quotidien et son « plus jamais » est une lame acérée qui pénètre tout ce qu'elle touche.

Esquisse de réponses

Quand nous croyons qu'il ne reste plus rien à espérer, il reste à dire. Le sens du deuil, si désespérant apparaisse-t-il, se constitue dans les mots pour dire ce deuil, pour lui donner la

Claire Kebers, psychothérapeute, formatrice en soins palliatifs et accompagnement, des personnes malades, âgées, en fin de vie, présidente fondatrice du CEFEM (Centre de formation à l'écoute du malade).

parole. Le sens de la vie qui continue après la perte se constitue dans les mots pour dire le deuil et le manque. Parler, dire et se dire, c'est ouvrir une porte sur la vie et sur ce qui peut encore en émaner, en advenir. La parole recouvre toujours un projet, même si celui ou celle qui s'exprime, qui laisse parler sa douleur, ne s'en rend pas compte, pas encore...

Prises dans les obligations de leur vie quotidienne (enfants, boulot, situation financière), beaucoup de personnes en deuil, en perte, en manque, cherchent à faire silence sur leurs douleurs. Le silence n'est pas ici le signe d'une victoire sur elles-mêmes, il est le produit d'un effort (fut-il courageux) pour les dissimuler. A plus ou moins brève échéance, cette dissimulation entraîne des sentiments de déprime récurrents. Il n'y a pas de voie pour contourner la douleur, tout ce qui la maquille, la relègue, ne fait que prolonger le processus de deuil. On peut minimiser sa perte, se tourner vers les autres (occupe-toi des autres, ça te fera du bien !), s'occuper de mille façons, et il est vrai qu'il est important de s'occuper plutôt que de cultiver sa tristesse, mais s'occuper et fuir le ressenti de la douleur sont deux réactions différentes.

La douleur de la perte s'exprime aussi par la

révolte, voire l'agressivité. Agressivité dirigée contre soi-même, contre le défunt, contre les soignants, contre l'institution hospitalière ou autre, contre le monde entier.

La douleur agresse, proteste, exige et se sent coupable. Si j'avais su... Si j'avais été là... J'aurais dû... Fondés ou non, les sentiments de culpabilité font partie de la douleur du deuil.

On aide quelqu'un dans la douleur, la perte, la révolte, la culpabilité, l'angoisse, en ECOU-TANT ce qu'il ressent, en recevant ce qu'il dit, pas en lui expliquant ce qui serait bon ou mieux qu'il ressent !

Le travail du deuil

Il est un processus qui traverse toute l'existence. Il est le support de notre capacité à vivre avec les deuils et les épreuves inhérents au fait de vivre... Certes, il ne guérit pas le deuil en soi - inguérissable quand il est irréversible -, mais il nous aide à atteindre la guérison de nous-mêmes à l'intérieur du deuil.

Par les remises en question de soi, par les défrichements qu'imposent les mots du deuil,





tels que : plus jamais, délaissement, abandon, solitude, acceptation, mortalité, finitude, par le labourage de notre terre intérieure, le travail de deuil nous enseigne que notre douleur peut ne plus être refermée sur elle-même, elle peut devenir et être un mode d'expression sur la VIE. Sur la vie autre.

En deuil et en tristesse, qu'en est-il de notre désir de vivre ? ●

« Jamais je n'oublierai » disent des personnes au plus fort de leur deuil. Il ne s'agit pas d'oublier l'inoubliable. « *Le travail de deuil bien fait se porte garant de la mémoire* »¹, écrit le D^r Christophe Fauré. Il s'agit de nous permettre d'aimer la vie autrement, c'est-à-dire l'aimer pas seulement pour ce qu'elle nous donne de bon et d'heureux, mais aussi pour ce qu'elle transforme et fait grandir en nous quand nous en acceptons les remises en question. Deuil, douleur, souffrance, maladie ne nous laissent pas indemnes, pires ou meilleurs.

Le travail de deuil favorise le passage nécessaire de la douleur à la souffrance. La douleur vive, c'est une explosion de tout soi, des morceaux de vie incandescents dont on ne sait plus s'ils appartiennent à soi ou à celui (ou celle) qui n'est plus. La douleur n'entend que sa douleur. La souffrance entend au-delà de sa souffrance. Dans l'une et l'autre, le deuil reste le deuil. Mais tandis que la douleur refuse au deuil la possibilité d'être un deuil, de faire son deuil comme on dit, la souffrance elle, donne au deuil et donc à soi-même droit de vie, droit d'expression, droit de DESIR.

Il est clair qu'il n'est pas question de faire l'apologie de la souffrance. Aimer la vie autrement, ce n'est pas aimer le deuil. C'est MALGRE le deuil et avec le reconstituant qu'est le travail de deuil, aimer la vie, parfois réapprendre à l'aimer, souvent se donner le courage d'être heureux.

Pas un bonheur éthéré, impossible à atteindre, hors de portée du deuil. Un bonheur qui, bien qu'il puisse avoir un goût de larmes et de fragilité, se manifeste parce qu'il ne peut pas faire autrement que d'être du bonheur ; il ne peut pas ne pas avoir le désir de pénétrer au cœur de nos peines à vivre ; il ne peut pas renier son nom, différent pour chacun de nous : le désir, la paix, la grâce, le don, l'amour, tous réunis dans la vie.

(1) Vivre le deuil
au jour le jour,
Albin Michel.

Vivre le deuil

De prendre corps à rendre l'âme

Séparations et deuils de la naissance à la mort

**Danièle
Chevalier
Deschamps,**
psychanalyste,
docteur en
psychologie.

Article paru dans
la revue française
Jalmarv en
septembre 1993
et reproduit avec
l'aimable
autorisation de
l'auteur et de la
direction de la
revue.

.....

De la naissance à la mort, les êtres humains doivent investir au mieux leur corps, leur psychisme, les autres et le monde. Dans leur quête d'identité et de sens, ils sont confrontés à de nombreuses épreuves de vie, parfois de mort. Ces épreuves peuvent devenir initiatiques, moments de grands risques et de grande chance de naissance à eux-mêmes. La place des soignants, thérapeutes, les convoque à les assister dans ces passages turbulents, en ces moments de transformations, parfois de vertige, pour reprendre corps, souffle et sens, jusqu'à l'ultime instant de la mort.

.....

Lors d'une table ronde à une journée en soins palliatifs, m'étaient arrivées, parmi d'autres, deux brèves questions sur des papiers anonymes :

1. Comment expliquez-vous ce paradoxe de la peur de la mort et du désir d'être là au moment précis de la mort ?
2. Comment faire pour « garder » les malades dans son cœur et non dans sa tête quand on n'est plus, ou pas, en contact avec eux ?

La proposition de *Jalmarv* vint à point pour les reprendre et m'empêcher de les glisser dans les oubliettes des projets perdus, de céder à cette pulsion de mort de la pensée, cette mise aux arrêts de la mémoire qu'est l'oubli, un certain oubli de l'urgence d'une question.

Curieusement, le titre de l'article demandé offrait une troisième proposition paradoxale en décalant l'urgence dramatique des premières : « Séparations et deuils de la naissance à la mort ». Le pluriel des mots en élargissait le sens, et la phrase déployait le rythme de sa question dans le cours d'une vie, du premier instant au dernier. Elle étendait la tension du désir, si troublante à l'heure de la mort à tous les âges de la vie, à tous les moments « sacrés » de la vie, en remontant jusqu'au premier, dans la peur et le désir ardent d'y « être là », d'y « assister », la naissance.

Assister à la naissance d'un enfant, tous ceux qui l'ont vécu en vérité peuvent en témoigner, représente un moment de grâce, un moment suspendu où se mêlent, s'entrechoquent l'angoisse et la joie, la douleur et l'émotion, la surprise et l'émerveillement.

On ne contrôle plus ni le temps, ni la vague des sensations, ni celle des émotions, ni l'irruption du réel. Une femme accouche d'un enfant, un père est là pour en témoigner, un enfant s'est ouvert au monde, il a pris corps de désir à son tour. Il reprend souffle, il pousse son premier cri, il s'anime. Il repose enfin dans les bras de sa mère. Il a quitté le confort tiède et sombre de la matrice originelle. En échange de cette perte, en héritage, il reçoit nom, il s'inscrit dans une lignée, il s'arrime à une généalogie. Ainsi le nom se reçoit, s'acquiert sur fond de perte, pour la naissance symbolique du sujet, dans ce petit d'homme.

Pour les parents aussi, et particulièrement pour la mère, la réjouissance de cette naissance se paye aussi d'un deuil, celui de l'enfant imaginaire, l'enfant de ses rêves de petite fille, l'enfant de son propre père ou bien l'enfant à elle toute seule, comme le fruit d'une parthéno-génèse.

Cet enfant nouveau-né est bien le fruit d'un couple, d'un désir de couple et d'une parole donnée. Qui assure le père que cet enfant est bien « de lui », sinon sa confiance dans la parole de sa femme ? Et si le père reconnaît cet enfant comme le sien et lui donne son nom, la mère doit reconnaître à l'enfant un père, et le bon, c'est-à-dire « son homme » à elle, l'homme de son alliance.

Au-delà des preuves du réel, il est donc question



d'emblée de parole donnée, de promesse. Dans l'irruption d'un enfant nouveau-né, se signe ou non la reconnaissance de ces pertes imaginaires, et l'éclatement de joie qu'il engendre manifeste peut-être aussi la « délivrance » des liens imaginaires, du deuil fécond de sa propre enfance pour chacun des parents. Le réel même de ce corps d'enfant dans sa sexualité force la reconnaissance, même si « ça » n'était pas le sexe attendu. L'enfant s'impose, fille ou garçon, dans l'attente d'être reconnu et élevé dans le « génie de son sexe » (Dolto). Lui refuser cela l'exposerait à de graves dangers alors que la reconnaissance lui ouvre la promesse de devenir homme ou femme à son tour.

A l'autre bout de la vie, assister à la mort d'un être humain est, tous ceux qui l'ont vécu en vérité le savent, un moment « sacré » que l'on ne veut « rater » pour rien au monde. Là aussi, si l'on accepte de rentrer dans ce temps suspendu, dans cette bulle avec le mourant, et si l'on peut se laisser emporter dans le flux de « l'être avec » sans contrôler ni heure, ni émotions, ni prévisions, l'on en sort définitivement transformé, alourdi et allégé à la fois. Un être humain a accouché de sa mort.

Dans l'agonie de perdre corps, il a délivré son esprit, il a poussé le dernier soupir, il repose en paix enfin. Ceux qui l'ont assisté dans ce rude passage en témoignent dans l'agonie de la séparation, l'émerveillement et la terreur sacrée de ce qui s'est passé là. Orphelins de cœur, ils sont aussi délivrés de ce corps-mort car ils sont devenus « passeurs d'âme ».

Reste un nom et la mémoire qui se recueille, les corps qui se reposent pour que la vie reprenne sens, souffle et élan. Reste la transmission de mémoire.

La naissance, la mort, mais entre les deux ?

Entre ces deux temps fondateurs de l'être, ces deux temps de la transmission ? « Pertes et deuils de la naissance à la mort ? ».

Cette question interroge à chaque instant le lien possible entre une présence absolue et une

radicale absence, et ce qui peut faire passer entre le rappel mélancolique de ce qui est perdu et l'oubli, la nostalgie du Nirvana et la fuite dans l'instant présent.

Qu'est-ce qui fonde la permanence du sujet et fait de son histoire autre chose qu'une suite d'instantanés si ce n'est la mémoire ? Et la mémoire ne se construit-elle pas sur fond de pertes successives, ne serait-ce que par celle du temps qui passe...

Ce qui est en question, finalement, c'est bien cet étrange désir humain qui pousse à quitter les rives paisibles du connu, de la répétition calme des jours, pour s'aventurer au-delà, dans l'angoisse et la réjouissance anticipée vers l'inconnu de « Je », de « Tu », de « Nous ». Ceci nous amène à réfléchir sur la nécessité vitale, la dynamique et les conséquences de ce processus de séparation et de deuil dans le fonctionnement psychique de l'homme tout au long de sa vie.

En quoi est-ce que ces pertes et ces deuils favorisent et même conditionnent la naissance à la vie psychique, à la croissance de l'être humain ? Qu'est-ce qui rend ce processus vivifiant ou mortifère, dans l'extinction ou la relance du sujet désirant jusqu'au jour de sa mort ?

Décalée ainsi, la question s'approfondit et s'apaise, se dédramatise tout en engageant ce « Je » qui s'incarne à chaque passage, qui s'éprouve entre peur et désir à chaque moment critique de sa vie.

Elle cesse de remettre à plus tard l'exigence de sa réponse dans le réel inimaginable de l'heure de ma propre mort - « Si je meurs, quand je mourrai, si j'étais mort... ».

Elle se rassemble dans l'instant présent autour de l'axe fondateur du sujet et conducteur du désir : l'énigme de son désir et du désir de l'autre, et celle de la parole où ils se cherchent et s'éprouvent « en contact ».

Mais de quel contact s'agit-il dont l'absence est ressentie si douloureusement, parfois mortellement ? Du processus de deuil, nous émergeons souvent renouvelés après le travail du temps, guéris de l'attraction mortifère du passé. Les souvenirs s'apaisent, l'instant redevient bon, la vie se relance.

Mais parfois le processus s'enraye au point d'en

Vivre le deuil. De prendre corps à rendre l'âme

perdre la raison, et se fixe à l'objet perdu dans une lamentation sans fin. Ce lieu suspendu, hors du temps, pétrifié d'amour et de haine ressassée, interdit d'oublier, de partir investir de nouveaux objets.

Freud dit alors que dans ce processus mélancolique, « l'ombre de l'objet est tombé sur le moi » et le tyrannise. Ou bien la perte de l'objet crée un tel sentiment de vacuité intérieure, d'anéantissement du sujet qu'il est réduit au désespoir, cette autre face de la pulsion de mort. « Je » se dévitalise puisque « Tu » n'es plus là avec moi, en moi, autour de moi.

Mais à quels objets notre désir s'accroche-t-il pour que « Je » puisse se sentir exister, être là, et dont la perte nous ébranle et engendre une solution insupportable ?

Avant de reprendre les étapes de la vie, je voudrais souligner les multiples formes, visages et noms que peut prendre cet obscur objet. Comme un furet, le désir passe de l'un à l'autre, croyant à chaque fois l'avoir trouvé, mais souvent, à peine l'ayant saisi, il s'en détourne, déçu comme l'enfant qui ne peut plus rêver sur son cadeau devenu « trop réel ». «... C'est ça mais c'est pas ça... » Ou bien, ayant trouvé l'objet, l'unique, il s'accroche à lui pour la vie au risque de se perdre avec sa disparition. Ou encore, c'est l'objet qui le retient et l'étouffe dans sa demande, dans son emprise, provoquant le seul réflexe de lui échapper, de la haine de rester, pris au piège de « l'hainamoration » (Lacan).

Ces objets sont de trois ordres, me semble-t-il :

- Il y a bien sûr « les autres » sur qui se fixent les demandes d'amour et la haine, la tendresse ou l'indifférence, l'envie ou le partage, l'alliance ou le rejet. Ils incarnent l'Autre dans l'interrogation de son désir, depuis le premier autre qu'est la mère, l'autre de la mère qu'est le père, jusqu'à la moindre relation : frères, sœurs, enfants, amis, professeurs, collègues...
- Mais il peut aussi s'agir des objets de nos passions créatrices, artistiques, intellectuelles, sportives, professionnelles, politiques, sociales, où se rejouent les rapports de rivalité et de pouvoir, de sublimation et de transmission. Là s'éprouvent notre compassion et nos tentatives de réparation, là s'élaborent nos

deuils. Dans ces activités, se régule notre énergie et s'expriment notre désir et notre angoisse, entre détente et réalité.

- Mais avant tout, le premier objet de notre investissement, c'est nous-mêmes. Qu'est-ce à dire ? Nous-mêmes, c'est d'abord tout ce à quoi nous nous identifions, et sous la bannière de quoi nous nous présentons aux autres, nous nous reconnaissons nous-mêmes : notre nom, notre sexe, notre statut social, professionnel, nos activités, nos loisirs... Il s'agit aussi plus secrètement de tous ces rêves, ces potentiels, ces images auxquelles nous aimerions nous identifier. Et encore plus intimement tous ces fantasmes, toute cette vie inconsciente qui nous anime où nous sentons confusément, et parfois brutalement, que « Je est un autre » comme le disait Rimbaud : que « Je » ne suis pas seulement cela qui se voit, qui se dit de moi, en moi. Mais à la racine, ce qui assure profondément ou pas le « narcissisme de base », la certitude d'être moi, c'est d'abord mon corps.

Le « contact » vital passe d'abord par soi-même, dans le lien viscéral, bio-psychique qui nous arrime à ce corps et nous procure le sentiment de bien-être, d'être bien-né, et de pouvoir habiter tranquillement dans la maison de notre corps.

Ce bien-être s'est construit, étayé et s'exprime à travers toutes les fonctions essentielles, source de plaisir quand « ça va bien », au point que l'on n'y pense même pas, manger, boire, dormir, respirer, éliminer, bouger, faire l'amour, mais aussi penser, rêver, produire, créer...

Il est celui qui vient de la perception tranquille ou jouissive des sensations du corps, et de la certitude intime de l'unité corporelle où « Je » me retrouve, ma tête, mes jambes, mes bras, mes cheveux, ma peau, mes organes internes... Tout enfant apprend ainsi ce parcours de mots qui fait l'inventaire et rassemble les parties de ce corps qu'il reconnaît peu à peu. Ce bien-être de base est finalement ce qui nous fait sentir vivant, en harmonie et en contact avec soi, les autres, la nature, les éléments. C'est par cette confiance de base que nous supportons les petits « ratés » de maladie, de souffrance, les anicroches de la vie. L'essentiel reste là, s'enracine aux fondements élémentaires de nos rythmes biologiques et de nos repères vitaux,



d'espace, de temps et de relation, le jour et la nuit, le dedans et le dehors, la maison, le pays, la terre natale, la langue maternelle, et jusqu'à son propre nom qui scelle le tout.

Les otages, les prisonniers, les déportés ou ceux que l'on appelle « fous », psychotiques, ou autistes, tous les déracinés de la terre savent combien la perte de ces repères, à la fois solides et fragiles, risque d'ébranler les racines même de l'identité et « dérégler » le corps, engendrant un sentiment de si inquiétante étrangeté. Ils nous rappellent combien la perte la plus dramatique est celle de cet axe de vie, de cette sécurité de base qui nous ancre sur la terre des humains, et relie en nous le corps, l'image et la parole, sous la bannière de notre nom.

Mais sans aller jusque là, les moments de crise, les passages de vie ébranlent le fondement narcissique que Dolto appelait « la mêmété d'être ». Ils nous provoquent à des métamorphoses douloureuses, funambules sur le fil de l'événement jusqu'à reprendre pied. La mort, comme ultime passage, est-elle alors cette faux qui délie définitivement le corps, l'image et la parole et de ce fait anéantit pour toujours la construction d'un être, ou bien reprend-elle une ultime fois ce processus incessant de dé-liaison, re-liaison, ce travail de construction du sujet de perte en retrouvailles, de présence en absence ?

Ces premiers jalons posés, je voudrais reprendre les différentes étapes de l'incarnation, de prendre corps à rendre l'âme.

Le temps de l'incarnation : l'acte de naissance

Toute naissance provient d'une perte. Le nouveau-né quitte le cocon et les eaux maternelles, il change de contenant et de mode d'être en contact. Il prend l'air. La coupure du cordon ombilical scelle la perte et l'inutilité du placenta, ce tiers nourricier entre la mère et l'enfant. Cette séparation vivifiante expulse l'enfant pour le propulser dans le monde subtil des humains, où l'air lui est donné à profusion. Il quitte un lien exclusif avec le corps maternel pour se relier à tous les autres, appelé par son nom.

Mais ce passage de naissance ne se passe pas

sans une angoisse intimement mêlée de jouissance pour le nouveau-né dans la turbulence et la précipitation d'un « atterrissage accéléré ». Les cris de joie et les hurlements de terreur des enfants emportés sur les « rapides » des toboggans aquatiques des piscines modernes témoignent sans doute de leur réminiscence à travers ces sensations extrêmes retrouvées.

Certains se lancent plus que d'autres, pour qui l'anticipation de la jouissance dépasse l'angoisse du vide, dans la terreur et la jubilation de ne plus rien contrôler. Ceux-là « savent », d'expérience intime, que l'arrivée sera suffisamment bonne et sécurisante pour en profiter. Ils ne se noient pas dans un verre d'eau.

D'autres restent paralysés dans un océan d'angoisse, incapables d'avancer. Ils ne peuvent faire confiance, ni à eux-mêmes, ni aux autres, ni aux éléments.

Pour d'autres enfin, il suffit d'un coup de pouce et d'un appel d'en bas pour se laisser emporter dans l'ivresse du lâcher-prise.

Le nouveau-né vit, lui, sa première expérience. Sans doute, croit-il aussi « rendre l'âme » dans ce passage. Et c'est vrai qu'il meurt à son être fœtal mais ceci pour prendre souffle et corps animé, en lien de vie avec les vivants, en lien désirant d'abord son « bien-naître », mais plus globalement son « être pour la vie » comme sujet.

Mais il est des choses que l'on ne découvre que sous la pression de l'événement, interne ou externe, Dolto l'avait bien compris : « L'imminence du mourir fait découvrir au fœtus une nouvelle manière de survivre ». Une manière large qui s'enrichit, se rassure et se ravit des premiers contacts subtils de peau, de regard, de toucher, d'odeur, de saveur, de mots et de bruits, par le canal des cinq sens.

Par ce brassage de sensations nouvelles, de perceptions inouïes, le corps et la voix de l'autre maternel l'enveloppent dans un bain de langage, de caresses et de soins qui lui « donnent » corps. Hors des eaux amniotiques où les sons, les perceptions étaient filtrés, tout arrive « en clair », tout fait massage, stimulation, message et réassurance. Le nouveau-né peut ainsi renoncer au mode d'échange exclusivement nourricier par le sang et l'intermédiaire du placenta nécessaires à sa croissance in utero, pour constituer et affiner une zone d'échanges variés, polyphoniques, entre lui et sa mère, lui et les autres.

Dans cette bulle intermédiaire que lui proposent le corps et la parole de l'autre, il se constitue une « peau des mots » (Anzieu). Peu à peu, il supporte et aime se différencier du corps et de la parole maternelle. Dans l'immédiateté du contact, il découvre la médiation des mots qui forment une enveloppe « subtile », symbolique. Il change ainsi d'éthique, de mode de rencontre, selon les termes de Dolto. Si l'éthique du fœtus est nécessairement « vampirique », celle du nourrisson devient « cannibale » par la jouissance du sein, pour peu à peu renoncer à cette emprise du corps maternel et rentrer dans la maison de son corps à lui. Il découvre ses propres capacités créatrices.

Ce long travail d'individuation se fait sur fond de perte et de retrouvailles, pour apprivoiser la solitude et en faire une solitude accompagnée. Par la perte des morceaux du corps de l'autre, il a découvert l'unité de son propre corps, par l'absence de l'autre, il découvre sa présence totale en lui à travers la mémoire et le symbole. Un nom « Maman » la rend présente ! Winnicott a éclairé le chemin par lequel l'enfant invente des intermédiaires pour recréer l'autre en lui. Il passe de l'illusion nécessaire de sa toute-puissance à l'acceptation de l'absence maternelle, à travers l'objet transitionnel. Cet objet, lié au corps de la mère et au sien, mouchoir, doudou, fait transition pour lui entre le collage de peau et la disparition totale, et lui permet de garder « un bout de Maman » sur lui. Ainsi lentement, met-il l'idée de « Maman » à l'intérieur de lui-même. N'est-ce pas l'origine et le moteur de toute création : s'expliquer avec l'absence et recréer le monde disparu ? Ce jeu très sérieux prépare l'accès au symbole en apaisant l'angoisse de mort, d'anéantissement, et accompagne le sain travail de deuil du corps à corps maternel pour que son ombre intériorisée protège l'enfant.

Freud nous a aussi raconté le jeu du « Fort-Da » de son petit-fils, en absence de sa mère. Il lançait inlassablement une bobine retenue par un fil avec le mot « fort » (« partir » en allemand), jouant ainsi à maîtriser son chagrin et sa colère, à jeter et rattraper « maman-bobine ». Plus tard, les jeux favoris des enfants au « loup » dans la forêt répètent cette jouissance-terreur d'être perdu, retrouvé, dévoré et rester intact, surtout quand le père s'en mêle !

Ainsi grandit l'enfant, se construisant dans le regard de l'autre, premier miroir de lui-même.

Ainsi, prend-il forme, pied ferme, confiance de base, colonne vertébrale dans ce lien qu'il éprouve comme suffisamment sûr, dans cette permanence rétablie de jour en nuit, de présence en absence, de vie végétative en vie active. Il découvre ce que Winnicott appelle « la capacité d'être seul » qui s'éprouve d'abord en présence de l'autre, et apprend à se bercer, à se raconter des histoires. Arrive le moment inaugural où il prend forme pour lui-même, où il « se » reconnaît dans le miroir, et lâche le regard de l'autre pour s'identifier à son nom et à son image de lui-même. Cette voix qui le nomme et le reconnaît lui permet de sortir de l'autre-prothèse, tuteur d'une image « périmée », pour consolider sa propre colonne vertébrale.

Ainsi grandit le petit homme, guidé, émondé par la Loi qui lui garantit la vérité de son désir. La place et le « nom du père » lui interdisent de revenir en arrière, de se confondre avec son enfance. Fier de cette identité nouvelle, il peut se délester des images et des attributs périmés de l'in-fans, perdre ses « dents de lait », dans la réjouissance de son devenir grand, de « mordre la vie à pleines dents » ! Les « interdits » qui ne font que nommer l'interdit de l'inceste et du meurtre, les « castrations » orales, anales, génitales, sont là pour guider sa croissance bio-psychique, dans la reconnaissance de son désir. Toutes ces pertes de possession du corps de l'autre ou d'emprise de l'autre sur lui sont nécessaires pour élargir sa capacité d'aimer, de créer, de rencontrer. Mais elles peuvent être vécues comme mortifiantes, mortifères ou vivifiantes selon la justesse de ceux qui les proposent et la vérité de leur amour, leur ancrage dans la loi symbolique. En l'aidant à renoncer à l'amour exclusif d'une mère, d'un père, ceux-ci lui ouvrent la voie de tous les possibles.

Le temps de la métamorphose

L'adolescence est le second temps de vie où se rejoue cet acte de naissance, en tant qu'acte de séparation en vue de se relier ailleurs.

L'enfant a grandi, il a quitté sa peau d'enfant, et même sa « carapace de homard » (Dolto). Bon gré, mal gré, il fait le deuil de son enfance avec son cortège de sécurité, de certitude, de routine rassurante. Il quitte sa « mêmété d'être »



physique et psychique. C'est le temps de l'ébranlement des repères. C'est l'épreuve du doute : « Qui suis-je ? Qu'est-ce que je veux vraiment ? Où vais-je ? ». Les parents sont détrônés de leur piédestal, si bons soient-ils. Ils ne savent pas tout... Leurs valeurs sont différentes. Mais penser seul est difficile. Exister seul est douloureux. Désirer seul est inquiétant.

A cette image d'adolescent, toute vraie mutation psychique s'inscrit aussi sur et dans le corps, me semble-t-il. Une vraie « crise », c'est toujours un bouleversement bio-psychique où se rejoue l'angoisse de perdre ses repères anciens, la nécessité vitale d'en trouver de nouveaux, dans cet « entre-deux » inquiétant où rien n'est assuré, si ce n'est que ce n'est plus possible de vivre « comme avant ». Mêlée à l'attente anxieuse d'un plus de vie, d'une promesse de plaisir, se vit la conscience aiguë d'un saut dans le vide, nécessaire, dont on ne sait comment on en sortira.

De nouveau, l'adolescent a peur de « rendre l'âme » ou de « perdre la tête ». Saura-t-il préserver la vérité de ce qu'il pressent en lui, de ce désir encore inconnu de lui-même ? La sécurité de base est ébranlée, les « objets » sécurisants ont disparu ou ne sont plus tout puissants. Ils ne peuvent épargner ce vide dans la tête, ce creux à l'intérieur du corps. Il est tentant de le combler rapidement à coup de tout ce qui peut faire oublier le manque, distraire de ce creux, boucher la perte : l'alcool, la drogue, la vitesse, l'hyperactivité ou la passivité totale, le sport à tout crin, la drague, le sexe... Tout peut servir à fuir ce néant intérieur, à fuir cette question vitale : « Qu'est-ce qui va me faire vivre maintenant ? L'amour mais comment ? La création, mais laquelle ? ». L'idéal est sublime et la réalité si plate. Les « passages à l'acte » semblent faire l'économie de ce temps de désir flottant et de la quête.

Et si certains adolescents semblent rejouer à ces jeux dangereux à la frontière de la vie et de la mort, c'est sans doute pour se rendre la sensation d'exister, de renaître dans la jouissance et la terreur du passage « initiatique ». Avant, afin de renaître à un autre « Je », ils se donnent une overdose de sensations, comme au premier passage. Certains s'installent dans le *no man's land* de cette jouissance devenue mortifère, sans limite. Pour d'autres, c'est un passage réellement initiatique, qui les aide à

relancer leurs capacités créatrices, pour laisser trace sur terre. Ils peuvent témoigner de la dramatique et réjouissante condition humaine à travers leurs œuvres d'art, ou tout simplement faire à leur tour œuvre de transmission de vie, de filiation, paternité assumée. Ils ont quitté les rives d'adolescence, le temps des rêves intemporels et de tous les possibles, pour faire œuvre de construction de vie, faire choix de vie. « C'est lui, c'est elle et pas une autre ! ». Cette conviction intime a forcé les barrages du doute et fait prendre le risque inhérent à tout engagement dans la joie d'une liberté éprouvée, d'un lien qui n'est plus transgressif : il peut s'inscrire dans le réel et la promesse.

Le temps de l'épreuve

Les adultes oublient souvent ce que le passage de l'adolescence fait vivre de doute, d'inquiétude et de risque. Ce qu'il représente aussi d'espoir fou, d'élan et de quête. Ils n'en retiennent que la turbulence de défis, d'actes incompréhensibles, d'insouciance apparente. Ils oublient ce que ce passage impose de nécessaire travail de deuil, travail de tri : garder, s'approprier les valeurs que l'on reconnaît justes, se séparer des autres, dans la culpabilité de rejeter les parents avec l'eau du bain ! Lâcher, laisser mourir, abandonner derrière soi ce qui n'est plus vital et que l'on croit parfois encore vital. C'est cela, « se séparer ». Lâcher les oripeaux d'identité qui ne sont plus que peaux mortes pour se parer de... d'abord rien ! Se retrouver à nu, quitter les liens périmés. Et même briser cette carapace étroite du conformisme de la bande pour laisser germer en soi les actes nécessaires pour « ne pas céder sur son désir » (Lacan). Et ceci pour un plus de vie, une promesse de création.

Mais il n'y a pas d'âge pour ces métamorphoses, et de perte en perte se rejoue le nécessaire, dramatique et passionnant travail de tri, à chaque âge de la vie.

Les adultes retrouvent ces moments de peur, d'angoisse, ou même de terreur aux moments critiques de leur existence, que la vie impose parfois durement. Ils ont construit pas à pas, enraciné leurs choix dans le réel quotidien. Ils avaient renoncé à tous les possibles dans l'enthousiasme de la jeunesse pour s'engager

dans un lien amoureux, familial, professionnel. Ils bâtissaient avec espoir et confiance. Mais le temps de la maturité, c'est l'épreuve des choix dans la durée. C'est aussi le temps des désillusions, des « désenchantements » et de la jeunesse perdue.

Le passage du temps en inquiète certains plus que d'autres, pour qui l'arrivée à mi-vie, dans la quarantaine, la cinquantaine devient crise profonde. Les transformations physiques, les premières rides, le premier essoufflement, les cheveux gris... La vieillesse se profile et la mort au bout qui semblait si lointaine autrefois. La fontaine de jouvence se fait tentante : revenir en arrière au carrefour des possibles, effacer les choix, repartir à zéro...

En plus, les jeunes poussent au portillon, les adolescents éclatent de désir et désertent le nid. Ils n'ont plus besoin de « leurs parents d'enfance ». Comment inventer d'être parents autrement ? Et les vieux parents sont malades, impotents, disparaissent, laissant un vide entre eux et la mort. Plus d'écran, il faut remonter dans la chaîne des générations. Notre époque est très vulnérable à ces passages-là car elle ne réhabilite pas l'arrivée dans le grand âge. Ou bien, les constructions de certitude s'écroulent. Avec cette famille que j'ai cru fonder pour toujours, cet amour qui a fui, la maison de rêves s'effondre. Ou encore, cette perte de travail, cette mise en suspens de la vie collective, du respect social, ou ces collègues qui rivalisent « et tirent dans les pattes à coup de sourires ». Et puis, il y a les deuils : de parents, d'amis, pire encore, d'enfants.

Et voilà que resurgissent les vieux fantômes, la peur du noir, la peur de l'inconnu, la solitude impensable, l'angoisse chevillée au corps, l'abandon, la colère, le chagrin, l'impuissance... L'enfance trahie !

Cette fois-ci, ce n'est pas moi qui « me » suis séparé, c'est l'événement qui m'a séparé, la vie, le monde. Où est le plus de vie, la promesse de création ? « Je suis au pied du mur ! ». Et l'absence, la séparation laissent un vide innommable au cœur, au corps. Il faut colmater les brèches. Les dépendances officielles, moins transgressives qu'à l'adolescence mais tout aussi dangereuses, se profilent pour ne pas sentir la souffrance : l'alcool, la drogue du travail. Une autre défense protectrice est la « désaffectation », le clivage des émotions. C'est le gel des affects, les scellés sur les

émotions et l'anesthésie générale des sensations. L'être est une maison désaffectée car le corps n'existe plus si l'âme ne l'habite plus.

Parfois, le corps se venge, il se rebelle ou manifeste en prenant sur lui seul la douleur d'âme ignorée. C'est la pente vers la maladie plus ou moins grave, mais tomber malade représente peut-être alors l'ultime chance de retomber sur terre, de se réveiller de ce long sommeil gelé et de « guérir » des blessures de mémoire en remettant son corps aux soins, à la vigilance et à la bienveillance d'autres, comme au temps de l'enfance ? C'est ainsi que peut se réassurer la confiance de base - entre autres - dans l'abandon et la confiance. C'est aussi l'ultime chance de faire le point, le bilan de sa vie, de la réaménager... « Qu'ai-je fait de tous mes rêves, qu'ai-je fait de tous mes possibles ? ». La désillusion se porte aussi sur soi-même : s'accepter humain, imparfait, parfois impuissant ou lâche, et pourtant se « supporter » ainsi avec tendresse, compassion et exigence, s'encourager à continuer. Rude travail !

Qu'est-ce qui fait qu'on se relève, que la vie redémarre, que la joie revient, et le rire, et l'élan ? Cela dépend, me semble-t-il, de la capacité d'éprouver, de se laisser emporter dans le mouvement, de se laisser émonder, broyer, mûrir par le travail de deuil, ce travail si lent et imperceptible qu'il paraît d'abord impensable qu'il aille vers un rebondissement de vie. Et pourtant... Deux questions me viennent alors :

- Pourquoi cela paraît-il possible pour certains et pas pour d'autres ?
- Que peut-on faire pour accompagner, soutenir et assister ce processus de métamorphose ?

Les conditions du passage

Deux conditions essentielles m'apparaissent :

● Reconnaître l'ampleur de la perte

Reconnaître, ce n'est pas « dramatiser », au contraire. Mais c'est prendre au sérieux, supporter de voir, d'entendre, de ressentir l'impact du choc, les ondes de choc que produit cette séparation, ce deuil sur soi et sur l'autre, prendre la mesure dans l'instantané du choc et dans le temps qui suit son impact, vivifiant ou mortifère.



Il est des séparations que l'on ressent comme nécessaires, mêmes si elles sont douloureuses. C'est comme quitter une vieille peau, une identité encombrante, un objet-prothèse. L'angoisse elle-même devient moteur de changement et accélère le processus de séparation.

Il en est d'autres qui semblent insupportables et sont pressenties comme un arrachement de vie, une explosion de sens, une hémorragie de corps, une dévitalisation de l'âme.

Rien n'est « objectivable » en ce domaine, malgré des échelles de stress ! La perte d'un chat peut faire s'écrouler le monde d'une personne. C'est bien là que tout jugement « objectif » peut anéantir et redoubler le traumatisme : « Tu as tout pour être heureux... n'en fais pas une affaire... et les enfants de partout qui sont persécutés... ». Les jugements enlèvent le droit au malheur, ils interdisent de le vivre sous prétexte de leur « valeur » distribuée sur une échelle !

Mais la pire blessure vient lorsque le traumatisme lui-même est ignoré, annulé, désavoué, et particulièrement lorsqu'il provient de l'offense d'une personne qui la nie. Il se crée alors une conspiration du silence qui redouble la violence du traumatisme et fait éclater la conscience. Ferenczi en a le premier dénoncé les effets dramatiques et redoutables pour la survie psychologique et même biologique d'un sujet, car ce qui est détruit, ce qui se sépare, se déchire radicalement, c'est la confiance dans l'autre et dans soi-même. La négation de l'autre interdit, gèle et fait douter de ses propres sentiments douloureux. Elle interdit d'accuser, de dénoncer, la violence subie. C'est sans doute une des pertes les plus irréparables, un des deuils les plus difficiles à faire. S'il est des désillusions fructueuses, celle-là est dramatique. Elle tue la vie, elle anéantit l'espoir.

● **Supporter de vivre dans le temps la souffrance qu'elle engendre**

Les blessures de la vie, les séparations ébranlent plus ou moins la permanence d'être du sujet désirant. Elles n'atteignent heureusement pas toutes le narcissisme de base, l'image de base (Dolto) et les racines du psycho-soma. L'identité me semble construite en couches d'identifications successives, en « peaux » psychiques successives à partir de cette trame

de l'image de base, plus ou moins nombreuses et solides selon chacun. L'image de base peut être très fragile, avec une épaisse carapace pardessus. C'est ce que Winnicott appelait le « faux self ». Elle peut avoir été recouverte harmonieusement de différentes couches, souples et mobiles, un peu comme la structure d'une peau saine.

Il existe donc des différences individuelles de réaction à la perte et à la séparation.

Chez certain, la carapace si solide cède brutalement après des années de protection rigide : c'est l'effondrement physique et psychique. Chez d'autres, la moindre éraflure, la moindre effraction vient arracher le fantasme d'une peau commune avec l'autre et atteindre le noyau le plus vulnérable de leur identité. D'une telle épreuve, ils cicatrisent difficilement.

Pour d'autres, avant d'atteindre le narcissisme de base, il en faut beaucoup comme pour un tissu étroitement tissé, filtre et protecteur, garant des échanges avec l'extérieur. La trame des échanges primordiaux a formé une base solide, sur laquelle l'élan vital, la pulsion de vivre en lien avec d'autres, a trouvé son axe. Les pertes successives, loin de démolir ce tissu, semblent aider le sujet à s'intérioriser, à élargir ses capacités de solitude et de rencontre. Les « objets » perdus sédimentent et forment le terreau de la présence et de la création comme les couches successives de feuilles tombées automne après automne forment l'humus, alimentant la terre et la préparant aux nouvelles germinations du printemps.

Mais il est aussi des pertes critiques qui atteignent les racines du désir de vivre et ramènent brutalement aux expériences les plus archaïques de l'enfance. Elles brisent momentanément ou durablement le miroir de l'être, l'élan vital comme si plus aucun regard ne pouvait rendre vie, humanité, du moins pour un temps.

La perte de certains êtres chers en est une. Ne voit-on pas dépérir et disparaître un vieillard pourtant bien « vivant » après la mort de son conjoint avec qui il a partagé toute la vie ? C'est la chanson des vieux amants, que seule la mort a séparés... pour si peu de temps ! Et que dire de la perte d'un enfant ! Ces deuils-là, pour lesquels il n'y a même pas de mot pour « dire », pour appeler un parent « orphelin » de son enfant, sont parmi les plus violents. Ils laissent un vide insupportable au ventre, au cœur et à



l'âme, et sont les plus longs à cicatriser. C'est sans doute pourquoi il est d'urgence nécessaire à certains de mettre un autre enfant à la place, pour ne pas devenir fous de douleur, refaire confiance à la vie, à soi-même et à un rire d'enfant. Mais le travail de deuil reste à faire, celui de l'« autre », le premier, pour donner son vrai visage au suivant, sous peine de le rendre « fou » d'en représenter un autre.

En dehors des pertes brutales liées aux conflits politiques, sociaux, racistes dont je ne parlerai pas ici, je pense qu'une des pertes essentielles pour une personne humaine rejoint les atteintes de sa propre image du corps et de ses capacités créatrices. Elle s'impose dramatiquement en cas d'accident physique et représente toujours un traumatisme si grave, une plongée au-delà du miroir qu'il faut peu à peu reconstituer. Le même travail psychique s'impose en cas de maladie grave, comme le cancer ou le SIDA, ou bien d'autres, et dans le long temps de la vieillesse, le passage du troisième à cet âge qu'on appelle « quatrième... », et enfin, dans le passage ultime de la vie à la mort. Lorsque les fonctions vitales du corps se dégradent et sont détruites, lorsque la mémoire se perd, que l'intelligence se brouille, lorsque l'image s'altère et que « Je » ne me reconnais plus moi-même, le regard s'accroche désespérément au regard de l'autre, redevenu miroir, seul miroir possible.

La seule « promesse de plaisir » qui puisse être reliée, compenser toutes ces pertes successives, cheveux, peau, dents, poids, forme, parole, etc. c'est celle qui rétablit l'image de base, le narcissisme primordial par la reconnaissance de l'autre. La question s'impose, insistante, muette, parfois « indécente », gênante, choquante, ou détournée, voilée : « Me reconnais-tu, même vieilli, malade, affaibli ? Même « déchu », repoussant, puant... Reconnais-tu la dignité que je ne me reconnais plus, la présence que je ne sais pas proposer ? Reconnais-tu la permanence de mon être désirant, de moi qui reste un homme, une femme, sexué, malgré mon apparence ? ». Pour cette lente reconnaissance, cette longue explication avec soi-même et avec l'autre, il faut du temps, et surtout oser entrer dans un autre temps, celui du deuil et de la reconnaissance.

Le travail d'accompagner les passages

Le travail d'accompagner les passages de pertes ultimes est l'un des plus passionnants et parfois des plus éprouvants...

Il confronte à sa propre angoisse de mort, au rejet du corps morcelé, flétri de l'autre, comme une impossible image d'identification. Deux choses me semblent là vitales.

● La souffrance de la métamorphose exige un travail de parole

Il est nécessaire pour les soignants comme pour les malades, les mourants, de savoir qu'il est possible d'être entendus, pour oser traverser ces terreurs archaïques, et souvent pour les familles aussi. Être là, prêt à écouter, est une des meilleures façons de répondre à leur soif « d'être là » (ce qui rejoint notre question de départ).

Parler c'est reconnaître, éprouver, supporter et contenir le déferlement émotionnel, la variété et l'intensité inouïe des sentiments que l'on éprouve parfois auprès d'un mourant : tristesse, chagrin, amertume, rejet, recul, désespoir, silence, attente, espoir, paix, réjouissance...

Bion parlait du rôle essentiel de la mère comme récepteur et contenant possible des émotions,



sensations, affects si archaïques du nouveau-né, terreurs et désirs confondus. Par sa présence « contenante », elle les accueille en elle, les supporte et les transforme grâce à sa propre capacité d'empathie. Alors, elle peut les lui « rendre » comme des sensations et affects « bons », véhiculés par des mots qui touchent, enveloppent, rassurent, et transformés en émotions, affects supportables pour son psychisme naissant et son corps immature.

Il ne s'agit pas alors de supprimer la souffrance, mais de la « rendre » humanisée à chacun, assez comprise, partagée, pour qu'elle devienne « viable », supportable. Elle est redevenue suffisamment humaine, c'est-à-dire partageable pour ne pas être réduit à « souffrir comme une bête », terré seul dans son coin.

Cette place-là est celle de tout soignant, de tout « accompagnant ». Les mots ne suppriment pas la souffrance du passage, l'angoisse de la mort et le déchirement de la séparation, mais ils « relient », ils font passerelle de présence et, désamorçant l'impact destructeur et isolant d'une souffrance muette, ils prennent appui sur le silence qui écoute, recueille et reconnaît, dans l'agonie et la paix de la présence, de « l'être là ».

Par quel « miracle » la parole opère-t-elle ? Dolto rejoint Bion quand elle parle de l'emprise des deuils non faits, des paroles non dites qui gardent le sujet dans la mort : « Ce qui guérit parfois, c'est quand ce qui a été vécu, ressenti, est entendu par quelqu'un qui, en éprouvant l'émotion transmise par les mots, libère celui qui les a prononcés ». Ceci est vrai pour les thérapies de l'âme, mais c'est bien la vertu « thérapeutique » de ce qu'on appelle « groupes de paroles ». Des soignants ainsi travaillés par leur parole peuvent supporter d'entendre leurs malades et d'y résonner avec un peu plus de corps, d'intelligence et de cœur. Et quand les mots sont impossibles, enfouis trop loin, c'est le silence qui recueille cette souffrance muette, l'élabore en soi pour la « rendre » pacifiée, un peu plus humaine car partagée dans le secret des cœurs.

● Le dernier passage se nourrit de présence absence

Si la mort rejoue le drame de la naissance, la présence au mourant ressemble étrangement à celle qui est due au nouveau-né et au tout petit

enfant. Présence où « tout est langage » (Dolto). Les touchers qui rendent corps, les paroles qui touchent et bercent, qui racontent l'histoire d'une vie au seuil de sa fin, les mains qui « imposent » la paix sur un front agité ou endormi, les gestes qui rafraîchissent, désaltèrent, massent ou caressent, les silences et l'immobilité d'être là, dans une présence « vide » de tout sauf d'être là, tout cela constitue la « bulle » qui enveloppe le mourant avec ses prochains devenus proches.

Contact de corps et contact d'âme sont intimement liés alors. Il y a du sacré dans l'air. Pour maintenir ce contact jusqu'au bout, chacun est tenu d'inventer. Si la douleur apparaît, la situer pour la soulager le mieux possible. Si la vue disparaît, reste l'odorat. Si l'ouïe disparaît, reste le toucher. Si les mots sont douloureux, restent la musique et le silence de la présence. C'est l'ultime création de partage qui seule donne sens au passage. Alors, même dans le coma, le mourant dort avec la présence qui a été, qui aurait dû lui parler quand il était petit. Et ce qu'on appelle « pulsion de mort » avec tout son cortège effrayant se dédramatise, perd son versant de destruction pour aller vers la pacification de l'être, simplement ce que Dolto appelle « le désir du repos du désir ». Car le travail de vivre et de désirer est fatigant.

Et même, parfois, rarement, comme Françoise Dolto à l'heure de sa mort, l'être humain se retrouve « devant l'angoisse et l'attente jouissive du mourir », tout comme le fœtus au moment de naître.

Comme aux premiers temps de la vie, se retrouve en tous le paradoxe d'une extrême solitude à côté d'une présence absolue dans l'urgence et le temps suspendu de l'être avec, dans la nécessité de lâcher prise et l'estompement de la conscience ordinaire.

● Mourir, une partition symbolique

Au grand passage, chacun accomplit un grand travail, partition de corps et rude labeur d'âme. Celui qui part est confronté à trois ordres de séparations vitales :

... quitter ceux qu'il aime ou qu'il a rejetés, ceci rejoue une ultime fois toutes les séparations et retrouvailles antérieures. A-t-il, a-t-elle pu quitter lien de corps pour assurer l'autre en soi,

comme un talisman de vie ? Et si lui, ou elle, ne l'a pas pu, ou pas assez (mais l'a-t-on jamais assez accompli ?), comment aider, dans l'urgence du mourir, à accomplir ce travail de symbolisation, qui seul relie au-delà de l'espace et du temps ? Là encore, il faut inventer, inlassablement, sans se laisser piéger par les jugements « objectifs », par ce qu'on sait du passé, ce qu'on « préjuge » de l'instant à venir, de l'autre et de soi. « L'imminence du mourir fait découvrir au mourant une nouvelle manière de survivre »... dans l'adieu et la mémoire. Lui proposer, tenter de se dire « adieu », l'aider à se mettre en paix avec son histoire, lui raconter, partager l'histoire d'une vie comme on feuillette ensemble un album de famille, c'est retisser des liens de mémoire commune. Se rappeler le bon, le bien qu'il a fait, l'aider à se pardonner le mal aussi, c'est peut-être dénouer les conflits, résorber l'amertume des non-dits : il n'est parfois pas trop tard pour demander et recevoir « pardon ». Car se quitter, cela veut dire aussi pour chacun être quitte, pour partir en paix et délivrer les survivants de leur dette de vivre, comme de la « malédiction » des morts. C'est partir chacun en paix, les uns vers leur mort, les autres vers leur vie sur terre.

... quitter le monde. Il me semble que la tâche est plus facile lorsque celui qui part laisse trace derrière lui ou elle : trace de vie dans la filiation, certainement, mais surtout transmission symbolique de vie, de valeurs, de création. Rappeler à celui qui part les traces ineffaçables qu'il laisse de son passage sur terre, témoigner devant lui de « l'impression » profonde qu'il a faite, est infiniment pacifiant. C'est lui donner une ultime reconnaissance, qui ne dépend plus de sa temporalité, puisque tout est accompli, mais de sa « permanence » dans la mémoire de ceux qui restent. Parfois il semble ne rester aucune trace, ni d'enfant, ni de création. Mourir seul est une épreuve terrible. Puisse alors celui qui passe trouver un « passeur » anonyme qui prenne nom de « frère humain » pour l'accompagner au nom de notre humanité. « Un parmi d'autres », mais unique à cet instant sacré, ce passeur lui donnera ce petit « coup de présence » qui aide à partir, à quitter ce monde en humain.

... quitter son corps. Là se rejoue la façon dont chacun a pu habiter ou non la maison de son

corps, y circuler librement, s'y sentir bien ou mal. C'est le paradoxe étonnant de la vie des humains. Il faut vraiment avoir habité son corps pour savoir aussi que « Je » ne suis pas mon corps. Le corps est, et n'est pas, la maison de l'esprit, la demeure de l'âme. C'est le temps d'une vie. C'est ce qui rend la dimension spirituelle si urgente au moment de mourir. Chacun la reprend « en son âme et conscience ». Alors, parfois, il devient possible et même nécessaire de se séparer de ce corps trop usé, avec l'aide et la présence de ceux qui restent, devenus « passeurs d'âme ».

Pour ces passeurs et les autres

La tâche est aussi paradoxale. Être intensément présent et suffisamment « absent » pour soutenir le mourant dans ce travail de séparation, pour l'aider à partir, à larguer les amarres. Être là, sans le retenir, car le retenir, c'est le « distraire » de cette tâche qui doit absorber toute son énergie. Couper les derniers filaments qui le retiennent, pour « se » séparer des autres, du monde et de son propre corps, jusqu'à rendre le dernier souffle au moment nécessaire, si possible ni avant, ni après.

Mourir est comme naître, l'acte le plus solitaire et le plus solidaire que puisse vivre un être humain. On l'a redécouvert pour la naissance, on ne le dit pas assez pour la mort. L'instant de conclure, qui précipite cet acte, dépend de celui qui part et de lui seul, dans les tréfonds de son psychisme et de sa vie la plus végétative, dans la solitude infinie du départ.

Et pourtant, il prend sa véritable dimension humaine par la présence de ces « sages hommes » ou « sages femmes ». Ce sont les derniers veilleurs, les derniers phares d'humanité pour les bateaux qui s'éloignent, les derniers clignotants dans la nuit de l'âme, au-delà de toute conscience.

Pour ceux qui n'ont pas craint l'agonie de l'être là, et la solitude infinie de la « partition », comme la proximité du partage, restent les traces de mémoire, quand la blessure est cicatrisée. Les retrouvailles dans le grenier de la mémoire individuelle, dans la surprise des rêves...

Restent collectivement à réinventer, recréer les rites sacrés de la mémoire, pour accompagner



la « survivance » et honorer les morts.

Alors, l'agonie de la séparation peut engendrer, par le mystérieux travail de deuil, un rebondissement de vie.

Alors, on se retrouve l'âme réjouie, le cœur élargi et le corps léger dans l'étonnement du printemps qui renaît, dans « l'oubli » d'un passé redevenu simple.

Alors, le temps est mûr pour l'art, cette création de formes, de mots, de musique, d'images et de poésie par laquelle les hommes de tous les temps tentent d'appréhender ces mystères qui les dépassent, d'appriivoiser la vie et tutoyer la mort.

Cette poésie de mots, de sons, d'images retombe en pluie sur les hommes « ordinaires » et les pacifie. Chacun fait alors sienne la parole du poète :

« Oh ! Donne-nous la force et la science
de lier notre vie en espalier,
et le printemps autour d'elle commencera
de bonne heure.
Car ce qui fait la mort étrange et difficile,
c'est qu'elle n'est pas la fin qui nous est
due,
mais l'autre, celle qui nous prend
avant que notre propre mort soit mûre en
nous ».
Et devant un mourant notre prière serait :
« Fais que son enfance ressuscite dans son
cœur.
Ouvre-lui de nouveau le monde des
merveilles
de ses premières années de pressentiments.
Fais qu'il lui soit permis de veiller jusqu'à
l'heure
où il enfantera sa propre mort,
plein d'échos comme un grand jardin
ou comme un voyageur qui revient de très
loin ».

Rainer Maria Rilke

Bibliographie

Anzieu Didier, *Le Moi-Peau*, Paris, Dunod, 1985.

Anzieu and C°, *Crise, rupture et dépassement*, Paris Bordas, 1979.

Aries, Dolto, Marty, Raimbault, Schwarzenberg, *En face de la mort*, Privat, PUF, 1983.

Bion W.R., *Réflexion faite*, Paris, Puf, 1983.
Aux sources de l'expérience, Paris, PUF, 1979.

Dolto Françoise, *L'image inconsciente du corps*, Paris, Seuil, 1984.

L'enfant du miroir, Marseille, Rivages, Poche, 1990.

Dolto Françoise, Dolto-Tolitch Catherine, *Paroles pour adolescents ou le complexe du homard*, Paris, Hatier, 1989.

Ferenczi Sander, *Journal Clinique*, Paris, Payot 1982, « Confusion de langue entre les adultes et l'enfant, le langage de la tendresse et de la passion », *Psychanalyse IV*, Paris, Payot, 1982.

Freud Sigmund, *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1981.

Goldenberg Emmanuel, *Mort, angoisse et communication*, Jalmalv n° 24.

Lacan Jacques, *Écrits, Séminaire livre VII, L'éthique de la psychanalyse*, Paris, Seuil, 1966.

Naouri Aldo, *Une place pour le père*, Points, Essais, Seuil, 1985.

Rilke Rainer Marie, *Le livre de la pauvreté et de la mort*, Actes Sud, 1982.

Winnicott Donald, « La capacité d'être seul », « Objets transitionnels et phénomènes transitionnels » in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1989.

Jeu et réalité. L'espace potentiel, Paris, Gallimard, 1971.

Le deuil de soi au cours du vieillissement

Géraldine Castiau,
psychologue,
psychothérapeute
analytique, centre
hospitalier Albert
Laurent et Centre
de guidance de
Molenbeek-Saint-
Jean.

.....

Qui de nous s'est déjà arrêté un instant pour envisager son propre vieillissement, l'avancée dans sa vie, dans ses détails concrets et imaginaires ? Qui s'est déjà vu dépendant, malade, vivant au ralenti, atteint dans ses sens ? Qui a déjà envisagé cela avec soi-même, avec son conjoint, avec ses enfants, avec ses amis ?

Penser à notre vieillissement, n'est-ce pas nous confronter à un tabou sur nous-même ? Comme si, penser la vieillesse avant l'heure résonnait soudain en nous comme une forme d'exécution de notre jeunesse ou de notre autonomie.

.....

*Aimons donc, aimons donc ! De l'heure fugitive,
Hâtons-nous, jouissons !
L'homme n'a point de port, le temps n'a point de rive ;
Il coule, et nous passons !*

Le Lac, A. de Lamartine

Devenir vieux

De tout temps, notre sentiment intime, inconscient, semble avoir été celui de l'immortalité, de l'éternelle jeunesse. L'avenir est toujours présent en nous comme un autre possible, comme une autre chance. Psychiquement, nous n'avons pas d'âge, c'est notre raison qui nous en donne un.

Quand on est enfant, l'âge se compte en jours, en semaines, puis en mois, et en années, et puis, sans vraiment nous en apercevoir, nous commençons à calculer notre âge, à oublier combien de temps s'est déjà écoulé, enfin parfois, à oublier comment on fait pour compter l'âge qu'on a. Prendre conscience du vieillissement qui nous attend, ce serait donc se faire mal...

Nina a 78 ans. Elle me dit sa surprise quand il y a quelques jours, elle « s'est retrouvée par terre » dans sa salle de bain. « *Je me suis dit, ça y est, maintenant, je suis foutue. Tout à coup, ça m'est tombé dessus, je suis devenue une vieille. C'est bizarre, je n'avais jamais pensé à ça avant !* ».

Alors qu'on pourrait penser qu'elle est intégrée depuis longtemps, la brutalité de la prise de conscience de l'âge apparaît ici avec toute sa force.

Jusque-là, la personne fonctionnait, pareille à elle-même, comptant sur elle, sur ses forces, sur son sentiment interne d'une suffisante vigueur. Puis, rien n'est plus pareil, les moyens sont devenus insuffisants, alors que le désir, lui, reste toujours identique. L'équilibre bascule, même au-delà de ce que l'on peut objectiver. Plus rien ne tient, c'est de l'identité dont il est question. Comme si une lame de fond avait tout emporté sur son passage.

Le vieillissement corporel

La vieillesse inaugure le dernier cycle de la vie. C'est à travers le corps qu'elle se marque. Or, le corps est vécu par le psychisme comme une réalité extérieure, sur laquelle on n'a pas prise. Ce corps témoigne des transformations liées à l'âge, variables selon les caractéristiques individuelles et les milieux de vie. Il change progressivement, en poids et en taille, la peau se ride, perd de son élasticité, se pigmente. Les cheveux blanchissent et se raréfient, les dents se détériorent et tombent. Les organes connaissent une involution qui deviendra un jour pathologique, les fonctions cognitives se fragilisent, les sens perdent de leur acuité. Bien que ces transformations s'installent progressivement, elles représentent une véritable



agression pour le psychisme, elles l'obligent à se confronter au changement, à accepter l'idée que le temps passe, et qu'on n'est plus ce qu'on a été. Il faudra désormais compter avec autre chose, se mettre à l'écoute de l'avenir et de ce qu'il nous réserve.

Selon la personnalité initiale, la perception et l'intégration des changements se fera progressivement et le plus harmonieusement possible, ou au contraire, déclenchera des mécanismes de défense massifs comme le déni ou la régression, parfois, l'accentuation hypochondriaque. Plaintes somatiques, demandes d'investigations, mises en question du diagnostic viennent ici ponctuer et parfois confuser la consultation médicale.

De toute manière, la confrontation à ce vécu de perte occasionne pour chacun une épreuve, le sentiment d'entrer dans le déclin, d'être « sur la mauvaise pente ». Le deuil est enclenché. Toute l'énergie est mobilisée pour tenter de faire face.

L'évolution de la vie psychique

La qualité du deuil, et la capacité de réorganisation psychique nécessaire pour le dépasser vont dépendre de la réserve de narcissisme disponible, de la qualité de l'estime de soi.

Durant la première partie de la vie, l'investissement de soi se construit sur l'unification progressive et le développement des fonctions corporelles, prémices de l'autonomisation.

Dans les *Trois essais sur la théorie sexuelle*, S. Freud¹ nous explique les principales transformations de la libido, c'est-à-dire les pulsions sexuelles au sens large. Chez le nourrisson nous dit-il, les manifestations des pulsions sexuelles sont déjà reconnaissables, mais ne se dirigent pas encore sur un objet extérieur à lui. Les composantes pulsionnelles de la sexualité travaillent chacune pour soi au gain de plaisir et trouvent leur satisfaction sur le corps propre, se sentir rassasié, propre, bien au chaud, bien tenu dans les bras. C'est l'auto-érotisme.

Au stade suivant, les pulsions sexuelles, jusqu'alors isolées, ont pu se constituer une unité et ont pu trouver un objet à aimer. Cet objet est encore interne, c'est le moi propre. Le

bébé commence à s'aimer, c'est le stade du narcissisme, celui qui initie la capacité à prendre confiance en soi.

Plus tard, la libido pourra investir des objets extérieurs, c'est la découverte du relationnel, de l'attachement, de l'altérité. Même après avoir trouvé des objets externes pour sa libido, l'être humain reste toujours en contact avec ses composantes narcissiques. Ceci constitue une précieuse ressource.

En effet, quand elle est touchée par une séparation, un deuil, une épreuve de la vie comme en constitue la confrontation à son vieillissement, la libido d'objet, blessée, se détache du monde extérieur pour se replier sur le moi.

Cette régression semble nécessaire. Comme si, touché par l'extérieur, représenté par le corps vieillissant, on se repliait sur ce qui reste de bonnes sensations disponibles à l'intérieur du psychisme. Le retrait, que nous appelons deuil, confusion, laisser-aller, découragement, n'est pas irréversible. Une suffisante estime de soi permet de sortir de ce retrait et de renouer à nouveau avec des objets extérieurs.

Deuil normal et deuil pathologique

La plupart du temps, nous verrons les personnes en proie à ce vécu affectif, s'appuyer sur l'entourage, sur ce qui leur est offert, pour restaurer leurs propres forces.

C'est dans ces moments que l'on aura besoin de sentir sa place protégée, dans la société, dans sa famille. C'est grâce à l'étayage du Moi, mais aussi au soutien de l'extérieur que le deuil peut s'achever et se dépasser. D'autres investissements redeviennent alors possibles, retrouvailles avec le plaisir, le prolongement de soi dans les tâches les plus diverses.

Vieillir, c'est donc continuer à mûrir, c'est élaborer son histoire dans ses aspects les plus tardifs. Le vécu de la crise peut générer du plaisir à la sentir passer et à vouloir profiter pleinement de ce qui reste à venir. Vivre vieux, c'est aussi souvent renouer avec son histoire, c'est parfois la relire autrement, la transmettre, y retrouver le plaisir de la page qui se tourne mais en l'ayant bien lue.

Nous le voyons, le narcissisme sain est un bon secours face à l'épreuve. Pour bien vieillir, il

(1) *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Gallimard, coll. Folio, 2001 (1905).



faut bien s'aimer. Pour bien vieillir, il faut aussi bien aimer le plaisir, il faut pouvoir sans cesse renouer avec l'extérieur de soi. Parfois pourtant, la confrontation aux signes de l'âge qui avance peut amener une réaction beaucoup plus massive, de type mélancolique. Ici, ce n'est pas le monde extérieur qui est devenu pauvre et vide, c'est le moi lui-même.

Vieillir, c'est déjà mourir, puisque le dernier cycle de la vie fait renouer avec les angoisses premières de dépendance et de dé-liaison. Les fonctions corporelles défaillantes ravivent le mauvais. L'anorexie, l'insomnie chronique, la régression viennent comme marques de capitulation. Le vieillard mélancolique renie tous les remèdes ou autres tentatives d'aide, c'est le « je ne vaud plus rien » qui prime, non sans parfois une certaine forme de satisfaction. La mort, entrevue comme seule issue, sera alors la punition attendue. La thérapie demeure un relais possible si la personne peut s'y atteler. Il faut sans cesse ré-alimenter la bonne estime de soi.

Vivre avec son temps...

Le temps psychique est par excellence l'intemporalité. Il n'a pas de début ni de fin. Il n'a pas d'âge.

C'est le moi, conscient, qui tente d'établir une interface avec la réalité extérieure. Mais dans le fond, pour chacun d'entre nous, le vieillissement, c'est une sale histoire qui arrive aux autres !

De la même manière, la mort ne trouve pas de représentation en nous, sinon par la confrontation avec la réalité extérieure qui nous oblige à en tenir compte.

Or, devenir vieux, c'est être obligé de penser au temps qui passe et à la mort. Comme nous le dit Le Gouès², « l'avenir n'est pas seulement ce qu'on ne va plus faire ou être, mais également tout ce qu'on ne va jamais pouvoir faire ». Le deuil réussi, si tant est qu'il puisse jamais l'être quand il s'agit du deuil de soi, consistera alors à accepter d'abandonner nos projets

(2) L'âge et le principe de plaisir. introduction à la clinique tardive, Dunod, coll. Psychismes, 2000.



d'avant pour composer avec ce qui reste possible, et à trouver de nouveaux investissements murs et sereins. C'est la sublimation. Mais rien n'est fait une fois pour toutes, le travail de deuil est constant, l'équilibre se fait par paliers.

Une expérience de deuil, l'histoire de Pauline

Ses grands yeux effrayés et son agitation témoignent du trouble qui l'étouffe. Elle me demande pourquoi on lui a collé cette table devant elle, ça l'empêche de se lever, et elle voudrait marcher. Elle ne sait pas bien ce qu'elle fait là, ni où elle se trouve d'ailleurs. Il y a des infirmières, elle ne connaît personne, elle voudrait rentrer chez elle.

Notre échange la calme, elle est heureuse de voir quelqu'un. La table ôtée, elle reste assise, et accepte que je la lui remette après notre entretien. Elle peut comprendre que nous ayons peur qu'elle chute à nouveau. Elle peut désormais retrouver un sens à cela. Quelques jours plus tard, Pauline me sourit. « Vous êtes revenue, me dit-elle, je suis si contente, je ne sais pas ce que je fais ici ». Ensemble, nous retricotons son histoire. Pauline a été très heureuse avec son mari. N'ayant pas pu avoir d'enfants, elle a aimé ses neveux et filleuls qu'elle a beaucoup gâtés.

Quand son mari est mort il y a vingt ans, c'est comme si le monde s'effondrait. Alors, elle a lutté, elle a continué à vivre, elle a invité du monde, elle a renforcé les amitiés, elle a pris soin des enfants.

La vie passe. « J'étais plutôt active me dit-elle ». Les chutes ont commencé. Elle tentait de ne pas trop penser. Quand sa nièce lui proposait d'aller visiter une maison de repos, elle oubliait l'idée.

Pauline s'est cassé l'épaule. Puis, elle n'a plus pu marcher seule. Elle est devenue très confuse. On ne la reconnaissait plus. Elle ne se reconnaissait plus...

Nous avons choisi de faire confiance à ce bon narcissisme qui l'avait toujours aidée. Nous l'avons aidée à réapprendre à marcher, à manger, boire, faire sa toilette, mettre de l'ordre dans ses idées.

La famille de Pauline a trouvé une maison de repos. « Ils ont tout fait sans moi me dit-elle, tout est décidé, il vaut mieux que je meure, je ne sers plus à rien ».

Nous avons insisté pour que Pauline aille visiter la maison de repos avant de signer son contrat. La famille a finalement accepté.

« Ca y est me dit-elle, c'est la première fois que je prends une décision importante seule depuis la mort d'André ! ». « Que pensez-vous qu'il aurait pu vous dire ? ». « C'est bien Pauline, je suis content ! ».

Après encore beaucoup de difficultés, de larmes, de doutes, de confusion, d'interprétations, de projections, Pauline pense maintenant à sa maison, à ses souvenirs, à la manière dont elle va donner ce qui lui est le plus cher. Elle se représente peu à peu sa future chambre, sa nouvelle vie, même si ce n'est pas facile, même si la nuit, elle se demande si elle rêve ou si elle est encore embrouillée...

« Pour ce qui me reste, dit-elle », mais elle ne semble plus simplement attendre la mort. Puis, alors que nous nous disons au revoir... « Laissez-moi donc vous embrasser... ».

Conclusion

Faire son deuil, dans le cas du vieillissement, c'est donc apprendre à accepter de se séparer d'une certaine image de soi-même, c'est vivre avec l'idée de la fin de notre propre histoire. Et on n'y arrive parfois pas, ou alors pas tout à fait, ou pas tous les jours.

Peut-être Pauline reviendra-t-elle dans cet hôpital, peut-être aura-t-elle besoin de se laisser aller à nouveau, parce que cela va trop vite, et qu'on n'a pas toujours la force. Je la remercie pour toute l'expérience qu'elle a pu me faire partager au fil de nos séances. ●

Le travail de deuil chez une personne déficiente visuelle

Pierre Griffon,
psychologue
clinicien au
Centre de
rééducation
fonctionnelle
pour aveugle et
malvoyant
(CRFAM) de
Marly-le-Roi,
chargé de cours à
l'université Paris
V, Paris VII et au
Conservatoire
national des arts
et métiers
(CNAM).



Lors de la survenue d'une déficience visuelle, la personne doit modifier son image de soi pour y intégrer la baisse visuelle nouvelle et en retrancher les domaines d'efficacité et d'autonomie atteints par la déficience. Ce mécanisme psychologique est le travail de deuil, présent à chaque fois qu'une personne subit une perte touchant soit ce qu'elle est (image de soi, de ses possibilités), soit ce qu'elle aime (perte d'un proche).



Il s'agit d'un mécanisme en rien propre à la déficience visuelle et qui ne permet pas de ne plus souffrir de ce que l'on vient de perdre, ni d'oublier ou de gommer une réalité pénible. Ce n'est que le moyen, nous pourrions même dire la condition nécessaire, à la compréhension de la perte par le sujet. Sans travail de deuil, la perte reste extérieure à la réalité du sujet, comme un élément dont on parle, que l'on connaît mais pour lequel les implications affectives et pratiques n'existent pas. Nous avons tous en tête ces illustrations d'un deuil non fait, où par exemple, le sujet aimé disparu est considéré comme toujours présent. Sa chambre est inchangée, sa place à table maintenue et l'ensemble de ce qu'il faisait et disait, considéré comme toujours présent, toujours possible.

Ce travail, au sens où il suppose du temps, un investissement et où il rapporte un bénéfice à terme, peut se décomposer schématiquement en trois phases : dénégation, dépression et réaction.

● La **dénégation** est la phase initiale de l'intégration de la déficience nouvelle. Cette intégration intervient en creux, en négatif. Le sujet va mobiliser son énergie pour repousser l'évidence, « Ce n'est pas vrai », « Ma vision va revenir », ou l'atténuer à l'extrême « En fait, ça ne me gêne presque pas, j'ai de bonnes lunettes ».

Il s'agit dans la réalité d'un double mouvement, d'une part une irruption brutale de la conscience de la perte et d'autre part, un rejet aussi brutal, c'est-à-dire spontané et en bloc, de cette perte. On parle, dans le langage courant de « prise de conscience » lorsqu'un sujet découvre ou réalise un fait. La dénégation peut, elle, se définir comme étant une conscience que l'on cherche non pas à prendre mais à rejeter. Cette phase initiale du travail de deuil se caractérise donc par les formes de rejet de la réalité angoissante que vont choisir les sujets. Certains chercheront, par la pratique d'activités à risque (sports violents...), à prouver et à se prouver le peu d'importance de l'atteinte visuelle. D'autres banaliseront la perte en se gardant de se mettre en situation de l'éprouver. Ils limiteront en conséquence leur autonomie, mais trouveront des raisons pour le faire, les plus éloignées possible de l'atteinte visuelle.

● La **phase dépressive** survient généralement, non pas par une rupture permettant de passer de la dénégation à la dépression de manière brutale et définitive, mais par une suite d'alternances où, au fur et à mesure, la part de la conscience de la perte l'emporte sur la dénégation. (Le sujet peut conserver un espoir de guérison magique ténu, en contradiction apparente avec l'humeur dépressive qui majore la gravité présente et à venir de la baisse visuelle).

Alors que les formes et justifications logiques de la dénégation peuvent être très variées, la phase dépressive reproduit généralement le tableau classique de ce type d'état réactionnel. Soit une atteinte de l'humeur (pessimisme,



abattement, découragement...), une inhibition (perte ou réduction de l'élan vital, ralentissement du cours de la pensée, passivité, perte des initiatives, isolement social...), de l'anxiété (craintes diffuses ou localisées, appréhensions, difficultés à se représenter l'avenir...), et éventuellement des troubles somatiques (fatigue, troubles du sommeil, de l'endormissement, céphalées, épisodes anorexiques, boulimiques, maux divers...).

La conscience de la perte n'est plus rejetée, elle domine le sujet, devient omniprésente. Les conséquences, minorées jusqu'alors, sont placées en pleine lumière, poussées à l'extrême. L'atteinte visuelle était tout d'abord mise à l'extérieur de soi comme un fait négligeable. Durant la phase dépressive, le sujet intériorise ce qui lui est arrivé. Il comprend (prend avec soi) cette perte totale ou partielle de sa vision. Ce n'est plus l'œil ou un domaine de son autonomie qui sont atteints mais son intégrité, son image de soi, l'image qu'il se fait de ses capacités d'aimer et d'être aimé, d'oser et d'agir avec cette déficience. L'atteinte n'est plus alors matérielle mais narcissique. La déstabilisation psychologique est forte car l'image de soi antérieure, sans atteinte visuelle, devient inopérante. Le sujet ne dispose plus des moyens psychologiques et fonctionnels d'être ce qu'il imaginait, sans avoir pour autant encore ceux de devenir ce qu'il pourrait être, une fois la déficience connue, définie et compensée davantage. La phase dépressive du travail de deuil met en évidence le poids des maturations psychologiques dans l'adaptation à une déficience. Au plus fort de la dépression, les symptômes dépressifs invalident sensiblement plus le sujet que les limites fonctionnelles issues de la seule déficience ophtalmique. Ce qui l'arrête ou le ralentit ne sont plus des gênes visuelles mais des troubles de l'humeur.

Une des caractéristiques principales de cette phase est l'exagération dépressive qui contamine l'ensemble de l'image de soi du sujet. Non seulement celui-ci prend conscience de manière pénible de la perte ou de la baisse de vision récente, mais en plus il va avoir

tendance à penser qu'il a aussi perdu toutes ses autres capacités personnelles. Il n'est plus capable de travailler, de faire de la musique ou de l'informatique alors qu'il possédait, par exemple, un très bon niveau dans ces deux domaines. Ce processus d'exagération dépressive est ici le même que lors de la perte d'un proche et a été fort bien illustré par la littérature : « un seul être vous manque et tout est dépeuplé ». Prendre conscience de cette perte qui m'atteint est nécessairement, pendant une période donnée, penser avoir tout perdu.

L'image de soi est en défaut. Or une image de soi est constituée d'imaginaire. Ce que je pense être, est la somme d'expériences, d'identifications et d'introjections réalisées dans mon passé et tout particulièrement au moment de l'adolescence. Ce n'est pas une somme d'éléments réels, prouvés, démontrés de manière rationnelle et mis bout à bout. C'est ce que je pense être, ce n'est pas exactement ce que je suis, ce n'est pas non plus parfaitement tel que mes proches me voient. L'image que j'ai de moi-même est ce que j'imagine être. Ce qui fait qu'elle existe est qu'elle fonctionne, qu'elle est fonctionnelle. Les caractéristiques qui constituent ce que je pense être sont peut-être fausses mais elles me permettent efficacement d'agir et donc elles possèdent une valeur dans la définition que j'ai de ce que je suis.

Aussi pour le sujet, lors de cette phase du travail de deuil, tout l'objet, toute l'urgence, est de parvenir à se constituer une nouvelle image de soi, intégrant la déficience sans pourtant s'y réduire. Cette nouvelle image de soi est la condition préalable, le support indispensable d'un travail d'adaptation matériel à la déficience et par conséquent d'une rééducation quand

Le travail de deuil chez une personne déficiente visuelle

celle-ci s'avère utile. Cette nouvelle image de soi ne va pas l'empêcher de souffrir de ce qu'il a perdu, mais lui permettre de continuer à évoluer et rebondir malgré et avec ce qu'il vient de perdre.

En fin de période dépressive, le sujet est souvent en proie à des variations importantes et sans transition de son humeur. A la dépression, se mêlent des moments où le sujet se sent davantage d'énergie, recommence à miser sur ses capacités, élabore des projets d'avenir. Ces variations peuvent être brutales au point de le surprendre (passer du rire aux larmes, attitude euphorique transitoire).

● La **réaction** est l'aboutissement du travail de deuil. Le sujet parvient à intégrer la déficience dans l'ensemble de ses capacités et limites personnelles (image de soi). Il a perdu des possibilités visuelles, mais est toujours ce qu'il était, retrouve son élan vital et recherche à mettre en place des moyens pour compenser sa déficience. Si l'initiative et l'élan vital sont à nouveau présents, l'adaptation fonctionnelle à la déficience va nécessiter du temps. Ce n'est que progressivement que vont se dessiner les contours de l'autonomie du sujet et ainsi se préciser le handicap.

Soit, en résumé :

1. Dénégation : « Je n'ai rien perdu » ;
2. Dépression : « J'ai tout perdu puisque j'ai perdu de la vision » (remise en question de l'image de soi avant déficience) ;
3. Réaction : « Je n'ai perdu que ça (définition de la portée fonctionnelle de la déficience visuelle : les désavantages et incapacités) et, à part cela, je suis le même » (reconstruction d'une image de soi opérante).

Il est essentiel de savoir que ce mécanisme psychologique de deuil est un mécanisme normal d'adaptation à une perte. Nous l'avons tous vécu, dans des circonstances parfois bénignes : (je perds ma montre, première réaction : « Ce n'est pas vrai » et je la cherche dans mes poches ou autour de moi ; deuxième

réaction : « Ça n'arrive qu'à moi », « Je perds toujours tout », « Je suis un nul » ; troisième réaction : demander l'heure à un passant, s'acheter une autre montre). Le sujet ne peut en faire l'économie et sa résultante sera la portée fonctionnelle du handicap, après ce travail d'intégration d'une perte nouvelle (une déficience visuelle) aux éléments, passés et présents, constitutifs de l'image de soi.

La caractéristique de ce mécanisme dans le cas d'une atteinte visuelle récente est qu'il va permettre à la personne de définir ce qu'elle a perdu et donc quel est son handicap. Or, cette définition n'est en rien évidente quand justement ce qui est atteint, la vision, est le moyen principal de vérification de nos faits et gestes. Un des points clefs des déficiences sensorielles est que les personnes qui en sont atteintes vont avoir du mal à percevoir ce qu'elles ne perçoivent plus. Le travail effectué lors du deuil va donc jouer ce rôle d'évaluation douloureuse et nécessaire pour parvenir à définir ce qui est perdu.

Le travail de deuil n'efface rien, ne comble pas et n'atténue qu'un peu la souffrance devant la perte de vision. Il est cependant indispensable pour que le sujet comprenne ce qu'il vient de perdre et l'intègre de façon dynamique à une image de soi en modification, afin de rebondir et vivre sans se réduire à ce qu'il vient de perdre. « L'essence de l'être est le désir » disait Spinoza dans son *Éthique*. L'intégration du manque ou de la perte de vision à l'image de soi doit permettre l'émergence de ces désirs nouveaux, nombreux, et témoins, malgré le manque, d'une nouvelle « expansion de l'être », pour conserver la terminologie du philosophe. Savons-nous, professionnels, accompagnants ou proches, aider la personne en ce sens ? ●



LES DEUILS

Les sujets endeuillés après suicide

Quelques considérations sur l'accompagnement psychologique individuel

.....

Celles et ceux qui s'engagent dans l'aide psychologique aux sujets endoloris par la mort d'un proche après suicide sont fortement concernés par les failles et le relâchement du lien social que concrétisent généralement les suicides aboutis.

Aucune forme de cette aide, aussi individualisée soit-elle, ne peut être envisagée sans solliciter d'une certaine manière la communauté humaine dans son histoire et dans son actualité. Plus encore, il se peut même qu'aucune de ces pratiques (professionnelles ou bénévoles) ne se réalise sans que la société ne la commande, ne la mandate et/ou ne la finance. Qui aurait pensé il y a quelques décennies encore, à s'intéresser de manière spécifique à la nature de l'accompagnement offert et à offrir aux endeuillés après suicide ?

.....

*Ce que la science explique par des causes
N'est pas pour autant compris.
La compréhension cherche ce qui lui
échappe.
Elle s'avance fortement et constamment vers
le moment
Où comprendre n'est plus possible,
Où le fait, dans sa réalité absolument
concrète,
Devient l'obscur et l'impénétrable.*

Maurice Blanchot (1953)

Avant d'explorer certaines dimensions à l'œuvre dans le deuil après suicide, nous voudrions souligner que l'épreuve qui saisit chaque sujet confronté au suicide d'un être cher n'est pas sans conséquence pour les adultes amenés à le rencontrer, à le côtoyer, à l'accompagner. Cet accompagnant sera, lui aussi, sollicité dans ses propres ancrages identitaires, valeurs et repères.

C'est peut-être pour avoir entendu, à maintes reprises, ces souffrances au niveau de l'endeuillé(e) et les difficultés de l'accompagnant que nous proposons ces réflexions, ces balises sur le suivi psychologique individuel ; c'est aussi sûrement pour poursuivre la quête de sens sans laquelle nos pratiques ne seraient qu'impossibles.

« Le suicide » est une expression qu'il serait sage de proscrire puisqu'elle ne tient pas compte de la pluralité des formes et motivations suicidaires rencontrées. En réalité, il n'y a que des suicides, chacun doté d'une logique singulière, non réductible à une grille psychopathologique ou sociologique unique.

Toutefois, on pourrait avancer que le suicidé signe, par et dans son acte, son renoncement définitif au collectif social ; il marque sa rupture radicale avec tout lien social dont il semble avoir fait le « deuil ». Cet acte traduit une sortie radicale du sujet de la scène du monde. Il forme un acte de négation de la parole partagée au profit d'une parole autonome, une tentative de créer une parole seule. En somme, il est le résultat d'une logique infernale dans laquelle aucun interlocuteur, aucune médiation n'est plus possible et où le sujet affirme de façon définitive et désespérée son être radicalement divisé.

Éric Degremont¹ écrivait avec à propos « parce qu'il (le suicide) est l'innommable, il devient innommable et l'on ne prononcera plus son nom qu'avec précaution, réticence, effroi, voire honte ».

Ces réactions sociales de honte et d'effroi se repèrent fréquemment chez les proches des

Marc-Elie Huon,
*psychologue
clinicien, Unité
d'accueil médico-
psychologique
Anjela Duval
(UAMP), service
de post-urgence
au Centre
hospitalier
universitaire de
Brest.*

endeuillés par suicide. Le soutien familial est variable et tend à s'affaiblir au fil des semaines et des mois. Le geste suicidaire, par sa dimension encore taboue ainsi que par les fantasmes de contagion qu'il suscite, génère régulièrement une fragilisation du tissu familial au sens large. Comme nous l'avons déjà dit, l'événement suicide n'est pas non plus sans incidences significatives sur des tiers qui auront à accompagner ceux qui restent.

Nous voudrions évoquer, pour les avoir maintes fois observées, plusieurs contre-attitudes défensives qui guettent certains accompagnants professionnels ou non, extérieurs à la famille. Elles nous semblent préjudiciables pour l'accomplissement de ce travail de deuil particulièrement douloureux et difficile.

Ces attitudes néfastes sont nombreuses, c'est pourquoi nous ne citerons que les principales.

Les principales contre-attitudes défensives chez l'accompagnant

- L'adoption d'une attitude intellectuelle à l'égard de l'endeuillé(e), c'est-à-dire dénuée d'affects, sonne comme une défense puissante contre la douleur et la peur engendrées par le suicide. Elle empêche un partage émotionnel et barre l'accès à la mise en place d'une relation transférentielle. Le risque majeur avec cette position rationalisée, intellectualisée, serait de ne plus sentir ce que l'endeuillé(e) exprime et ressent.
- Nous craignons à l'inverse une position de sympathie qui serait proche de la compassion. L'écueil serait alors de se laisser envahir par le ressenti de l'autre et de ne plus pouvoir l'aider.
- Le désir de comprendre à tout prix le suicide de la part de l'accompagnant, d'en débusquer les « raisons » est contre-productif. Le danger tient alors à la tentation de s'identifier au suicidé et de rendre secondaire la parole du sujet endeuillé par ce suicide.
- Les conduites de conseil et de réassurance face à la détresse et à l'angoisse de l'endeuillé sont à proscrire car elles font partie des

ennemies de l'écoute ; leur vertu calmante n'est que très passagère et surtout elles sont soutenues par la volonté trop limitée d'échapper à l'inconfort que produit l'angoisse de la situation. Ces attitudes, a priori légitimes, de l'écouter risquent précisément de banaliser, minimiser la souffrance de l'autre et de faire taire l'insupportable mais aussi le sujet lui-même.

- Le rabattement d'une perspective idéologique sur une perspective de soutien psychologique : il n'est pas exceptionnel malheureusement de rencontrer l'affirmation de positions idéologiques de certains accompagnants qui s'avèrent pernicieuses pour un suivi individuel d'endeuillé(e). Ce sont des propos tels que « moi je respecte le suicide... moi je comprends tout à fait qu'on puisse se suicider... je les comprends ». Il nous paraît dangereux pour ces endeuillés par suicide de rencontrer ces adultes qui idéalisent inconsciemment ou consciemment le passage à l'acte, par risque de leur transmettre cette forme d'idéalisation ou d'interprétation forcée de la cause du suicide. Cela pose d'ailleurs une question éthique et technique lorsqu'on œuvre pour une prévention des suicides et qui plus est lorsqu'on accompagne des personnes endeuillées par suicide, elles-mêmes parfois (voire souvent) aux prises à des idéations suicidaires. L'éthique de l'accompagnant pourrait se formuler ainsi : « Je n'ai aucun droit d'empêcher quelqu'un de mourir, mais j'ai le devoir de l'aider à choisir de vivre ! ».
- L'écoute d'un sujet confronté à une mort par suicide peut faire résonance avec des deuils personnels mal symbolisés d'où la nécessité pour l'écouter d'avoir cicatrisé autant que possible ses blessures narcissiques consécutives à des pertes personnelles anciennes et/ou récentes.

En tout cas, toutes ces attitudes contre-transférentielles, assez régulièrement repérées et repérables, justifient du côté de l'aidant de savoir correctement se situer vis-à-vis de l'endeuillé et pouvoir répondre aux questions fondamentales comme : Qui j'aide ? Moi ou l'autre ? Pourquoi je veux l'aider ? Quel est mon projet pour cet autre endeuillé ? Offrir aux accompagnants un cadre suffisamment



sécurisant pour que puissent se dire leurs difficultés rencontrées, pour mener un travail d'élaboration psychique et une mise à distance des affects anxieux, demeure indispensable. Lorsqu'on propose une aide psychologique individualisée à des endeuillé(e)s après suicide, il est nécessaire de travailler en équipe sous la forme d'une supervision individuelle ou groupale plus ou moins formelle.

Après cette recension de conduites néfastes du côté de l'accompagnant, abordons à présent certaines dimensions psychiques à l'œuvre dans le processus de deuil après suicide.

L'effet traumatique du suicide

La première dimension en présence est sans nul doute le trauma. Même si l'on s'accorde à dire que tous les deuils sont traumatiques, le deuil par suicide l'est tout particulièrement à plusieurs titres : tout d'abord le suicide partage avec le trauma la violence de l'expérience traversée. Chaque suicide est un acte violent doublement infligé, à soi et aux autres. D'autre part, c'est une violence subie par l'entourage, imposée du dehors par le geste du suicide lui-même. Elle est aussi, comme pour le trauma, subite et brutale, provoquant un effet de surprise, un choc qui n'a souvent pas permis l'anticipation de la mort. Il ne faudrait pas croire que parce que le suicide fatal fut précédé de tentatives de suicide, le choc n'a pas lieu ni la sidération. Il y a aussi un choc et ce choc est particulièrement violent. De plus, l'incompréhension totale ou partielle de cette mort devient pour les proches endeuillés un véritable non-sens et renforce, de surcroît, le caractère traumatique.

Celui ou celle, parmi les proches, qui découvre le corps du suicidé est confronté(e) à une vision traumatique. Comme le décrit très bien F. Lebigot² « *il n'a pas seulement éprouvé dans l'angoisse l'imminence de sa mort, celle-ci s'est imposée à lui comme un réel qui l'a laissé, pendant une fraction de seconde pétrifié, sidéré...* (il ajoute) *cet instant le distingue désormais des autres hommes car il est porteur d'une révélation bouleversante qui s'est installée en lui de manière fulgurante, sous la*

forme d'une image, celle de l'événement traumatique ».

Il nous semble que ce qui est traumatique dans cette vision d'horreur, c'est à la fois de voir le mort, son corps, mais tout autant de voir La Mort à travers lui. Trauma qui marque respectivement la fin de l'illusion d'immortalité et la fin du mythe personnel d'invulnérabilité.

L'angoisse émane de cette impossibilité de symboliser cette scène dans laquelle le sujet s'imagine mort. En effet, nul n'a en soi une représentation de soi comme mort, un souvenir préalable à l'intérieur du psychisme auquel pourrait se raccrocher cette expérience.

Ce traumatisme de la perte brutale se vit à plusieurs niveaux : d'une part comme blessure narcissique, ils se vivent comme de mauvais proches ; et aussi comme une perte objectale sur le plan imaginaire et fantasmatique.

L'aspect traumatique est assez souvent majoré par les circonstances de l'annonce de la mort mais également par l'enquête de gendarmerie parfois vécue comme accusatrice et par certains propos maladroits du type « *ne t'inquiète pas... tu verras, ça passera avec le temps* » qui résonnent chez l'endeuillé(e) comme des appels à l'oubli, voire comme une seconde mort.

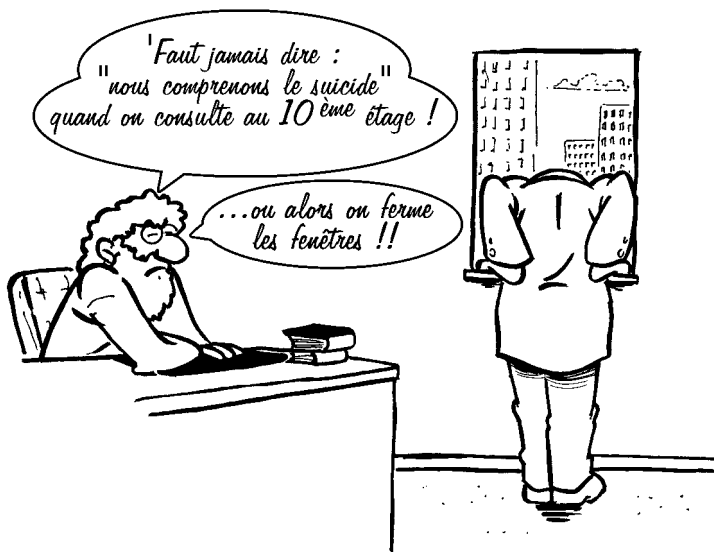
Dans les premiers temps, dominant sans doute les sentiments d'impuissance, d'insécurité, d'abandon. Impression d'avoir été abandonné par lui ou elle, doublée de celui d'avoir abandonné l'être aimé désormais mort. Les vécus profonds d'anéantissement, les sentiments de solitude, d'exclusion et de honte justifient, de notre point de vue, de proposer rapidement après le drame un accueil et un temps d'écoute bienveillant. Certes, nous rejetons l'idée d'un interventionnisme précoce, autrement dit dans l'immédiat, perçu par les endeuillés comme intrusif ; ils ont besoin de se « poser ». Mais il est important qu'ils sachent que la société peut les accueillir et surtout qu'il y a des gens qui peuvent entendre ce qu'ils ont à dire.

Notre pratique clinique nous révèle à quel point la prise en charge très différée de la situation traumatique de la perte (due certes aux défenses

Les sujets endeuillés après suicide

psychologiques déployées par les endeuillé(e)s mais aussi à notre avis à l'absence de dispositif d'aide) fait le lit de dépressions enkystées voire de syndromes post-traumatiques difficiles à dépasser.

Le *debriefing* individuel (ou collectif quand cela est possible en particulier avec plusieurs membres de la famille) ainsi que toutes formes d'offres d'écoute empathique contenant de leur souffrance participent d'une prévention de complications de deuil. Le *debriefing* consistera à retracer, quelques temps après, ce qu'ils (les endeuillés) ont éprouvé pendant les faits passés, les émotions, peurs, colères, les sentiments et pensées qui les ont traversés. Il permet de construire une première histoire voire un premier sens à propos de l'événement, un récit vivant et subjectif de ce qui a été vécu et ressenti par le sujet.



Le *debriefing* collectif (avec plusieurs membres d'une même famille) a l'avantage de créer une cohésion et possède un effet protecteur. Le groupe permet que chacun puisse se dire touché par ce qu'il a vécu et entendre ce qu'un proche a ressenti ou même se reconnaître dans ses propos. Il permet pour chacun aussi de repérer en quoi sa façon d'avoir été affecté n'appartient qu'à lui. Le *debriefing* collectif offre la possibilité d'un partage commun de la souffrance mais aussi de décharger collectivement les sentiments de culpabilité inhérents au suicide abouti. Le travail de deuil ne pourra

commencer que lorsque les images traumatiques de l'événement auront pu être suffisamment exprimées avec toutes les émotions fortes qui s'y rattachent.

En raison de la place prépondérante qu'il occupe auprès des familles affectées, le médecin généraliste devrait être sensibilisé à ce type d'approche et se voir proposer des formations sur les aspects psycho-traumatiques développés par les endeuillé(e)s après suicide pour être mieux armé dans le repérage et le traitement de la détresse psychique réactionnelle à l'événement suicide.

Dans les débuts de l'aide psychologique, il nous semble que l'écouter ne peut servir que de miroir contenant à la souffrance de l'autre, l'endeuillé(e) étant dans un tel état de détresse psychique.

Il convient d'accorder et d'aménager à la souffrance une place principale au sein du soutien psychologique individuel pour qu'elle puisse être déchargée et altérée à force de larmes et de mots. La réaction traumatique est en partie liée aux possibilités de décharge motrice.

La souffrance se signale d'une très grande vivacité dans les premiers moments et assure d'une certaine manière la permanence de l'autre absent à l'intérieur de l'endeuillé. Elle est l'ultime rempart contre le néant. J.D. Nasio³ écrit ces propos très éclairants pour la pratique : *« La douleur du deuil n'est pas douleur de séparation mais douleur de liaison. Voilà (dit-il) ce que je voulais apporter de nouveau : penser que ce qui fait mal, ce n'est pas de se séparer, mais de s'attacher plus fort que jamais à l'objet perdu... Si avec cette thèse à l'esprit, vous écoutez un endeuillé qui vous parle de la douleur qui l'étreint depuis la perte d'un être cher, vous serez sans doute étonné. Étonné de sentir que sa douleur n'est pas tant de ne plus avoir près de soi l'autre aimé, mais de l'avoir présent, plus présent que jamais ».*

La douleur, ainsi, participe de ce processus de resserrement des liens qui débouchera en principe sur les activités de remémoration et d'identification au défunt. L'expression de la souffrance n'est pas à entraver dans la mesure où le vécu de cette souffrance tient bien aussi



d'hommage au mort, de preuve d'amour. Soulignons que la neutralisation de cette souffrance par le biais d'une médicalisation excessive porte atteinte à l'élaboration psychique de la perte. Une surmédicalisation de la souffrance objecte au travail indispensable de la remémoration en instaurant des clivages durables entre les affects et les images de la situation et fait naître ponctuellement chez l'endeuillé des sentiments d'usurpation.

Le ressouvenir peut donc être bloqué par deux mécanismes anti-deuil que sont le déni et le clivage. Certes, ils sont présents inévitablement au début du deuil mais leur maintien prolongé dans la vie psychique signe l'avènement d'une complication de deuil. Le déni porte sur la réalité objective de la mort dont on sait bien que certains éléments du deuil favorisent le dépassement de cette réaction (voir le corps du défunt, le cercueil, l'inscription du patronyme sur la stèle funéraire). Le déni peut se manifester par la non-reconnaissance de la souffrance et de la situation de deuil par le sujet. Dans ce cas, la personne investit avec force tels moments, expériences passées avec l'autre mort et qui ont valeur fondatrice pour elle. Le dépassement de cette souffrance déniée mais aussi parfois impossible à extérioriser (anesthésie affective) est régulièrement réalisée à des périodes symboliques pour le survivant (anniversaires de la mort) ainsi qu'à la survenue de nouvelles pertes.

Le clivage psychique, mécanisme de protection lui aussi inévitable à la découverte de cet événement (qu'on ait été témoin ou qu'on ait reçu le récit des circonstances de la mort après coup), s'il n'a pu être travaillé rapidement par exemple au cours d'un *débriefing* psychologique, peut persister durablement et donner lieu à un verrouillage défensif durable, à une complication de deuil qui se traduit sur le plan clinique soit par l'absence d'affects liés à la situation de perte, soit par l'absence prolongée d'images mentales ou enfin par la sur-présence d'images traumatiques.

Dans ces conditions, il est essentiel au cours du suivi individuel de solliciter le sujet pour qu'il révoque les premières images liées à l'annonce de la mort ou à la découverte du corps du défunt (« Qu'avez-vous vu, ressenti,

senti ? ») ainsi que les premières expériences de ritualisation (« Racontez-moi l'enterrement, ce qui vous a marqué ») pour tenter d'amorcer une nouvelle liaison entre l'affect douloureux et une représentation de l'image concernée, et rendre possible le travail de deuil.

Parler de l'événement, parler de soi dans l'événement vise à essayer d'épuiser le trauma, de fractionner l'image traumatique, de construire des liens morceau par morceau avec des représentations. Fréquemment, à la question du ressenti de l'événement, les sujets répondent par des métaphores qui vont aider à l'insertion de l'événement dans leur histoire, pour qu'il acquière progressivement un statut de représentation et non plus de pur réel effroyable.

Évoquer, par la suite, la vie actuelle et le passé de la relation avec l'être aimé avant l'événement mortel a pour fonction de restaurer une continuité psychique du sujet et surtout de rétablir la fonction temporelle mise à mal par la situation violente du suicide.

En fait, les capacités d'empathie et d'étayage développées par l'accompagnant ainsi que ses qualités de rentrer en résonance émotionnelle avec la douleur de l'intéressé(e) constituent, selon nous, les pivots techniques d'un suivi psychologique individuel.

Dans ces contextes de perte violente, où le narcissisme du sujet est soumis à rude épreuve, l'emploi de la technique et du cadre psychanalytique s'avère inopportun ; il risquerait de rendre caduque toute possibilité d'alliance entre les deux protagonistes de la rencontre.

A fortiori, l'agencement d'un cadre assez souple au niveau de la durée et de l'intervalle des rencontres, comporte au moins un triple intérêt de signifier d'une part au sujet en deuil que son travail d'élaboration de la perte réclamera du temps (non quantifiable à l'avance car chacun réagit en fonction de la nature de la relation qu'il (elle) vivait avec le désormais défunt), mais aussi d'entendre ses défenses psychologiques à leur rythme et enfin d'adopter une position de ne pas savoir à sa place.

Ce cadre porte également sur la durée des rencontres qui nous semble devoir être

contractualisée au début du suivi afin de réduire les risques de dépendance affective. Pour ne pas heurter le sujet, il est possible de le formuler de la manière suivante : « *Je vous propose de nous voir jusqu'à telle date, puis nous ferons le point à ce moment-là* ». La fixité des jours et horaires de rencontre concourt également au rétablissement des repères temporels chez l'endeuillé(e). L'accompagnant est le garant du temps chronologique, réduisant les risques d'installation du sujet dans un temps circulaire. Ce qu'il est important de comprendre ici, c'est qu'il faut fixer une limite dans le deuil. Les endeuillé(e)s ont fréquemment tendance à sortir du cadre.

Les sentiments de culpabilité

Tous les deuils, nous le savons, sont traversés par les sentiments de culpabilité comme s'il était nécessaire d'expier le droit d'être et de rester vivant lorsque la personne aimée est décédée. Le deuil après suicide n'y échappe pas, tout au contraire, et c'est principalement au niveau des sentiments de culpabilité que le travail de deuil après suicide est bien plus difficile et souvent compliqué. Le soulagement de cette culpabilité n'entrave pas la venue du travail de deuil puisqu'il en donne l'accès. La culpabilité est, pourrait-on dire, le moteur de l'action « cathartique ».

Comme accompagnant professionnel ou bénévole, face à des individus ayant perdu un proche par suicide, notre désir est grand de leur renvoyer un discours positif au sens de déculpabilisant. Pourtant si nous le faisons, alors tout le saillant, la substance même de l'événement, toute l'originalité de leur expérience seront annulés et ces sujets ne parleront plus que de cette place de pure victime que nous leur aurons attribuée. C'est pourquoi, prendre et laisser le temps au sujet de pouvoir exprimer et affronter en toute conscience ses sentiments de culpabilité est primordial. Cette culpabilité a deux composantes : la culpabilité consciente et inconsciente.

Les sentiments conscients de culpabilité concernent les auto-reproches et erreurs que l'endeuillé(e) affiche de même que les

sentiments d'impuissance face à la perte. Ces sentiments sont particulièrement renforcés dans le deuil après suicide en raison de l'impuissance où l'on s'est trouvé à pouvoir aider efficacement l'être aimé qui s'est finalement tué. Cette culpabilité diffère selon les conditions de la perte. Deux situations peuvent se rencontrer. La première est celle où le suicide fut précédé de signes pré-suicidaires, voire de tentatives de suicide repérées de l'extérieur. Certes, comme le souligne M. Hanus, ces antécédents peuvent ouvrir la voie à un processus de pré-deuil ; toutefois, il est fréquent d'observer le contraire. Les attitudes de déni, de banalisation des actes suicidaires même répétés barrent souvent l'accès à un pré-deuil du côté de l'entourage. En effet, le suicidé pouvait parfois jouir de son vivant d'un statut d'immortel malgré la fréquence de ses passages à l'acte. Nous entendons souvent « *il (elle) avait fait tellement de tentatives de suicide qu'il (elle) ne pouvait pas mourir, ce n'était que du chantage, rien d'inquiétant...* ».

L'autre situation est celle du suicide impulsif, dit imprévisible. Le sentiment conscient de culpabilité est renforcé dans la mesure où l'acte brutal vient signifier subitement à l'endeuillé que la connaissance de l'être aimé n'était que partielle, qu'il y avait des dimensions inconscientes qui lui échappaient dans la relation à l'autre. Deuil d'une complétude idéalisée de l'autre. Perte brutale de sa toute puissance sur l'autre mais aussi de l'illusion de détenir un savoir absolu à son égard. Ce qui ouvre à la problématique du sens.

En effet, parmi les réactions particulièrement présentes dans un deuil par suicide, il faut citer la recherche effrénée, compulsive de sens (pulsion épistémophilique). Elle a pour mission de dégonfler ce sentiment de toute impuissance qui envahit l'endeuillé. Ces éprouvés d'impuissance, liés au fait de n'avoir pas perçu ou d'avoir insuffisamment pris conscience de la profondeur de la souffrance psychologique vécue par le proche et au bout du compte de n'avoir pu éviter sa mort, majorent considérablement les sentiments conscients de culpabilité.

Pour cheminer dans son deuil, le survivant n'a pas d'autre choix que de renoncer à tout savoir,



à tout comprendre de cet acte si étrange, c'est-à-dire à renoncer à occuper indéfiniment cette place d'interprète en quête de sens. L'évolution de son deuil sera étroitement liée à sa capacité de reconnaître et d'accepter la part d'insondable, la perte mystérieuse inhérente au suicide de l'autre. La recherche « pulsionnelle » du sens s'apaisera aussi au moment où l'endeuillé attribuera, paradoxalement, à cette mort qui est en soi pur réel, hostile et étrangère, une valeur symbolique. Celle, à minima, que le suicide à défaut de le comprendre, est toujours le signe tangible d'une souffrance insupportable. L'attribution d'une valeur symbolique à un tel acte nous semble constituer, après un certain temps, un geste thérapeutique qui réduira les sentiments d'angoisse.

Il est probable que les personnalités au narcissisme très exigeant ressentiront les pires difficultés à interrompre cette quête compulsive de sens, refusant d'accéder à un savoir, lequel nécessite la reconnaissance d'un manque. Piera Aulagnier, dans *Un interprète en quête de sens*, écrivait que « tout nouvel objet de savoir ne peut que le renvoyer à un nouveau non su ». Néanmoins, la culpabilité ne pourra avoir de chance de se réduire qu'à la condition que l'endeuillé parvienne à verbaliser l'agressivité réactionnelle ressentie vis-à-vis de la personne perdue. Agressivité liée au sentiment d'abandon, tel fut le cas de cette jeune agricultrice veuve par suicide de son époux qui déclarait avec véhémence : « il n'avait pas le droit de me laisser toute seule, comment je vais me débrouiller maintenant avec la ferme ».

Cependant, les manifestations de la culpabilité consciente ne sont pas suffisantes pour que s'opère convenablement le travail de deuil. Elles font même souvent obstacle à l'émergence nécessaire de la culpabilité inconsciente.

Les sentiments inconscients de culpabilité sont en relation avec l'ambivalence, l'ambivalence des liens qui unissaient le défunt et le survivant. Les sentiments opposés doivent se dire pour laisser place première à celui qui va dominer (les sentiments amoureux en général) ; dire, c'est déjà s'extraire de l'ambivalence, orienter ses choix vers une voie.

Cette ambivalence des liens est difficile à

reconnaître et demande du temps, car elle accroît les sentiments de culpabilité déjà féroces. Dans ce contexte, l'introduction d'un tiers s'avère nécessaire pour cerner son ambivalence. En la désignant, en la travaillant, on ne l'exacerbe pas, mais au contraire on donne place à la pluralité de sentiments qui nous constituent et on gère leurs oppositions. Elle est difficile à mobiliser car elle attaque l'autre dans sa propre image. Non reconnue, elle ressurgira dans des complications du deuil. Le dévoilement de l'ambivalence empêche que ne s'installe l'idéalisation prolongée à l'autre disparu, l'amour cristallisé autour de son image idéalisée qui risquerait d'aboutir à un passage à l'acte suicidaire ou à une mélancolisation.

Si la relation antérieure était placée sous le régime d'une forte ambivalence alors les aspects négatifs, les mauvais souvenirs écloront très difficilement à la conscience, et pourtant de la prise de conscience de l'ambivalence dépend l'évolution favorable du travail de deuil. L'exemple d'une jeune agricultrice endeuillée par suicide de son mari le montre bien : après des semaines de souffrance dépressive majeure où elle ne parle de son mari qu'en termes idéalisés, elle évoque les reproches faits à son mari relatifs aux circonstances de sa mort. Ces reproches ciblés feront répétition pendant plusieurs séances jusqu'à ce qu'elle s'autorise à évoquer l'intense conflictualité de la relation avec son mari, décrite comme étant « un enfer depuis quelques mois » tout en ajoutant de manière laconique « je venais de demander le divorce ». La séance fut close après que nous ayons reformulé les larmes et une souffrance intense associée à une culpabilité paroxystique. Les rencontres suivantes révélèrent l'amorce d'un réinvestissement, jusque-là impossible du monde extérieur (invitations, sorties).

C'est dire que la traversée d'un deuil dépend étroitement de la possibilité pour l'individu d'intégrer les culpabilités et agressivités vis-à-vis de la personne absente, c'est-à-dire de réactualiser l'ambivalence. Vivre son deuil, comme nous le rappelle le psychanalyste J.D. Nasio, c'est être habité par la douleur, mais quelquefois par la haine contre la perte irréversible de l'autre et aussi par la culpabilité de nous sentir haineux (vis-à-vis de lui ou d'elle).

Freud, dans *Totem et Tabou*⁴, avait déjà souligné cet aspect : « *Il arrive souvent que les survivants demeurent la proie de doutes pénibles, que nous appelons « reproches obsessionnels », et se demandent s'ils n'ont pas eux-mêmes causé, par leur imprudence, la mort de la personne aimée (...). Cela ne veut pas dire que la personne en deuil soit réellement coupable de la mort du parent ou ait commis une négligence à son égard, ainsi que le reproche obsessionnel : cela signifie tout simplement que la mort du parent a procuré satisfaction à un désir (meurtrier) inconscient qui, s'il avait été puissant, aurait provoqué cette mort* ». Selon Freud, seul le vécu conscient de ce combat singulier au cours d'un deuil entre amour acharné pour l'image de l'aimé disparu et la haine qui permet de s'en défaire, évite la plongée dans la mélancolie.

L'aspect fondamental de la prise en charge porte, de ce fait, sur le destin des affects agressifs. L'agressivité est double, celle qui est infligée par l'acte même du suicide aux autres survivants et celle que ces derniers éprouvent souvent secrètement vis-à-vis du défunt.

Deux rappels ne sont pas inintéressants à cet instant :

- Le premier est celui d'un retour à Freud qui définit le suicide comme un retournement contre soi de son propre sadisme. Le suicide est causé par des pulsions agressives qui se retournent contre la victime elle-même.
- La deuxième référence est empruntée à Erwin Ringel qui, en 1958, a décrit pour la première fois le syndrome pré-suicidaire, état d'esprit spécifique qui conduit à l'acte suicidaire. Ce syndrome fournit toujours une base possible à une prévention du suicide plus ciblée. L'auteur présentait trois composantes principales à ce syndrome : la constriction, les fantasmes suicidaires et l'agression inhibée (ou auto-agression).

Le développement de potentiels agressifs inhabituels (comme dans un deuil) non déchargés contre le monde extérieur constitue, selon lui, le premier stade décisif dans le syndrome pré-suicidaire. Il concluait en disant (je cite) que « *le danger du suicide diminue autant que le thérapeute amène le patient à*

verbaliser et donc à se débarrasser de ses agressions refoulées. L'expérience montre que chacune de ces abréactions, au moins pour le moment, affaiblit considérablement la tendance suicidaire... Dans la mesure où des désirs inconscients d'autopunition jouent un rôle dans l'agression tournée contre soi, rendre le patient conscient de ses sentiments cachés de culpabilité est très important pour le rendre capable de les affronter consciemment ».

L'abréaction de l'agression est particulièrement d'importance dans un deuil par suicide. Sinon, la violence du suicide infligée à l'endeuillé risque de se décharger et de se fixer sur le Moi du sujet et produire sa dissolution voire son extinction. Ainsi, le deuil par suicide examiné sous cet angle augmente le risque de mortalité par suicide. L'agressivité, aspect central dans ce type de deuil, trouvera peut-être sa résolution par le pardon. Pardonner, c'est admettre que l'autre nous a offensé, violenté par son geste, mais aussi reconnaître qu'on ne lui tient plus rigueur. Par le don, on n'a pas oublié, mais on ne lui tient plus rigueur. S'il y a culpabilité, elle est payée. Par ce don, il reprend sa place et sa dignité. ●

Bibliographie

- (1) Degremont E., « Le politique peut-il et doit-il prendre la parole du suicidant et la passer ? » in acte du colloque *Accorder la parole*, SOS Suicide Phoenix, mai 1995.
- (2) Lebigot F., Gautier E., Moran D., Reges J.L., Lassagne M., *Le debriefing psychologique collectif*, Ann. Méd. Psychol., 1997, 155, 6 : 370-378.
- (3) Nasio J.D., *Le livre de la douleur et de l'amour*, Paris, coll. Désir, Payot, 1996.
- (4) Freud S., *Totem et Tabou*, Paris, Payot, 1970, p 168.

Deuil et soins intensifs



LES DEUILS

.....

Le deuil vécu aux soins intensifs présente des caractéristiques bien spécifiques. La principale d'entre elles est « l'incompétence » du patient.

Ce deuil n'est pas uniquement celui de la famille, mais aussi celui des soignants, celui-ci impliquant une autre facette de la libido et du « commandement de la réalité ».

.....

En effet, bien souvent, le décès du patient est précédé d'une assez longue période (parfois plusieurs semaines) durant laquelle il est inconscient, ou à tout le moins incapable de communiquer. Cette situation singulière aboutit souvent à augmenter considérablement la difficulté des proches à envisager le deuil, leur proche malade se trouvant ainsi d'une certaine façon déjà entre la vie et la mort. D'autre part, l'environnement aux soins intensifs est particulièrement effrayant (machines en tous genres, alarmes sonores et visuelles, tenue quasi-militaire du personnel,...), ce qui peut amener les proches à voir leur attention détournée du sujet principal de leur préoccupation, à savoir le patient mourant. Enfin, les moments de rencontre entre le patient et ses proches sont généralement très restreints (parfois une seule heure par jour), ce qui n'est pas non plus propice à l'élaboration d'un deuil normal.

Le deuil vécu par les proches

● L'histoire de Madame S

Charles a 69 ans. Il vient aux soins intensifs pour une surveillance post-opératoire a priori banale après une pneumonectomie droite, consécutive à la découverte récente d'un cancer opérable. Les premières heures se passent sans problème, mais très vite, et sans raison apparente, Charles doit être ré-intubé car il développe de façon fulgurante une broncho-pneumonie affectant l'entièreté du poumon restant. Malgré un traitement approprié, il finit par décéder après 48 heures de traitement acharné. Il a une épouse et trois enfants qui sont informés, dès le début de la complication respiratoire, de la gravité de la situation. Lorsque le décès survient, la famille est à son chevet.

Dans les semaines qui suivent, Madame S, l'épouse du patient, envoie de nombreux courriers à la direction pour manifester son

Thierry Castelain,
médecin-
spécialiste en
médecine interne,
soins intensifs,
Centre
hospitalier
régional Saint-
Joseph, Mons.

« Le deuil est la réaction à la perte d'une personne aimée, ou d'une abstraction mise à sa place, la patrie, la liberté, un idéal, etc. [...] 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 manière 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 psychose hallucinatoire de désir. [...] Chacun des souvenirs, chacun des espoirs par lesquels la 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 nous semble aller de soi. Mais le fait est que le moi après avoir achevé le travail du deuil redevient libre et sans inhibitions. »

Sigmund Freud, *Métapsychologie*.

mécontentement par rapport à de multiples événements. Les reproches portent sur des choses a priori peu importantes : la chambre était à ses yeux insuffisamment nettoyée, un médecin aurait donné des nouvelles de façon un peu sèche, deux de mes collègues auraient donné des explications apparemment contradictoires, ... Et les choses finissent par s'envenimer. Madame S menace de porter plainte en justice. Bien que ne connaissant pas ces personnes (le décès avait eu lieu pendant mes congés), je demande à les rencontrer.

Madame S vit manifestement un deuil pathologique. J'apprends qu'elle passe toutes ses journées au cimetière depuis cinq mois, elle me demande des radios de poumons de son mari pour les accrocher dans sa cuisine... Après une heure d'entretien, je finis par apprendre qu'elle n'avait pas voulu qu'on dise à son mari qu'il avait un cancer (« il n'aurait pas voulu se faire opérer, je lui aurais dit après l'opération... ») et elle se met à pleurer. Elle réalise du coup son sentiment de culpabilité (« je suis responsable de sa mort, puisque si je ne lui avais pas menti, il aurait refusé l'intervention et serait toujours vivant... »). La suite de la discussion a permis à Madame S de se préparer à se libérer de sa culpabilité. Il n'y a plus eu de lettres. Le deuil a pu commencer à ce moment.

● Le déroulement de l'entretien

Que s'est-il passé lors de cet entretien ? Nous allons examiner quelques principes de communication, et voir comment ils s'appliquent à ce cas précis.

- Il est utile, avant d'entamer tout dialogue et aussi pendant le dialogue, d'accorder de l'importance à la communication non verbale, comportementale, pourrait-on dire :

- Recevoir les proches dans une pièce séparée où ils ont la possibilité de s'asseoir (ne pas les recevoir au lit du malade, ou même debout dans la salle de garde) ;
- S'arranger pour les regarder dans les yeux, en étant plus ou moins à la même hauteur de regard qu'eux (ne pas détourner le regard de façon prolongée, ne pas se mettre en position de domination par un regard « haut », ...)
- Avoir une attitude corporelle tournée vers l'autre, ouverte (éviter de se tenir le torse

en retrait, derrière un bureau imposant, ou les bras croisés).

- Observer, regarder, écouter très attentivement le sujet raconter son histoire, sa plainte. Intervenir peu au départ. Ne pas noyer l'autre dans le « discours médical ». Essayer de ne pas le contredire systématiquement. Dans le cas de Madame S, je lui ai laissé comprendre que j'entendais sa plainte, y compris dans les « détails peu importants » qu'elle invoquait. Je lui ai notamment laissé entendre que je comprenais son désarroi lié au fait qu'un médecin avait donné des nouvelles de façon un peu sèche, et que deux de mes collègues avaient pu donner des explications apparemment contradictoires. Cette étape peut être très longue. Dans le cas de Madame S, elle a duré plus d'une heure.

- Pouvoir pointer, au moment où il passe, un indice important (qu'il soit de nature verbale ou non verbale). Dans le cas de Madame S, un indice non verbal est survenu sous forme d'une réaction de colère violente et très brève (car contrôlée), lorsque je lui ai fait observer le fait que son mari avait choisi, en adulte, de se faire opérer, et d'en assumer les conséquences. Un indice verbal est survenu sous la forme d'une phrase, répétée à deux ou trois reprises : « Il ne pouvait pas mourir ! Non, il ne pouvait pas mourir », phrase apparemment anodine et d'ailleurs noyée dans un discours abondant. J'ai cependant souligné cette phrase, et ai demandé à Madame S : « Pourquoi votre mari ne pouvait-il pas mourir ? ». Après quelques tentatives d'esquiver la question par des réponses stéréotypées (du genre : « parce qu'on ne vient pas à l'hôpital pour mourir »), Madame S fond en larmes et ne peut plus s'arrêter de pleurer.

- Attribuer avec le sujet une signification à l'indice. Voir ce qui se cache derrière. Dans le cas de Madame S, il s'est agi de lui laisser découvrir pourquoi « il ne pouvait pas mourir ». L'explication est venue de la bouche même de Madame S, après quelques minutes d'intense émotion. Comme on l'a vu plus haut, elle avait en fait menti à son mari en omettant de lui dire qu'il était atteint d'un cancer. Elle pensait qu'il n'accepterait pas l'opération s'il connaissait la vérité. Elle avait donc décidé à sa place, comme elle avait toujours fait avec lui dans la vie par



.....voilà !

*Sinon, croyez bien que je
compatis sincèrement.*

ailleurs, me dit-elle ensuite. Elle le maternait, d'une certaine façon, et il l'acceptait. Mais ici, les choses avaient mal tourné. Son mari était décédé, et elle

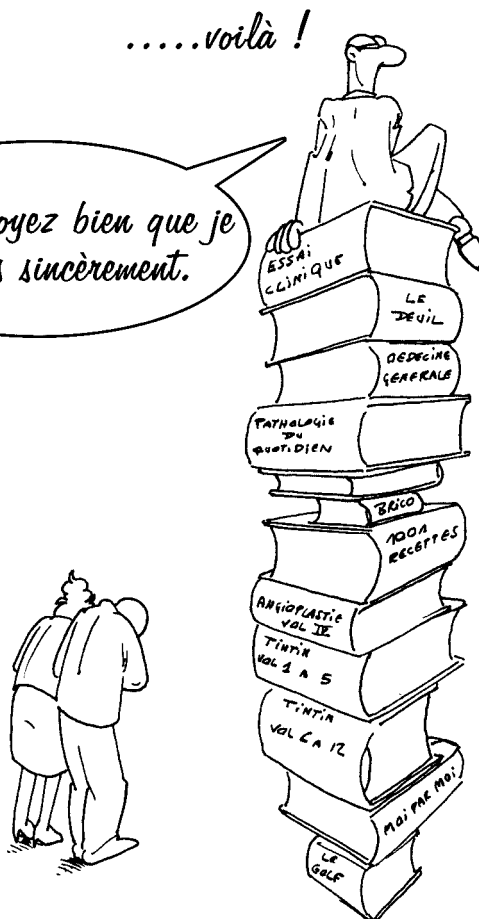
se sentait responsable de sa mort, ce qui rendait son deuil impossible. Mais cela, et jusqu'à cette minute, elle n'avait pas réussi à en prendre réellement conscience, à le mettre en mots, ce qui causait ses maux, directement issus de son inconscient.

- La dernière étape est souvent la plus longue. Il s'agit d'aider le sujet à se restructurer. Il faut alors passer d'une écoute empathique à un dialogue constructif et actif, et pouvoir entamer un travail sur ce qui peut être opérant pour le sujet. Il ne s'agit pas moins que d'un début de travail psychothérapeutique. Dans le cas de Madame S, je lui ai fait observer que son mari avait finalement été d'accord avec l'intervention et qu'il portait en somme une partie de la responsabilité puisqu'il avait toujours été dans un rapport à son épouse où il lui laissait toutes les décisions. D'autre part, les médecins ayant soigné son mari avant le décès, d'une certaine manière, avaient été également les complices de la mascarade, en acceptant de ne pas divulguer au patient la vérité entière, même si c'était parce que l'épouse l'avait exigé.

- Enfin, il est important de laisser une porte ouverte. Madame S est partie en sachant qu'elle pouvait revenir ou téléphoner si elle le souhaitait. Elle paraissait à ce moment soulagée, ainsi que ses enfants. Après la tempête, le calme était revenu. Je lui ai alors expliqué qu'il était normal qu'elle souffre du décès de son mari, mais qu'elle n'avait pas à se sentir coupable. Je lui ai conseillé de consulter un psychothérapeute si les choses, malgré tout, ne s'arrangeaient pas dans les semaines ou les mois à venir.

● Quels enseignements tirer de cette histoire ?

Cette histoire est riche d'enseignements. Le premier est la difficulté d'une écoute « efficace », c'est-à-dire qui rencontre les demandes explicites et implicites des proches du malade. Il ne s'agit pas simplement d'informer les



proches. Il s'agit de créer un véritable espace de rencontre, associé à une écoute dont la nature n'est d'ailleurs pas sans rappeler celle de la psychanalyse. Il faut laisser parler l'autre, être attentif à sa parole, être attentif à ne pas l'envahir par un discours uniquement médical, et pointer au bon moment les paroles et les mots importants qui sont générateurs de la difficulté. Pour cela, il faut prendre son temps, et désendosser temporairement l'habit médical scientifique.

Un autre enseignement est de permettre de constater l'extrême difficulté que représente un deuil, difficulté décuplée lorsqu'il survient dans le contexte d'un service de soins intensifs : environnement paraissant carcéral, impossibilité d'être au chevet de son proche chaque fois que l'on en a envie, difficulté de communiquer avec le mourant, dialogue parfois difficile avec l'équipe soignante qui n'est pas toujours à l'écoute de l'histoire singulière que représente chaque situation clinique...

Il n'y a évidemment pas de formule miracle pour déjouer ces pièges, mais il paraît évident que le deuil sera d'autant moins difficile à vivre par les proches que ceux-ci auront eu la possibilité d'être entendus, dans la subjectivité de leur souffrance. Une écoute attentive est capitale pour que le travail de deuil puisse être

entamé, ce qui ne dispense pas le médecin de donner toutes les informations objectives requises par la pathologie du patient. Si la médecine moderne se veut, à juste titre, objective, le médecin moderne ne doit jamais oublier la nature essentiellement subjective de chaque situation humaine.

● L'équipe soignante face à la mort

Une des principales difficultés rencontrées par les soignants est leur difficulté à aborder la mort. Il est révélateur de constater que la mort n'est quasiment jamais abordée lors des études de médecine, alors qu'elle fait presque partie du quotidien dans la pratique clinique. « La mort n'est pas prévue au programme » pourrait-on dire. Les soignants refusent souvent, consciemment ou inconsciemment, la mort. Ce refus aboutit à deux conséquences aussi paradoxales que fâcheuses, à savoir l'acharnement thérapeutique et l'abandon du malade. Acharnement thérapeutique parce que le soignant ne peut accepter l'idée de la mort, qu'il vit un peu comme un échec, et qui le met face à sa propre mort. Il va donc multiplier les examens et déployer toutes les thérapeutiques possibles et imaginables pour « sauver son patient ». Mais lorsqu'il devient évident pour les soignants que le malade ne pourra plus s'en sortir, leur attitude sera souvent un repli, l'abandon du malade. Leurs visites au malade se feront moins fréquentes, et moins de nouvelles seront données aux proches. Or, c'est à ce moment précis, lorsque le processus de deuil doit se mettre en place, que les proches nécessitent qu'on leur consacre plus de temps et d'écoute. Les soignants doivent donc se rendre conscients de leur difficulté d'accepter la mort de leurs patients, ce qui leur permettra d'échapper aux tentations de l'acharnement thérapeutique et de l'abandon du patient mourant. Leur acceptation de la mort leur permettra ainsi d'être plus proches des malades et de leurs familles au moment où ceux-ci en ont le plus besoin, ce qui aidera le processus de deuil à se mettre en place.

● Une autre situation délicate : les dons d'organes

Bien entendu, d'autres situations cliniques sont aussi très difficiles à (di)gérer pour les proches. Je pense aux patients dits « en mort cérébrale »,

potentiels donateurs d'organes. La difficulté pour l'équipe soignante pourrait se résumer à « obtenir le consentement des proches à tout prix », quitte à les culpabiliser (« si vous refusez qu'on prélève les organes de votre fils, vous allez causer la perte de quelqu'un, si vous acceptez, vous allez sauver une vie »). J'estime pour ma part qu'il s'agit d'un chantage odieux, qui risque de déboucher sur des deuils pathologiques (voir à ce sujet le très beau film d'Almodovar *Tout sur ma mère*).

Comment éviter cet écueil ? De nouveau, la solution réside en une explication raisonnée et honnête de la situation aux proches. Il faut à tout prix éviter de tomber dans le piège de transformer la situation particulière en une affaire exclusivement médicale (« on a énormément besoin d'organes pour sauver des vies », « son cerveau est mort, l'électroencéphalogramme est plat », ...). La médicalisation empêchera le deuil, inévitablement. Au contraire, il faut prendre le temps. Le temps de dire. Le temps d'écouter. Le temps de réfléchir. Le temps de comprendre, une fois de plus, la singularité de chaque situation. Si des désaccords surgissent, il faut en tenir compte. Chacun doit pouvoir être entendu. Il me paraît impensable de réaliser un prélèvement d'organe si ne serait-ce qu'une seule personne parmi les proches est en complet désaccord. Ce serait la sacrifier au sens psychologique du terme, et de ce fait la condamner à un deuil impossible.

Il va sans dire que la société porte une lourde responsabilité dans ce cas précis, le sujet du prélèvement d'organes n'étant que rarement abordé au cours de la vie de chacun. Des discussions préalables, entamées « quand tout va bien », et que l'on n'est pas encore malade ou mourant, permettraient à chacun de pouvoir dire clairement à ses proches son opinion sur le sujet et faciliteraient probablement les choses lors des situations de crise.

Le deuil vécu par l'équipe soignante

● Positionnement du problème

Il ne s'agit pas, bien évidemment, du même deuil que celui vécu par les proches. A priori,



le patient qui décède en soins intensifs n'est pas à proprement parler un être aimé pour le soignant. De quel deuil s'agit-il donc ? Car il y a bel et bien souffrance dans le chef des soignants lors d'un décès.

L'univers médical comporte des aspects très violents ; celui des soins intensifs en particulier. Il n'est pas donné à tout le monde de voir des personnes humaines souffrir, de les voir « coupées en morceaux » (chirurgie parfois mutilante, ...), de les voir intubées, ventilées, de les voir recevoir des « drogues », subir massages cardiaques, implantation de cathéters de toutes natures, et parfois de les voir mourir...

La manière, inconsciente la plupart du temps, de réagir des soignants est de « se barricader », ceci passant souvent par la transformation du sujet en objet. Il n'est pas rare d'entendre dans les hôpitaux une phrase de ce type : « la vésicule asthmatique de la chambre 308 va moins bien aujourd'hui ». Cette façon de dépersonnaliser le malade n'est pas blâmable en soi. Le « jargon » médical peut permettre des échanges plus rapides entre les soignants, mais ceux-ci doivent toujours bien garder à l'esprit qu'il s'agit d'un jargon à n'utiliser qu'entre eux. En aucun cas, il ne peut être utilisé ailleurs. L'usage du pronom impersonnel (impersonnel dans tous les sens du terme) pour parler au malade en est un exemple élogieux. Il me paraît complètement inacceptable de s'adresser au malade en lui disant « on » à la place de « vous » (« alors, on a bien mangé ce midi »...). Ceci est largement facilité par le fait que la médecine moderne, depuis la fin du XIX^{ème} siècle, est passée du statut d'art au statut de science. Elle se veut donc objectivante, ce qui est, je le souligne un point positif. Mais le pas à franchir pour la rendre « objectifiante » est menu.

Le but inconscient de cette objectification du sujet est d'éviter au soignant d'affronter la réalité de la violence de l'environnement dans lequel il évolue, d'échapper à la douleur parfois insupportable du sujet malade, malade qui, de ce simple fait, se retrouve transformé en maladie. La procédure a cependant ses limites, et on ne compte plus dans les hôpitaux actuellement, et en particulier dans les soins intensifs, le nombre de soignants en *burn-out* (surmenage, et c'est un faible mot). L'objectification du malade n'est, à mon avis, pas qu'une conséquence de l'appropriation de la médecine par la science (à moins que ce ne soit l'inverse).

Selon moi, l'objectification du patient est une stratégie élaborée par l'inconscient du soignant pour lui permettre de se distancier des aspects humains de la profession, aspects qui entraînent l'émotion face à la souffrance et à la mort. Nous voici à nouveau confrontés à la peur de la mort dont nous parlions dans la section précédente... Mais, et tous les psychothérapeutes le savent grâce à leur pratique, le refoulement inconscient a des actions délétères à long terme. A court terme, il peut, bien entendu, avoir des bénéfices apparents : il permet, en effet, de mieux supporter dans un premier temps l'aspect très violent de ce qui se passe dans un hôpital, car on peut avoir l'impression que l'on fait infiniment moins de tort à un objet qu'à une personne humaine. Mais à long terme, ce refoulement inconscient entraînera très souvent des souffrances psychologiques. Ce sera le fameux *burn-out*. Il est assez piquant de constater la fréquence relativement élevée avec laquelle on aborde le *burn-out* dans la littérature médicale, et surtout de constater à quel point on a tendance à médicaliser ce syndrome, en évitant soigneusement d'en démêler les origines réelles.

Le deuil du soignant n'est donc pas celui d'un être aimé, c'est le deuil du mythe, souvent inconscient, de vouloir faire le bien à l'autre, de vouloir le guérir, le sauver (de quoi ?...). Or, l'expérience nous apprend que l'on ne « sauve » pas tout le monde. Qui plus est, il n'est pas exceptionnel que le soignant génère lui-même la pathologie, que l'on dit alors iatrogène (pensons par exemple aux effets parfois dévastateurs des chimiothérapies, en dépit du fait qu'elles soient prescrites dans un but louable...). Où se situe le bien de l'autre dans ces conditions ? Un jour, l'objectification du patient en simple maladie ne suffit plus. Le deuil du soignant est un deuil pathologique, un deuil impossible, tout aussi impossible que celui de Madame S ...

● Esquisses de solutions

Que faire ? Une fois de plus, il me semble que la solution passe par la parole. Le soignant doit accepter ses limites, doit accepter ses échecs, il doit renoncer au mythe de la toute-puissance de la médecine. Non seulement il doit accepter ses limites, mais il doit les assumer. Il doit

également faire face à sa peur de la mort. Pour y arriver, il doit pouvoir en parler.

Une première manière d'y arriver consiste en une approche individuelle. Le soignant va en supervision chez un « psy ». Cette solution est probablement efficace, mais est-il raisonnable (peut-être que oui) d'envisager d'envoyer tout le personnel soignant des hôpitaux (ou du moins des soins intensifs, puisque c'est d'eux qu'il est question ici) chez les « psy », d'autant plus que chacun sait que la démarche, pour qu'elle soit fructueuse, doit partir d'une initiative spontanée ?

Une autre manière d'y arriver pourrait être la mise en place de ce que l'on peut appeler des « groupes d'éthique narrative ». Il s'agirait de groupes comportant un ou deux animateurs (par exemple un éthicien et un psychothérapeute) qui se réuniraient selon un calendrier propre à chaque unité (au moins une fois par mois) et auxquels chaque membre de l'équipe soignante serait libre de participer. Par équipe soignante, j'entends toutes les personnes qui ont une implication même minime avec les malades : médecins, infirmier(e)s, aide-soignant(e)s, kinésithérapeutes, stagiaires, etc. Chacun pourrait y parler de ses difficultés, de ses angoisses, de ses douleurs... Il me semble que de telles initiatives devraient se multiplier. Elles permettraient aux soignants d'assumer mieux leurs responsabilités, ainsi que leurs échecs, et donc de mettre à l'œuvre le processus du deuil de leur toute-puissance.

Les bénéfices se répercuteraient, non seulement sur eux-mêmes, mais surtout sur les patients et leurs proches, qui se verraient alors réinvestis dans leur situation de sujets singuliers, parlants et écoutés. ●

Bibliographie

Benarayo L., « Ethique narrative », in G. Hottois, J.-N. Missa, *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*, Bruxelles, De Boeck Université, pages 406-409, 2001.

Freud S., *Métapsychologie : deuil et mélancolie*, Paris, Gallimard, 1968.

Lebrun J.-P., *De la maladie médicale*, Bruxelles, De Boeck, 1993.

Malherbe J.-F., *L'incertitude en éthique*, Montréal, Fides, 1996.

Malherbe J.-F., *Pour une éthique de la médecine*, Namur, Artel-Fides, 1997.

Le deuil en soins palliatifs



LES DEUILS

.....

Domaine d'intervention confiné à la lisière de la mort, les soins palliatifs coexistent avec divers processus de deuil en cours ou en devenir chez le malade, son entourage et le personnel soignant.

Nous avons rencontré Anne-Marie Hassoun afin d'évoquer les enjeux et les difficultés de cette coexistence.

.....

● **Anne-Marie Hassoun, spontanément, qu'évoquent pour vous les vocables « deuil » et « soins palliatifs » ?**

○ Paradoxalement, les soins palliatifs se terminent au moment où la période de deuil proprement dite commence. Pourtant, la question du deuil est omniprésente dans notre travail. Nous intervenons en effet dans une phase où le malade doit faire toute une série de deuils - d'activités, de projets - tout en se préparant à la mort et à la séparation. L'histoire d'une de nos patientes récemment décédée illustre bien l'importance de cette démarche de deuils progressifs. Tout au long de sa maladie, elle a su accepter les renoncements et cela lui a permis de continuer à profiter de la vie jusqu'au bout. Ainsi, jusqu'à quinze jours de sa mort, elle était active, voyait des gens. Parce qu'elle avait accepté de faire le deuil de ce dont elle n'était plus capable, elle a pu

jouer pleinement de ce qui restait possible. Au début, elle sortait un week-end ; ensuite, elle est sortie une journée, puis deux heures. Elle savourait ces moments de plaisir. Il est donc important de pouvoir faire des deuils pour rester vivant. Malheureusement, beaucoup de gens n'y arrivent pas ; ils fuient soit dans le « *Il n'y a plus rien à faire* » soit dans le « *Je ne veux pas savoir* » et s'effondrent...

Par ailleurs, on s'attache à préparer le deuil proprement dit en essayant de favoriser la transmission, la parole. Savoir se parler, c'est un gros problème dans beaucoup de familles.

● **Vous préparez donc le deuil de la famille, de l'entourage, afin que le malade puisse mourir en paix ?**

○ Cela ressemble à un mythe. Je crois que l'on meurt en paix si on a vécu en paix. On ne change pas devant la mort, on reste ce que l'on a été toute sa vie. Je pense par exemple à deux patients schizophrènes : ils sont morts avec leur angoisse de dislocation, de morcellement...

La sérénité devant la mort, dans 90% des cas, c'est vraiment quelque chose d'illusoire. En revanche, partir au mieux et laisser les choses au mieux est envisageable. J'ai eu un patient qui parlait très peu. Ce patient avait un fils de dix-sept ans et une épouse très prévenante. Je crois qu'il était important d'aider le père et le fils à se parler. Ce fils avait encore besoin que son père soit là pour l'aider à se séparer de sa mère. Ce qui a pu se dire ou se faire est utile pour l'évolution future du garçon. Par contre, ce patient n'a rien dit de la mort. Peut-être parce qu'il avait lui-même une histoire de deuil difficile avec sa mère... Il est parti en se repliant sur lui-même, sans manifester beaucoup d'angoisse. Était-ce de la paix ? Si c'est le cas, il ne nous doit rien.

● **Vu de l'extérieur, les soins palliatifs semblent véhiculer l'idée d'un deuil serein. Qu'en est-il vraiment ?**

○ Peut-être cette vision est-elle due au fait que les soins palliatifs ont été imprégnés de l'idéal chrétien qui veut que l'Homme ne meure pas vraiment, qu'il va au paradis, près de Dieu. C'est vrai que cette croyance induit parfois une attitude un peu différente face à la mort. Elle ne change malheureusement rien à la tristesse

Entretien avec Anne-Marie Hassoun, psychologue et thérapeute, équipe mobile de soins continus et palliatifs du Centre hospitalier Etterbeek-Ixelles (hôpitaux Iris Sud).

Propos recueillis par Nicolas Miest, psychologue, cellule d'intervention psychologique au Centre de prévention du suicide.

de quitter les siens, de renoncer à la vie, à ses projets, à tout ce qu'on n'a pas pu faire.

Pour reprendre plus précisément la question, c'est vrai que certaines personnes, certains auteurs comme Marie de Hennezel¹ et d'autres véhiculent cette idée d'un deuil serein en soins palliatifs. Ce que je peux dire, c'est que moi, des cas à la Marie de Hennezel, je n'en ai quasiment pas connus.

● **D'après vous, Marie de Hennezel et d'autres seraient donc responsables d'une sorte d'idéalisation des soins palliatifs et d'un deuil serein ?**

○ Oui. Il s'agit, je pense, d'une défense contre la mort. Ce qui m'ennuie dans cette idée, c'est que les gens qui ont lu cette littérature s'attendent à vivre la même chose... et sont le plus souvent déçus ou, pire, se sentent coupables. J'ai évoqué précédemment une patiente qui par ses renoncements progressifs avait pu profiter de la vie le plus longtemps possible. Elle est morte en ayant peur de mourir, en étant triste de quitter ses enfants. C'est humain. Mais, elle avait lu Marie de Hennezel et elle s'en voulait... parce qu'elle n'était pas assez sereine à ses yeux !

● **Parmi les nombreux deuils à faire au niveau des soins palliatifs, il y aurait donc celui d'une mort sereine ?**

○ Globalement, dans l'équipe palliative, ce renoncement-là est fait. Il est toutefois vrai que certains soignants nous en veulent de ne pas rendre la mort de leur patient sereine. Ils ne comprennent pas que le patient soit encore mal, fâché, en révolte.

Je me souviens d'un malade assez caractériel, qui avait besoin de s'opposer, d'être en rébellion quasi permanente. Cet homme-là, jusqu'à son dernier jour, est arrivé à faire marcher tout le monde. Il était cloué au lit mais obtenait des choses inhabituelles des équipes soignantes. Nous nous plaignions de ses exigences mais nous parlions de lui. Le dernier jour de sa vie, j'ai été lui dire : « *Je vous admire. Vous arrivez encore à prendre du pouvoir, même dans ces conditions-là...* » J'étais sincère, il l'a senti, il était tout heureux. Ce n'était évidemment pas l'idéal d'une mort sereine, mais il voulait rester lui-même jusqu'au bout.

● **Qu'en est-il du deuil des soignants ? Des lieux de parole sont-ils prévus pour pouvoir, au besoin, venir y déposer sa souffrance suite au décès d'un patient ?**

○ Je vais prendre un exemple relatif à ce deuil des soignants. Il s'agit d'un jeune homme souffrant d'une maladie très douloureuse ponctuée par des crises. Il a été soigné à l'hôpital pendant plus de dix ans ; il est arrivé pour la première fois aux environs de vingt ans et il devait en avoir trente-cinq lorsqu'il est mort. Donc, pratiquement toute l'institution le connaissait. Il arrivait à l'hôpital en souffrance, en disant « *Il me faut quelque chose, donnez-moi de la morphine !* ». Les PG² - les médecins en voie de spécialisation - avaient l'impression que c'était un toxicomane. Je pense qu'il venait à l'hôpital pour trouver un contenant. Il venait chercher de la morphine pour se calmer, pour soulager sa souffrance, mais il voulait aussi s'envelopper de douceur. Quand il allait mieux, la morphine diminuait et il sortait. Un mois, trois mois plus tard, il revenait. Cela a duré pendant des années. Les soignants l'ont connu jeune étudiant, rêvant de fonder une famille. Ils ont assisté à ses tentatives de travail. Puis nous l'avons vu renoncer à fonder un couple... Si, en crises, il était odieux, en dehors de celles-ci, par contre, il était sympathique. Malgré ses défauts, on l'aimait bien. Lors de sa dernière hospitalisation, le médecin senior qui avait l'habitude de le soigner était malheureusement absent pour quelques jours. Ce fut un coup très dur pour ce patient qui venait chercher son refuge.

Ce patient est resté hospitalisé trois semaines. Un nombre impressionnant de médecins ont défilé pour dire ce qu'il fallait faire : « *C'est plus la peine d'essayer de le traiter* » ; « *Laissez le mourir en paix* » ; « *Il est jeune, il faut absolument essayer une greffe* ». Des médecins spécialistes, des médecins d'autres salles, des médecins qui n'interviennent généralement pas dans ce type de décision sont venus inscrire leur avis et proposer leur traitement. Les aides-soignantes et infirmières étaient complètement perdues parce que cela allait dans tous les sens. On demandait des soins palliatifs et, dans le même temps, on avait inscrit le patient sur une liste de greffe. Moi-même, je ne savais pas quoi faire. Est-ce que je l'aidais à faire son deuil ou est-ce que je le soutenais pour une greffe ? Il

(1) Psychologue, psychanalyste et haptologue, Marie de Hennezel a consacré plusieurs ouvrages aux soins palliatifs. L'intérêt que François Mitterrand porta à ces ouvrages - il préfaça d'ailleurs l'un d'entre eux - lui valut une certaine renommée et contribua à populariser son discours.

(2) PG : Post-gradué.



est mort alors que la procédure de demande de greffe était en route.

Je trouve ce qui s'est passé là particulièrement intéressant. J'ai expliqué au jeune médecin qui l'avait repris en charge que les seniors avaient agi ainsi parce que c'était un malade qu'ils connaissaient.

Si un nombre impressionnant de gens sont passés pour dire ce qu'il fallait faire, je ne crois pas que beaucoup d'entre eux auraient avoué : « *Je suis intervenu parce que c'est quelqu'un que je connais et qui me touche...* ». Ce sont des attitudes caractéristiques du milieu médical : un médecin, ça soigne, ça donne un traitement, c'est sa fonction. C'est d'autant plus vrai que les médecins ne sont généralement pas proches des malades. Ils les voient une fois par jour. Alors, à partir du moment où ils ne peuvent plus soigner, où il n'y a plus de traitement à donner, ils se trouvent fort démunis. Dans l'exemple que je viens de donner, ils sont beaucoup à être venus donner un traitement... même si celui-ci n'avait pas de sens.

Les soins palliatifs sont peut-être en train de changer cela. Grâce à eux, il reste quelque chose à donner quand il n'y a plus de traitement possible.

● **Dans l'exemple que vous venez de développer, il est un deuil qui semble ne pas avoir été fait, c'est, chez les médecins, celui de la médecine curative...**

○ Effectivement, du côté médical, souvent ce deuil n'a pas été fait et il y a de grosses difficultés à inscrire les soins palliatifs dans la continuité des traitements. Le personnel infirmier a été très choqué du manque de cohérence de la prise en charge médicale car cela a rendu difficile l'accompagnement du patient. Il n'a pas pu s'occuper vraiment de lui, lui dire au revoir.

Après le décès de ce patient, nous avons organisé, le psychiatre et moi, une réunion à laquelle étaient invités tous les soignants. Les médecins ne sont pas venus. En revanche, les infirmières, les psys et l'assistante sociale ont participé à ce groupe de parole.

● **Pour mettre à plat ce qui s'est passé et y réfléchir ?**

○ Oui. Notre but était d'abord de parler de

quelqu'un que nous connaissions et qui nous touchait. Nous avons aussi parlé des circonstances qui ont entouré son décès.

● **Arrive-t-il que les médecins participent à ce genre de groupe ?**

○ Cela dépend du médecin, de sa personnalité, des liens qu'il a avec l'équipe. Ceci dit, c'est plus rare de la part des médecins que de la part des infirmières. Une des raisons est que la fonction de médecin est une position très technique, très individuelle, un médecin est seul responsable de ses choix. D'autre part, les médecins sont souvent des hommes. Ceux-ci sont généralement moins dans la parole. A l'inverse, la fonction d'infirmière est le plus souvent exercée par des femmes et implique, en outre, un travail en équipe. La parole est beaucoup plus facile du côté infirmier que du côté médical.

Les assistants sociaux et les psychologues sont quant à eux un peu à part, excentrés. Personnellement, j'écris l'histoire du patient.



● **Cette histoire s'écrit-elle a posteriori ou faites-vous un travail d'écriture avec le patient ?**

○ Dans ce cas je parle d'une démarche personnelle, une manière de dire adieu au patient, de déposer ce qui vient de lui. Nous construisons aussi une histoire du patient avec l'équipe de soins palliatifs, celle-ci se construit pendant la prise en charge et est surtout orale. D'autre part, nous espérons avoir un jour une ergothérapeute qui puisse faire un travail d'écriture avec le patient.

Pour en revenir au deuil des soignants, la fin de vie des patients est un processus brutal pour les équipes soignantes. Les patients meurent, ils partent. Nous n'avons pas d'autre trace que le dossier médical qui disparaît aux archives et est couvert par le secret médical. C'est pour cela que dans l'équipe palliative nous en parlons et que personnellement j'écris. D'autres font autrement, certains vont parfois à l'enterrement d'un malade.

● **Précisément, au niveau de la famille existe-t-il un accompagnement pour, d'une part, préparer le deuil lorsque le patient est hospitalisé et, d'autre part, faciliter ce deuil après le décès ?**

○ Nous avons prévu trois entretiens pour les familles après la mort du patient mais elles ne recourent quasiment jamais à ce service.

Pendant l'hospitalisation du malade en soins palliatifs, le travail consiste à préparer les choses pour qu'elles se passent le mieux possible. On encourage les mots, la transmission, les liens. Les situations sont très variées. Ce que nous essayons de faire, c'est parler, parler de la tristesse, de la peur, mais aussi d'autres sentiments, comme la colère. Ce n'est peut-être pas toujours évident à accepter, mais on peut éprouver de la colère à l'égard d'un proche en train de mourir. Il y a, par exemple, des patients qui ont été odieux avec leurs proches. Comment gérer sa colère quand celui-ci meurt ? Comment rester authentique dans cette situation ?

Parfois notre intervention peut aller dans le sens de remettre des limites. Par exemple, j'ai en mémoire l'histoire d'une fille qui s'est occupée de sa mère trois années. Elle se chargeait même de sa toilette...

● **Il y aurait donc danger de vivre une telle proximité à l'approche de la mort et ensuite...**

○ Ensuite plus rien, un vide... Cette femme s'est occupée de sa mère pendant trois ans. Elle avait aussi une famille, un mari et deux enfants. Son fils n'en pouvait plus. Il avait besoin d'une maman disponible. Les proches ne sont pas sensés être « sereins » parce que la situation le voudrait. Les enfants ont leur vie, leurs besoins, les conjoints aussi.

D'autre part, cette fille disposait du corps de sa mère. C'est curieux : ce n'est pas si évident que cela d'aller toucher le sexe de sa mère... même si c'est « admirable socialement de la soigner aussi bien ». Il y avait aussi une jouissance au sens lacanien du terme et, évidemment, une angoisse importante.

Quel est notre rôle dans un cas comme celui-là ? Nous aurions envie de mettre des limites, des barrières de génération. Les patients ou leur famille ne le souhaitent pas toujours. Nous pouvons juste soulager momentanément la famille de sa tâche et offrir un espace de temps ou de parole.

● **En conclusion ?...**

○ Les soignants sont confrontés à différents types de deuils. Le deuil lié à la mort des patients. Ce sont des personnes que nous rencontrons et cette rencontre est parfois interpellante. Et puis, il y a faire le deuil de l'idée d'une mort sereine, c'est-à-dire renoncer à faire le bien des gens même quand ils sont proches de la mort. L'équipe palliative pense, parle beaucoup. Cela ne nous empêche bien sûr pas d'être touchés par nos patients mais nos réflexions sur le cadre et les limites nous évitent de nous noyer dans une démarche sans limites. ●

L'immigration ou l'impossible deuil



LES DEUILS

.....

Quels qu'en soient les motifs, l'immigration est un acte qui suppose un déracinement, un saut vers l'inconnu, bref un pari. Elle constitue une rupture dans la langue, dans l'histoire, dans la généalogie ; une mise à mal des traits identificatoires et de quelques-uns des signifiants qui représentent le sujet. S'ensuit une série de réactions, qui témoignent d'un bouleversement certain de l'économie de l'appareil psychique, et qui sont le reflet de difficultés existentielles communes aux migrants, repérables à travers leurs discours et leurs façons de se positionner dans la vie quotidienne. Ces difficultés, que nous proposons de parcourir ici à travers l'immigration maghrébine, découlent peu ou prou d'une impossibilité, centrale à nos yeux, celle qui concerne un deuil irréalisable.

.....

Le thème de l'immigration sera traité en tant que trajectoire, processus au cours duquel le candidat à l'immigration expérimente différentes étapes, certaines intérieures, d'autres extérieures (repli identitaire, dépression, nostalgie, mythe de retour, etc.). Il faut souligner ici que les modalités de réaction du migrant à chacune de ces étapes dépendent beaucoup, non seulement de son niveau d'instruction, de sa connaissance préalable de la langue du pays d'accueil et de ses habitudes, mais, et surtout, de l'impact de la tradition dans le fonctionnement de son groupe d'origine.

Le projet migratoire

Au début donc, il y a un départ et un projet provisoire. Le migrant est généralement un sujet jeune à la recherche d'une situation sociale. La décision de migrer ne pourra dès lors s'étayer que sur une expérience de jeune homme peu préparé aux aléas de la vie d'adulte à venir. Elle résulte d'ailleurs rarement d'une décision prise par lui et pour lui. Elle reflète plutôt la satisfaction du désir du groupe d'appartenance. Le voyage du candidat à la transplantation, et surtout le premier voyage, prend de la sorte le caractère d'une entreprise familiale et dépasse la simple entreprise personnelle. La famille, en consentant à s'appauvrir davantage et à vendre le plus utile et le plus cher pour le premier voyage, voit dans le transplanté celui qui peut trouver le moyen de la sortir de l'état de pauvreté dans lequel elle se trouve.

Ce projet migratoire revêt un caractère provisoire, temporaire, car sous-tendu par un retour-investissement après un séjour plus ou moins long à l'étranger. Les communautés et la société d'origine conviennent de considérer leurs émigrés comme de simples absents, appelés à reprendre, identiques à eux-mêmes, la place qu'ils n'auraient jamais dû quitter et qu'ils n'ont quitté que contraints. Le groupe nie l'absence de l'émigré et entretient son souvenir en meublant la place qu'il a laissée vide, allant jusqu'à préparer de manière anticipée sa vie privée par le choix d'une fiancée par exemple. De son retour glorieux, on en parle déjà avant qu'il ne soit parti. La seule recommandation est celle de rester, en terre étrangère, fidèle au groupe et soucieux de sa cohésion et de son bien-être.

Ce même caractère provisoire est inscrit dans la volonté politique des pays de départ et des pays receveurs, chacun bien sûr, animé par des raisons qui lui sont propres (il est d'ailleurs institutionnalisé par le biais de la condition juridique et administrative, dans la mesure où les titres de séjour arrivent à échéance et qu'il faut les renouveler périodiquement). L'émigré lui-même manifestera qu'il n'est absent que physiquement, malgré la séparation, il poussera des racines dans la nostalgie du pays perdu et dans l'attente programmée du retour.

Un tel tableau, brièvement brossé, va condition-

*Ali Aouattah,
docteur en
psychologie,
psychologue
clinicien au
centre D'ici et
d'ailleurs à
Bruxelles.*

L'immigration ou l'impossible deuil

ner l'installation de ce qu'il conviendra d'appeler « des comportements psychologiques du caractère provisoire ». Le sentiment de perte, le déracinement, s'accompagne de souffrance, d'un sentiment de solitude et d'angoisse persistant : dans l'attente du retour, le deuil ne peut se faire, d'autant plus que la culpabilité devant la tentation de se créer une nouvelle vie est à la mesure de l'interdiction communautaire. En réaction à cette angoisse, cette culpabilité et ce deuil impossible, l'immigré restreindra sa vie au maximum, dans une ascèse rédemptrice, et le rejet des modes de vie étrangers.



L'ubiquité impossible

A l'arrivée, le migrant éprouve brutalement une coupure des liens qui le reliaient à son monde social, affectif et culturel. La perte de ses systèmes de références, de ses objets d'amour, de ses pôles d'investissements et d'agressivité n'entraîne pas chez lui de deuil. Le deuil est un travail plus ou moins long, un temps de maturation qui, par le désinvestissement progressif de l'objet affectif, permet de diminuer l'angoisse et la douleur de la perte. Or, l'objet aimé existe « là-bas », et l'immigré vit dans l'illusion du retour. Le sentiment de perte perdue, l'objet aimé n'est pas désinvesti. L'impossibilité du deuil du pays d'origine, et la culpabilité ressentie à l'éventualité d'adhésion à la culture d'accueil et de s'y créer

une nouvelle vie, entraîneront la désapprobation de tout comportement et de toute préoccupation susceptible d'aggraver la rupture. Le discours tenu dans la migration est un discours de rappel incessant sur le pays d'origine et de mépris pour l'hédonisme citadin et pour les conduites urbaines à l'occidentale. La vie dans le pays d'accueil est alors une vie entre parenthèses, un temps en dehors de la vraie vie, telle qu'elle se passe là-bas au pays. Il s'installe facilement dans le provisoire, établit des rapports sociaux et affectifs tout en pensant qu'un jour, il partira. La sphère relationnelle est éphémère et ne durera que le temps de la migration.

On assiste souvent à des processus de rétrécissement, de réductionnisme, d'enkystement des aspirations et des attentes, à une mise au « frigo » de toute aspiration sociale et culturelle au-delà de l'insertion purement fonctionnelle dans l'espace du travail. Ce rétrécissement, lié à la fidélité au groupe d'origine et au caractère provisoire, est d'autant plus renforcé par le sentiment du rejet du pays d'accueil à son égard, sentiment créé par l'individualisation extrême de ses membres et par sa propre réduction à sa fonction de travailleur.

Par ailleurs, l'immigré est soumis à de nouveaux codes relationnels, à de nouveaux comportements, à une nouvelle gestion du temps et de l'espace, à une autre langue et à un autre idéal de valeurs culturelles. L'énormité de la tâche que requiert cette nouveauté le confronte à la perte de maîtrise de ses capacités de communication. Cette perte de maîtrise, associée à l'isolement et au sentiment de rejet, mettra en péril son identité déjà mise à mal socialement. Le refus du pays d'accueil sera alors maximal, et le repli dans une communauté d'origine reconstituée, conçue comme seul salut, aux dépens de ses besoins vitaux d'adaptation. Dans le même temps, il s'emploie à sur-valoriser ses codes culturels. Les façons d'être de son pays sont présentées comme plus humaines ou davantage sympathiques tandis que la culture occidentale devient un symbole de froideur et de rigidité. Ce qu'il a abandonné est évoqué avec toutes sortes de vertus magnifiques et regrettées, alors que la terre d'accueil reste rempli de défauts et de connotations négatives et persécutrices.



Cette distorsion se remarque d'une façon flagrante dans ce qu'on pourrait appeler une fixation de l'image du pays ou psychopathologie de l'espace. Le migrant vit en effet une contradiction d'ordre spatial « être présent dans l'absence et absent dans la présence ». Cette contradiction renvoie à une ubiquité impossible : présent ici, surtout physiquement, sans être totalement absent là-bas, absent « là-bas », sans être pour autant pleinement « présent ici ».

L'identité en péril

Pour toutes les raisons décrites (qui ont pour nom l'expérience d'exclusion, de non-appartenance, le sentiment de culpabilité de départ, la peur de la perte des repères, etc.) s'ensuit pour le migrant des réactions d'isolement, d'enkystement de sa vie et de ses aspirations, ce qui entraîne à son tour une régression qui le met dans une situation d'inhibition et de détresse qui l'empêche de projeter efficacement les ressources dont il dispose. Pour le dire autrement, la dépendance à la société d'origine et le vécu de non-appartenance et la régression anxieuse mettront en péril le maintien du sentiment de l'identité du migrant plus ou moins profondément. Le sentiment d'identité est aussi déstabilisé par la perte massive d'objets qui ont justement forgé cette identité (par objets, nous entendons les personnes, les lieux, les choses, la langue, la culture, les coutumes...). A ces objets, sont effectivement liés des affects intenses et des parties du Moi qui sont exposés au risque d'être perdus. Il s'ensuivra des sentiments dépressifs d'autant plus profonds que l'identité du migrant était tributaire de sa fidélité à des normes culturelles gérant tous les aspects de sa vie sociale et familiale : un besoin d'adhérer à ce qui est déjà connu et des défenses se dresseront contre les possibilités d'élaboration.

Donc, c'est à la fois l'identité culturelle et l'identité individuelle qui s'en trouvent perturbées. Il y a alors une nostalgie qui s'installe, un enracinement psychique dans le passé, destiné à revivre l'identité d'autrefois, et qui entraînera le migrant dans un vécu dépressif inhibant totalement les ressources propres dont il dispose. La nostalgie est une

tentative de maintenir vivants les anciens liens affectifs dont le migrant a besoin pour maintenir son identité. Elle se définit suivant trois pôles : spatial, temporel et affectif. Ce sont des constantes psychologiques, qu'on retrouve identiques dans tout état pré-dépressif ou dépressif, où l'espace se retrouve rétréci aux ruminations et aux préoccupations intérieures, et où le temps n'existe plus dans le présent ni dans l'avenir, ou il n'y a plus le plaisir du présent ni les projets de l'avenir, mais où seul le passé se laisse habiter et investir.

Progressivement, cette régression, dans laquelle l'immigré cherche l'apaisement, va l'entraîner dans un repli dont il lui sera de plus en plus difficile de sortir. Après le rétrécissement de sa vie quotidienne, de ses aspirations et de ses plaisirs, vient le rétrécissement de Soi. En effet, le monde (nostalgique) du migrant est surtout son monde intérieur. La rumination amène l'évocation des événements passés, des lieux connus, des paysages familiers, des objets qui ont longtemps entouré sa vie quotidienne. Mais ce mouvement, qui se veut actualisation ou récupération d'un passé, se transforme bientôt en un piège qui couve le risque d'un obscurcissement. Voulant jouir de soi dans son passé, le nostalgique ne jouit plus de rien. L'humeur dépressive et l'inaction se greffent sur un monologue intérieur de moins en moins large.

Un élément important à signaler ici, qui constitue un peu la conséquence de toutes les dimensions psychologiques du phénomène migratoire, est celui qu'on pourrait décrire par la formule du provisoire durable ou du provisoire qui dure. Le migrant hésite en effet indéfiniment entre le « provisoire » qui le définit, et le durable dans lequel il est contraint de s'installer, entre la présence permanente qu'il ose s'avouer et le retour qui, sans être jamais résolument écarté, n'est jamais envisagé sérieusement à la manière d'un projet organisé et qu'il travaille à rendre effectif. Le prolongement d'un séjour fait naître des contradictions et des ambiguïtés : d'un côté, l'attachement au pays d'origine et d'un autre côté l'habitude du pays d'accueil. Il est voué à osciller constamment entre la nécessité de sa présence effective ici et le refus de son absence « là-bas ». Cette ambivalence est matérialisée par les mouvements de va et vient entre les deux pays. Il n'est

capable ni de l'un ni de l'autre terme de l'alternance. Le retour auquel il ne peut renoncer est, en fait, d'autant plus difficile à réaliser et d'autant plus improbable que l'immigration se prolonge.

Pendant cette immigration qui se prolonge, dans ce provisoire qui dure, l'immigré tente malgré tout et vaille que vaille de maintenir un certain équilibre et cherche des mécanismes d'ajustement à travers les interactions avec la société d'accueil, une nouvelle organisation. Il va emprunter certains éléments de cette société à cause de la nécessité objective d'adaptation et élabore ainsi une combinatoire culturelle que l'on peut qualifier de « culture d'immigré ». Mais ces ajustements se poseront en des termes différents, lorsque la socialisation extra-familiale (surtout l'école) vient ébranler l'équilibre fragile de la famille. En effet, ce sont les enfants qui vont mettre en question le choix des parents.

Qui fera le deuil des illusions ?

La génération qui a émigré vit sur les valeurs d'une société devenue imaginaire. Cette société d'origine est encore plus imaginaire pour les enfants qui se trouvent face à une réalité autre que celle produite par la famille. Par conséquent, l'intériorisation des normes familiales n'est pas très efficace, car d'autres normes agissent en même temps. La scolarisation conduit à l'intériorisation des normes culturelles de la société d'accueil. L'intégration dans le système scolaire accélère la transculturation des enfants qui sera ainsi plus rapide que celle des parents. Outre l'école, il y a d'autres canaux, notamment la télévision et l'environnement social, qui font que l'enfant adopte et intériorise les valeurs et les normes de la société d'accueil. L'enfant adopte dès lors une solution intermédiaire entre la famille et la société, et devient le pionnier de la famille en cours d'adaptation, agent socialisateur de ses parents (ce qui ne va pas d'ailleurs sans poser des problèmes par la suite).

Au travers des enfants, l'immigré prend

conscience qu'il est là et qu'il va rester là. Il se rend compte que c'est seulement à travers ses enfants qu'il pourra réussir et être reconnu par la société d'accueil, comme s'il portait ses espoirs sur ses enfants, qui réussiront là où il a échoué et parachèveront les projets dont il n'a réalisé qu'un aspect. Et c'est à travers l'école que les parents s'imaginent que l'avenir de leurs enfants sera différent du leur et meilleur. Les parents, pour ainsi dire, projettent leurs espoirs et attentes non-réalisées sur les enfants qui deviennent otages du projet migratoire de leurs parents. Mais l'intériorisation des nouvelles normes est souvent en contradiction avec celles qui sont émises par l'institution familiale, et les normes de la culture d'origine vont être durcies par un réflexe de défense du père, agressé dans son identité de chef de famille. En effet, le père perd les gratifications d'autorité et de respect que lui assurait l'ancien code culturel de par le passage aux codes nouveaux, et durcit, à l'intérieur de la famille les normes de sa culture d'origine.

Ainsi un conflit culturel et générationnel se trouve au cœur même du changement de la famille immigrée. L'enfant place ses parents devant leur ambivalence entre les deux pays : le pays de leur enfance avec ses bons et mauvais souvenirs, et le pays où ils vivent avec ses satisfactions et ses insatisfactions. Cette ambivalence va d'ailleurs avoir des effets négatifs : ainsi, le discours parental sur le retour fragilisera les processus identificatoires de leurs enfants qui exprimeront leur difficile choix d'identité par l'échec scolaire, entre autres. Les enfants sont chargés de façon inconsciente du fardeau de l'ambivalence et doivent faire le deuil non encore fait par la famille des illusions du retour (lequel retour est brandi par les parents quand ils constatent l'échec de leurs enfants). Autant dire que l'immigration se passe toujours les mêmes plats, et qu'elle est, de ce fait, tout sauf un long fleuve tranquille... ●

Les groupes d'accompagnement pour personnes en deuil



LES DEUILS

.....
Depuis 1995, Vivre son deuil-Brabant wallon propose des groupes d'accompagnement pour les personnes en deuil. Pourquoi avons-nous eu cette idée ?

.....
Le deuil est le processus psychologique qui fait suite à une perte (et cette dernière ne se limite pas au domaine de la mort). Il est important de reconnaître la souffrance de la personne qui vit un deuil, et il faut surtout éviter de banaliser, de minimiser ou de nier ce qui est vécu.

Une personne en deuil perd un être cher, quelqu'un qui est important dans sa vie, qui lui sert de référence, d'appui, de point de repère. Quand la perte survient, le survivant se retrouve perdu, sans but, il ne comprend pas ce qui lui arrive, pensant souvent qu'il devient fou. D'ailleurs le deuil va se dérouler souvent selon un même schéma : c'est d'abord le temps du choc, puis celui du marasme, du chagrin aigu, d'un état de confusion profonde et douloureuse, pour enfin aboutir (parfois, mais pas toujours !) à un apaisement progressif. Entre le moment du décès et le moment de la « guérison » (mais peut-on parler de guérison dans le domaine du deuil ? Tout au plus pourrait-on parler de cicatrisation...), la personne va d'abord survivre, exécutant les actes quotidiens de façon automatique, les formalités et les tracasseries de l'après-décès vont l'absorber, la rendre comme étrangère à sa propre vie. Plus rien n'a de sens, il y a peu de possibilité de faire des projets. La personne nous dit souvent qu'elle a l'impression de devenir folle, qu'elle ne se reconnaît plus, que plus rien n'est comme avant, que tout change. Elle n'a plus de goût à rien. Parfois elle se force à montrer bonne figure,

attendant d'être seule pour exprimer son chagrin et pleurer. D'autres fois elle ne peut que pleurer à longueur de journée, fondant en larmes à tout moment. Enfin, elle peut mener une vie extérieurement normale mais qui pour elle n'a vraiment plus aucun sens. Certaines personnes ne peuvent plus sortir de chez elles, se cantonnant à une pièce, fermant fenêtres et volets et vivant perpétuellement dans l'obscurité et dans les souvenirs de celui qui est parti.

Souvent la personne endeuillée essaie de se secouer, d'en sortir par tous les moyens, d'autant plus que l'entourage ne ménage pas ses conseils (vois du monde, travaille, ne travaille pas, prends du bon temps, ne pense pas toujours à toi, voyage, trie les vêtements, déménage, ne déménage pas, il n'aimerait pas te voir pleurer, ...). Le deuil n'est pas une maladie. Il y a moyen d'en sortir seul. Mais il y a aussi moyen d'adoucir les difficultés (on ne supprime ni la tristesse, ni la douleur de perdre un être cher). Pour certains, il est essentiel, à ce moment-là de leur chemin de deuil, de pouvoir rencontrer, écouter, parler à d'autres personnes vivant ou ayant vécu le même genre de souffrance qu'eux. C'est alors qu'ils nous contactent dans le but de participer à un groupe de parole pour personnes en deuil.

Il y a différentes espèces de groupes d'accompagnement. Les uns ne sont pas meilleurs que les autres, il est simplement important qu'ils soient différents parce que chaque personne en deuil est différente, chaque deuil est différent, chaque personne est différente à chaque deuil vécu, et à différents moments d'un même deuil, ...

● Groupes d'entraide et groupes d'accompagnement

Les groupes d'entraide sont constitués de personnes ayant vécu la même expérience douloureuse, y compris les facilitateurs qui sont en général bénévoles. A côté de ces groupes, existent aussi des groupes d'accompagnement. A l'association Vivre son deuil-Brabant wallon¹, les groupes d'accompagnement sont animés par deux personnes, dont au moins un professionnel (psychologue ou psychothérapeute).

*Annik Absil,
psychologue et
psychothérapeute
à Louvain-la-
Neuve, présidente
de Vivre son
deuil-Brabant
wallon.*

*(1) Vivre son
deuil-Brabant
wallon, 90/7
chaussée de
Namur à 1300
Wavre.
Tél. :
010.45.69.92 ;
fax :
010.81.84.09.*

Les groupes d'accompagnement pour personnes en deuil

Exemples de groupes d'entraide : Parents désenfantés² ; Sirius³ ; Vivre sous les oliviers⁴ ; ...

Exemples de groupes d'accompagnement : Vivre son deuil ; Cancer et Psychologie⁵ ; ...

● Groupes ouverts et groupes fermés

Certains groupes sont fermés : de la première à la dernière rencontre, ce sont toujours les mêmes participants qui se réunissent et qui s'engagent pour la durée du groupe (groupe d'accompagnement pour personnes en deuil, groupes de parole « L'autre temps » pour personnes endeuillées après le suicide d'un proche). D'autres groupes sont ouverts, les participants peuvent être différents d'une rencontre à l'autre (comme dans les rencontres seniors de notre association, où les participants, âgés de plus de soixante ans, peuvent être chaque fois différents et ne s'engagent pas dans la durée).

Exemples de groupes ouverts : rencontres seniors Vivre son deuil-Brabant wallon ; Vivre sous les oliviers ; Parents désenfantés ; ...

Exemples de groupes fermés : Vivre son deuil ; L'autre Temps⁶ ; 1, 2, 3 ...soleil ! ; Parents en deuil⁷ ; ...

● Groupes pluralistes et groupes spécialisés

Certains groupes d'accompagnement s'adressent à des personnes vivant des deuils différents (perte d'un enfant, perte d'un parent, perte d'une amie). D'autres réunissent des personnes vivant un deuil plus spécifique (personnes endeuillées après le suicide d'un proche, parents en deuil).

Exemples de groupes pluralistes : Vivre son deuil ; Cancer et Psychologie ; ...

Exemples de groupes spécialisés : L'autre Temps ; Vivre sous les oliviers ; Parents désenfantés ; Parents en deuil ; ...

● Groupes pour différentes tranches d'âge

Les groupes s'adressent soit aux adultes, soit aux enfants, soit aux adolescents. Ils peuvent également concerner les personnes âgées.

Exemples : pour les adultes (Vivre son deuil, Parents désenfantés,...), pour les enfants ou pour les adolescents (Vivre son deuil, Cancer

et Psychologie,...), pour les membres de la fratrie (Parents désenfantés), pour les personnes âgées (Rencontres-seniors de Vivre son Deuil).

● Groupes ponctuels ou conçus dans la durée

Les groupes d'accompagnement sont conçus dans la durée (quatre rencontres, douze rencontres...). Les rencontres seniors sont ponctuelles, mais les participants peuvent choisir d'y venir plusieurs fois, il arrive alors qu'une certaine durée s'installe et que des relations plus suivies se construisent entre des participants. Nous avons de nombreuses expériences de groupes ponctuels avec des enfants et des adolescents, ces groupes étant nés d'événements dramatiques touchant ces jeunes. C'est ainsi que nous sommes allés dans un groupe de jeunes dont un jeune enfant du quartier était décédé brutalement et dans une école des devoirs où un jeune était mort au milieu de ses amis en jouant. Des écoles font également appel à nous suite à des décès brutaux d'un jeune ou d'un parent, lors de suicides... Ces groupes permettent aux jeunes de trouver un espace de parole où ils peuvent dire leurs sentiments, leurs peurs, leurs attentes. Ils peuvent également poser des questions touchant à la mort, à la maladie, aux rites après la mort (enterrement, messe, crémation, etc.), aux difficultés du deuil, aux attitudes à avoir vis-à-vis d'un copain endeuillé... C'est aussi l'endroit où les jeunes vont pouvoir rencontrer les adultes qui sont responsables (instituteurs, assistants sociaux, psychologues...) et réfléchir avec eux à l'après-décès. Faut-il inviter l'ami endeuillé ? Que peuvent-ils mettre en place pour cet ami, ou pour la maman qui a perdu un enfant ? Nous sommes toujours très touchés par l'intelligence, le cœur avec lesquels ces jeunes nous parlent ou parlent entre eux en notre présence. Ils posent les bonnes questions (si on invite tous notre ami au début de son deuil, comment faire pour « tenir » dans le temps et ne pas l'abandonner au bout de quelques semaines ?). Il est important que ces jeunes puissent dire tout ce qu'ils ont sur le cœur, sans jugement de notre part, parce que la parole est primordiale, permettant de mettre des mots sur ce qu'ils ressentent, vivent, sentent. Le fait d'être extérieurs à la situation nous permet d'être pleinement présents et d'écouter tout ce qui est amené.

(2) *Parents désenfantés* (Anne-Marie Thiran) ; 02.653.31.09.

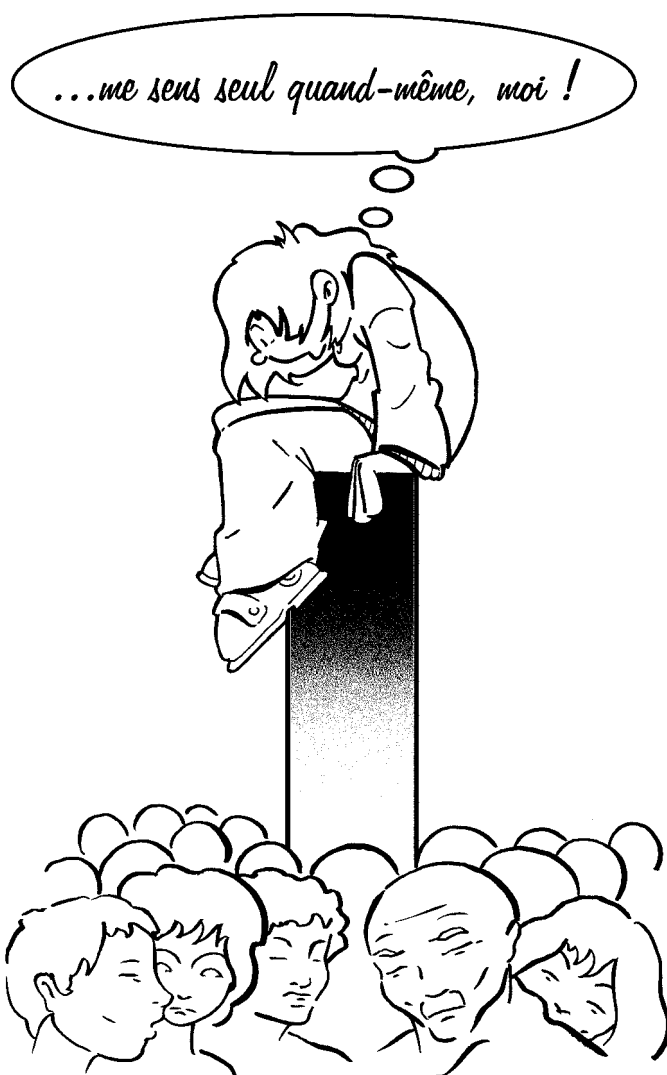
(3) *Sirius* (Uli Wittershagen) ; 083.21.24.94.

(4) *Vivre sous les oliviers* (Michel Welkenhutzen) ; 087.26.61.13.

(5) *Cancer et Psychologie* ; 02.735.16.97.

(6) *L'autre Temps* (personnes endeuillées parès le suicide d'un proche), 46 place du Châtelain à 1050 Bruxelles (Béatrice Lekeux) ; 02.650.08.69

(7) *Parents en deuil* ; 0496.51.82.41



● Groupes de parole et groupes à thème

Nous avons choisi les groupes de parole où les participants parlent de leur vécu, de leurs sentiments, de leur souffrance. D'autres groupes fonctionnent à partir de thèmes proposés à chaque rencontre (la culpabilité, les rites...).

Avant de participer à un groupe « fermé », la personne en deuil est reçue pour un entretien individuel préalable, afin de lui permettre de clarifier sa demande, de vérifier si la participation à un tel groupe est vraiment ce qu'elle désire, et, pour nous, de vérifier sa capacité à participer à un tel groupe (où elle entend d'autres souffrances), à exprimer ses sentiments.

Notre expérience nous montre la difficulté de réunir suffisamment de personnes pour la constitution d'un groupe, sachant aussi combien une personne en deuil renâcle à prendre soin

d'elle et se sent même coupable de vouloir aller mieux : rire est souvent considéré comme être infidèle à la personne décédée, comme la faisant mourir une nouvelle fois. Il n'est pas rare de recevoir un coup de téléphone la veille de la première rencontre d'un groupe où un futur participant (ayant rencontré un des animateurs pour l'entretien préalable) nous annonce qu'il renonce à participer au groupe parce qu'il ne s'en sent plus le courage. Parfois, c'est en cours de route que la personne va se décourager et avoir envie de tout abandonner.

Mais le témoignage des différentes personnes accompagnées dans ces groupes nous dit combien il est précieux pour elles d'avoir rencontré d'autres endeuillés étant à une autre étape de leur chemin de deuil, les encourageant en leur montrant qu'il est possible non seulement de survivre, mais aussi de retrouver le goût de vivre et de faire des projets. Ce n'est pas une solution de facilité, c'est une expérience exigeante mais le plus souvent enrichissante. ●

«S'il n'est plus là, il est où?»

Béatrice Gaspard, psychologue, psychothérapeute, responsable du secteur enfants au centre Cancer et Psychologie et **Delphine Bauloye,** psychologue, psychothérapeute, responsable des Espaces ateliers au centre Cancer et Psychologie. (Cancer et Psychologie : 02.735.16.97).



Lorsque nous sommes confrontés à des situations de décès dans le cadre d'aide et de soutien aux personnes en difficulté, beaucoup de questions nous sont posées : « Comment réagir ? Comment parler aux enfants ? ». Face à ces questions, nous sommes tous, professionnels ou parents, en recherche d'une position aussi juste que possible. Nous savons combien il est difficile de répondre aux questions des enfants sur la souffrance, la maladie, la mort, puisque nous voudrions leur éviter cette confrontation douloureuse, les en protéger. Nous ne pouvons répondre qu'à partir de notre propre expérience, de notre propre souffrance. Dans ce domaine, il ne s'agit pas tant d'un savoir-faire que d'un savoir-être.



Au sein de l'association Cancer et Psychologie, nous avons approché plus particulièrement la spécificité du deuil des enfants et des adolescents et le type d'aide que nous pouvons leur offrir. Dans ce qui suit, nous vous proposons de partager notre réflexion à ce sujet.

Face au deuil d'un proche, l'enfant a un rythme propre, fait, la plupart du temps, de répétitions, de mises en jeu, pour assimiler la perte qu'il vient de subir et pour exprimer ses sentiments à ce sujet. Les adultes qui l'entourent doivent déjà faire face à leur propre souffrance et nombreux sont ceux qui s'empêchent même de pleurer devant les enfants ou de parler avec eux dans le but de les protéger de la souffrance. C'est pourtant de leurs parents et de leurs proches que les enfants ont besoin d'entendre parler du décès ; ils ont besoin de se retrouver,

avec eux, dans un contexte où la peine et la souffrance ont aussi leur place, ce qui leur permet de comprendre mieux ce qui se passe, en fonction de leur maturité et de se construire à l'occasion de cet événement.

Il n'est pas rare d'entendre formuler des questions comme : « Mais les enfants sont-ils assez grands pour se rendre compte de ce qui s'est passé ? ». « Mon enfant pleure dès que je m'éloigne, que se passe-t-il ? » ou des remarques comme : « Il semble qu'ils pensent surtout à jouer ».

Il faut savoir que les émotions liées au deuil sont aussi intenses chez les enfants que chez les adultes mais prennent des formes parfois inattendues comme des réactions physiques agressives ou verbales, un retrait social, des troubles du comportement à l'école et à la maison, des troubles du sommeil ou de l'alimentation ou encore des comportements régressifs. De plus, quelques pleurs peuvent signer un grand chagrin, même si l'enfant repart jouer. Ce jeu, qui peut paraître une fuite dans une détente heureuse, est un moyen d'apprentissage et de socialisation autant qu'un moyen d'affronter les difficultés de la vie, de les mettre en scène, de les maîtriser et ainsi de les apprivoiser graduellement.

La nécessité de répéter les faits pour les assimiler entraîne la fréquence des questions à des moments parfois inattendus. La labilité émotionnelle (passage du rire aux pleurs) et la notion différente du temps peuvent dérouter l'adulte.

Les représentations de la mort

Ainsi en est-il des représentations de la mort qui se construisent en fonction de l'âge de l'enfant.

Le bébé subira la mort comme une absence, une rupture au même titre que les séparations. L'intégration de ces expériences de deuil est liée à la détresse de l'entourage et pourra se ressentir dans le corps en laissant des traces internes. Pour les enfants d'âge préscolaire, la mort est le plus souvent une perte d'activité temporaire, réversible (« il dort ») et pour eux, les fonctions



vitales persistent après la mort (« est-ce qu'il mange encore ? »). Leurs questions très concrètes sont parfois surprenantes mais peuvent refléter la crainte de perdre ceux qui restent et/ou de mourir eux-mêmes. De plus, le sentiment d'une toute puissance de leur pensée peut provoquer une responsabilité et une culpabilité diffuses.

En âge scolaire, l'enfant comprend progressivement que la mort est irréversible. Les aspects biologiques, le devenir, les transformations, les squelettes l'intéressent ainsi que les rites funéraires et les questions philosophiques. Mais ses préoccupations portent aussi sur sa propre sécurité actuelle, sur les changements qui peuvent intervenir et sur les liens qui subsistent (« qui va s'occuper de moi ? »).

L'adolescent réalise que personne n'est à l'abri et que la mort peut aussi l'atteindre, bien que subsistent des pensées d'invincibilité et d'immortalité. Et dans le tumulte de la mutation personnelle, la perte d'un parent peut signifier la perte de l'enfance. L'ambivalence face aux images parentales complique les processus du deuil, avec des contradictions intérieures et un sentiment de grande solitude lorsque coexiste la difficulté à parler de soi.

Il nous faudra donc chercher à soutenir l'enfant là où il en est, en fonction de sa compréhension de la mort et de la situation actuelle.

Il nous paraît important de tenir compte, dans le processus du deuil chez l'enfant, de la relation antérieure avec la personne décédée et la place qu'elle avait dans son organisation affective et identificatoire. Comment faire le lien avec les sentiments ambivalents qui existent chez tout enfant lors de la recherche et l'affirmation de son autonomie ? De plus, si la relation était conflictuelle entre les parents et/ou avec l'enfant, comment élaborer ce conflit pour ne pas le figer ? La haine, la colère, la rage qu'il a pu éprouver, peuvent-elles être responsables de cette mort ?

Les espaces-ateliers

Dans la lignée de ces réflexions, nous avons mis en place des espace-ateliers. Ce sont des

lieux de parole collective pour des enfants et des adolescents endeuillés, afin de permettre l'expression des sentiments, faciliter la compréhension, respecter le rythme et avoir l'opportunité de se souvenir.

L'enfant, confronté à d'autres enfants dans la même situation, réalise qu'il n'est pas le seul à vivre des choses difficiles. Il entend les témoignages des autres, se permet de mettre des mots sur des émotions complexes ou se contente d'approuver les autres. Il lui sera plus facile ensuite d'aborder ses questions à la maison.

Le but n'est certainement pas de nous substituer aux parents et aux proches, mais de proposer un lieu d'accueil et d'échange qui permette, stimule, ou relance une communication familiale timide, incertaine et parfois défaillante.

La démarche des parents d'amener l'enfant à ce groupe, montre aussi qu'ils lui reconnaissent une souffrance personnelle en lui offrant un lieu spécifique pour en parler.

Depuis janvier 2000, une fois par mois, les espace-ateliers sont ouverts, à la fois à Bruxelles, à Namur et à Liège, à tout jeune ayant perdu un proche quel que soit le type de perte et sont animés par deux psychologues spécialisés dans l'accompagnement et la gestion du deuil.

Chaque « Espace » dure trois heures et est limité à huit jeunes maximum, de quatre à onze ans pour les enfants et de douze à dix-huit ans pour les ados. Le même groupe d'enfants se retrouve pour plusieurs séances consécutives mensuelles.

Les deux premières heures de l'espace-atelier pour les enfants sont consacrées d'une part à des activités communes et d'autre part à des activités individuelles laissées au libre choix de chaque enfant, avec un cadre réfléchi et des rituels de début et de fin.

Une activité appréciée est celle d'« une boîte à souvenirs », boîte à décorer pour y mettre dedans ce qu'on veut, les bons comme les mauvais souvenirs.

Julie, par exemple, qui a huit ans, a connu son père dans une relation conflictuelle avec sa mère et le discours actuel de sa mère porte essentiellement sur la violence physique et matérielle. Julie peindra sa boîte à souvenirs en rouge et demande si elle peut y mettre un ange dedans : « Quelqu'un qui a fait du mal peut-il aller au paradis ? ». A la fin de l'espace-

atelier, comme les parents sont accueillis, nous offrons la possibilité à Julie de montrer sa boîte à sa maman, connaissant sa capacité à s'exprimer directement. Cette maman, surprise, étonnée par la question de son enfant, prend conscience de l'impact de son discours sur sa fille. Avec notre soutien, elle peut retrouver quelques aspects plus positifs de ce père et les liens possibles avec sa fille, comme son goût pour la musique et la danse, présent aussi chez sa fille. La mère propose alors de retrouver un morceau de musique que le père aimait bien pour le mettre dans cette boîte.

Un autre exemple d'activité proposée est de jouer avec des figurines. Lors des premiers espaces, un des enfants mettait toujours en scène des personnages qui étaient tous mauvais. Une de nos interventions a consisté à dire que même s'il s'est montré parfois méchant, agressif, cela n'a pas pu provoquer la disparition de son parent. Par la suite, nous avons observé que cet enfant a commencé à exprimer davantage de tristesse et lorsqu'il s'est trouvé devant un autre enfant qui mettait en scène des situations tout aussi agressives que les siennes, il nous a regardé avec un air surpris, montrant par là qu'il avait en partie oublié avoir agi de la même façon.

La dernière heure est consacrée à une rencontre avec les adultes qui accompagnent les enfants. C'est une heure qui leur permet d'aborder les réactions émotionnelles des enfants entre les espace-ateliers ainsi que des moments familiaux importants (les fêtes des pères ou des mères difficiles à la maison comme à l'école, un déménagement, la possibilité d'un autre partenaire pour le parent,...).

Pour ce qui est de l'espace-atelier pour les adolescents, les trois heures sont consacrées au groupe et nous laissons actuellement aux jeunes le soin de transmettre à leur parent ce qu'ils souhaitent même si nous restons attentifs à ce que les parents ne se sentent pas exclus du processus de deuil de leur enfant.

En conclusion

Nous avons souligné que les enfants endeuillés ne cheminent pas de façon linéaire. L'évolution du deuil ne se fera pas en quelques mois et les thèmes associés au deuil réapparaîtront au cours des stades suivants du développement. Ils évolueront et seront réintégrés dans la construction psychique, d'autant plus facilement que les enfants auront eu la possibilité d'exprimer des sentiments et d'entendre que d'autres avaient les mêmes questions, comme ils en ont la possibilité aux espace-ateliers. Dans la rencontre avec ces enfants, il faudra prendre en compte leur âge, la relation antérieure qu'il y avait avec la personne disparue et les possibilités de communication qui existent autour d'eux

A la question « s'il n'est plus là, il est où ? », nous cherchons non pas à donner la réponse (que nous n'avons d'ailleurs pas !) mais plutôt à l'aider à trouver la sienne avec ses propres ressources personnelles, familiales et culturelles au sein du partage avec d'autres.

Ces lieux d'accueil sont donc des lieux à visée thérapeutique, des lieux de partage, de jeux et d'émotions, des lieux de vie et de transmission, et ceci dans une optique de prévention. Ces lieux se veulent des outils pour aborder les répercussions familiales suite à la mort d'un proche, pour soutenir la parole et les échanges au sein de la famille et non pas « à la place de » cette famille.

En mars 2001, nous avons organisé un colloque européen sur le thème « Perdre un parent dans l'enfance » où les enfants étaient invités la première journée à assister avec nous à une pièce de théâtre et à en débattre avant que nous n'échangions sur des notions plus théoriques et différentes modalités européennes de soutien aux enfants dans cette situation. Les actes de ce colloque sont disponibles à l'association. ●



LES DEUILS

Lorsque l'enfant ne paraît pas...

L'accompagnement des parents et des soignants lors des décès périnataux

.....

Depuis plusieurs années, l'importance et l'incidence de ces décès deviennent plus apparents et interpellent les médecins et soignants qui côtoient les parents en ces moments. En effet, l'environnement socioculturel autour de la grossesse a subi de nombreuses mutations depuis vingt-cinq ans. La programmation des naissances, la réduction de la natalité ainsi que la liberté de la décision de mettre un bébé en route ont changé « l'enfant qui survient » en « enfant que l'on désire ». L'acquisition de nouvelles connaissances et l'apparition de nouvelles techniques performantes ont diminué le risque obstétrical pour la maman et pour le fœtus. Ces évolutions dans le vécu de la grossesse, mais aussi dans les rapports homme-femme au sein du couple et dans l'investissement de l'enfant, donnent une dimension d'autant plus importante à la malformation, à l'arrêt de la grossesse, à la naissance d'un enfant mort-né ou à son décès précoce.

.....

Vivre le décès de leur enfant, et ici plus précisément de leur enfant en devenir, représente pour les parents, eux aussi en devenir, une épreuve de vie à laquelle ils ne sont pas préparés. L'entourage familial est lui

aussi ébranlé par cette situation, tout comme les médecins, gynécologues, accoucheuses et infirmières pour qui la prise en charge d'un décès ne rentre pas a priori dans leur perspective de carrière, tourné essentiellement vers l'accueil à la vie.

Tous les acteurs qui ont participé à ce décès vont donc être engagés, de près ou de loin, dans un processus de deuil.

Le deuil après un décès périnatal

Le décès périnatal entraîne un deuil particulier pour plusieurs raisons :

- l'enfant n'a pas eu d'existence autonome, en tant qu'être distinct de ses parents (de sa mère a fortiori). Les parents n'ont pas d'expériences concrètes, ni donc de souvenirs concrets, de celui-ci. L'enfant reste un objet fantasmatique, idéal et idéalisé. Ils ont essentiellement à faire le deuil de désirs, d'espoirs et de rêves ;
- la perte est soudaine, inattendue, contraire à la nature même de la grossesse en cours ou à terme.

Certaines caractéristiques des différents types de décès périnataux ont des répercussions sur le deuil qui s'en suit :

● L'interruption médicale de grossesse pour malformation fœtale

L'évolution de la médecine fœtale et des techniques permet de dépister de plus en plus tôt d'éventuelles malformations du fœtus. L'annonce du diagnostic est un moment de choc pour les parents (et pour les soignants également). L'interruption ou non de la grossesse est un choix difficile à vivre et culpabilisant. Les questions sur le bien-fondé de la décision se posent avant et après celle-ci.

Bruno Fohn,
psychologue et responsable de la formation du personnel au Centre hospitalier régional de la Citadelle.

Bruno Fohn anime un groupe mixte d'Aide au deuil périnatal. L'expérience retracée ici s'appuie sur le travail de tous les intervenants de la cellule Aide au deuil périnatal : C. Bouchy, D^r T. Decortis, V. Desirant, C. Fafchamps, S. Hannart, P. Holper, M. Houmont, C. Huque, D^r S. Lesenfants, D^r J. Lombet, J. Martin, L. Melotte, L. Monseur, M. Muller, N. Parmentier, H. Perez, G. Pirlet, S. Poulizek, D^r F. Ravet, D^r C. Retz, D^r J. Rigo, D^r JP. Schaaps, M. Vandenbosch. Tous les apprentissages présentés ici sont fondés sur le travail avec les parents accompagnés au cours de ces cinq dernières années. Que tous en soient ici remerciés.

Lorsque l'enfant ne paraît pas...

● L'interruption médicale de grossesse pour raisons maternelles

Le sentiment de culpabilité éprouvé par la mère ou le couple est renforcé par le sentiment d'avoir « tué » son enfant pour sa propre survie.

● La fausse couche

En dépit de leur fréquence (une grossesse sur cinq), les fausses couches sont souvent mal acceptées par les parents et leurs conséquences peu reconnues par l'entourage et le monde médical : pas de reconnaissance sociale de cette perte, explications sur les causes de l'arrêt de la grossesse fréquemment absentes, sous-estimation de la précocité du lien profond entre la mère et son enfant et donc de l'importance potentielle de la perte vécue.

Le terme « deuil périnatal » porte sur le processus de deuil qui suit toute perte survenant entre la conception d'un enfant et sa première année de vie. Alors qu'elles sont généralement méconnues et peu reconnues, de telles pertes sont pourtant fréquentes. Au niveau national, elles recouvrent en effet les fausses couches (près de 16 % des grossesses), les interruptions volontaires de grossesse pour raisons personnelles, médicales ou maternelles (près de 15 % des grossesses), les morts in utero et les décès pendant l'accouchement (1 % des naissances). Sont également pris en compte dans la démarche présentée ici les décès survenant au service de néonatalogie.

(1) Lorsque des signaux indicateurs sont présents, comme l'absence ou l'arrêt des mouvements du bébé, des sentiments contradictoires émergent : inquiétudes et espoirs sont le plus souvent mêlés. L'annonce du diagnostic fatal reste alors vécu comme violent, brutal.

● Le décès in utero

L'annonce de la mort in utero d'un fœtus est généralement inattendue, ce qui rend le choc plus violent¹. La mère doit porter en elle ce bébé mort et a le sentiment de se transformer en « cercueil vivant ». Lors de l'accouchement, il y a confusion entre la naissance et la mort (tant chez les parents que chez les professionnels d'ailleurs).

● Le décès néonatal

Les parents vont nouer une relation avec leur bébé vivant, même s'il est hospitalisé au service de néonatalogie, et même s'il ne vit que quelques heures. Les réactions affectives, les demandes ou les questions des parents ne sont

pas toujours adaptées à la réalité de l'état de l'enfant, d'autant que les connaissances relatives au nourrisson ne sont pas les mêmes chez les soignants que chez les parents. Les échelles de valeur et les évaluations de la situation sont dès lors souvent différentes, notamment par rapport à la prise de conscience du risque de décès chez les prématurés, l'espoir étant entretenu par toutes les variations positives (ou supposées telles) de l'état de l'enfant.

Par ailleurs, depuis ces dernières années, un changement fondamental est en cours en néonatalogie : le plus souvent maintenant, les décès ne sont plus imprévisibles et subits mais sont anticipés (arrêts thérapeutiques), ce qui modifie de manière importante le vécu et la gestion de ces moments, tant pour les médecins et soignants que pour les parents, qui peuvent être présents jusqu'à la fin.

● Le décès d'un jumeau

Les parents sont confrontés simultanément à la naissance d'un enfant vivant et à la mort de l'autre enfant. Les sentiments de deuil liés à la perte d'un bébé coexistent avec des sentiments de joie causés par la naissance de l'autre nourrisson. Ces couples éprouvent de grandes difficultés à effectuer à la fois un travail d'attachement et de détachement.

L'accompagnement en cours d'hospitalisation

Pendant longtemps, ces situations sont restées tabous : l'enfant était « évacué » le plus vite possible, il n'était plus évoqué avec les parents, qui recevaient des « conseils » comme « il faut tourner la page », « vous en referez vite un autre ». Les démarches de soutien restaient confidentielles : certaines infirmières montraient discrètement l'enfant aux parents, à l'insu des collègues ou des médecins,... Ces attitudes de fuite, de déni, d'agressivité ou de compassion traduisaient combien les soignants étaient concernés, touchés émotionnellement par ces situations, tout en demeurant isolés et démunis.

A partir de 1993, plusieurs médecins et infirmières du centre hospitalier régional de la



Citadelle (services de gynécologie-obstétrique puis de néonatalogie) se sont réunis pour aborder ces questions et jeter les bases d'un accompagnement de qualité. Ces réunions ont également permis aux professionnels de s'aider mutuellement à supporter l'agression psychologique que tous subissaient.

Actuellement, l'accompagnement des parents repose sur plusieurs axes fondamentaux. Le premier d'entre eux est de marquer concrètement la réalité de l'enfant et de sa perte. En effet, plus cet enfant pourra être investi en tant qu'individu différencié de ses parents, plus le processus de deuil en sera facilité². Plusieurs dispositions vont dans ce sens :

- **Favoriser un contact physique avec l'enfant décédé** est maintenant un premier pas bien établi. Pour ce faire, la proposition est faite aux parents de voir leur enfant décédé, de le toucher ou de le prendre dans leurs bras, en leur expliquant qu'après coup, de nombreux parents sont apaisés par cette démarche, qu'ils estiment positive. S'ils marquent leur accord, l'enfant leur est présenté, porté par une infirmière puis par eux-mêmes, en veillant à ce que les marques éventuelles soient les plus discrètes possible (taches de mercurochrome ou de sparadrap) et en respectant autant que possible l'habillement ou les jouets de l'enfant.

Il s'agit également d'un moment privilégié pour expliquer si nécessaire les différences par rapport à un bébé arrivé à maturité. En effet, sans une telle concrétisation, les craintes puis les fantasmes d'avoir engendré un monstre sont fréquentes. Le témoignage d'une maman est significatif à cet égard : sa grossesse a été interrompue à six mois suite à une anencéphalie du bébé et, après l'expulsion, elle a vu son bébé. L'image qu'elle en conserve est celle d'un enfant beau et bien fait, même si elle a bien perçu que la partie frontale et arrière de la tête était inexistante. Elle explique ainsi qu'« à côté de son problème, il avait même des ongles à ses petits doigts » et ajoute « ce n'était pas un monstre comme je l'imaginai, c'est un vrai bébé ». On évite ici autant le déni par rapport à la malformation que des extrapolations ou focalisations excessives.

- **Donner une identité au bébé** participe également à la différenciation de cet enfant. La première étape est de favoriser le choix d'un prénom, même dans les cas de décès anté-natal et dans les décès néo-nataux. Au niveau des parents, les difficultés liées à la reconnaissance sociale et administrative sont les plus marquantes pour les bébés mort-nés avant vingt-huit semaines de grossesse. Actuellement, ils ne peuvent en effet porter un prénom ni être enterrés officiellement³. Cette contrainte sociale et administrative pèse lourdement sur les parents endeuillés.

- Dans le même sens, au service de néonatalogie, les parents sont invités à **participer aux derniers soins du nouveau-né** : pour plusieurs, il s'agit du seul contact physique qu'ils auront eu avec leur enfant. Il leur est également proposé d'assister aux derniers moments de leur enfant (ce que les parents font le plus souvent en portant même leur bébé). Il est à relever que de moins en moins de bébés décèdent seuls et de manière subite. Les décès inéluctables sont généralement prévus et accompagnés, ce qui permet de les préparer et de les vivre dans de bien meilleures conditions. Il est à souligner que de plus en plus de parents s'engagent dans ce sens et en sont satisfaits a posteriori, vivant ces moments comme douloureux mais intenses et importants.

- La constitution d'ancrages est également une démarche importante à long terme. Ils constituent en effet autant d'objets qui seront associés au bébé et par rapport auxquels le processus de deuil pourra se concrétiser (mise à distance progressive). Par ancrages, nous entendons : les photographies de l'enfant seul ou avec ses parents, la remise aux parents du bracelet d'identité, de vêtements ou de linges portés par leur bébé, d'une peluche ou de tout autre objet qu'il a eu près de lui. Loin d'un caractère morbide, ces objets acquièrent une « vie » et un sens pour les parents : d'abord omniprésents, ils deviennent progressivement des souvenirs, importants mais rangés comme tels (par exemple, le linge porté par l'enfant passe de l'oreiller de sa mère à la table de nuit puis à la garde-robe).

- **Permettre à la famille élargie de voir le**

(2) Un parallèle peut être fait ici avec les situations de décès dans lesquelles on ne retrouve pas le corps de la personne. Le fait de ne pouvoir voir le corps entraîne des incertitudes quant à la mort effective et aux raisons de celle-ci, ce qui rend le deuil généralement plus difficile et plus long.

(3) Voir à ce propos l'article de P. Rousseau : « Le prénom et le rituel funéraire des enfants mort-nés », L'observatoire de la Santé, n°18/98.

Lorsque l'enfant ne paraît pas...

bébé (après accord des parents) participe également à concrétiser la réalité de cette perte pour l'entourage élargi, afin de diminuer le risque de minimisation ou de déni souvent vécu par les parents.

L'accompagnement psychologique des parents et de leur entourage sous-tend et est complémentaire de ces démarches concrètes.

- **La présence, l'attention et la bienveillance sont essentiels**, sans chercher au départ à rassurer ou à consoler à tout prix. Il n'est possible ni de sauver les parents ni de les dispenser de la souffrance. Les soignants peuvent être présents, les accompagner mais ce chemin reste fondamentalement le leur.
- **Il n'est généralement pas utile de chercher à annuler ou à diminuer les émotions vécues lors de telles épreuves.** Au contraire, pouvoir reconnaître et nommer ce qui est en train de se vivre est rassurant et réconfortant : cela marque de manière très claire que l'on accepte ce que les parents sont en train de vivre. Renvoyer avec d'autres mots ce que les parents tentent d'exprimer ou vivent les aide à clarifier leurs pensées et favorise le fait qu'ils se sentent compris, soutenus. On peut également leur dire que de telles réactions sont habituelles et qu'elles évoluent généralement au fil du temps, même si pour l'instant l'avenir est bouché. De même, il est intéressant d'expliquer les différentes réactions et étapes du processus de deuil et de prévenir que chaque parent avancera différemment, avec un rythme différent et avec d'autres souvenirs, ce qui peut occasionner des tensions au sein du couple. Susciter ou conforter le sentiment d'avoir été et de rester des parents pour leur enfant est également fondamental : « vous avez vécu avec votre enfant une grossesse ou les premiers mois d'une grossesse », « vous avez soutenu votre enfant et recherché toutes les solutions possibles », ...
- **Répondre aux demandes et questions des parents** de manière claire et répétée si nécessaire leur permet de mieux gérer leurs sentiments de culpabilité et d'impuissance. Une bonne partie de ces questions porte en effet sur les causes du décès de l'enfant

(d'autant qu'ils ont parfois oublié les réponses données auparavant, qu'ils ont besoin de les confirmer et qu'ils sont généralement confrontés à plusieurs intervenants).

- **Le retour à domicile** est une étape parfois difficile : la maman revient sans le bébé, les préparatifs (chambre, lit, vêtements) confirment la perte et on ne sait qu'en faire. L'entourage tente souvent de « tourner la page » le plus vite possible, ce qui est mal vécu par les parents. Préparer ces réactions et envisager avec les parents quelles ressources ils pourront trouver autour d'eux est une démarche préventive utile. Les groupes d'Aide au deuil périnatal mis sur pied à l'hôpital sont un moyen complémentaire à ce niveau.

Après l'hospitalisation : les groupes mixtes parents - professionnels

Au fur et à mesure que cette thématique se dégageait de son tabou, les conséquences de ces décès périnataux sont devenues plus apparentes : parmi celles-ci, l'isolement du couple à sa sortie de l'hôpital, sa difficulté à communiquer avec les proches et parfois au sein du couple.

La cellule Aide au deuil périnatal a alors mis sur pied un groupe de rencontre et de discussion réunissant des parents ayant vécu un décès périnatal et des soignants des salles concernées (gynécologues, néonatalogues, infirmières, psychologues). Ce caractère mixte (parents et professionnels) est essentiel et procure des avantages importants tant pour les parents que pour les professionnels. Cette caractéristique est par ailleurs originale et novatrice par rapport aux groupes de self-help existants, qui réunissent généralement des personnes vivant une expérience similaire, sous l'animation ou non d'un professionnel (par exemple patients diabétiques, alcooliques anonymes, parents d'enfant trisomique,...).

● Participation et fonctionnement

La participation à ce groupe est proposée lors de l'hospitalisation à chaque parent ou couple



concerné. Il est également possible à tout parent qui a vécu ailleurs un tel décès de rejoindre le groupe. La participation y est totalement libre : certains ne viennent pas ou une fois seulement, d'autres quelques fois, d'autres encore participent aux réunions pendant un an ou plus, jusqu'à devenir des exemples importants pour les nouveaux parents qui intègrent les groupes au fur et à mesure. Ces groupes sont donc ouverts : de nouveaux parents y prennent part à chaque réunion ; ils le quittent quand ils le décident.

Ces groupes de soutien dans le processus de deuil se réunissent durant deux heures une fois par mois ; actuellement et pour répondre aux demandes, deux groupes fonctionnent en parallèle, ils comptent chacun de dix à vingt-cinq participants. La participation se module de la manière suivante : les parents participent librement, seuls ou en couple ; quatre à sept professionnels sont présents de manière constante et stable dans chaque groupe. Le caractère pluridisciplinaire est également à souligner puisque s'y retrouvent des infirmières, des accoucheuses, des gynécologues, des néonatalogues et des psychologues.

L'animation est assurée par un psychologue extérieur aux services impliqués. Les thèmes abordés sont décidés en commun à la fin de chaque réunion pour la réunion suivante : par exemple, le moment de l'annonce du décès ou de la malformation, comment est vécu ce décès au sein du couple, quelles répercussions sur les relations avec l'entourage, faut-il parler de ce décès aux enfants de la famille ou à ceux qui naîtront ensuite et comment,... ? Le thème est à considérer comme un fil conducteur qui structure doucement les réunions, permettant aisément les écarts nécessaires pour traiter les préoccupations des parents présents. Il s'agit en effet de réunions d'échange et de discussion, chaque participant étant invité à partager ses perceptions, ses expériences ou ses questions. Le groupe est dès lors utilisé comme une ressource qui permet à chacun de bénéficier des expériences (heureuses ou malheureuses) des autres et d'y trouver un écho ou des exemples pour son propre vécu.

Les professionnels présents participent eux aussi en apportant leur vécu personnel, leurs expériences, leurs doutes, leurs questions. Ce

« ***Et pour toujours, vivre avec ton éternelle absence.*** »

Une maman

« ***Après le décès de Viktor et Appoline, à l'accouchement, quand je me suis réveillée, l'accoucheuse nous a proposés de nous les apporter. Avec beaucoup de craintes, nous avons accepté de les voir. J'ai soulevé les draps et je les ai bien regardés pour essayer de garder leur image et de ne pas les oublier. Mais j'étais mal à l'aise avec la mort et nous ne les avons pas gardés longtemps. Maintenant, je me dis que nous aurions dû. Heureusement, nous avons toujours leur photo. Pour Nolwen, plus d'un an plus tard, je n'étais plus mal à l'aise, même si j'avais toujours autant de chagrin, et j'ai voulu participer à tout et vivre pleinement tout jusqu'au bout.*** »

Maryse, maman de Viktor, Appoline et Nolwen

Témoignages repris dans la brochure d'information « Aide au deuil périnatal » remise aux parents au centre hospitalier régional de la Citadelle.

Ces témoignages de parents illustrent la démarche d'Aide au deuil périnatal (ADP) mise en place depuis huit ans au sein des services de gynécologie, obstétrique et néonatalogie du centre hospitalier régional de la Citadelle dans les situations de décès de nouveaux-nés ou de pertes de bébés en cours de grossesse : faire de ce moment intense et douloureux non pas un instant fugace et dénié, mais bien une étape authentiquement vécue et reconnue.

côté « humain » est d'ailleurs souvent mis en exergue et est important pour les parents, qui restaurent ainsi le vécu difficile qu'ils ont eu avec le monde médical en raison de l'intensité des émotions générées par la situation.

● Impacts psychologiques et thérapeutiques des groupes de soutien

Je présenterai ici quelques-uns des mécanismes à l'œuvre les plus significatifs, ainsi que l'effet thérapeutique qu'ils peuvent avoir.

- La qualité principale dégagée par les participants concerne l'opportunité d'expression et d'écoute offerte par un tel groupe. Il s'agit

Lorsque l'enfant ne paraît pas...

pour nombre d'entre eux d'un espace privilégié dans lequel ils se sentent entendus et reconnus dans leur expérience et leurs souffrances, par d'autres qui ont vécu une épreuve analogue et par des professionnels attentifs et centrés sur les aspects humains de cette épreuve de vie. La fonction cathartique de l'expression et de la présence au sein d'un tel groupe est largement démontrée dans la littérature et est confirmée par les parents présents.

- Nous avons constaté qu'au cours des premières réunions, les parents nouvellement arrivés abordent généralement quelques questions médicales, finalement peu nombreuses, puis surtout leur vécu personnel et de couple. Ces questions médicales en suspens sur l'enfant ou sur la pathologie sous-jacente renvoient au phénomène de la forme incomplète, comme en Gestalt. Il faut pouvoir compléter la représentation de cet enfant pour passer à autre chose.

Puis vient l'étape de la révolte, qui vise ceux qui ont joué un rôle clé dans le processus du décès. Inmanquablement dans ces situations, des sentiments de doute, des revendications, de la colère sont présents ; ils portent généralement sur l'extérieur : l'hôpital, le médecin, l'entourage. De manière moins explicite et moins reconnue, ils portent aussi sur soi-même : qu'ai-je fait d'inadéquat, en quoi suis-je responsable,...

Cette colère peut provoquer des répercussions pathologiques lorsqu'elle devient répétitive voire compulsive et surtout quand elle se structure autour de figures avec lesquelles on n'entretient plus de contact. Alors en effet, elle ne peut plus être discutée ni dépassée.

En participant au groupe, les parents peuvent exprimer leur colère, à plusieurs reprises si nécessaire, en présence des figures professionnelles directement concernées, essentiellement les médecins. Comme ceux-ci sont dans une attitude d'écoute et de compréhension, ils n'engagent pas une contre-argumentation défensive mais permettent aux parents, sous la conduite de l'animateur, de « vider leur sac » et de dépasser ce qui est devenu un discours stérile et stérilisant. Au-delà des mots, ce sont aussi les sentiments et les

émotions sous-jacentes qui ne tournent plus sans fin, comme un disque rayé.

Nous citerons ici l'exemple d'une mère, ayant perdu son enfant à l'accouchement il y a cinq ans et bloquée dans sa colère par rapport au médecin (le décès aurait pu être selon elle consécutif à un geste médical inadéquat). Cette question occultait toute autre préoccupation et rendait impossible pour elle une nouvelle grossesse. Pendant ses premières participations au groupe, toute cette colère et ces interrogations ont été reprises à plusieurs occasions⁴ et ont pu être déchargées en présence de figures médicales qui ont entendu, accepté et quand il y avait lieu répondu. Par ailleurs, elle a aussi été confrontée aux autres parents, qui ont porté ou portent encore des difficultés similaires et qui ont témoigné de leur manière de sortir de ces impasses. Actuellement, ses représentations sont en train de changer et cette grossesse inenvisageable est en train de prendre forme dans son discours, ce dont son époux témoigne d'ailleurs également.

- Les réunions permettent d'autre part, grâce à la parole, de redonner une consistance à ce bébé dont la matérialité est difficile. Tout d'abord, il s'agit d'un moment que les parents consacrent totalement à eux-mêmes et à cet enfant qui n'est plus. Ensuite, chaque réunion débute par un tour de table où il est demandé à chacun de se présenter. Il est remarquable d'observer que les parents incluent systématiquement dans leur présentation leur enfant décédé, avec des émotions extrêmement intenses au début. La tristesse et les larmes sont en effet très régulièrement présentes à ce moment.

Pour présenter leur enfant, les parents sont amenés à sortir de leur état indifférencié avec lui, et ils confirment, et se confirment dans leur position de parents d'un enfant décédé.

On peut aussi tirer un parallèle entre cette présentation ritualisée de l'enfant en début de réunion et les rituels sociaux lors des condoléances dans les funérariums.

Le fait de vivre cette expérience en groupe participe également à diminuer les sentiments d'isolement et d'étrangeté extrêmement fréquents et importants.

(4) On voit ici que les thèmes des réunions permettent à chacun de réintroduire les questions importantes pour lui. L'objectif pour l'animateur est de relever et d'organiser ces thématiques entre elles pour que chaque parent quitte la réunion avec des éclairages nouveaux pour lui, qui pourront mûrir jusqu'à la réunion suivante.



- A côté du manque de reconnaissance sociale de leur situation, le sentiment d'isolement de ces parents naît également du fait de ne pas être entendus, de ne pas s'entendre eux-mêmes, de ne pas pouvoir mettre de mots sur les émotions fondamentales qu'ils vivent. Un mois après le décès, même s'ils ont l'impression d'être toujours dans une situation désespérée, ils ne ressentent plus exactement les mêmes émotions qu'au moment du décès par exemple. Ce qui reste identique, c'est leur impression subjective de douleur intense. De par l'introduction de nouveaux parents dans le groupe, n'importe quel parent est inmanquablement amené à devenir l'ancien d'un autre. Ce phénomène a des répercussions psychologiques clairement apparentes en termes de modifications de perceptions de soi-même et de l'évolution que chacun vit malgré tout, et parfois malgré lui.

Dans le même sens, chacun est confronté à des situations qui lui paraissent encore bien pires que la sienne, et corollairement donc à des parents qui sont en train de dépasser leurs souffrances, qui ont valeur d'exemple : « on peut revivre après (et avec) une telle expérience ». Cette réalité s'impose à eux et rend inutile une argumentation qui viserait à démontrer qu'il existe encore un futur (et qui est d'ailleurs bien souvent inopérante).

- Dans la dynamique du décès périnatal se retrouvent parents, enfant et soignants. Participer au groupe d'Aide au deuil périnatal, c'est donc se dire des choses à soi, dire des choses aux professionnels. Mais c'est aussi dire des choses à son enfant. Le groupe est ainsi un objet transitionnel par rapport auquel on peut exprimer sa colère, son insatisfaction, sa tristesse, son espoir,... en s'adressant ainsi aussi à son enfant.
- Enfin, les réunions se terminent par une synthèse qui permet de retracer :
 - le point de départ : présentations et thème de la discussion ;
 - l'évolution de la discussion : les difficultés et ressources que chacun peut y trouver ;
 - l'apport de chacun dans la discussion.

Une telle structure, qui souligne les difficultés et les ressources, pour terminer en créant un

« pont vers le futur », est analogue au processus du deuil. En d'autres mots : « je vis la situation, j'ai des difficultés, je mobilise à terme des ressources pour rendre un futur possible ».

Dans ce sens, une réunion du groupe de soutien est une métaphore du deuil, une analogie, une illustration du phénomène, sans que les liens entre le phénomène et la métaphore ne soient explicitement décodés. Or, la métaphore est un outil thérapeutique riche.

On peut donc décrire un processus en spirale : les parents viennent aux réunions jusqu'au moment où la métaphore devient anachronique pour eux.

Perspectives

Ce projet qui a maintenant un recul de sept ans a amené les équipes du centre hospitalier régional de la Citadelle à une meilleure connaissance de la problématique et des mécanismes de restructuration psychologique, familiale et sociale lors d'un deuil. Il s'est construit à partir d'une convergence d'intérêts patients-soignants avec un retour positif pour chacun des participants.

Les professionnels sont engagés là dans une démarche pluridisciplinaire, centrée sur le vécu des parents d'une part mais aussi sur le leur. Chacun apprend là comment son collègue vit ces situations, et le même phénomène de rupture des sentiments d'isolement et d'incapacité est à l'œuvre, tout comme chez les parents.

Par ailleurs, cet espace offre aux médecins, infirmières et paramédicaux présents un feedback important quant à l'impact de leurs interventions auprès des patients, tant dans le sens positif que négatif. Ainsi, un couple a expliqué combien la question posée par une infirmière lors de leur accueil au bloc d'accouchement avait pu les soutenir tout au long des cinquante-deux heures qu'ils y ont passé. Cette question : « Quel nom allez-vous donner à votre enfant ? », alors qu'ils venaient d'apprendre son décès in utero. Plus qu'une longue théorie, ce type de retour sur sa pratique a évidemment un aspect formatif fondamental. Enfin, il s'agit également d'une expérience de

discussion autour de sujets extrêmement difficiles à aborder pour les soignants, qui peut prendre valeur d'exemple pour eux. Participer à de tels groupes est une manière d'apprendre, grâce aux parents, comment aborder toutes ces questions autour de la mort. De manière significative d'ailleurs, les médecins et soignants soulignent la sérénité qu'ils ont acquise par rapport à l'accompagnement des parents et qui, loin de les éloigner, leur permet d'être authentiques et présents dans la relation avec eux.

Pour les parents, après un tel décès, traverser un moment plus ou moins long d'isolement est une constante : ils se retrouvent seuls, sans enfant ; l'entourage ne sait pas toujours quoi dire ou estime qu'il faut rapidement tourner la page.

Les conforter dans leur rôle et leur statut de parents par rapport à cet enfant qui n'est plus, leur offrir les éléments concrets significatifs de l'existence de celui-ci, reconnaître et légitimer les émotions intenses qui ont cours sont les fondements de l'accompagnement en cours d'hospitalisation.

Après l'hospitalisation, participer aux groupes de soutien permet progressivement à chacun d'oser dire ses sentiments, ses douleurs, de ne plus se sentir seul : « c'est aussi arrivé à d'autres ». Ces groupes offrent également une occasion unique de se percevoir et de prendre conscience de sa propre évolution par rapport à d'autres parents ayant vécu la même expérience. Enfin, l'effet de support de tels groupes n'est plus à démontrer. Les bilans réalisés régulièrement avec les parents ont d'ailleurs confirmé le bien-fondé et les impacts positifs de ces réunions, qui se traduisent notamment dans le nombre important de grossesses entamées par des couples enfermés dans des blocages (infécondité psychologique) avérés et parfois anciens de plusieurs années.

La difficulté actuelle réside dans l'invitation à participer à un tel groupe. En effet, une telle démarche collective se heurte à un frein culturel dans notre société, où se dévoiler dans une discussion de groupe n'est pas encore facilement accepté. Les parents soulignent

d'ailleurs fréquemment que leur décision de venir la première fois a été difficile, même s'ils en sont après coup largement satisfaits. Améliorer l'information aux parents et à leur entourage familial et médical reste un des objectifs actuels.

A plus long terme, cette démarche participe à la « cicatrisation » des traumatismes individuels, conjugaux et familiaux qui viennent d'être vécus. Pour le couple et les autres enfants (y compris à venir), une maturation satisfaisante de ce deuil permettra d'aborder l'avenir sans perturbations liées à l'enfant qui n'est plus. Il ne s'agit donc pas d'oublier mais bien, comme le disent très justement les parents, « d'apprendre à vivre avec cette expérience ».

Bibliographie

Anzieu D., *La dynamique des groupes restreints*, Seuil, 1980.

Halut B., *Prise en charge immédiate des familles au moment du décès en soins intensifs et aux urgences*, Notes de formation, 1995.

Parmentier N., *Évaluation de la prise en charge des parents lors d'un deuil périnatal au CHR de la Citadelle*, Mémoire de licence, 1996.

Rousseau P., *Le deuil périnatal, la famille et la société*, XXV^{èmes} Assises des sages-femmes, Besançon, mai 1997.

Rousseau P. : « Le prénom et le rituel funéraire des enfants mort-nés », *L'observatoire de la Santé*, n°18/98.

« Maternité, avortement et deuil », *Revue Frontières*, Vol 9, n°2, automne 1996.

A la croisée du temps et de l'espace: le génogramme, un outil systémique pour dé-couvrir le deuil



LES DEUILS

Introduction

Les médecins généralistes peuvent jouer un rôle privilégié par rapport à ceux qui vivent un deuil. Leur fonction leur permet assez facilement de prendre des nouvelles de « ceux qui restent », d'entrer en contact avec eux, de leur parler. Par ailleurs, dans le décours d'un décès ou d'une perte, après un temps plus ou moins long, ils peuvent être sollicités par des patients qui sont déprimés, qui présentent différents problèmes répétitifs ou plus ou moins en lien avec ceux du défunt. Cette première dimension, évidente, nécessite à elle seule une réflexion sur l'accompagnement qu'il est possible et souhaitable de proposer.

Mais les médecins généralistes, comme les autres soignants, sont souvent confrontés, sans le savoir, à des patients en deuil. Des deuils latents, des deuils cachés, parfois même des deuils secrets, qui empoisonnent l'existence des uns et des autres. Parfois, ces deuils ne parviennent à s'exprimer qu'à travers des plaintes sans cesse répétées, des symptômes inexplicables, des insatisfactions perpétuelles. C'est un peu comme s'il y avait à la fois, sur la scène, différents symptômes bien mis en évidence et présentés au public... mais dans les coulisses, quelques deuils enfouis dans un vieux coffre plein de poussière... Comment faire le lien entre les uns et les autres ?

L'objectif de cet article n'est pas de médicaliser le deuil – il n'en a pas souvent besoin – mais bien de proposer aux généralistes et aux autres soignants quelques repères pour ouvrir leur pratique, pour l'élargir. Il s'agit simplement d'attirer leur attention pour qu'ils puissent créer, au sein de leurs consultations et de leurs rencontres, un espace de construction qui aide chacun, quand il est aux prises avec des pertes difficiles, à se redéfinir, à poser un regard neuf sur soi.

Pour accompagner les deuils évidents, pour aider les deuils latents à émerger, imaginons une boîte à outils. Sur le couvercle, un « post-it » avec trois repères : le temps, les émotions,

la parole³. A l'intérieur de la boîte, un premier outil, proposé par l'analyse systémique : le génogramme.

Au travail !

Donner du temps au temps

On peut considérer le temps nécessaire au deuil comme le temps de cicatrisation d'une blessure, celle de la perte^{1,2}. Comme toute autre blessure, elle peut guérir spontanément – et c'est le plus souvent le cas – mais elle peut aussi avoir besoin de soins et nécessiter une aide. C'est particulièrement vrai quand la blessure actuelle en réveille une autre, qui n'a pas été cicatrisée.

Béatrice a trente-neuf ans. Son mari vient de la quitter. Elle est très déprimée. Très vite, elle parle de son passé. Son père s'est pendu quand elle avait douze ans et c'est elle qui l'a trouvé.

Le médecin avait dit que pour l'honneur de la famille, c'était mieux de cacher son suicide.

Alors, j'ai vécu seule avec ce secret...

Ma mère ne supportait aucune évocation de son mari. Pendant deux ans, elle est allée gratter tous les murs du grenier pour retrouver un petit mot...

Après dix ans, grâce à mon mari, j'ai décidé d'en parler. Mes frères et sœurs m'ont traitée de menteuse...

Encore maintenant,

ils n'ont pas confiance en moi...

J'ai appris que mon père avait un cancer de l'intestin. Il a voulu mourir pour ne pas être une charge pour sa famille... et longtemps après,

le poids de ce qu'il a fait est toujours là...

Il faut parfois beaucoup de temps avant de parvenir à parler d'un deuil. Mais il faut aussi que ce temps, dans sa durée, dans les répétitions qu'il induit, dans les souvenirs qu'il permet, puisse être réellement utilisé pour enclencher un processus de deuil : une aide extérieure est alors parfois nécessaire. Il est important qu'elle respecte le rythme de chacun – le rythme du

Cécile Bolly,
médecin
généraliste et
psychothérapeute
à Neufchâteau,
animatrice de
formations à
l'écoute et à la
réflexion éthique
pour les
soignants,
collaboratrice au
Centre
universitaire de
médecine
générale
(CUMG) de
l'université
catholique de
Louvain.

Le génogramme, un outil systémique pour découvrir le deuil

deuil est individuel – mais aussi qu'elle soutienne la mise en route et le travail intérieur qui s'élabore quand quelqu'un décide de partir à la rencontre de son passé, pour en éclairer quelques zones d'ombre. De simples petits conseils peuvent aider à entamer ce chemin :

- *Je trouve que c'est très important ce que vous me dites là... Et je pense qu'il faudrait s'y arrêter un peu, pour comprendre ce qui s'est vraiment passé... vous pouvez peut-être vous faire aider pour ce travail... ;*

- *Vous avez vécu beaucoup de choses difficiles en peu de temps... J'aimerais qu'on en parle un peu, ou que vous trouviez quelqu'un d'autre pour en parler, pour vous désencombrer de tout ça...*

On n'a pas le temps ... diront certains, montrant ainsi que dans le deuil, la question du temps se pose à bien des niveaux différents... La question du choix que nous faisons de notre temps nous oblige à continuellement penser notre pratique. Mais si tous les soignants ne choisissent pas d'investir du temps dans l'accompagnement des patients en deuil, tous doivent être attentifs à la problématique de certains deuils et tous doivent pouvoir aider les patients à se faire aider.

Prendre le temps, c'est le seul moyen de ne pas le perdre... diront d'autres... Ceux-là savent par expérience que, dans l'accompagnement de quelqu'un en deuil, si le temps est indispensable, il n'est pas suffisant. Ni pour le patient, ni pour le soignant. Il est nécessaire de lui ajouter certaines compétences, qui permettent d'écouter le patient, de l'entendre, de l'aider à comprendre et à se comprendre. Cela passe entre autres par l'accueil des émotions et par l'invitation à la parole, deux repères dont il va être question.

Temps qui permet de cicatriser une blessure. Temps qui suscite les répétitions, les souvenirs, les oublis, le débordement, le déclenchement... Temps pris... Temps volé... Temps donné... Temps suspendu... Temps des uns et des autres... Apprendre à respecter le temps. Du Latin *respectus*, qui a aussi donné « répit »...

Accueillir les émotions

Ma mère a vécu trois deuils successifs en trois mois, sa fille et deux nièces, et elle ne s'est jamais plainte, affirmait il y a quelques mois Alberte, soixante ans.

Alors moi non plus, je ne peux pas me plaindre... Même si tout change autour de moi... J'ai perdu ma sœur jumelle, je viens d'être pensionnée et en plus, je dois déménager... Mais peut-être que ma dépression, c'est du chagrin... Je me sens seule à l'intérieur, avec quelque chose de mort en moi...

Ce n'est pas que j'aie difficile à accepter, disait Danielle, trente-six ans, mais il y a un vide, un manque... et puis surtout, je m'en veux terriblement...

Mon grand-père a eu un ganglion au niveau du cou. Il a refusé les rayons et la chimio pour ne pas être arrangé comme son fils, qui a un cancer de la gorge.

Le médecin lui avait dit que son ganglion était cancéreux, mais pas à nous.

Il ne voulait pas mourir en clinique, mais on l'y a mis quand même.

Ma grand-mère était à Godinne pour avoir des ballonnets aux artères

et on ne pouvait pas le laisser seul.

Quand l'ambulance est arrivée,





il s'accrochait aux draps pour ne pas partir... Je m'en veux de ne pas avoir fait front. Chaque fois que je vais dans sa maison, j'entre dans la chambre et je regarde sa place dans le lit... Dire qu'ils l'ont mis à l'hôpital pour être tranquilles... Et que je n'ai pas fait front...

Pour accueillir les émotions du patient et l'aider lui-même à les accueillir, il est souvent utile de nommer celles qui sont le plus fréquentes au moment d'un deuil et de manifester ainsi combien il est normal de les vivre, de les éprouver. Et cela d'autant plus que la question de la normalité est souvent posée dans le décours d'un deuil.

- *Qu'est ce que vous sentez par rapport à ça ? De la peur ? De la colère ? De la tristesse ?*
- *Vous avez l'impression que c'est injuste ce qui vous arrive ?*
 - *Certains, à des moments pareils, sont terriblement en colère...*
- *Je ne sais pas ce que vous, vous vivez ?...*
- ...

Avoir une boîte de mouchoirs en papier à portée de la main est une autre manière de montrer que les émotions sont les bienvenues : ici, on peut pleurer : c'est prévu !

Il est parfois nécessaire d'aider le patient à trouver les manières qui lui conviennent pour exprimer ses émotions : oralement, dans la solitude, dans un groupe de parole pour personnes en deuil, en écrivant, en dessinant...

- *De quoi avez-vous besoin pour pouvoir pleurer un peu ? De calme ? De solitude ? D'être sûr que personne ne vous verra ?*
 - Au contraire, de quelqu'un qui vous écoute ?...*
- *Comment pouvez-vous exprimer toute cette colère-là ?*
 - Vous avez déjà cherché une manière de la sortir de vous, de la déposer en dehors ?*
- *Même si votre père est mort, est-ce que vous avez déjà pensé lui écrire une lettre, avec tout ce que vous voudriez lui dire aujourd'hui ?*
- ...

Osons inventer ! Osons faire confiance à notre intuition ! Mais pour lui permettre de se manifester, osons également accueillir nos

propres émotions ! Dans un autre temps et dans un autre espace, il convient de faire de la place à la résonance, à l'écho que provoque en nous ce travail d'accompagnement. De faire l'expérience d'être, à son tour, écouté. De pouvoir partager, dans un non-jugement mutuel, ses propres émotions de soignant, ses difficultés, ses manques, ses pertes, ses deuils et de les mettre en relation avec la singularité de sa propre histoire, à laquelle ils renvoient. Évidemment, cela prend du temps... mais ce temps-là n'est-il pas indispensable pour que notre pratique reste vivante ?

Inviter à la parole

Beaucoup de gens en deuil sont isolés par la société dans son ensemble, qui a bien du mal à réagir à leur tristesse, à leur angoisse, à leur désespoir : on évite de rencontrer les parents qui ont perdu un enfant, on ne sait que dire à une jeune dont l'ami vient de se tuer en voiture, on hésite à prendre des nouvelles de quelqu'un dont on sait qu'il va mal...

*Je ne vais quand même pas demander à cet homme qui est en deuil comment il va, disait récemment une étudiante infirmière, puisque je sais qu'il ne va pas bien...
Ça va le faire pleurer...*

Eh bien si, il faut le lui demander ! Précisément parce qu'on sait qu'il va mal et qu'il est important qu'il puisse le dire et être entendu. Non pas pour le faire pleurer, mais pour lui permettre d'exprimer sa tristesse. Et pour l'aider à avancer dans son cheminement, dans son errance, dans la recherche d'un nouvel équilibre. N'oublions pas que la parole en elle-même peut être guérissante.

En médecine générale, certains ont peut-être trop souvent tendance à prescrire un antidépresseur dès que quelqu'un exprime sa tristesse, son impression de vide, son mal-être dans le cadre d'un deuil, quel qu'il soit. Bien sûr, cela permet de supprimer le symptôme, mais cela ne donne pas pour autant pas l'occasion d'un travail intérieur qui seul, permet au patient d'intégrer la perte dans sa propre vie. Il est souvent plus utile de s'arrêter au symptôme plutôt que de l'arrêter...

Le génogramme, un outil systémique pour dé-couvrir le deuil

De manifester qu'il a de l'importance, de proposer un rendez-vous pour en parler, de prendre le temps... ou d'envoyer le patient chez quelqu'un qui prenne ce temps-là ou qui ait la compétence pour l'accompagner.

Christiane a trente-quatre ans. Elle est mariée et a deux enfants de huit et six ans. Elle est atteinte d'un cancer du péritoine. Elle vit des moments très pénibles, liés à la maladie elle-même et à son traitement, mais aussi à la perte de sa santé, de son insouciance, à toutes les incertitudes auxquelles elle doit faire face.

Parfois, j'ai envie de m'acheter un beau vêtement... mais je me dis que je ne le mettrai pas tout de suite, ou même pas du tout...

J'en ai parlé à ma belle-sœur : elle m'a demandé pourquoi je n'achetais pas tout ce que je voulais, puisque je ne sais quand même pas combien de temps il me reste...

J'ai des douleurs musculaires à cause de la chimio. C'est pénible, mais je suis contente de les avoir, parce qu'il n'y a que 20 % des gens qui en ont : c'est que je suis sensible au traitement...

Tout le monde me dit que le moral est important, mais je ne sais quand même pas être forte tout le temps...

Depuis tout ça, j'ai souvent des sautes d'humeur. Quand je l'ai dit à mon médecin traitant il a répondu « oui... eh bien on va prendre un antidépresseur... ».

Mais non, je n'ai pas envie de ça ! Je suis anxieuse et c'est normal.

Je dois m'occuper pour oublier...

C'est certain que j'ai peur de mourir...

Mais ce qui me fait le plus peur, c'est de laisser les autres... Si je meurs, après ma mort, pour moi, il n'y aura plus rien...

Mais les autres, ils auront souffert avant et ils souffriront encore après.

Et ça, je ne l'accepte pas...

Si nous aidons à ouvrir ou à ré-ouvrir une parole sur le deuil, sur la souffrance, sur la mort, il est capital de le faire dans le cadre d'une écoute active, qui ne cherche pas à rassurer d'emblée le patient, ni à lui donner des solutions toutes faites, extérieures, mais simplement à le laisser s'exprimer. Qu'il puisse se sentir exister pour

quelqu'un, dans tout ce qu'il vit, y compris ses parts d'ombre.

Une autre dimension capitale de cette écoute est celle du non-jugement, indispensable pour pouvoir proposer au patient de parler au « je », à la première personne. Pour en comprendre l'importance, il suffit d'expérimenter la différence entre « tu m'énerves » et « je suis énervé(e) quand tu dis ça ou quand tu te comportes comme ça »...

Dans l'accompagnement du deuil comme à bien d'autres moments, seule cette précaution du « je » permet de laisser émerger certains sentiments profondément enfouis et qu'on ne se donne pas le droit d'avoir : *on ne peut quand même pas en vouloir à un mort...* alors on retourne la colère contre soi et on se culpabilise ; *on n'a pas le droit de faire des reproches à ses parents...* alors on se traite de mauvaise fille et on perd toute estime de soi, ...

Nadine a quarante-six ans. Elle est mariée et a deux fils de vingt et dix-huit ans qui vont bientôt quitter la maison. Elle est fille unique. Son père est mort trois mois après qu'elle se soit mariée. Sa mère a fait un accident vasculaire cérébral le jour du premier accouchement de Nadine. Plutôt que de pouvoir s'occuper pleinement de son bébé, elle a dû veiller sa mère. Elle décrit son enfance comme lumineuse jusqu'à ses onze ans, quand elle a dû aller à l'internat. Même si ses parents disaient que c'était pour son bien, elle a vécu cette période comme un abandon.

Mes parents étaient très exigeants, mais ils ne m'aidaient pas.

Ils ne me donnaient rien.

Et je ne peux pas leur en vouloir, parce qu'ils m'ont attendu longtemps.

Je suis la fille unique de parents âgés.

Mais je ne sais pas si j'ai déjà été moi.

Je m'en veux tellement d'être comme ça...

C'est seulement après plusieurs entretiens que Nadine osera dire combien elle se culpabilise d'avoir souhaité la mort de sa mère, quand la maladie de cette dernière l'empêchait de s'occuper de son premier bébé. Et elle ajoutera son soulagement d'avoir enfin pu partager cela, sans être jugée.



Le génogramme

Si ces trois aspects – le temps, les émotions, la parole – sont des repères capitaux, quand on est en consultation, il est parfois difficile de trouver un chemin pour y avoir accès. Ou encore, on peut sentir qu'il est important de leur donner un cadre, comme pour s'y retrouver, pour prendre un peu de distance, pour parvenir à mieux comprendre. Par ailleurs, il importe aussi de développer une capacité à repérer certains deuils cachés, qui semblent oubliés, enfouis dans des souvenirs, et qui pourtant, sans qu'on n'y prenne garde et parfois de manière étonnante, n'en provoquent pas moins toute une série de symptômes et/ou de plaintes.

L'analyse systémique peut ici apporter une aide précieuse, parce qu'elle invite à ne pas définir un problème, une difficulté, une crise uniquement dans sa dimension individuelle, mais en l'envisageant dans sa dimension contextuelle. Elle considère que chaque personne est acteur au sein d'un système, familial, scolaire, professionnel, social, ... Ce système représente un ensemble d'éléments en interaction et en relation avec leur environnement. Il a ses règles, qui influencent les relations entre les différents acteurs et définissent leur appartenance⁴. L'analyse systémique a beaucoup de succès dans les entreprises, où elle constitue une approche efficace de la gestion des conflits et de l'accompagnement du changement. En thérapie, elle permet de mieux comprendre les différentes fonctions de l'émergence et/ou du maintien de différents symptômes présents dans une famille ou un groupe donné. Elle utilise différentes ressources et stratégies pour aider chacun à évoluer.

Le génogramme est un de ses outils relationnels privilégiés. Dans une famille, son utilisation suscite souvent la curiosité de tous et mobilise les ressources de chacun⁵. Il est très aidant pour mettre certains deuils en évidence et pour accompagner le patient et son entourage dans ce qu'ils vivent de difficile.

Il est nécessaire de se former à la fois à sa construction et à son interprétation. Il faut aussi

que chacun clarifie les limites qu'il se donne par rapport aux informations apportées par le génogramme : il ne s'agit pas que tous les généralistes deviennent des systémiciens, mais que tous puissent repérer certaines difficultés ou certaines particularités qui mériteraient d'être approfondies. De la même manière, tous les gens en deuil n'ont pas besoin d'une psychothérapie, mais tous peuvent bénéficier d'une écoute attentive et bien cadrée.

Le génogramme est une représentation graphique de la structure familiale sur plusieurs générations⁶. Il schématise les grandes étapes du cycle de vie de la famille, ainsi que les mouvements émotionnels qui lui sont associés.

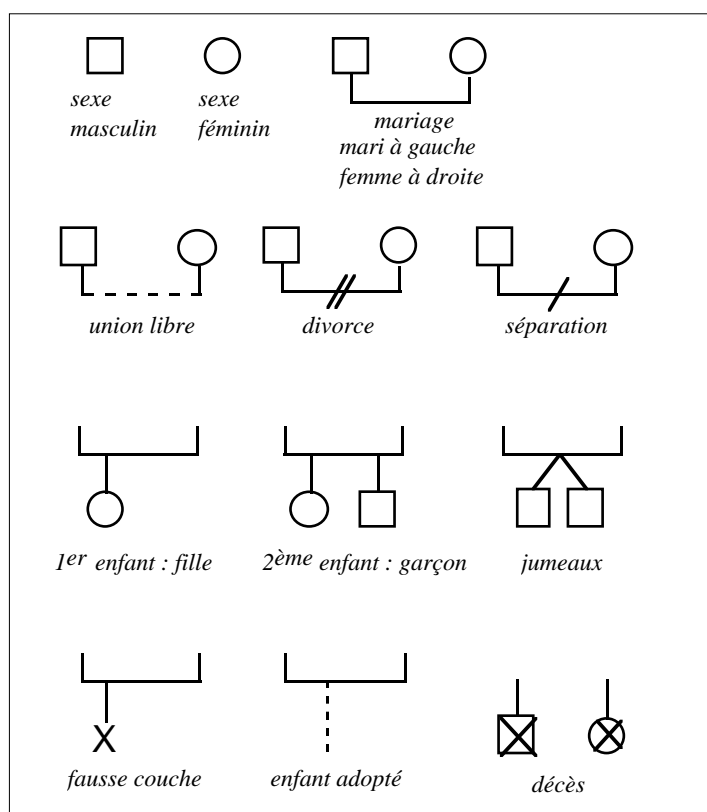


Schéma n° 1 : Principaux symboles du génogramme

Il aide à montrer que si la famille est à la fois un système ouvert et un système en évolution, elle constitue également un système incomplet⁷.

Il reprend, de préférence sur trois générations⁶ :

- le prénom et l'âge de chacun des membres de la famille ;

Le génogramme, un outil systémique pour dé-couvrir le deuil

- la date des naissances, des décès, des mariages, des séparations et des autres événements significatifs ;
- l'indication de l'activité principale de chacun, du lieu de résidence, des maladies importantes, des changements dans le développement vital.

Sa représentation a été standardisée par Murray Bowen⁶, avec les principaux symboles repris sur le schéma n° 1.

L'intensité de la relation entre différents membres de la famille peut également être notée :

—————	<i>lien proche</i>
—————	<i>lien très proche</i>
-----	<i>lien distant</i>
W W W W W	<i>lien conflictuel</i>

Le génogramme permet de parler des deuils évidents. De nommer les pertes, les ruptures de liens, les répétitions, les réorganisations nécessaires,...

Même si la carte n'est pas le territoire (G. Bateson), elle permet pourtant de préparer un voyage...

Dans tous les exemples cités ci-dessus, les informations ont d'ailleurs été rassemblées à partir de la réalisation d'un génogramme. Dans le travail de deuil, on pourrait même le considérer comme un véritable rituel. Ritualiser permet de satisfaire un besoin de continuité et ainsi de diminuer l'angoisse souvent présente après un décès, mais aussi de protéger le mort de l'oubli et de l'inscrire dans une mémoire collective^{8,9}. Le passage de la parole à la représentation graphique permet sans doute de satisfaire ces besoins-là aussi.

Mais le génogramme a un autre intérêt : il aide à faire émerger des deuils cachés, même quand les symptômes qui motivent une consultation n'ont a priori rien à voir... En voici un premier exemple.

Thomas a cinq ans et demi. Quand on lui demande pourquoi il vient à la consultation, il explique qu'il a très peur des loups, des monstres et des requins. Il en voit souvent, surtout la nuit. Les loups le mangent et il doit couper leur ventre. Les monstres le tapent puis le cuisent dans la soupe, puis ils deviennent

amis. Mais pas pour toujours. Sa maman ajoute qu'il fait pipi au lit et qu'il réveille souvent ses parents, en pleine nuit, à cause d'un cauchemar. Ils ont épuisé toutes sortes de moyens pour l'aider à se rendormir, avec de bien maigres résultats. Et ne parlons pas de l'énurésie ! Chaque matin, au moment où ils aident Thomas à mettre ses draps mouillés et son pyjama dans la lessiveuse, des cernes creusent un peu plus leur visage. Ça ne peut plus durer ! Les parents n'en sortent plus, ils sentent qu'ils deviennent agressifs. C'est un moment de crise dans la famille. Il faut soigner Thomas. Il faut trouver une solution... et vite !

La maman de Thomas le décrit comme un enfant qui n'a pas de limites, qui rit quand il a une fessée, fait des colères terribles en se tapant la tête au mur, mais est aussi très affectueux. Il n'a peur que la nuit, mais la journée, il demande souvent à sa mère si elle ne va pas mourir, si elle ne va pas partir, si elle va revenir. Le soir, elle n'ose aller à son cours d'informatique que quand il est endormi.

Pendant la consultation, il est très remuant et interrompt continuellement sa mère. A un moment, je lui demande de dessiner sa famille. Et j'y vais, moi aussi, d'un dessin, puisque je commence le génogramme de Thomas. J'apprends ainsi qu'il est l'aîné de deux enfants. Chloé, sa petite sœur, a trois ans. De temps en temps, Thomas interrompt son dessin et me regarde crayonner. Je lui explique que je fais une place pour chacun : petit carré pour lui, petit rond pour sa sœur. Puis j'ajoute ses parents, ses oncles et tantes, ses grands-parents. J'inscris les mariages, les séparations, les liens privilégiés ou difficiles entre certains, les naissances, les professions, les décès, ... Un peu plus tard, pour revenir à la difficulté qu'a Thomas de quitter sa mère, je demande à cette dernière s'il n'y a pas eu dans la famille de décès ou de séparation difficile.

- Non, répond-elle.
 - Si ! ajoute-t-il. Madeleine !
 - Elle est morte me dit-elle,
 mais il ne peut pas comprendre.

Alors je lui propose de regarder la famille que Thomas a dessinée : il y a uniquement deux personnages, sa mère, avec un très grand cœur, et sa grand-mère, Madeleine... Des larmes

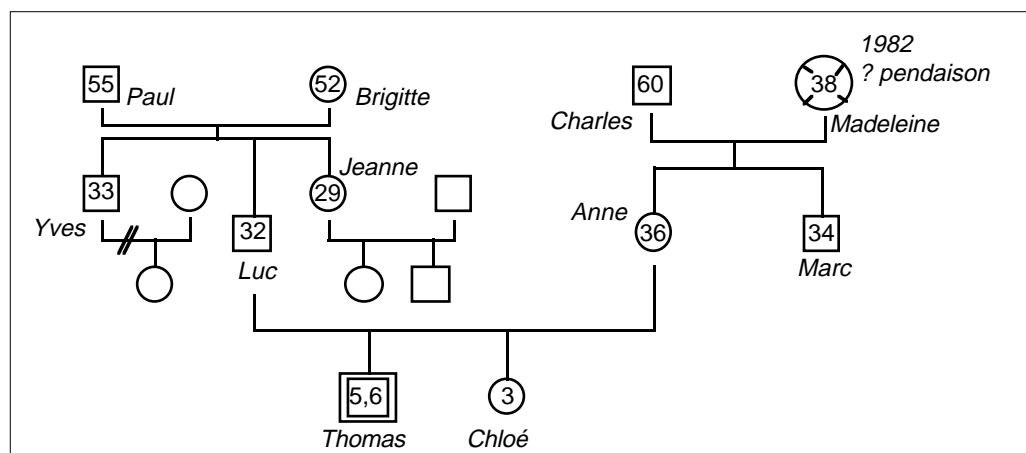


Schéma n° 2 : génogramme de Thomas

emplissent ses yeux et aussitôt, elle met le doigt sur la bouche, pour me signifier qu'il faut se taire. Je fais non de la tête et je m'adresse à Thomas :

*Tu es un petit garçon génial !
Je crois que tu as bien compris
que ta maman vit quelque chose de difficile
quand elle pense à ta grand-mère.
Si elle veut bien, on va en parler un peu,
elle et moi.*

Elle se met alors enfin à dire sa tristesse et sa souffrance par rapport au décès de sa mère. Elle parle à demi-mots d'un suicide. Je comprends que c'est tout à fait resté un secret jusqu'à présent. Je devine une pendaison. « C'est moi qui l'ai trouvée... C'est pour moi que ça a été le plus dur... J'avais une relation difficile avec elle... C'était hier l'anniversaire de sa mort... ». Pendant ce temps-là, contrairement au début de la consultation, Thomas ne nous interrompt pas une seule fois ; il joue paisiblement avec des coquillages. Je montre à sa maman comme il a l'air calme, maintenant. Je lui explique que les troubles du sommeil de son fils sont peut-être en partie une manière de l'amener en consultation, elle. Ce serait une drôle de coïncidence, alors... répond-elle. Et elle se met à parler des nombreuses tentatives de suicide que sa mère a faites pendant qu'elle était encore enfant et puis adolescente... A la consultation suivante, elle revient seule pour poursuivre ce dialogue : Thomas, lui, va bien...

Voici un autre exemple qui montre aussi l'utilité du génogramme pour mettre en évidence un

processus de deuil qui n'a pas été fait et qui se répercute de manière subtile mais évidente sur la vie de toute une famille.

Bastien, qui a quatre ans et demi, inquiète fort ses parents. Ils se demandent s'il n'est pas hyperkinétique, surtout depuis qu'ils ont vu une émission télévisée sur le sujet. L'institutrice le trouve assez calme en classe, mais dit qu'il vaut mieux aller consulter un médecin. A la maison, il est non seulement difficile, mais insupportable : il dit de nombreux gros mots à ses parents, se couche à terre et tape des poings et des pieds pour n'importe quelle contrariété, refuse de rester à table quel que soit le menu et parvient à ce que chaque repas dégénère en dispute entre les parents : le père voulant la paix, la mère souhaitant l'éduquer avec certains principes... Les beaux-parents s'en mêlent et disent aux parents que Bastien les teste et qu'ils doivent être plus sévères. La marraine de Bastien prétend que c'est à cause de la naissance de son petit frère, huit mois plus tôt. La gardienne, elle, n'a jamais vu un enfant aussi sage... Intriguée par la discordance entre ce qui se passe à la maison et à l'extérieur, je réalise d'emblée un génogramme. J'inscris deux enfants : d'abord Bastien, puis Romain. Quand elle me voit tracer ces deux carrés, la maman jette d'abord un coup d'œil vers Bastien pour voir s'il est bien en train de dessiner, puis elle m'explique en chuchotant qu'avant lui, elle a attendu un autre enfant mais qu'elle a fait une fausse couche. C'était un enfant fécondé in vitro mais il y a eu une grossesse extra-utérine et l'ablation de la trompe a encore diminué les chances de grossesse ultérieure. Le gynéco-

Le génogramme, un outil systémique pour dé-couvrir le deuil

logue a donc prévenu qu'aucune grossesse spontanée ne serait plus possible.

Bastien, qui est né un an et demi plus tard sans avoir besoin du laboratoire pour être conçu..., n'est pas au courant de cette fausse-couche, ni de celle qui a suivi sa naissance. Actuellement, sa maman attend un 5^{ème} enfant, qui lui non plus, ne sera pas un bébé fivette... Pour poursuivre le génogramme, quand j'interroge le père de Bastien, il me dit d'emblée qu'il n'a pas de famille. Il répète cette expression : non, je n'ai pas de famille.

Devant mon insistance, il explique qu'il a été abandonné par ses parents parce qu'ils n'avaient pas les moyens de l'élever. Il a été récupéré par son grand-père puis a été placé dans un home. Il sait que son père est mort et n'a aucune idée de ce qu'est devenue sa mère.

retrouvé. Bastien brandit le dessin d'une échelle. Quand son père lui a dit « mon papa est au ciel », la réponse de Bastien a fusé : « on va aller chercher les pompiers, alors ?... ».

On pourrait croire ces histoires trop belles pour être vraies... Elles ne sont pourtant que deux illustrations de l'intérêt du génogramme et de la dynamique étonnante qu'il peut induire dans la révélation de deuils cachés. Par rapport aux deux situations décrites, il permet de faire plusieurs hypothèses dont les suivantes : par ce qui est dit en consultation, l'enfant sent qu'il peut se dégager de l'angoisse présente dans la famille ; la clarification que permet le génogramme l'aide à ne pas se sentir responsable de ce qui se passe ou de ce qui s'est passé ; mettre des mots lui permet de prendre distance ;

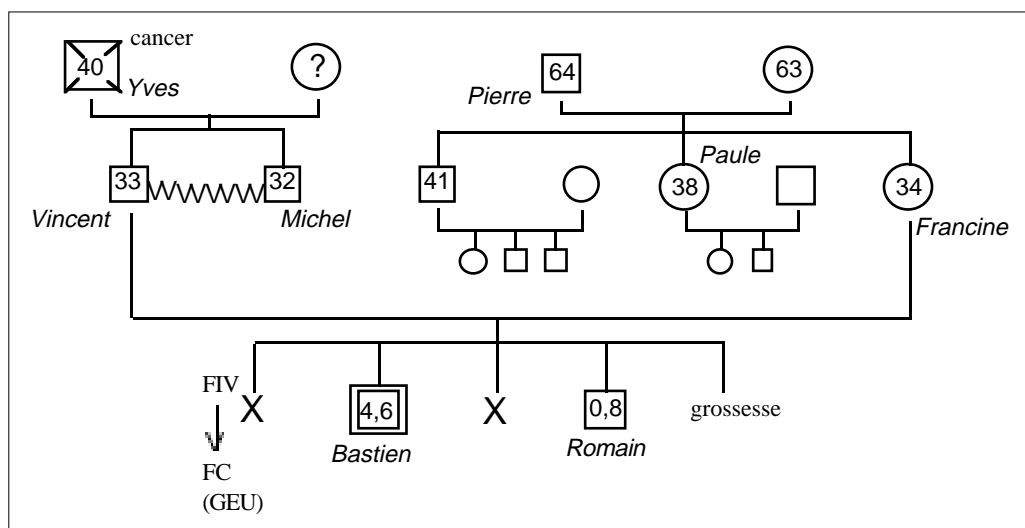


Schéma n°3 : génogramme de Bastien

Cela fait bien des deuils et bien des secrets pour les deux parents, mais aussi pour ce petit bonhomme de quatre ans et demi. J'en parle un peu avec les parents ; je leur explique qu'il est peut-être important qu'ils trouvent chacun une manière de se désencombrer de tout ça, quelqu'un à qui en parler. En attendant, ils rentrent chez eux avec une tâche : chaque parent est invité à dire, à un moment opportun, quelques mots à Bastien à propos de ces deuils difficiles ; le mettre au courant progressivement, avec des mots qu'il peut comprendre, accueillir les émotions de chacun, lui proposer de faire un dessin... Un mois plus tard, ils reviennent assez contents du résultat et du calme

... Souvent en tout cas, le génogramme met facilement en évidence les dons de co-thérapeutes qu'ont de nombreux enfants !

Par rapport à l'accompagnement d'une personne qui vit une perte difficile, les principaux intérêts du génogramme sont particulièrement de mettre en route le processus de deuil en l'inscrivant dans le temps et dans l'espace, en facilitant la parole, en favorisant l'expression des émotions :

- il fait d'emblée de cette personne un sujet, l'auteur de sa vie, en l'invitant à raconter son histoire, celle-là même qui est enrichie par



les traces de tous ceux et celles qui l'ont précédé¹⁰ ; il replace en effet le deuil et tout le vécu qui l'accompagne au sein d'un contexte, d'un environnement où chacun se construit dans une histoire partagée ;

- il permet de recadrer certains comportements et de les normaliser parce qu'en créant une perspective systémique, il aide à comprendre les réactions et les réponses de chacun¹¹ ; ceci est d'autant plus important que la question de la normalité de ce qu'ils vivent est souvent posée par les gens qui sont en deuil : est-ce que c'est normal de s'en faire parce qu'on va perdre un sein et qu'on n'est pourtant pas la première à qui ça arrive ? Est-ce que c'est normal de n'avoir pas voulu prendre son bébé mort dans ses bras ? Est-on quand même une bonne mère ? Est-ce que c'est normal de s'en vouloir d'avoir conçu un bébé à un moment difficile du couple, juste avant une séparation ?... ;
- il donne une place équivalente à chacun, les vivants, les morts et même ceux qui sont morts avant d'avoir vécu ; il permet ainsi de délier des langues, d'évoquer des souvenirs, d'exprimer des émotions, de justifier des non-dits ou des secrets lourds à porter : pour ne pas lui faire peur, on n'a jamais dit à cette petite fille que son frère s'était suicidé... Cet adolescent difficile ne sait pas qu'après deux enfants mort-nés, il est le troisième à porter le même prénom... Cet homme ne veut pas que ses enfants sachent que son père l'a abandonné quand il avait trois ans...
- par sa réalisation même, il permet de faire circuler l'information au sein de la famille, surtout quand certains renseignements manquent ou sont fragmentaires ; il constitue un prétexte pour pouvoir poser certaines questions à propos d'événements qui semblent avoir sombré dans l'oubli : de quoi est morte cette grand-mère qui n'était pas si vieille que ça ? Pourquoi ce papa dit-il « vous ne pouvez pas comprendre » à ses enfants qui l'interrogent à propos de leur grand-père disparu ? Qu'est-ce qui fait que cette femme a les larmes aux yeux quand on lui demande si elle a des frères et sœurs ?
- il aide à identifier les ressources et les compétences de chacun mais aussi ses difficultés et à les mettre en lien avec les

valeurs, les croyances, les mythes qui sont transmis d'une génération à l'autre : cette adolescente qui s'épuise dans des crises de spasmophilie est aux prises avec ce qu'elle a promis à sa mère juste avant sa mort ; cette infirmière a de gros problèmes d'alcool qu'elle met en relation avec le décès de son père : il est sûrement parti avec un mauvais souvenir d'elle puisqu'elle n'a pas pu le veiller jusqu'au bout,...

- il permet d'évoquer les règles de fonctionnement de la famille en tant que système, mais aussi les changements nécessaires lors de la perte d'un des membres (séparation, départ, décès) : qui détient l'autorité ? Depuis quand ? Qui règle les problèmes financiers ? Qui décide des vacances ? A qui peut-on se confier quand on est triste ?
- il met en évidence des pertes répétitives, des deuils qui se succèdent et élargit ainsi la vision de la réalité, à la fois présente et passée : une jeune femme qui ne parvient pas à être enceinte parle des deux enfants qu'elle a perdus à la naissance et qu'elle a peur d'oublier ; une maman, inquiète par l'attitude de sa fille de treize ans qui est continuellement insatisfaite, demande s'il ne faut pas inscrire, sur le papier, la sœur jumelle de cette grande fille, qu'elle a perdu en début de grossesse lors d'une hémorragie, ...

Dans la pratique, il peut être intéressant de demander à un patient, surtout s'il s'agit d'un enfant, d'apporter quelques photos de celui ou de ceux qui sont morts. Elles facilitent grandement l'expression des émotions, elles donnent accès à des informations parfois manquantes et permettent de se faire une image concrète de la réalité. Elles concrétisent la recherche d'enracinement, d'appartenance à travers des visages, des regards, des attitudes. Elles améliorent la compréhension de ce qui se passe, de ce qui se transmet d'une génération à l'autre¹².

Si des photos sont disponibles, ce qui est presque toujours le cas, des allers-retours entre le génogramme photographique et le génogramme classique sont particulièrement intéressants. Ils agissent à la manière d'un zoom photographique, d'un changement de focale, d'un recadrage. Ils permettent de passer de l'accueil des émotions à la recherche de compréhension, de sens, et ainsi à un travail d'élaboration.

Conclusion

On comprend donc que pour la personne endeuillée, les rencontres centrées sur un génogramme et sur ce qu'il dé-couvre, permettent de donner un cadre, un contenant à certains souvenirs pénibles, à certaines expériences difficiles qui restaient suspendus hors du temps, dans l'errance, dans l'ombre. Empêchant parfois d'entamer ou de poursuivre un processus de deuil. Provoquant quelques fois des symptômes qu'il était impossible d'expliquer. Il devient possible de les déposer dans un lieu sûr. De s'en désencombrer. En faisant mémoire, on parvient à accueillir ce qui était inacceptable. A inscrire la paix là où tout faisait violence.

Pour le médecin, le génogramme permet d'avoir une vision globale de la réalité, de poser facilement certaines questions parfois considérées à tort comme délicates ou indiscrettes, mais aussi d'organiser les informations qu'il reçoit, de les structurer.

Il développe la capacité à prendre la distance nécessaire à toute pratique soignante. Comme on l'a déjà évoqué, quand il reçoit toutes sortes d'informations et les organise, chaque médecin peut choisir, en fonction de ses compétences, de ses priorités, du temps qu'il veut y consacrer, soit de s'engager d'avantage dans l'accompagnement d'un patient en deuil, soit s'il juge que c'est nécessaire, de lui proposer un travail avec un(e) psychothérapeute. Dans tous les cas, être attentif à la fréquence et à l'importance du deuil dans une pratique de médecine générale n'équivaut pas à le médicaliser ! Rappelons que le travail de deuil est celui de la cicatrisation d'une blessure. Et donc celui d'une attention, d'un prendre soin. Celui d'un rythme individuel, mais aussi celui d'une tendance naturelle à la guérison. Ce qui importe, c'est de créer des circonstances favorables à cette guérison. En aidant à profiter du temps – le mettre à profit – en proposant d'accueillir les émotions et d'inviter à la parole, c'est ce que permet de proposer l'utilisation du génogramme.

Par ailleurs, en se centrant à la fois sur le sujet et sur son entourage, il permet d'associer une écoute individuelle du patient dans son unicité et une attention à son vécu au sein d'une col-

lectivité. Il rappelle ainsi ce qui a beaucoup de sens par rapport au deuil : si chacun de nous a une seule histoire, il est pourtant traversé par des milliers d'autres vies... ●

Bibliographie

- (1) Leloup D., « Dans les coulisses du deuil. Échos d'une conférence de C. Fauré », in *Le journal de cancer et psychologie*, Bruxelles, n°37, janvier 2001, pp. 9-12.
- (2) Bolly C., Vanhalewyn M., *Aux sources de l'instant. Manuel de soins palliatifs à domicile*, Neufchâteau, Weyrich Édition, avril 2001, 245 p.
- (3) Vidal S., *Vivre les deuils, une manière de rester vivant*, conférence organisée par la Haute École R. Schuman et l'Association de soins palliatifs de la province de Luxembourg, Libramont, octobre 1997.
- (4) Von Bertalanfy L., *Théorie générale des systèmes*, Dunod, Paris, 1985.
- (5) Ackermans A., « Elle s'était mise à écrire l'histoire de la famille », in Mc Goldrick M., Gerson R., *Génogrammes et entretien familial*, Paris, ESF, 1990, pp. 13-17
- (6) Miermont J. et coll., *Dictionnaire des thérapies familiales*, Paris, Payot, 1987, pp 252-254.
- (7) Goldbetter E. « Deuil et fantômes », in *Deuil et famille, le point de vue systémique, Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, De Boeck Université, Louvain-la-Neuve, n°20, 1998, pp 51-87.
- (8) Dechaux J.H., « La fin du culte des morts ? » in Dechaux J.H., Hanus M., Jesu F., *Les familles face à la mort*, Ed. L'esprit du temps, 1998, pp 279-291
- (9) Urbain J.D., « Peut-on commémorer sans tombe, sans traces ? » in Dechaux J.H., Hanus M., Jesu F., *Les familles face à la mort*, Ed. L'esprit du temps, 1998, pp 293-303
- (10) Deschamps D., *Le temps des uns et le temps des autres*, 6^{ème} congrès de l'European Association of Palliative Care, Genève, 21-24 septembre 1999
- (11) Mc Goldrick M., Gerson R., *Génogrammes et entretien familial*, Paris, ESF, 1990, 202 p.
- (12) Mattucci A., « L'usage particulier du génogramme », in *Esprit de famille*, périodique du CEFS, Bruxelles, n° 35, octobre 2001.

Je tiens à remercier chaleureusement le Dr Chantal Vancutsem, pédo-psychiatre, co-responsable du Centre d'étude de la famille et des systèmes (Bruxelles) pour les conseils précieux qu'elle a proposés à la relecture de ce texte.

L'héritage psychique des suicides



LES DEUILS

.....

Les moments de mort (mais aussi de naissance) sont dans toute famille des moments privilégiés par les bouleversements sociaux et psychiques dont ils s'accompagnent. A la survenue d'un suicide, il peut s'opérer de véritables ouvertures psychiques qui permettent à certaines familles d'intégrer des événements jusque-là tenus à l'écart de leur vie psychique. Mais, il peut aussi s'y produire de réelles fermetures psychiques et conduire parfois même, selon Serge Tisseron, à une extinction des lignées chez les descendants.

.....

antérieures pour lesquelles le sujet n'a pas pu ou su exprimer le vide qu'elles ont occasionnées et qu'il est temps aussi de faire entendre. Son bon déroulement dépend de la manière dont les précédentes pertes ont été négociées.

Il est toujours remarquable de repérer l'absence totale de souvenirs chez des adultes endeuillés dans leur enfance par la perte d'un parent. Comme cette femme qui, vingt ans après, souffre toujours d'avoir été totalement exclue de l'expérience familiale de deuil parental. Le deuil, rappelons-le, pour s'effectuer, a besoin de traces. Il importe pour l'écouter, dans les dynamiques de travail de deuil, qui plus est après suicide, d'apprécier les qualités de la symbolisation des pertes antérieures, afin d'éviter que le deuil après suicide ne tienne lieu d'écran (en référence aux souvenirs-écrans) à d'anciennes blessures non cicatrisées.

Marc-Elie Huon,
psychologue
clinicien,
Unité d'accueil
médico-
psychologique
(UAMP) Angela
Duval, service de
post-urgence au
Centre
hospitalier
universitaire de
Brest.

Deuils et secret de famille

On se rend compte au cours de ces consultations, à quel point le fait d'évoquer le défunt donne à entendre et à comprendre l'histoire familiale et ses avatars. Le suicide et l'expérience de deuil qui lui est associée, interrogent les liens familiaux et donnent à voir la généalogie dans tous ses états et éclats. Plusieurs personnes m'ont rapporté souffrir encore d'anciennes morts restées sous silence, c'est-à-dire privées de représentation verbale, tel fut le cas de cette femme qui, au-delà de sa souffrance liée à la perte par suicide de son mari, n'avait manifestement pas pu élaborer la perte de son père décédé vingt ans auparavant, par défaut de verbalisation. Elle me dit : « *Je souffre depuis trop longtemps de cette perte insupportable et du silence qui pèse sur sa mort* ». C'est très souvent à l'occasion d'un autre deuil qu'on se met à parler du passé. Ainsi, cette absence renvoie à d'autres absences

Par ailleurs, notre pratique auprès de sujets en deuil après un suicide a mis en exergue de manière surprenante l'impact psychique qu'une généalogie escamotée peut avoir sur les endeuillés, mais peut-être aussi sur les suicidés de leurs vivants. Généalogie souvent escamotée par la présence de secrets de famille parfois levés quelques temps avant le passage à l'acte mortel. Sans rentrer dans une logique linéaire de cause à effet et imputer l'apparition d'un suicide à l'existence voire à la levée d'un secret de famille, il est cependant troublant de repérer une telle répétition.

Cette pratique nous enseigne, à minima, que la transmission peut opérer en négatif, qu'il existe des points de butée, d'achoppement par ce qui est caché, encrypté, par les lacunes laissées en nous par les secrets des autres. Nous ne voudrions pas laisser croire que tous les secrets soient nocifs, certains sont structurants pour la vie psychique ; ils constituent une barrière étanche entre soi et les autres. Nous mettons ici l'accent sur les secrets dits « pathologiques », ceux dont nous cessons d'être les gardiens pour en devenir les prisonniers, « travaillés » par eux. Ces événements familiaux dont le contenu est ignoré ou fortement pressenti semblent distincts des romans familiaux, même si leurs contenus peuvent se rejoindre. En effet, le sujet, à la différence des romans familiaux, tente de

symboliser par rapport à un autre et non par rapport à lui-même.

Tout se passe comme si cet événement de vie, le deuil après suicide, opérât à la manière d'un catalyseur, produisant une résurgence brutale de traumatismes infantiles enfouis (violences physiques et sexuelles) ou de fonctionnements familiaux marqués par l'imprécision de la place, la confusion des générations, les non-dits. S'y décline parfois toute une archéologie de la psyché familiale par le biais d'événements psychiques localisés à des étages générationnels multiples.

Serge Tisseron¹ considère que « *l'important ne réside jamais dans le secret lui-même, mais dans les multiples stratégies mises en place par les générations successives pour s'en accommoder* ». Ce ne serait donc pas la gravité objective du traumatisme (quel qu'il soit) qui serait en cause, mais l'impossibilité pour un sujet ou une famille de l'élaborer. Ces événements ont la particularité d'avoir été insuffisamment symbolisés. Transmission brisée, traumatisante, qui n'a pas pu faire l'objet d'élaboration psychique. Elle est restée comme un paquet ficelé sans avoir été digérée, assimilée ou entendue par la génération précédente qui s'est débarrassée en la passant telle quelle à la suivante.

Ce sont donc parfois des questions restées en souffrance dans l'inconscient des ascendants qu'auront la charge de surmonter les descendants.

La clinique du deuil rappelle sans cesse qu'il n'y a de possibilité pour un sujet de se repérer dans la filiation que si les modes de prendre soin du corps sont transmis des parents aux enfants. Sinon, on ne s'étonnera pas de remarquer que le corps peut être malade de signifiants qui viennent de l'Autre, de générations précédentes. Un corps peut souffrir pour redonner une prime de dignité symbolique aux mal morts, mal aimés. Effet de répétitions qui témoigne d'une fixation à un traumatisme passé qu'elle commémore et d'une tentative d'échapper au traumatisme par identification au mal mort. Il n'est pas rare de rencontrer des endeuillés qui épousent une position sacrificielle (en souffrant dans leur corps) pour tenter de

réhabiliter certaines morts laissées à l'abandon, sous silence. Une atteinte est portée au sens, aux valeurs et à la vérité des origines comme si les origines étaient « démentalisées » pour reprendre la jolie expression de P.C. Racamier².

Tel fut le cas de cette femme âgée de cinquante-cinq ans, souffrant dans son corps et exprimant aussi des idéations suicidaires, qui se sentait disoit-elle « déshéritée » pour n'avoir pu rendre hommage à son père au moment de sa mort par suicide et qui fut, par ailleurs, privée de sépulture familiale. Héritage identificatoire, sacrifice, dettes insues, dettes en négatif, dettes ignorées qui signent des défaillances ou des dysfonctionnements de la transmission. Si bien qu'au détour d'une mort très traumatique comme le suicide, il est fréquent que l'endeuillé soit soumis à une nouvelle fracture, celle de son fantasme du roman familial.

Quand le suicide fragilise la chaîne généalogique

L'endeuillé(e) par suicide, comme tout endeuillé, se trouve à la croisée des chemins et s'inscrit dans la lignée d'une généalogie qu'il(elle) peut ignorer, rechercher, refuser, en même temps qu'il(elle) doit trouver sa place dans le tissu d'une communauté qui le reconnaisse. A cet égard, les rituels ont une fonction prépondérante. Outre le fait que le rite socialise l'angoisse en voulant en faire une nostalgie partagée, nous insistons sur le fait qu'il est l'écho socialisé, le tiers médiateur entre le vivant et l'ancêtre et surtout qu'il demeure le garant de la mise en temporalité des mémoires, des généalogies et des mythes. Il permet à la communauté de compter ses membres et de raconter son histoire. En somme, il évite que la mémoire ne soit oubliée, et qu'elle n'œuvre dans l'ombre à la manière de ces mauvais esprits qui viennent tourmenter les descendants. Le rituel rend possible une inscription généalogique. Dans les situations de suicide, cet héritage psychique qui vise symboliquement à assurer une continuité entre les générations successives est particulièrement mis en péril.

En effet, si l'on admet que les suicides sont des actes dont le savoir ne passe jamais par les mots,

(1) Tisseron S., Secrets de famille. Mode d'emploi, Paris, Ed. Ramsay, Archimbaud, 1993.

(2) Racamier P.C., Le génie des origines, Paris, Payot, 1992.



par la parole et qu'ils contiennent toujours une partie de mystère, le risque est grand alors de la part des survivants de reproduire, transmettre, à leur tour cette ignorance, ce non-savoir auprès de leurs collatéraux et descendants en occultant parfois même l'existence de l'acte. Le traumatisme du suicide, son effet honteux, l'incertitude relative aux véritables motifs de l'agir suicidaire sont autant de facteurs qui augmentent considérablement après coup la mise en place du secret familial et du non-dit sur l'acte ayant pour effet de rendre périlleux le travail pourtant impérieux de la transmission.

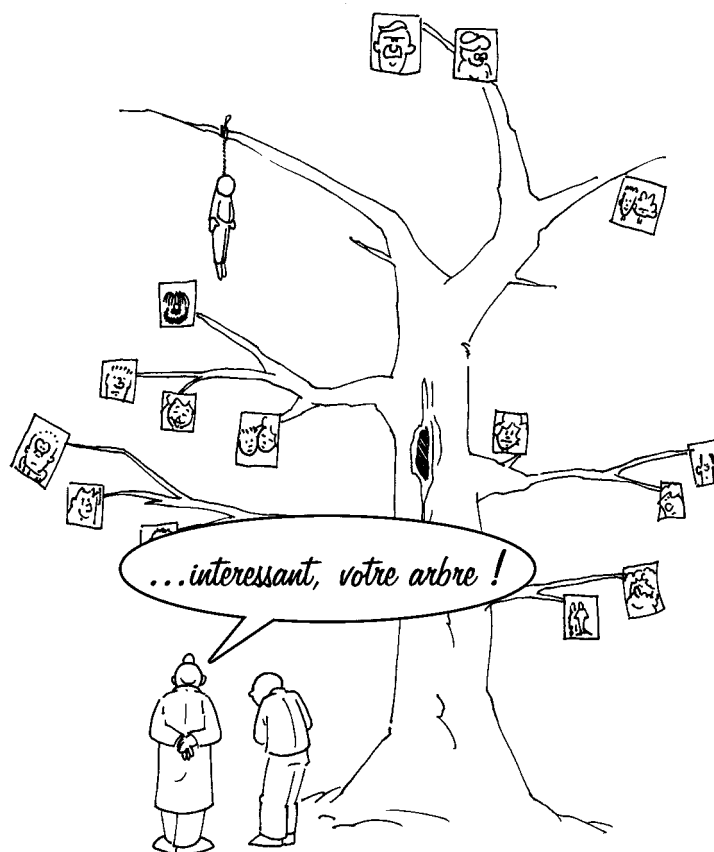
Souvent, les secrets traduisent une haine du langage par peur de se retrouver dans la solitude de penser le trauma. La question de savoir ce dont le survivant hérite à travers les âges, ce qu'il partage avec ses descendants et ce qu'il leur transmet se pose à lui avec acuité dans le phénomène suicide. La voie des origines et des transmissions peut être rompue.

Le recours au génogramme peut s'avérer utile dans certains cas et ce, pour plusieurs raisons : en premier lieu, parce qu'il sert de médiateur psychothérapique. La tentation de se focaliser sur l'événement du suicide est majeure et peut produire des effets de fascination et même conduire à des expériences déréalisantes dans les situations d'exposition prolongée au réel de la mort. Le génogramme en tant que surface projective favorise le maintien nécessaire à l'imaginaire en proposant un décentrement de l'événement traumatique. Dans ce contexte, il est important de se rappeler l'impossibilité du psychisme humain à appréhender et à assimiler en une seule fois un fait aussi catastrophique. Si l'annonce du suicide est un événement ponctuel, la prise de conscience du suicide par l'endeuillé est toujours un processus qui se déroule dans le temps. Cela veut dire qu'un espace d'illusion doit être préservé pour qu'il puisse affronter la réalité de l'événement, sans quoi celle-ci est trop menaçante et il ne peut que la refuser. Ce balancement entre le réel (de la mort) et l'imaginaire constitue, à notre sens, pendant un certain temps, la seule possibilité d'intégration du traumatisme.

En second lieu, le génogramme rend possible à l'endeuillé de repérer à la fois ce qui lui est légué et transmis, ce qui lui est légué pour qu'il

le transmette et enfin ce qui lui est légué pour que peut-être il ne le reproduise pas ou au moins qu'il s'en distancie. Celui qui ne connaît pas ses dettes comme celui qui refuse d'en répondre, ne peut savoir ce qu'il engage dans l'ici et l'après.

Egalement, celui qui en sait plus que ce qu'il transmet risque de se scléroser dans la répétition (d'actes violents familiaux anciens) ou de se diluer dans l'anomie dont on sait depuis Durkheim qu'elle est étroitement liée au suicide.



Connaître sa dette, positive et négative, permet de s'inscrire dans l'échange, dans le partage, dans la communauté de vie. Si le message est transmis avec l'héritage, celui qui le reçoit aura à le vivre, à le partager, à le faire circuler. C'est bien quelque chose d'une éternité qui se transmet en effet dans le lignage, puisqu'en l'enfant, et ultérieurement dans sa propre descendance, nous survivons à nous-mêmes, il nous permet de perdurer même après notre mort. En soutenant que l'inconscient ne connaît pas le temps, Freud visait précisément cet aspect

L'héritage psychique des suicides

particulier de la vie psychique. Il rappelait aussi que le fait d'avoir des enfants nous permettait d'atteindre l'immortalité. Or, avec les parents endeuillés après suicide, il y a toujours une constante : une préoccupation, un souci majeurs pour leurs enfants eux aussi endeuillés (nous ne développerons pas ici le processus de deuil chez l'enfant). Comme si dans ces temps de mortalité, il s'agissait à tout prix pour ces survivants de préserver leur propre immortalité mais aussi leur lignée. C'est peut-être là une spécificité du deuil après suicide, celui de fragiliser la chaîne généalogique en se rappelant que le suicide est un meurtre du social, celui de la famille, au demeurant premier lieu de socialisation.

La mort par suicide d'un proche prend une résonance particulière chez certaines familles en ce sens qu'elle vient totalement compromettre leur représentation du monde. On entend souvent parler d'hérédité génétique, de « fatalité » presque diabolique comme si le destin accablait certaines familles sans raison. C'est souvent dans ce cadre que des délires psychotiques sont à craindre. Le rôle de l'accompagnant spécialisé peut aussi se jouer là : aider à désamorcer une conception du monde en terme de fatalité pour reconstruire un édifice familial sur des bases plus solides et tenter de dégonfler la toute puissance de la mort.

La faisabilité du deuil

Quelques aspects généraux :

- le deuil réclame du temps que l'accompagnant ne manquera pas d'indiquer à l'endeuillé. Sa durée n'est pas objectivable par avance car ce serait nier la complexité de la problématique désirante et de ses avatars ;
- L'investissement de l'objet perdu ne doit pas être excessivement ambivalent. On sait combien il est difficile de faire le deuil d'un objet aimé qui a été trop haï inconsciemment ;
- L'investissement ne doit pas non plus être excessivement narcissique : l'objet narcissique est imperdable pour la raison qu'il est absolument attaché à son possesseur ;
- Les deuils précédents doivent être intégrés psychiquement ;

- Le deuil dépend aussi de la qualité de l'entourage familial, professionnel.

Quelques particularités :

- Le deuil par suicide implique un renoncement à posséder les coordonnées logiques de l'acte suicidaire ;
- Le deuil par suicide doit être très fortement ritualisé, symbolisé, vécu en commun pour panser le trauma. Il a besoin d'une cicatrice généalogique (de traces) ;
- Il faut aussi, en particulier pour le deuil par suicide, que les générations psychiques soient suffisamment différenciées, que les imagos familiales ne soient pas brouillées pour rendre possible le nouage de la chaîne généalogique et empêcher les répétitions trans-générationnelles de certains actes suicidaires. Il nécessite donc un étayage externe ;
- Le deuil doit être personnel. S'il est refusé, il sera exporté à d'autres générations. C'est une condition générale aux deuils, mais qui prend d'autant plus de nécessité à la suite d'une mort par suicide au regard des achoppements constatés dans la clinique du deuil ;
- Le deuil par suicide dépend aussi de la qualité des dispositifs d'aide de proximité non médicalisée ;
- Le deuil par suicide passe probablement par la voie du pardon.

Réflexions sur les formes d'accompagnement

Les pertes, la perte doivent pouvoir se dire, les larmes couler, la tristesse avoir sa place. Nous avons trop longtemps entendu des paroles telles que sécher les larmes, c'est-à-dire les mettre de côté, en somme les refouler, penser à autre chose, oublier, investir ailleurs dans le travail par exemple et, si l'on a des difficultés à écouter sa souffrance, prendre un anxiolytique... Entendons-nous. Nous ne proscrivons pas les médicaments dans le deuil après suicide, il est arbitraire de se priver de l'aide des médicaments, mais il ne faut pas surmédicaliser la souffrance. Le médicament ne remplace pas l'écoute. Sinon, éloigné en apparence de la souffrance de ce deuil, on s'étonnera quelques mois ou années après de la survenue d'un état



dépressif majeur que rien dans l'environnement immédiat ne semblait inciter et c'est alors que pour n'avoir pas accepté de lever le pied quelques jours, semaines (mais la société le permet-elle réellement ?) c'est pendant plusieurs mois qu'on restera en marge, pris dans une douleur dont on avait refoulé l'origine et dont on risque désormais d'ignorer la racine, rendant la fin de la dépression difficile.

Economiser cette blessure et le temps indéterminé par essence qu'il convient de prendre pour la guérir reviendra à provoquer son infection ultérieure. Si le passé ne doit pas englober le présent, il contribue à le constituer. C'est quand nous le rejetons qu'il devient explosif brutalement à notre souvenir.

Parce que le deuil après suicide est particulièrement traumatique, son accompagnement s'avère indispensable mais nous ne sommes pas convaincus qu'il puisse être suffisamment mené par les proches, eux-mêmes fortement affectés par la disparition d'un des leurs. Dans le même temps, le recours à des professionnels de la santé mentale doit être réservé, d'après nous, aux situations exclusives de complications ou de pathologies du deuil pour ne pas professionnaliser le deuil. En effet, le deuil après suicide n'est pas une maladie en soi, mais une épreuve normale douloureuse et complexe à traverser.

Entre la réponse familiale et la réponse psychiatrique, il manque encore dans nos pays un espace intermédiaire, une « aire transitionnelle contenant » qui propose de l'aide et offre un lieu d'échanges et de parole, une invitation au partage de la souffrance de l'endeuillé(e) après suicide pour faire basculer avec l'image et l'agir suicidaire. Les associations d'aide et d'écoute peuvent incarner ces espaces intermédiaires. Il est important que l'offre d'aide soit suffisamment lisible et perceptible socialement pour qu'une demande émerge de la part de ces survivants.

Globalement, les soignants sont peu à l'aise avec la question de la prévention dans la mesure où lorsqu'ils ont une formation psychanalytique, cela va à l'encontre de la sacro-sainte question de la demande dont on peut toujours

attendre qu'elle se manifeste. Avec les endeuillé(e)s, en particulier suite à un suicide, il est nécessaire, nous semble-t-il, d'être actif, d'aller vers eux, de leur proposer socialement une aide.

Accompagner un endeuillé après suicide, c'est être capable de le regarder souffrir sans voyeurisme, savoir aussi se taire et savoir lui parler. On ne peut pas rester dans la neutralité et ne pas parler. C'est par ailleurs savoir légitimer ses diverses émotions qu'il peut ressentir sous la forme d'une inquiétante étrangeté. Il est normal de régresser psychiquement, d'être habitué par une douleur intense, d'être aux prises avec des sentiments de culpabilité féroces et de passer par une période dépressive et d'identifications au défunt.

Pour l'aidant, trouver la bonne distance est toujours délicat ; d'où l'utilité de travailler en équipe pour repérer ses propres limites et éviter l'épuisement. En effet, les aidants auront à traiter l'importance des fantasmes corrélés au trauma du suicide ainsi qu'à garantir une certaine réalité. L'essentiel réside, à notre avis, au niveau de l'implication authentique de l'aidant et de la prise en considération de la singularité de l'histoire qu'on nous laisse à entendre, afin d'éviter la standardisation de l'aide.

De toutes les façons, prévenir la complication d'un deuil après suicide consiste à briser l'inertie de type : « *Nous avons essayé de tuer la mort par notre silence* » (Freud, *Deuil et Mélancolie*, 1915).

Enfin, nous terminerons par un vœu. Si l'on se réfère à la nature des actions de prévention des suicides, force est de constater que trop souvent les endeuillé(e)s par suicide demeurent les « oublié(e)s » de ces programmes de santé. Espérons qu'à l'avenir, il en soit autrement. ●

Ils vivent à travers nous

Claudine Dahan, assistante sociale, Unité de soins palliatifs, Maison de la santé « Claire Demeure » à Versailles, animatrice des Groupes de paroles pour familles endeuillées après suicide - Vivre son deuil - à Paris.

Au printemps 1944, ma famille vivait cachée dans une ferme d'un hameau de Corrèze ; c'est là que je suis née, entourée de ma grand-mère et de ma tante (qui a un petit garçon de six ans). Les trois maris de ces trois femmes sont absents, mon grand-père et mon oncle arrêtés dans la rafle du Vel d'Hiv en juillet 1942, et mon père arrêté en décembre 1943 par la milice française à Brive, il avait vingt-six ans. Aucun ne reviendra.

Quelques jours après, ma mère (enceinte de cinq mois) se rend au centre régional de la Gestapo pour lui apporter un colis ; un officier allemand l'accueille, prend le paquet lui assurant qu'il sera remis au destinataire et la laisse ressortir libre ! Toute sa vie, elle m'a dit que j'étais née du miracle, car elle aurait dû être retenue par la Gestapo, elle n'aurait pas dû vivre et je n'aurais pas dû naître.

En 1986, je participe à un pèlerinage à Auschwitz organisé par la synagogue du Mouvement juif libéral de France, accompagnée de

mon mari et de mes deux filles aînées. Besoin et désir de fouler ce sol de Pologne où reposent six millions des nôtres réduits en cendres dans les fours crématoires, morts de faim, de froid, d'épuisement, en se jetant contre les fils barbelés pour en finir plus vite, ou victimes d'expériences médicales. C'était le sort réservé aux communautés juives d'Europe.

Il est difficile de mettre des mots sur le ressenti de me trouver sur ce lieu de terreur et d'horreur, lieu qui avait pour objectif d'éradiquer les communautés juives grâce à une organisation mécanisée minutieusement. La sélection se fait à la descente des convois dans le bruit et la fureur ; il s'agit de mille personnes environ, qui ont voyagé entassées dans des wagons à bestiaux sans eau ni nourriture, parfois pendant plusieurs jours, souffrant soit du froid soit de la chaleur ; les morts y gisent jusqu'à l'arrivée. Les officiers nazis mettent d'un côté les hommes ou femmes utiles au travail, de l'autre les vieux, les enfants et bébés qui seront gazés : on leur dira qu'ils vont aux douches. Ainsi le déporté jugé robuste est réduit à devenir un machine de travail – avec un matricule tatoué sur le bras – pour mieux détruire sa personnalité.

Sur le fronton de l'entrée du camp on peut lire (en allemand) « Le travail rend libre », une émotion fulgurante m'a fait perdre connaissance. Quand j'ai ouvert les yeux, mes deux filles me tenaient la main, j'étais comme anesthésiée, figée sur place, et j'ose aujourd'hui ajouter : envie de « mourir en rêve ». Un homme aux cheveux blancs me dit « j'ai vécu ici pendant quatre ans, je suis rescapé, je vais vous expliquer, c'est nécessaire ». Peu à peu, la colère m'envahit, j'ai envie d'hurler. Pourquoi est-il là ? Lui ? Et pas celui que je suis venue chercher ? Pas un mot ne sort de ma bouche, je suis secouée par les sanglots.

Vivre mon deuil, à quarante-deux ans ? C'est très flou dans ma tête ; le silence de mon enfance a sans doute été étouffant. Les adultes ne parlaient pas de « ça » car les rescapés des camps pensaient qu'on ne les croirait pas, la douleur était trop immense et certains voulaient oublier. Alors il fallait deviner ou pire, imaginer, se renseigner où on pouvait, sauf auprès des siens. Ce fut ainsi pour la plupart des enfants orphelins de la Shoah* qui - comme moi -

* Shoah : mot hébreu qui signifie destruction particulière.





portaient en eux quelque chose de terrible, d'énorme et d'explosif. L'innocence et la désinvolture ne m'étaient pas permises car le mal absolu avait existé et m'avait frôlée. Après cet immense chaos, nous n'aurions pas dû vivre, tels d'improbables petits bourgeons sur un chêne calciné.

Peu après cette expérience d'Auschwitz, j'ai pris le chemin long et douloureux de la recherche de l'image paternelle, avec pour unique trace la mention dans le « mémorial de la déportation » de Serge Klarsfeld : nom, prénom, date et lieu de naissance, numéro du convoi de déportation, destination. Puis le vide, le néant, la disparition. Supposer quoi pour élaborer quoi ? Travailler sur quelle base ? Pas de date de mort, pas de tombe, pas de rituel de mort ni de deuil si présent dans le judaïsme.

J'ai décidé de faire une analyse qui m'a fait plonger dans l'inconscient, non sans risque ; j'ai accepté de fortes douleurs morales, des questionnements existentiels, des doutes et le fameux syndrome du survivant. Rêves et cauchemars ont sillonné ma route ; la période de la Shoah vit en moi comme un fantôme en coulisse.

J'ai fait deux autres pèlerinages à Auschwitz, une fois par avion et l'autre en 1992 par le « train de la mémoire » avec les filles et fils des déportés juifs de France. Un train de plus de mille personnes de Paris à Auschwitz et retour, soit cinquante heures de voyage, assis par compartiment de six, avec distribution d'eau et d'oranges. Nous sommes allés « là-bas » comme eux, mais nous en sommes revenus. Deux jours vécus dans un « monde entre-deux ».

Je suis allée à Yad Vashem à Jérusalem : institution nationale chargée de perpétuer le souvenir de la Shoah et de l'héroïsme juif. C'est le lieu international de mémoire de tous nos parents déportés et disparus sans sépulture.

Yom Ashoah est la journée internationale de commémoration de la Shoah décrétée par le parlement israélien et que nous célébrons chaque année au printemps en lisant à voix haute dans un lieu public pendant vingt-quatre heures ininterrompues les noms et prénoms des déportés d'après le mémorial Klarsfeld, comme pour les faire revivre. Faire tout ce qui est

possible pour approcher la perfection pour honorer le parent disparu et idéalisé.

Plus je vieilliss, plus c'est difficile. Ma si chère mère est morte il y a quatre ans ; un deuil en réactive un autre, elle était mon père et ma mère. Elle était surtout mes dernières racines et le dernier témoin familial.

J'aime la vie.

J'ai donné la vie.

Je suis une Yiddishe Mamè (mère) et une Yiddishe Boubè (grand-mère).

Je veux garder une mémoire vigilante et sacrée.

N'oublions jamais.

Que ces quelques lignes honorent les martyrs dont nous avons hérité du nom et qui vivent à travers nous. ●

Bibliographie

Le Monde, avril 1995.

Zajde Nathalie., *Enfants de survivants*, éditions Odile Jacob, Paris, 1995.

Klarsfeld S., *Mémorial de la déportation des juifs de France*, Centre de documentation juive contemporaine de Paris, 1978.

Le deuil de la toute-puissance de l'écouter dans un service d'accueil téléphonique

*Jean, écoutant
bénévole au
Centre de
prévention du
suicide.*

.....

Cela fait quelques années que je « réponds » au Centre de prévention du suicide ce qui m'accule à évoluer. Il serait naïf de croire que c'est un processus linéaire allant d'amélioration en amélioration. Dans l'ensemble, cependant¹, je me sens de plus en plus apte à assumer cette tâche. Reste que pour chaque appel c'est l'inconnu avec les risques associés.

.....

Avant le premier appel... déjà

Je ne suis pas arrivé au Centre avec le désir de sauver le monde mais bien de donner du sens à mon activité en me rendant utile. J'avais une bonne réputation, et surtout une bonne opinion de moi, dans le domaine de l'écoute. Lors de la formation j'avais à répondre dix fois par séance à : Qu'est-ce que tu sens ? Je pensais beaucoup mais ne sentais pas grand-chose.

La récurrence de ces situations m'a amené, soit à quitter, soit à accepter que tout un pan de l'écoute m'était pour le moins inhabituel. Avant de m'occuper de ce que sentent d'autres j'avais d'abord à apprendre à m'écouter.

Je me suis retrouvé face à la décision de plier ou de rompre ; de faire le deuil de mon image et d'explorer la voie proposée ou de la préserver et de m'en aller.

J'ai eu la sagesse et l'humilité de me remettre en question. Sagesse car cela m'a beaucoup apporté, humilité car par ce chemin j'ai un peu mieux accueilli mon réel.

Le « bon répondant »

Jeune répondant j'entendais combien certains étaient fatigués par les appels sans cesse répétés des appelants chroniques. Je ne me sentais pas trop concerné, pour moi cela se passait sans difficultés ! Y aurait-il donc des bons (au moins un) et des moins bons répondants ?

Jusqu'au jour où excédé, et ne l'ayant pas senti venir, j'ai disjoncté. C'était un signal incontournable qui a remis les pendules à l'heure. Moi qui croyais qu'une écoute vraie pouvait les amener à changer petit à petit j'ai dû me rendre compte que je m'usais aussi. Je n'avais aucun pouvoir pour induire la plus minime évolution. Ce n'est pas qu'ils ne changent pas, mais pas comme, ni à la vitesse que j'espérais.

La première émergence du mythe du bon répondant ayant le pouvoir de faire « bouger » un chronique avait vécu. Mais ce n'était que partie remise car, comme le monstre du Loch

Acculé à évoluer

Mon évolution est faite de marche avant et de marche arrière. C'est tantôt l'appelant, tantôt moi qui en fait les frais. Cela signifie cependant plusieurs choses :

- Que j'ai suffisamment de sensibilité et de détermination pour tirer des leçons ;
- Que je dois un sacré merci aux appelants qui me bousculent ;
- Que les supervisions sont indispensables pour être aidé dans l'analyse et permettre l'intégration de ce qui pousse.

(1) mon épouse m'a fait remarquer que je ne devrais pas utiliser « cependant » en parlant du Centre de prévention du suicide !



Ness, ce mythe est subtil et revient régulièrement sous divers visages.

Tentative de suicide sans pouvoir obtenir l'adresse

Au Centre de prévention du suicide nous sommes plus particulièrement formés pour gérer les tentatives de suicide. Une procédure précise nous guide pour amener de l'aide à la personne qui a mis sa vie en danger.

Cet appelant est en pleine ambiguïté, d'une part il est passé à l'acte qui le conduit vers la mort, d'autre part il appelle le centre ne sachant trop pourquoi mais espérant peut-être de l'aide. Nous avons besoin de son adresse pour pouvoir lui envoyer les secours. C'est une situation difficile pour cette personne, car donner ses coordonnées c'est renoncer à cette sortie qui lui apporterait enfin la délivrance, c'est devoir accepter que l'acte posé est, une fois de plus, un acte manqué.

Certaines personnes ne veulent pas donner leur adresse. Le répondant, humainement touché par la situation, est mis dans l'impossibilité de faire parvenir de l'aide. Sans entrer dans le vécu du répondant, qui est en relation avec une personne qui a une voix, un début d'histoire..., il est confronté à un acte de mort et acculé à une totale impuissance pour venir en aide. Que lui reste-t-il de l'illusion de toute-puissance ?

Il m'est arrivé, sur une garde, d'avoir trois tentatives de suicide sans obtenir une seule adresse. Il y a de quoi être profondément interpellé quant à ses capacités personnelles face à la tâche assumée.

Et si l'appelant donne son adresse lors d'une tentative de suicide

Si la relation établie permet à l'appelant d'osciller et d'accepter l'aide proposée, tout est

loin d'être résolu. Nous restons en contact jusqu'à l'arrivée de l'aide pour le soutenir, lui donner l'occasion d'être entendu dans ce qu'il vit.

Une nuit d'hiver, appel vers deux heures du matin, le premier contact n'est pas facile, l'acte est posé, la volonté de mort est bien présente, ce n'est pas la première tentative. Via le contact qui s'établit, la personne accepte l'aide proposée. En attendant son arrivée elle me parle, sa vie est un calvaire, violence, argent, couple, recluse... Plusieurs fois elle veut renoncer à l'aide qu'elle a acceptée un instant plus tôt.

Les secours arrivent. Nous nous quittons. Moi, je me demande vraiment ce que j'ai fait. Demain elle sera à nouveau plongée dans cet enfer qu'elle voulait quitter et rien, rien n'a été modifié par mon intervention. Qu'ai-je fait ? Qu'est-ce qui me donne le droit d'intervenir ? Je me sens petit, pauvre, bien loin de toutes certitudes et je cherche quelques bribes pour justifier mon action. Ce qui me vient est bien petit mais c'est ce à quoi je m'accroche pour retrouver du sens à mon acte. Elle m'a appelé, elle était libre de le faire ou de ne pas le faire, c'est cette liberté, sa liberté, qui est la source de la légitimité de mon action. L'ancrage du sens est en elle et non pas en moi, même si sa décision est vacillante. D'autre part, je cherche à me convaincre, car devant cette réalité c'est à cela que je suis réduit, que si la vie continue d'autres possibles adviendront.

J'ai besoin de savoir que quelqu'un est présent

C'est à nouveau la nuit. Un cancéreux en phase terminale souffre le martyr. Il appelle le centre. « Je ne vous appelle pas parce que je veux me suicider. C'est maintenant, et non pas entre 9h et 17h, que dans ma souffrance j'ai besoin de savoir que quelqu'un est présent. Merci d'être là. Au revoir. »

Un appel de deux minutes tout au plus, j'ai peut-être prononcé dix mots et j'en suis encore

Le deuil de la toute-puissance de l'écouter dans un service d'accueil téléphonique

marqué. Je n'ai rien dit, je n'ai rien fait, j'étais simplement là, présent.

Il n'y a pas de question, aucune question sur la toute-puissance du répondant. J'ai été témoin.

Charognard

« Vous êtes un charognard, vous vous nourrissez de la souffrance de ceux qui vous téléphonent. Clac ». Quinze secondes, le paquet est posé, la personne raccroche. Je reste avec cette phrase.

Quelles sont mes motivations ? Quel est leur « degré de pureté » ? Où est ma propre ambiguïté, mon voyeurisme, ma violence... ? C'est quoi aimer ? Me voilà acculé à faire le point. Qui a pris le pouvoir ?

L'impuissance du répondant

Je suis démuné face aux situations décrites dans les appels. Parfois, j'aimerais pouvoir aller plus loin, concrétiser l'aide ou rester à l'écoute de celui qui est occupé à mourir. Mais je suis

répondant au Centre de prévention du suicide dans un cadre défini qui, s'il est parfois (rarement) contraignant, assure la sécurité tant de l'appelant que du répondant.

Acculé par les appels, j'ai été amené à redéfinir le point d'appui qui justifie ma présence au centre. Dans un premier temps, confronté à l'impuissance chronique du répondant à faire changer les choses, je me suis appuyé sur « Ce n'est pas parce que je suis impuissant à modifier les choses que je suis inutile ».

Cette phrase peut sembler très restrictive si pas pessimiste. Pour moi elle est solide. Je n'ai trouvé aucune justification positive ayant cette solidité. Cela m'étonne car mes attitudes face aux événements s'ancrent très généralement dans un mouvement positif. Professionnellement aussi, c'est la volonté d'aller de l'avant, de construire qui me motive.

Chaque communication téléphonique est un monde en soi. Lorsque je crois avoir « bien fait » cela se retourne parfois deux minutes plus tard alors que certaines « maladroites » ouvrent l'appelant à de nouveaux horizons ! La notion de « bon » et de « mauvais » en prend un sacré coup.

Même si la toute-puissance du répondant est un cliché délibérément provocateur, nous en sommes bien loin.

Donnez-moi une raison de vivre

Vendredi 15 heures. Une dame commence l'appel de façon très classique : « Donnez-moi une raison de vivre. Je n'en peux plus ». Dans le dialogue qui s'installe, elle parle de son accident de travail, qui l'oblige à marcher avec des béquilles. Elle souffre terriblement et les médicaments ne font plus d'effet. Sa famille est occupée à se désarticuler. La chaise roulante n'est plus très loin mais ça c'est totalement inacceptable... C'est l'injustice, la révolte, la colère puis le constat pur et dur : « Je constate que, comme moi, vous ne savez rien y changer. Je vais donner un bon repas à mon chat, car il n'y peut rien, puis je vais me préparer un cocktail de médicaments pour mettre fin à cela. ». Quelques itérations sur ce thème puis « Au revoir ».

Ne pas tomber dans le piège du conseil qui, s'il peut donner l'illusion d'avoir « montré la voie





à suivre », rejette l'appelant dans sa solitude. Résister à l'envie de répondre que ce sera son choix. Écouter, accueillir, être présent et toucher à l'impuissance de pouvoir changer les choses. Garder quelque part la trace de cet appel dans sa violence compréhensible. Accepter humblement que ce qui pouvait être fait, dans le cadre impartit, l'a été.

Le savoir accumulé avec l'expérience

« Ma fille vient de m'appeler. Elle va se suicider ! Que dois-je en penser ? Que puis-je faire ? ». C'est un type d'appel très courant, qui place une tierce personne... muette mais omniprésente... dans le dialogue.

Avec le temps, j'ai analysé la structure de ces appels. Petit à petit, je me suis constitué mon manuel du parfait répondant pour ce genre de situation. Il y a beaucoup à dire, le travail sur la liberté de l'un qui coince l'autre, qui le confronte à son incapacité à modifier la situation alors qu'il le voudrait tant... pour le bien de l'autre (?), la légitimité des souffrances de chacun, les séparer pour qu'elles ne fassent pas trop de nœuds...

Dès que j'ai identifié le type d'appel « je suis prêt ». A la moindre ouverture j'attaque le chapitre concerné. Quelle chance pour celui qui appelle d'être en contact avec quelqu'un qui connaît ce genre de situation !

Il m'a fallu du temps. Il m'a fallu bien des appels pour me rendre compte que j'écoutais pour répondre et non pour accueillir. Quel beau piège que celui du savoir qui met le répondant au centre de l'appel et l'appelant comme devant recueillir cette manne céleste ! C'est un autre visage de la toute-puissance du répondant.

Je n'ai pas enterré mon savoir, mais j'ai réappris à me recentrer sur le vécu de l'appelant. De plus, avec la charge émotionnelle qu'il subit, tout le savoir du monde ne peut que glisser en surface.

Le pouvoir dans la relation d'écoute

Dans toute relation il y a un positionnement des personnes et des jeux de pouvoir plus ou

moins apparents.

« Je n'ai plus le goût de vivre. Cela a commencé il y a quarante ans... ». « Oui, et que se passe-t-il maintenant qui vous a décidé à appeler ? ». Ni l'appelant, ni le répondant ne sont démunis de capacité d'interaction. Il y a du « pouvoir » de part et d'autre : l'agression directe, l'ignorance totale, claquer le téléphone au nez... Remarquez que je n'ai pas dit qui fait quoi ! Ce que je cherche à exprimer c'est que si dans les cas limites on peut voir qui prend une position de puissance, cela se joue avec beaucoup de subtilité dans la plupart des appels, de plus les positions sont rapidement modifiables.

C'est un autre champ de réflexion qui invite à regarder non pas ce qui est dit mais le processus même de l'appel. Ce n'est pas le thème de cet article centré sur le cheminement du répondant face à sa toute-puissance.

Je ne suis pas inutile

Faire le deuil de la toute-puissance du répondant est un long chemin. Elle prend de multiples visages et, paradoxalement, une grande confiance en soi peut être le signe de ce qu'on est tombé dans le piège même si on n'en connaît pas encore la nature !

L'image que j'associe à ce chemin est celui de vagues qui s'amplifient, se cassent puis paisiblement s'étalent sur la plage. Une vague s'est à peine retirée que la suivante se prépare déjà.

Aujourd'hui je me dis que comme répondant : je ne suis pas inutile ! !

Car si je n'étais pas là pour assurer ma garde :

- une personne qui appelle pour sentir une présence ne trouvera que le répondant ;
- une personne qui appelle car elle a besoin d'être entendue pour exister ne le sera pas ;
- une personne qui appelle après avoir posé un acte suicidaire ne trouvera pas l'aide qu'elle espère soudain avec urgence.

Au-delà de cela je ne sais rien... bien qu'il y ait beaucoup de possibles. ●

«A la mort de notre fils»

Ghislain Van Malderghem, 7 septembre 2002.

Je m'appelle Ghislain, je suis l'époux de Jacqueline, le papa de Serge. Serge s'est suicidé par overdose à l'âge de vingt-deux ans.

La mort de Serge m'a été annoncée par ces quelques mots « j'ai une mauvaise nouvelle ». A ce moment-là je me suis senti écrasé, anesthésié, j'étais envahi par une montagne de sentiments que je ne pouvais identifier.

Je me sentais complètement déstabilisé, j'avais le sentiment que ma gorge ne laisserait jamais passer le cri d'horreur de la réalité : mort ! Notre fils s'était donné la mort.

Je me sentais tellement fragile, tellement écrasé par l'image responsable que je devais montrer à mon entourage, l'image : « d'homme fort et d'homme responsable », envers ma famille et mes collègues.

de colère, d'impuissance, de trahison et de révolte. Toutes ces années je me suis investi pour pouvoir sauver mon fils, à quoi cela a-t-il servi ? Non, je ne pouvais accepter mon échec.

Un jour j'ai entendu, dans un groupe de parole et d'écoute, un papa qui avait perdu son fils par suicide, partager ses sentiments, sans être jugé de la part des autres, et être accueilli tel qu'il était ; cela m'a permis de mettre des mots sur ce que je refoulais au plus profond de moi : un mot : « coupable ».

Je me sentais coupable d'avoir été un père absent, coupable de ne pas avoir vu la solitude de Serge, coupable de mes valeurs spirituelles, coupable des projets de réussites pour lui, coupable de mes attentes sur lui.

Des jours, des semaines sont passés ; le sentiment de culpabilité au départ était présent subtilement, inconsciemment, douloureux mais bien là ! C'est lorsque j'ai compris toute l'ampleur de la culpabilité, qui me faisait souffrir, qui m'enfermait, qui rendait ma solitude si lourde. J'essayais aussi de répondre à la question « pourquoi ? ». Je ne trouve pas de réponse satisfaisante à cette question.

Le pourquoi m'a amené à faire le bilan de ma relation avec Serge. Tout ce que j'avais raté, et tout ce que j'avais réussi avec lui. Dans un premier temps le « raté » prenait toute la place, c'était pour moi insurmontable, le sentiment de culpabilité avait forme dans tout son ampleur.

C'est par l'écoute, la bienveillance, la parole, avec d'autres parents dans le groupe de Parents dés-enfantés que j'ai pu, à mon rythme, faire le pas vers la prise de conscience de ce que j'avais raté avec mon fils. En même temps, je retraçais notre histoire : les valeurs spirituelles, sociales et morales, mes attentes et mes manques que j'avais transmis à Serge.

En reconnaissant petit à petit ma responsabilité dans notre relation, j'ai pu prendre une nouvelle décision : jamais plus je ne répéterais cette même situation. Cette leçon de vie s'est gravée au plus profond de moi.

C'est grâce au partage, la mise en parole, et l'écoute que j'ai pu prendre conscience que mes valeurs changeaient. Pour ce changement, après avoir accepté ma responsabilité, j'avais une



Quelques mois après la mort de Serge d'autres sentiments se sont bousculés à l'intérieur de moi-même. Ils étaient là présents, en silence ou avec beaucoup de violence : des sentiments



LES DEUILS

autre expérience de vie à vivre : le chemin du pardon, le pardon à soi, le pardon à l'autre et la demande de pardon. Dans la rencontre avec l'autre, j'ai fait l'expérience que le pardon ce n'est pas oublier. Le pardon me permet de faire partager aux autres le chemin que j'ai parcouru avec Serge, sans souffrir, sans colère, sans ressasser, mais avec amour. Le pardon est pour moi source d'énergie à l'ouverture aux autres.

Aujourd'hui, je me sens en paix, en accord profond avec moi de ne pas avoir fait l'économie du chemin de la souffrance : cela m'a permis d'évoluer, spirituellement, psychologiquement, humainement. Ce chemin je l'ai fait dans la vérité avec moi-même, face à face, sans détours, en tâtonnant, en me questionnant, en partageant avec d'autres. Je ne me sens pas seul sur ce chemin d'évolution.

Surtout cela m'a permis de me réconcilier avec la vie, avec la mort, avec la souffrance. ●

Réseau d'accompagnement du deuil après suicide Répertoire des associations membres

Cancer & Psychologie

Bruxelles :
Béatrice Gaspard
avenue de Tervuren, 215/14
1150 Bruxelles
Tél. : 02.735.16.97
Fax : 02.732.84.09

Namur – Liège :
Isabelle Badot – Delphine Bauloye
rue des Augustins, 55
4000 Liège
Tél. : 04.221.10.99
Fax : 04.221.10.99

Centre de consultations conjugales et familiales Estelle Mazy

Anne Franssen-Deuse
rue Cathédrale, 97
4000 Liège
Tél. & fax : 04.223.51.20

Centre de formation à l'écoute du malade

avenue Pénélope, 52
1190 Bruxelles
Tél. : 02.345.69.02
Fax : 02.345.69.02

Centre de planning et de consultations familiales et conjugales

Laurence Brasseur
rue de Bastogne, 46
6700 Arlon
Tél. : 063.22.12.48
Fax : 063.41.30.34

Centre de planning et de consultations familiales et conjugales

Teresa Similia – Patricia Vandervlies
Place Mansart, 6
7100 La Louvière
Tél. & fax : 064.21.14.46

Centre de planning et de consultations familiales et conjugales « La Famille Heureuse »

Béatrice Couvreur – Valérie Lecompt
Rue de la Grande Triperie, 46
7000 Mons
Tél. & fax : 065.33.93.61

Centre Willy Peers

Marilyn Deraedt – Martine Hennuy
Boulevard du Nord, 19
5000 Namur
Tél. : 081.73.43.72
Fax : 081.74.43.91

D-Clic

Valérie Duchene – Florence Ringlet –
Cécile Seron
Rue du Manoir, 1A
6900 Marche En Famenne
Tél. : 084.36.86.54
Fax : 084.36.86.55

Infor-Veuve

Marie Simon
Rue de la Prévoyance, 58
1000 Bruxelles
Tél. & fax: 02.513.17.01

L'Autre Temps

Magali Jongen – Béatrix Lekeux
Place du Châtelain, 46
1050 Bruxelles
Tél. : 02.650.08.69
Fax : 02.640.65.92

Maison Saint-Hubert

Dominique Seny
Rue de Dewoin, 8
5580 Rochefort
Tél. : 084.22.30.66
Fax : 084.22.25.95



LES DEUILS

Parents Désenfantés

Anne-Marie Thiran
Chemin du Moulin, 27
1380 Ohain
Tél. : 02.653.31.09
Fax : 02.653.03.07

Sirius

Uli Wittershagen – Christine Rottiers
Impasse Saint Maurice, 2
5590 Chevetogne
Tél. & fax : 083.21.24.94

Vivre son deuil Brabant wallon

Annik Absil
Rue de la Serpentine, 6
1348 Louvain-La-Neuve
Tél.: 010.81.84.04
Fax : 010.81.84.09

Vivre sous les oliviers

Michel Welkenhuyzen
Rue de Liège, 37/001
4800 Verviers
Tél. & fax : 087.26.61.13