

# La mort

# désignée

## Introduction

*“Oui, si tu dois mourir, recommence vingt fois, la carte impitoyable répétera : la mort ! Encore ! Encore ! Toujours la mort”*, s'exclame Carmen dans l'opéra de Bizet, alors qu'elle se tire les cartes. Nul besoin de diseuse de bonne aventure pour nous assurer de notre destin funeste : nous mourrons tous, bel et bien, un jour ou l'autre. Nous, nos proches, nos patients, les proches de nos patients. Et pourtant, nous avons peine à entretenir avec la mort une familiarité. La montée de l'individualisation a installé un progressif déni de la mort et le délitement des rituels de deuil renvoie les endeuillés à leur solitude. Bientôt, on ne parlera plus de la mort que comme un traumatisme et des deuils comme des états pathologiques. À l'image du “patient désigné”, au hit-parade des événements de vie porteur de symptômes apparaîtra la mort : “la mort désignée”. La famille peut constituer face à la mort le dernier rempart protecteur des individus, mais elle peut aussi constituer une crypte dont plus rien ne peut sortir. Décrypter, dénouer, remettre du sens, tels peuvent être les objectifs d'une thérapie familiale. Les auteurs de ce dossier, que nous remercions, se proposent de nous faire part de leur constat, de leur

réflexion et de leur innovation sur ce domaine d'intervention.

Marie-Frédérique BACQUÉ s'interroge sur l'inscription du rythme des deuils dans la vie de famille. En effet, nous dit-elle, le groupe familial en deuil peut cacher des deuils individuels, en particulier ceux des enfants, trop souvent mis à l'écart et abandonnés dans une sorte de *no man's land* psychique. L'utilisation du génogramme se révélera être un outil métaphorique de choix dans un univers où le sens de la vie a basculé.

Édith GOLDBETER-MERINFELD nous invite à nous pencher sur les interrelations des vécus de deuil au sein de la famille. Comment chaque membre de la famille se résout-il au paradoxe de devoir tout à la fois partager des réactions intenses et rétablir des relations normales. Elle s'intéressera à cette étrange chorégraphie des vécus de chacun, adultes et enfants, pour intégrer la réalité émotionnelle de la mort sans que la capacité d'agir soit submergée.

La mort peut aussi être un spectre qui rôde autour des familles. Zorica JEREMIC nous a écrit un article sur les traces laissées dans les relations familiales par la mort qui plane et ne s'accomplit pas. L'impact de la guérison de l'enfant prévu à mourir va créer une rupture du lien entre les parents et l'enfant, rupture à laquelle le thérapeute devra bien pallier.

Daniel MILMAN aborde, quant à lui, les conséquences psychiques de l'effraction du cancer sur les frères et sœurs sains de l'enfant malade.

L'apparition dans la fratrie de comportements anarchiques aux symptômes inattendus et têtus doit nous interpeller dans nos prises en charge.

Michel DELAGE aborde une véritable méthodologie de l'intervention thérapeutique des familles en deuil. Cette modélisation, empruntée à la théorie de l'attachement, se propose de contextualiser à la famille, le travail de deuil.

Pascale HASSOUN nous invite, quant à elle, à une réflexion toute particulière sur la mort, puisqu'il s'agit de celle du psychanalyste. Rares sont les auteurs qui se risquent à parler du coup et de l'après coup du départ, parfois brutal, de celui ou celle qui nous accompagne tout au long de ce voyage intérieur qu'est la cure analytique. Cet article, relatant l'expérience tant personnelle que professionnelle de l'auteur, est précieux.

Enfin, c'est à une promenade dans le champ du souvenir à laquelle nous convie Denis VALLÉE. Revenant sur l'établissement d'un protocole de thérapie brève prenant en charge les suicidants et leur famille, notre ami nous présente la mort par suicide et ses tentatives comme une modalité particulière de l'autonomie. Il nous invite, pour finir, à participer à la création d'une nouvelle science : la suicidologie dont il serait, sans nul doute, le pape incontesté...

*“De la mort comme des couleurs, nous ne savons pas parler”*, nous dit Albert Camus. Voilà bien le défi que ce dossier aimerait vous donner envie de relever. Trouver des mots, élaborer des stratégies d'intervention, inventer pour éviter que “la mort désignée” empêche les compétences des familles à aller vers la vie de se déployer.

A.S. Le Bihan\*

\* Psychologue clinicienne, thérapeute familiale,  
Centre Monceau (Paris, 9e) et hôpital Albert  
Chenevier (Créteil, 94)



## Les deuils

# et la vie de famille

### Le génogramme familial

**T**out commence par un arbre. Un arbre dessiné à plusieurs, avec ses racines, son tronc, ses branches maîtresses et ses bouquets de feuilles. Les Français semblent apprécier cette métaphore de leur famille, et ce d'autant plus que la famille traditionnelle évolue. Peut-être est-ce aussi le rappel d'antiques traditions gauloises qui faisaient des arbres, des génies calmes et silencieux, témoins des fragiles vies humaines. Cet arbre est familier aux enfants ; aussi est-il aisé de le proposer lors d'un premier entretien familial. L'arbre qui se construit à plusieurs est un outil de choix pour le thérapeute. Il permet d'observer les relations familiales face à la création d'un projet commun. Il met en évidence leurs attitudes de prestance ou d'inhibition, la façon dont est désigné le porteur du crayon, les différents auteurs du dessin et leurs changements chronologiques, les interventions de ceux qui apportent les précisions. Les femmes sont souvent très actives dans ces dessins et prennent généralement le stylo en main dès les premières minutes. Il faut rappeler que ce sont les femmes (occidentales) qui majoritairement organisent et maintiennent le réseau familial. Ce sont elles, qui ont la charge de la mémoire familiale. Pour J. Coenen-Huther (1994), la mémoire familiale est sexuée : si les femmes ont la mémoire des relations, centrée sur des connaissances intimes et affectives, les hommes s'intéressent davantage aux professions, à la transmission du patrimoine et à l'environnement social. Pondérons cependant ce point de vue par le fait, lié

au facteur économique, que les personnes, tout sexes confondus, qui se perçoivent comme les héritières d'une lignée aiment aussi transmettre leur mémoire sociale. Les familles traditionnelles, et particulièrement celles qui se considèrent comme bourgeoises de souche, transmettent, voire revendiquent, leurs racines dont les hauts faits sont relatés dans la légende familiale. Les hommes n'aiment pas se charger de la narration familiale, comme si celle-ci attei-

gnait leur idéal viril qui n'est pas censé s'intéresser aux données affectives. Les femmes, en revanche, prennent un grand plaisir à raconter spontanément leurs histoires lignagères, comme celles de leur belle-famille. Cependant, pour F. Zonabend (1980), la matrilité l'emporte, c'est-à-dire que si ce sont les femmes qui transmettent les souvenirs, ce sont d'abord ceux de leur lignée (matrilinéaire). Il y aurait donc, dans notre système de parenté, une

M.-F. Bacqué\*

*\* Docteur en Psychologie,  
MCU-HDR à l'université de Lille, vice-présidente  
de la Société de Thanatologie.*

inflexion globale de la mémoire familiale vers la matrilatéralité. Les hommes pourtant évoquent aussi leur propre parenté, et plus puisque, d'après J.-H. Déchaux (1997), ils seraient plus ouverts sur l'alliance et évoqueraient plus facilement que les femmes leurs parentés alliées. Les enfants, passionnés par l'arbre, veulent participer au génogramme, en dessinant les ronds ou les carrés et éventuellement les strates générationnelles qui leur permettent de mieux comprendre les interpénétrations des générations, lorsque des enfants arrivent plus tardivement (au moins vingt ans) que leurs cousins. Les pères sont souvent peu participatifs car les arbres, surtout lorsqu'ils sont figuratifs, leur paraissent issus d'un exercice parfois infantile. Ils apprécient en revanche les arbres-listes et contrôlent souvent les remémorations. Le dessin de l'arbre entraîne fréquemment des révélations qui sont effectuées à voix basse ou sous forme de signes plus ou moins discrets au thérapeute. Il est important de reprendre ces interventions en demandant à l'intéressé s'il est prêt à en parler, ce qui se traduit par une levée de secret ou une explication spontanée qui a valeur d'interprétation pour le groupe. Ainsi, toutes les situations d'incestes, d'attouchements, voire de viols, de grossesses interrompues, de suicide et de morts douteuses ou taboues peuvent émerger lors de la réalisation du génogramme. Elles méritent un temps d'arrêt du thérapeute et, s'il y est autorisé, une reformulation. Citons la consultation d'une maman et de sa fille de quatre ans, à la suite de la mort de la fille aînée, qui va aboutir à une demande de thérapie familiale pour tout le groupe de la lignée maternelle. Les difficultés d'un deuil après suicide se traduisent souvent, en termes de plainte, par l'incapacité à développer une grossesse. La crainte de la répétition de la menace suicidaire est alors l'une des restrictions inconscientes le plus souvent en cause. Le travail thérapeutique médiatisé par le génogramme permettra de la verbaliser et démarrera alors une première partie de la compréhension de l'histoire de la famille.

### La famille en deuil et ses modes d'affiliation

Les familles qui consultent pour un deuil présentent souvent des pertes d'enfants ou de jeunes parents. Elles sont composées des parents et des autres enfants et, si le défunt est un père ou une mère, du conjoint survivant et des grands-parents ou des enfants, beaux-parents du défunt le

plus souvent. C'est donc une partie seulement de la famille, dans la même lignée ou seulement sur deux générations, dont l'une a été blessée, qui décide de rencontrer un thérapeute. La présence du groupe doit être comprise comme rassurante : en convoquant le cercle, les endeuillés se persuadent que, malgré l'atteinte d'un de ses membres, la lignée perdure et garantit sa perpétuation. Pour Edgar Morin en effet (1953), l'angoisse de mort augmente avec l'individualisation. Les idées d'anéantissement et d'irréversibilité de la mort sont finalement combattues grâce aux croyances de durée développées au sein du groupe et surtout dans l'idée de permanence de la lignée au travers des générations. C'est ce que démontrent aussi bien les rites funéraires que ceux du mariage ou de la naissance (Bacqué, 1998). Tous les rites de passage se réfèrent à la désagrégation de l'initié de son groupe primitif, puis à sa réagrégation au nouveau groupe (Van Gennep, 1943). L'initié peut être ici l'enfant non baptisé, la jeune femme nubile ou le défunt. Le symbolisme de la filiation s'y réfère aux grands mythes par le biais de la pensée magique. Le temps humain est ici transcendé car son échelle est modifiée dans une perspective eschatologique (mythe de la fin du monde ou du jugement dernier). Le temps du mythe rejoint le temps de l'inconscient, celui du non-temps ou du moins d'un temps non linéaire. La notion de cycle véhiculée aussi bien par les religions que par les conceptions *New Age* permet de supporter la rupture des générations et de garder l'espoir de la continuité de la filiation. Pourtant, lorsque l'affiliation est forte (affiliation lignagère), la mémoire des morts est intégrée à l'histoire familiale et permet, par ses rappels, de considérer une certaine forme de survivance mnémonique malgré la mort. Cette symbolique aurait une fonction conjuratoire de la mort dans les familles traditionnelles maniant et exploitant couramment leur généalogie. Dans les familles de composition décalée en termes de milieu social ou d'alliance de cultures différentes, le sentiment d'affiliation est plus subjectif (Bacqué, 1998). Il repose moins sur des mythes véhiculés sur trois générations, mais plutôt sur des liens récents : beaux-parents, demi-frères et sœurs, couples "pacsés" (homosexuels ou hétérosexuels). Bien que formés à partir de choix affectifs mieux prononcés, ces nouveaux cercles familiaux ne disposent pas d'une mémoire familiale entérinée depuis de nombreuses générations. L'individualisme y est plus de mise et les droits et les devoirs réglés par la loi (et non par une tradition relativement infor-

melle). Le passé ne permet pas de consolider l'idée diffuse d'une disparition faiblement commémorée. Aussi chaque individu se construit-il une identité plus personnelle, ne reposant pas sur la transmission plus ou moins validée d'une histoire familiale. Ces familles dites recomposées rencontrent souvent des difficultés de communication et de territoire fantasmatique lignager. Les situations de deuil remettent souvent en cause l'alliance des lignées en raison de la fragilité de liens affectifs qui ne reposent pas sur un socle d'échanges traditionnels. Le génogramme peut cependant constituer l'élément fédérateur qui permettra l'écoute des uns et des autres et la solidarité nécessaire pour s'étayer dans le travail de deuil commun. Pour conclure sur ces aspects sociologiques et anthropologiques que le psychotérapeute ne peut négliger, ils nous apportent la compréhension d'émergences conflictuelles qui ne semblent pas a priori intra-psychiques, mais qui découlent du cadre social de construction de la famille et des représentations collectives qui y sont véhiculées.

### Quels types de deuil et pourquoi ?

Les familles consultent toujours pour une complication majeure ou même parfois un deuil pathologique. Leurs limites sont en général débordées ou elles ne disposent pas des moyens psychiques d'y faire face en raison de l'atteinte majeure d'un de leur membre. La perte d'un enfant, la mort brutale et violente et les deuils multiples sont les raisons les plus fréquentes de rencontrer un spécialiste.

> La perte d'un enfant :

Le groupe est ici attaqué dans ses projets et dans sa pérennité. Il ne comprend pas et trouve injuste la situation. La rupture d'attachement prend des connotations instinctives, voire biologiques, et se traduit par un repli sur le groupe et une restriction de la communication intra-groupe. Dans le cas d'un deuil périnatal, les femmes sont encore au premier plan dans les manifestations de souffrance massive et même de syndrome psychotraumatique (Bacqué, 1998). En revanche, les hommes sont souvent gênés par une collusion possible avec leur compagne. Leur propre deuil est le plus souvent escamoté et ils ont besoin d'un soutien individuel, d'autant plus que ce type de deuil pose le problème de leur fertilité et de leur virilité mises à mal par

# Dossier

## La mort désignée



l'échec autour de la naissance. Les mères se sentent à la fois responsables et coupables et remettent en cause leur sexualité. L'importance de l'information médicale est primordiale dans ce cadre car elle permettra de ne pas totalement perdre espoir ou de commencer un travail de renoncement en cas d'impossibilité de réitérer la grossesse. Quant aux autres enfants, ils sont hélas souvent tenus à l'écart de cette grossesse interrompue et manifestent fréquemment des plaintes somatiques, des comportements régressifs et des perturbations émotionnelles telles que la colère, la dépression et la culpabilité (Oikonnen et Brownlee, 2002). La place des funérailles est considérable dans ce cas parce qu'elle donne une identité sociale à ce petit être et parfois même une personnalité fantasmagique. Elle participe à la prévention d'une nouvelle et trop rapide grossesse qui s'achèverait sur la naissance d'un enfant de remplacement (Cain, 1964). Lorsqu'il s'agit de la mort d'un enfant plus grand, le plus frappant est vraiment la remise en cause du monde environnant la famille. C'est cette représentation phénoménologique qui tend dorénavant à être recouverte d'une image pessimiste, d'un regard négatif sur le monde. En particulier, hélas, si l'enfant a été tué de façon involontaire ou assassiné. Au-delà de la relation établie avec l'enfant, la mort prend une connotation plus ou moins perturbatrice en fonction de la nature du décès et de sa valeur sociale. Certains enfants morts dans des catastrophes ou des guerres prennent ainsi, pour leurs parents, l'apparence de petits martyrs et leur permettent d'intercéder pour eux auprès d'instances supérieures (de la même façon que la perte d'un enfant baptisé permettait d'obtenir des indulgences en vue d'une place au paradis). Mais la plupart du temps, la mort d'un enfant crée une grave remise en cause du couple géniteur qui s'est montré impuissant, voire fragile pour les enfants. Ici, la place du thérapeute est délicate. Il représente à nouveau l'adulte fort qui cadre et qui tente de comprendre. Il peut faire l'objet de transfert massif du parent idéalisé par les enfants du reste de la fratrie. Il ne peut pourtant pas entrer en compétition avec les parents qui sont clairement atteints et incapables de lutter. Nous avons montré ailleurs (Bacqué, 2000, 2003) que les enfants ont tendance à s'identifier aux parents survivants. L'expression du chagrin dans le groupe va servir d'indicateur aux enfants qui vont alors inconsciemment s'y fier pour ressentir et extérioriser ce qu'ils ressentent. C'est pourquoi nous avons pensé que, face au deuil, il était dans

un premier temps nécessaire de réunir la famille. Toutefois, le travail thérapeutique sera plus propice à cette expression s'il permet aux enfants de se soustraire à l'influence inconsciente de leurs parents, lors de groupes de pairs par exemple, avec d'autres enfants en deuil du même âge. Ainsi, les difficultés courantes finalement liées au fait qu'un deuil désigné focalise la souffrance, tandis que les autres membres de la famille croient s'en exempter, doivent être rapportées au groupe, puis se transformer en prises en charge individuelles. En effet, il n'est pas rare d'assister à des déplacements du travail de deuil au sein d'une famille. Le conjoint survivant est souvent le deuil désigné, surtout lorsqu'il s'agit d'une femme qui manifeste sa peine. Cependant, les femmes très déprimées ont déjà commencé leur travail de deuil tandis que les enfants qui écoutent calmement peuvent, au contraire, contenir des troubles plus discrets (Bacqué, 1998). Une petite fille âgée de dix ans demande, dix-huit mois après le premier groupe familial, une consultation pour elle seule car elle n'a pas pu parler des bruits qui circulent dans sa chambre la nuit. Sa sœur aînée est morte à la maison après un cancer. L'accompagnement des parents et des amis a énormément perturbé la petite fille. Après la mort, sa mère a développé un très grave syndrome dépressif et a été hospitalisée à deux reprises. Pendant les premières séances, l'attention était centrée sur l'expression douloureuse christique de la mère qui semblait largement dépasser le poids du fardeau familial. La petite vient avec son anxiété majeure et les bruits, la nuit. Elle regarde sous son lit pour vérifier qu'il n'y a personne. Ses symptômes passent inaperçus du côté des parents. C'est le médecin généraliste qui l'adresse à un psychothérapeute. Le soutien individuel va lui permettre de débiter son propre travail de deuil et de faire face à ses fantômes. Toute la famille ne fait pas son deuil au même rythme. Le groupe familial en deuil est rarement sur la même longueur d'onde. Les adultes qui participent pleinement à l'organisation, puis à la cérémonie des funérailles, bénéficient de tous les ingrédients sociaux pour faire leur deuil. Certes, leurs responsabilités sont importantes, mais ils en retirent les aides communautaires du rite funéraire et sont, dans ce sens, sur la bonne voie. Tandis que les enfants, souvent mis à l'écart et, en fonction de leur âge, plus ou moins aptes à

mentaliser la perte, connaissent une sorte de *no man's land* psychique et un abandon de la part de leurs parents. Toutes les études montrent que les petits commencent à exprimer leur chagrin autour d'un an et demi après la perte. Que le deuil soit post-traumatique et la sidération perdue parfois toute la vie... Il existe une certaine forme d'urgence à rencontrer l'enfant en deuil, seul. Dans le cas d'un suicide parental, les troubles psychiatriques qui ont généralement précédé le passage à l'acte sont souvent, à eux seuls, responsables de l'hypermaturité de l'enfant qui va le faire retenir ses larmes. Ces enfants hypermatures sont encore renforcés, dans leur regard sur leur groupe familial, par les difficultés de leurs parents exprimées au plein jour. Aussi risquent-ils plus de devenir spectateurs que réellement acteurs de leurs propres ressentis. À nouveau, le groupe familial est une bonne entrée en matière pour comprendre la dynamique psycho-généalogique du groupe et l'approche anthropologique de la mort ; sa continuation semble plus problématique dès que plusieurs ou un membre sont concernés par les complications du travail de deuil.

### > Les deuils multiples

Les groupes familiaux sont ici très efficaces pour lever la démentalisation générale liée au choc de l'atteinte massive du groupe. Accident de la route où plusieurs victimes appartiennent à la famille, guerres, attentats, ces catastrophes sont très destructrices. La reprise groupale a ici la fonction de réinjecter du sens dans l'abatement qui suit l'impression d'anéantissement. Le groupe familial doit se resolidifier en réaffirmant ses valeurs et celles-ci nécessitent un travail en commun. Le fantasme de casse du groupe (Anzieu, 1976) devient ici réalité et les thérapeutes forment le binôme élémentaire qui permet une reconstruction fantasmagique (le couple de l'arche de Noé en est l'archétype biblique). Ces groupes n'ont rien à voir avec un *debriefing* : ce sont d'emblée des groupes thérapeutiques dont le déroulement doit perdurer tant que le travail de deuil collectif ne commence pas. Distinguer deuil collectif et deuil individuel est plus que jamais nécessaire. Dans le deuil collectif, les rites sociaux prédominent et facilitent l'intégration de la perte groupale et de la nécessaire reconstruction de la famille. Dans le deuil individuel,

ce sont toutes les réminiscences individuelles des souvenirs, des ressentis et des projets qui doivent être reprises et reconsidérées à l'aune de la perte et de l'irréversibilité de leur disparition.

## Conclusion

Quelques exemples de consultations familiales nous ont permis de mieux distinguer des notions complexes comme le deuil social, le deuil du groupe familial et le deuil individuel. La place de la famille est centrale comme repère anthropologique et plus particulièrement au niveau de la représentation des différentes lignées. Le génogramme est, dans ce sens, un outil et une métaphore de choix, dans un univers où le sens de la vie a basculé. Cependant, nous avons insisté sur le fait que le groupe familial en deuil peut masquer les deuils individuels, en particulier ceux des enfants qui n'ont pas la même capacité expressive et qui présentent encore une certaine discontinuité de leur fonctionnement psychique. En revanche, pour les deuils post-traumatiques, la réunion familiale est cruciale et

urgente car elle restaure les défenses et les valeurs du groupe face à la réalité de son anéantissement. Toute cette complexité ne peut être abordée qu'avec des thérapeutes connaissant particulièrement bien la psychopathologie des deuils et sensibles à la dimension thérapeutique psychodynamique du groupe.

## Bibliographie

- Bacqué M.-F. "Les rites funéraires aujourd'hui" in *L'état de la France*, Paris, La Découverte & Syros, 1998.
- Bacqué M.-F. "Deux siècles d'histoire de la famille : évolution des représentations de la mort en son sein" in Déchaux J.-H., Jésus F., Hanus M. (dir.), *Les familles face à la mort*, Bordeaux, L'Esprit du Temps, 1998.
- Bacqué M.-F. *Inégalités des sexes face à la mort et au deuil*. Pratiques psychologiques, 1998 ; 3 : 7-15.
- Bacqué M.-F. *Le cadavre et l'enfant*. Éthica Clinica, 1998 ; 12 : 28-30.
- Bacqué M.-F., Haegel C., Silvestre N. *Résilience de l'enfant endeuillé*. Pratiques psychologiques, 2000 ; 1 : 23-33.
- Bacqué M.-F. "Le deuil, rupture de l'attachement. Traumatisme et réparation" in Montagner H., Stevens Y. (dir.), *L'attachement, des liens pour grandir plus libre*, Paris, L'Harmattan, 2003, p. 133-56.
- Bacqué M.-F. "La famille en deuil" in Angel P., Mazet P. (dir.), *Traité de psychopathologie de la famille*, à paraître, 2003.
- Cain A.C., Cain B.S. *On replacing a child*. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 1964 ; 3 : 443-56.
- Coenen-Huther J., Kellerhals J., Von Allmen M. *Les réseaux de solidarité dans la famille*. Lausanne, Réalités sociales, Lausanne, 1994.
- Déchaux J.-H. *Le souvenir des morts. Essai sur le lien de filiation*. Paris, PUF, 1997.
- Morin É. *L'Homme et la Mort*. Paris, Seuil, coll. "Points Essais", p. 1953-1976.
- Oikonen J., Brownlee K. *Family therapy following perinatal bereavement*. Family Therapy, 2002 ; 29 (3) : 125-40.
- Van Gennep A. *Le Folklore français. Du berceau à la tombe*. Paris, Robert Lafont, 1998.
- Zonabend F. *La mémoire longue. Temps et histoire au village*. Paris, PUF, 1980.



# Répercussions du décès

sur l'ensemble de la famille

**Q**u'on puisse le mener à son terme, qu'on s'arrête en cours de route ou qu'on reste bloqué à son entrée en en méconnaissant même la nécessité, le deuil est un processus qui nous concerne tous. Qu'il s'agisse de départ ou de mort d'êtres chers ou honnis, nous sommes tous, un jour ou l'autre, confrontés avec le vécu de l'absence.

Le deuil est habituellement appréhendé dans sa dimension individuelle, avec une attention portée essentiellement sur la personne confrontée au bouleversement engendré par la perte d'un être signifiant. Freud d'abord, et plus tard Bowlby (1980), ont accordé une attention particulière aux processus mis en jeu à cette occasion. D'autres cliniciens, systémiciens cette fois, se sont penchés sur les vécus et les façons de gérer la mort dans les couples ou les familles (Bowen, 1976 ; Paul et Grosser, 1965 ; Walsh et McGoldrick, 1991 ; Goldbeter-Merinfeld, 1998 et 1999). Ils ont souligné l'impact du décès sur les liens intra-familiaux et sur le développement de la famille en tant qu'unité.

La plupart des intervenants psycho-médico-sociaux considèrent que les enfants et les adultes réagissent différemment à la mort, en fonction de leur niveau de développement. Cependant, la plupart du temps, les vécus de deuil des uns et des autres sont appréhendés de façon isolée et leurs inter-

relations — l'impact du parent confronté à un deuil sur l'enfant vivant une perte et réciproquement l'influence des réactions de l'enfant sur l'aptitude du parent à gérer son propre vécu — ne sont pas toujours prises en compte.

Nous nous proposons d'aborder dans ce texte le deuil en tant que processus développemental partagé qui implique la dissolution et la reconstruction de l'identité familiale collective face à une nouvelle réalité : l'absence physique de l'un de ses membres signifiants. Le deuil est dès lors perçu dans sa dimension de vécu intérieur (privé ou subjectif) de chacun des membres et dans sa dimension systémique émergeant à l'intersection des différentes réactions singulières de deuil au sein du système familial, elles-mêmes corrélées aux valeurs d'une communauté socio-culturelle.

Le deuil constitue une transition développementale touchant la famille en profondeur ; il implique une crise qui touche à l'attachement et à l'identité des membres de la famille ; ces deux niveaux vont s'intégrer dans le courant du développement de la famille. La gestion des émotions intenses et l'organisation de l'identité personnelle sont réalisées au sein de ce processus de développement familial qui constitue le cadre singulier du cycle de vie des familles. Dans ce processus, l'établissement d'un bon équilibre entre le changement et la stabilité offre les bases essentielles à l'adaptation au monde, permettant la maturation et favorisant l'intégration des nouvelles circonstances de vie.

La mort interrompt le court normal du développement de la famille et le redirige dans un autre sens. Face à cette discontinuité mas-

sive dans leur évolution, les familles luttent pour absorber et intégrer leurs pertes afin de rétablir une stabilité qui leur permette de retrouver leur stade normal de développement et de poursuivre leur chemin.

La manière d'être parent dans ces moments difficiles constitue un pivot autour duquel les processus intergénérationnels de deuils familiaux sont organisés ; en effet, le travail développemental du conjoint survivant pour reconstruire son image de lui-même en tant qu'époux et parent détermine les repères que les enfants vont utiliser comme guides pour leurs propres réactions de deuil.

Dans certains cas, le veuf manque de ressources pour gérer son propre deuil et se trouve dès lors démuné pour aider son enfant (ou chacun de ses enfants) à évoluer dans ce processus. Il arrive alors que l'enfant adopte une position parentifiée vis-à-vis de ce parent submergé par son propre vécu face à la perte de son partenaire et incapable d'assumer son rôle de soutien adulte dans la famille. Un cas de figure particulier peut se rencontrer à une telle occasion :

É. Goldbeter-Merinfeld\*

\* Institut d'Études de la Famille et  
des Systèmes Humains, Bruxelles, Belgique.  
Consultation de Psychiatrie, hôpital Erasme,  
Université libre de Bruxelles,  
Université de Mons-Hainaut.

l'enfant commence à présenter des symptômes qui attirent l'attention tels que des problèmes d'ordre psychosomatique ou comportemental.

*Il y a quelques années, Monsieur A. était venu me voir avec sa fille (enfant unique) Bérangère, âgée de 16 ans. Elle présentait des symptômes d'anorexie alternant avec des périodes de boulimie, et ceci depuis un an. Ces difficultés étaient apparues quelques mois après le décès de Madame A. à la suite d'un cancer dont l'évolution avait été extrêmement rapide. La famille que je rencontrais était repliée, le père se partageant entre son métier et sa fille. De son côté, Bérangère se donnait peu au travail scolaire et négligeait un petit ami fort périphérique. La vie sociale s'était réduite à une peau de chagrin (quelques rares membres de la famille élargie). Père et filles étaient extrêmement attentifs l'un à l'autre, Bérangère en particulier présentant une attitude très protectrice envers son père, homme doux et triste. La problématique de sa fille le mobilisait et en même temps donnait l'occasion de rares contacts avec l'extérieur (famille élargie ou professionnels) en vue d'une recherche d'aide et de conseils. Un travail permettant à chacun des deux membres de la famille d'exprimer les émotions vécues avant la maladie, pendant celle-ci et depuis la mort de madame A., offrit la possibilité d'aborder les deuils et de s'ouvrir progressivement à nouveau à la vie et au monde extérieur. Bérangère a pu par exemple évoquer des sentiments censurés depuis qu'elle avait vécu comme adolescente vis-à-vis de sa mère.*

Tout se passe comme si les symptômes présentés par un enfant à la suite du décès d'un parent étaient à la fois des manifestations d'un malaise personnel et des signaux dont la fonction est de détourner le parent survivant d'un deuil impossible à vivre. En effet, l'inquiétude suscitée par les troubles de l'enfant amène l'adulte à se préoccuper d'abord et avant tout du bien-être de sa progéniture : il est donc remobilisé par là même dans sa fonction de parent et de soutien de la famille.

Les professionnels qui veulent aider les familles endeuillées considèrent souvent que la meilleure manière, c'est-à-dire la plus saine, de gérer le deuil serait d'exprimer et de partager les émotions submergées liées à la mort de l'être cher. Pourtant, dans les conditions de bouleversement profond lors d'une perte douloureuse, comme le relève Shapiro (1994), la priorité des familles est de rétablir un contrôle émotionnel et une

stabilité dans la vie quotidienne. Face à la rupture de la stabilité familiale qui se manifeste dans l'incapacité de gérer un excès d'émotions intenses, dans la perturbation des modes d'interaction et de communication, dans la confusion des définitions des rôles sociaux de chacun des membres, il paraît primordial de gérer la crise induite par la mort et de rétablir un équilibre stable nécessaire pour poursuivre un développement "normal". Ceci implique la mise en place de nouvelles structures à l'aide des ressources individuelles, familiales, communautaires et socio-culturelles. Plus la famille dispose de telles ressources, plus flexible elle sera pour mettre en place de nouvelles structures d'équilibre. Plus le réseau social est réduit, plus fragile et démunie la famille sera face à ces bouleversements. Si le degré de stress et de discontinuité est élevé, le risque augmente d'établir des stratégies contraignantes et rigides pour obtenir une forme de stabilité, ce qui limitera les moyens de résolution lors de changements déséquilibrants ultérieurs.

La nature du deuil pour les membres d'une famille (crise d'attachement et crise d'identité) amène à considérer que, si le partage ouvert des réactions émotionnelles intenses et personnelles fait partie du processus de deuil, la nécessité de rétablir des conditions de vie familiale stable est également indispensable pour permettre un fonctionnement dans le quotidien.

Les enfants et les adultes mènent leur deuil différemment : les adultes le vivent dans le cadre de structures organisationnelles telles que le couple, le "parentage", le travail. La douleur bouleversante et la discontinuité vécue lors d'un décès les entraînent le plus souvent au repli sur une réalité intime au sein de laquelle l'énormité de la perte est progressivement reconnue et à partir de laquelle vont se reconstruire de nouvelles structures et de nouveaux rôles redonnant un sens à la vie.

Les enfants ne comprennent la mort et le deuil qu'en lien avec les outils cognitifs et émotionnels acquis dans leur phase de développement du moment. Entre les âges de 5 et 7 ans, ils commencent à comprendre que la mort est irréversible, qu'elle implique l'arrêt des fonctions corporelles et qu'elle est universelle. Ils s'appuient sur les adultes pour être aidés dans l'interprétation des implications de la nouvelle réalité bouleversante à laquelle ils sont confrontés. Pour eux, le parcours évolutif du deuil de l'adulte est trop intense et interfère avec leur besoin de grandir. Souvent, les enfants mettent leur deuil de côté et y reviennent par alternance. Cette manière de gérer amène parfois les

adultes à voir comme insensible l'enfant, s'il se trouve à un moment de distanciation et non à une période de reconnaissance intense d'une perte.

Soulignons que la hiérarchie familiale accorde plus de poids et donc d'impact (ou de pouvoir) à la manière "choisie" par l'adulte de vivre le deuil. Son mode de gestion de l'absence aura donc un rôle déterminant pour l'enfant.

Fréquemment, l'adulte ne donne pas suffisamment d'informations précises à l'enfant en ce qui concerne les conditions du décès (ou son anticipation possible), pas plus qu'il n'évoque devant lui ses conséquences, croyant ainsi protéger l'enfant. Il s'agit aussi de la manifestation de défenses mises en place par les adultes qui se sentent trop fragiles pour aborder à fond ce qui se passe et même pour répondre aux questions posées par leurs enfants. Ces adultes eux-mêmes peuvent avoir des difficultés à vivre leur deuil s'ils vivaient eux-mêmes une relation de couple conflictuelle et non résolue.

Au sujet de la prévision d'un décès dans le cas d'une maladie terminale, des études ont montré que 6 mois d'une telle période semblaient être la "longueur optimale" entre le diagnostic et la mort pour se dire au revoir, régler les affaires, etc. (Koocher, 1986 ; Rolland, 1991).

Koocher (1974, 1986) relève que les questions centrales des enfants qui ont perdu un parent tournent souvent autour des thèmes suivants :

- est-ce arrivé parce que j'ai fait quelque chose ou omis de le faire ?
- cela va-t-il m'arriver aussi ou à quelqu'un que j'aime ?
- qui va s'occuper de moi dans le cas où cela arriverait ?

Les enfants reçoivent surtout des informations sur ce qu'il ne faut pas exprimer ou partager avec l'adulte et ne se sentent donc plus libres de vivre leur deuil selon leurs sentiments spontanés. Soulignons que le membre de famille décédé reste présent dans le vécu familial tout au long de la poursuite de l'évolution de la famille et que la présence de cet absent est cruciale lors de certaines étapes ultérieures de l'évolution de l'enfant, de l'adolescent et plus tard du jeune adulte. Évoquer périodiquement l'image de cet absent n'est donc pas le signe d'un deuil pathologique mais au contraire une intégration de son importance dans la suite d'un processus évolutif initié avec lui.

# Dossier

## La mort désignée



Les adultes comme les enfants intègrent progressivement la réalité émotionnelle de la mort dans la famille selon des modes gérables sur le plan cognitif qui ne submergent pas complètement leur capacité de réagir aux exigences de la vie quotidienne. Mais, cette chorégraphie des réactions de deuil de chaque membre de la famille n'évolue pas de façon synchrone, au même rythme. Et cela est normal : il est indispensable que chacun dans la famille puisse reconnaître et respecter les différences de réactions face à la mort et de styles de gestion du deuil. Dans le cas contraire, certains membres de la famille vivent un sentiment d'isolement douloureux qui s'ajoute aux sentiments lourds associés au deuil.

Aborder de façon ouverte les vécus de chacun en famille constitue un support inestimable mais encore faut-il qu'existe un accès à des ressources permettant de "digérer" ces moments émotionnels : tolérance à la différenciation, habitude de recevoir les émotions des autres avec empathie sans entrer dans des dynamiques de culpabilisation, de jugement ou de rejet, accès à des réseaux de soutien extérieur (famille élargie et contexte communautaire), présence aussi de certains rituels culturels permettant d'interpréter la mort et ses significations et prescrivant des rôles aux survivants.

La réflexion de Bowen sur les phénomènes liés à "cet événement biologique qui termine la vie" apparaissant au sein des systèmes relationnels l'amène à différencier le système communicationnel ouvert, c'est-à-dire celui où un individu est libre de communiquer à un autre une quantité importante de pensées intérieures, de sentiments, de fantasmes que ce dernier peut réciproquer, du système communicationnel fermé. Celui-ci est dominé par une sorte de réflexe émotionnel automatique permettant à chacun de se protéger de l'anxiété de l'autre : on y devient sensible aux sujets qui troublent les autres et on les évite instinctivement. Ainsi naissent les tabous dont la mort est certainement l'exemple le plus répandu.

Cette ouverture est liée au degré de différenciation des membres du système. Elle est aussi en étroite relation avec le niveau de stress familial. Des études ont mis en évidence que la mort d'un conjoint est un des événements du cycle de vie des familles (*family life cycle*) qui est associé avec le degré le plus élevé de stress et que des modifications de l'état de santé du conjoint survivant (entres autres) y paraissent cor-

réelées (Holmes et al., 1973). Un symptôme émotionnel ou physique a d'autant plus de chances d'apparaître que les membres de la famille sont incapables de traiter ouvertement entre eux de la mort.

Quelle que soit la qualité de la "réparation" de la vie familiale après un décès d'un membre signifiant, les membres survivants resteront avec cette perte de la famille qu'ils auraient pu constituer, avec ce manque du père/mari, de la mère/femme qui aurait dû être des leurs.

Intervenir dans des périodes de deuil auprès des familles confronte également l'intervenant de façon intense à la réalité de la mort, à l'importance de la vie qui n'est pas un bien acquis solide et indiscutable, à sa propre histoire transgénérationnelle avec ses disparitions d'êtres signifiants et les manières de vivre leur deuil. Autrement dit, la neutralité n'est pas absolue ni nécessaire même s'il est normal de ne pas envahir les familles par nos propres histoires.

### Bibliographie

- Bowen M. "Family reaction to death" in Bowen M., *Family Therapy in Clinical Practice*, Jason Aronson, New York, 1978.
- Bowlby J. "Loss, sadness and depression" in Bowlby J., *Attachment and loss*, vol. III, Basic Books, New York, 1980.
- Freud S. "Deuil et mélancolie" in Freud S., *Métapsychologie*, Gallimard, Paris, 1968.
- Goldbeter-Merinfeld É. *Deuil et fantômes*. Cahiers cliniques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 1998 ; 20 : 51-87.
- Goldbeter-Merinfeld É. *Le deuil impossible*. ESF, Paris, 1999.
- Holmes T., Masuda M. "Life change and illness susceptibility" in *Separation and depression clinical and research aspects*, Pub. 94, Washington, D. C., American Association for the Advancement of Science.
- Koocher G. *Talking with children about death*. American Journal of Orthopsychiatry, 1974 ; 44 : 404-411.
- Koocher G. *Coping with death from cancer*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1986 ; 54 : 623-631.
- Paul N.L., Grosser G.H. "Operational mourning and its role in conjoint family therapy" in Walsch F., McGoldrick M. (eds), *Living beyond Loss. Death in the Family*, Norton, New York, 1991.
- Rolland J. "Helping families with antici-

patory loss" in Walsch F., McGoldrick M. (eds), *Living beyond Loss. Death in the Family*, Norton, New York, 1991, p. 144-163.

- Shapiro E.R., *Grief as a Family Process*. The Guilford Press, New York, 1994.
- Walsch F., McGoldrick (eds). *Living beyond Loss. Death in the Family*. Norton, New York, 1991.



**L'annonce d'une maladie grave, potentiellement mortelle, d'un enfant laisse la famille de l'enfant en question en proie à certains mouvements psychiques qui peuvent influencer l'évolution de l'enfant et celle de la famille tout entière ainsi que leurs relations.**

**Une fois le danger écarté, rien n'est terminé excepté le danger lui-même.**

**Ce qui reste est à transformer car parents et enfant n'en sont pas au même point d'évolution. Ce qui est un soulagement pour les parents reste un poids mort pour l'enfant.**

**En pensant à certaines familles suivies au Centre Monceau et à la consultation de thérapie familiale de l'hôpital Corentin Celton, ainsi qu'à certaines personnes suivies individuellement en cabinet privé, j'ai souhaité me pencher sur les traces laissées par la mort qui plane et ne s'accomplit pas, dans les familles et les relations familiales, une fois la tempête passée.**

## **Toc toc, y a-t-il quelqu'un ?”**

**L**a mère de Julien prend rendez-vous pour une consultation familiale avec son fils et son mari. Les deux autres enfants sont restés pour vaquer à leurs occupations habituelles. Julien nous informe d'ailleurs qu'il ne souhaite pas que sa fratrie soit présente car, dit-il, ses soucis ne les regardent pas.

Bien que théoriquement réticents à recevoir les familles dans les configurations d'amputations familiales, nous sommes tous d'accord pour dire qu'il est intéressant de les recevoir tout de même, tellement ces particularités sont porteuses d'informations utiles. Nous comprendrons au cours de la séance que "ça ne les regarde pas" signifie "ils n'étaient pas nés".

Julien est un jeune homme de 23 ans dont on signale le comportement violent, auto-destructeur, déséquilibré et incompréhensible à tel point que sa mère s'était posée

**Z. Jeremic\***

*\* Psychologue clinicienne, thérapeute familiale,  
Centre Monceau (Paris, 9<sup>e</sup>).  
39, rue Victor Hugo, 92240 Malakoff.*

# La mort qui plane

la question de la schizophrénie. Il peut être tellement violent qu'il en devient méconnaissable comme s'il avait une "double personnalité".

Dès la première séance, nous sommes en présence d'un jeune homme attachant, hypersensible, agréable, mais néanmoins sous tension, comme survolté et toutefois très présent. Il nous donne l'impression de quelqu'un qui affiche bon nombre de capacités, responsable et volontaire, mais aussi croulant sous le poids de ses responsabilités, comme si elles étaient trop lourdes pour ses épaules.

Nous apprenons rapidement que sa vie a été suspendue à un fil pendant seize ans, suite à une malformation cardiaque qui a nécessité une intervention chirurgicale dès sa naissance, mais dont le pronostic définitif n'est intervenu qu'au-delà de sa seizième année. Il est donc définitivement guéri depuis sept ans, à peu près l'âge où l'on situe le début de ces troubles. Dans un premier temps, toute l'histoire

semble connue de tout le monde : les parents relatent les événements et Julien pose quelques questions assez banales sur tel ou tel point de détail. La relation entre lui et sa mère est respectueuse, mais tendue, prête à exploser, le père restant plus silencieux et néanmoins solidaire de sa femme. En tout cas, nous ne percevons pas la violence dont parlait la mère lors de la prise de rendez-vous. L'évocation de son histoire l'émeut fortement alors que les parents gardent un certain détachement.

Nous décidons alors de nommer et de représenter en les reconnaissant les sentiments et les émotions parentales devant leur nouveau-né, menacé de mort et suspendu aux progrès de la médecine, alors qu'ils sont supposés, dans le cours ordinaire des choses de la vie, simplement être heureux de cette naissance désirée. Curieusement, notre soutien aux parents provoque une forte émotion chez Julien, qui pour rester fidèle à son image de

# Dossier

## La mort désignée



“grand dur”, quitte la séance afin que nous ne le voyions pas pleurer.

Tout aussi curieusement, les parents ne semblent pas affectés par ce soutien, insistant sur le fait qu'ils ont été pris dans le “feu de l'action”, sonnés par la prise en main médicale, se demandant ce qui leur arrivait, mais suivant le rythme. Ils décrivent en fait un phénomène de sidération où ce qui leur arrive se déroule malgré eux et, par un mouvement dissociatif, semble ne pas les concerner complètement. On aurait dit qu'ils nous rassuraient : en fait, nous comprenons à ce moment que notre soutien met en scène une souffrance à laquelle ils se sont soustraits à l'époque par le biais de la dissociation et c'est comme si cette même scène se rejouait et pour Julien qui très ému quitte la pièce et pour les parents qui nous rassurent alors que c'est d'eux dont il s'agit.

Cette discordance émotionnelle fut très instructive pour nous car il nous a alors été possible de nous représenter ce bébé et son état émotionnel face à ses parents “sonnés” et donc comme absents pour l'accueillir. Quelles émotions devait-il expérimenter alors ? De quel étayage disposait-il pour donner un sens à ces émotions ?

Notre impression d'un jeune homme croulant sous les responsabilités prenait alors tout son sens. Nous nommons notre sentiment et nos questions en proposant par là même un soutien et une représentation pour les sentiments et émotions de Julien, ce qui a pour effet de provoquer à nouveau comme une mini-sidération chez les parents qui nous donnent le sentiment de regarder leur fils comme s'ils le découvraient. Nous étions très loin des craintes de schizophrénie de la mère.

Néanmoins, cette crainte de schizophrénie de son fils n'est pas sans intérêt clinique car elle dit quelque chose du vécu du fils en référence à ce passé angoissant. Probablement que dans cette crainte nous retrouvons une identification discrète de la mère à son fils. Nous prendrons justement cette crainte de la mère pour un élément résilient dans l'évolution des relations intra-familiales.

### Suis-je déjà mort ?

La famille de Sébastien vient consulter parce qu'il a des difficultés scolaires. Les parents se demandent si ses difficultés sont liées aux conflits familiaux ou bien à ses difficultés propres, peut-être même à une légère déficience. Un conflit entre les parents est au premier plan et porte essen-

tiellement sur l'éducation des enfants. En fait, Madame reproche à Monsieur d'être trop sévère, parfois violent, Monsieur reproche à sa femme de céder trop facilement et de le disqualifier devant les enfants. Rien de plus banal.

Relatant l'histoire familiale, les parents nous informent que Sébastien a frôlé la mort car à l'âge de deux ans il a eu une leucémie dont il a été guéri.

Toutefois, cette guérison n'a pas été appréhendée de la même façon par les deux parents car elle a été progressive, avec des paliers, ce qui a introduit un premier décalage entre les parents. En fait, dès le premier traitement et les premiers pronostics positifs, Monsieur a considéré son fils guéri alors que Madame n'a pas pu s'y résoudre avant la déclaration formelle des médecins annonçant cette guérison qui n'a eu lieu que quatre ans plus tard.

Pendant les deux années d'incertitude, les deux parents sont très proches, complémentaires et se soutiennent mutuellement. Tous les deux en parlent comme d'un moment d'entente parfaite. Les années qui ont suivi sont pénibles dans la mesure où les conflits sont fréquents et Madame a même envisagé de quitter le domicile avec les enfants.

Sébastien est un garçon de 11 ans discret et très triste. Il pleure beaucoup tout en faisant d'énormes efforts pour s'en empêcher. Nous avons le sentiment qu'il est terriblement seul. Le conflit entre les parents fait écran à la dépression de Sébastien. Il ressemble à un enfant que l'on a oublié sur le bord de l'autoroute après un arrêt pipi.

Que se passe-t-il dans sa tête d'enfant de quatre ans lorsque le danger de mort s'éloigne pour la première fois et que le soulagement chez ses parents et essentiellement son père laisse la place aux conflits parentaux ? Où en est-il de son propre cheminement ? Quel étayage trouve-t-il pour se construire et sortir de l'effondrement qui a dû se produire en lui lorsqu'il a vu dans les yeux de ses parents l'angoisse de sa propre mort ?

Lorsque nous nous adressons à Sébastien directement, les parents arrêtent leurs échanges hostiles mais nous sentons bien que, dès que nous aurons cessé de nous adresser à lui, ils vont reprendre là où ils se sont arrêtés.

Ce sont des parents aimants, faisant de leur mieux pour leurs enfants mais on dirait que le conflit qui les anime, même s'il porte

sur leur qualité d'éducateurs, les rend absents à leur fils, peut-être de la même façon dont la lutte pour sauver leur enfant a pu les rendre absents à son vécu. Que vivait-il pendant que ses parents luttaien-

### Mais que nous arrive-t-il ?

Ces vignettes cliniques illustrent : l'effondrement, la rupture dans l'étayage, puis la tentative de se construire malgré tout. Le moment de l'annonce de la maladie et celui de la guérison sont les deux pôles de ce processus tumultueux de perte de contact avec l'autre dans lequel chacun fait ce qu'il peut pour se maintenir debout.

L'angoisse et le soulagement semblent soumis au même phénomène de rupture dans le lien où l'état émotionnel des uns est discordant avec l'état émotionnel des autres.

L'enfant vit une sorte de “dérobade” : le point d'appui à partir duquel il se constitue lui échappe et il doit impérativement le trouver à l'intérieur de lui, à toute vitesse pour parer à l'effondrement. Les parents de même. Probablement rappelés par leurs vécus respectifs et happés par l'angoisse, ils sont ailleurs : le plancher de la chambre de l'enfant s'effondre.

Cette perte de contact, Mathilde adulte la décrit en se souvenant qu'à l'âge de sept ans elle est allée rendre visite à sa mère à l'hôpital après la naissance d'une petite sœur morte dès le lendemain et qu'elle a vu sur le visage de sa mère “qu'elle n'était pas là”, et que “derrière les yeux, il n'y avait personne, le vide”. Elle a été terriblement effrayée par cette vision. La peur éprouvée lui a interdit pendant vingt ans d'évoquer cette expérience. Elles sont restées toutes les deux de part et d'autre de cet écart énorme créé par la différence de leur vécu respectif. Que ne fait-on pas pour éviter la souffrance !

### Savez-vous remailer les bas filés ?

Revenons sur Julien et Sébastien et la façon dont chaque famille et chaque enfant appréhende la situation.

J'ai dit plus haut que la crainte de la mère de Julien qu'il soit schizophrène était le signe d'une identification discrète de cette mère à son fils. En effet, je crois que cette

crainte équivaut à une représentation qu'elle a, sans en avoir forcément conscience, du vécu de son fils, comme si elle disait : *"Ce qu'il a vécu a été tellement difficile qu'il pourrait en devenir fou."* Il me semble que si nous considérons la folie comme une façon d'échapper à une expérience terrifiante, alors cette mère nous signifie qu'elle est relativement proche de ce qu'a pu vivre son fils malgré la sidération et la dissociation. Probablement que cette proximité va permettre au lien de se restaurer. Il s'agit bien sûr de la partie du lien qui a subi la rupture.

La situation semble différente pour Sébastien car le conflit parental perpétue la rupture et Sébastien n'a pas d'autre possibilité pour le moment que de rester dans la dépression car c'est un garçon doux et discret ; il n'est pas question pour lui de se mettre à être violent ou bien provocant. En fait, un décalage existe entre l'expérience de l'enfant et celle des adultes. Alors que pour les adultes la réalité est celle que décrivent les médecins, pour l'enfant elle est celle que les adultes sont en mesure de lui laisser appréhender. C'est ainsi que

le moment du soulagement pour les parents signifie la fin d'un cauchemar alors que pour l'enfant, c'en est un autre qui commence : comment comprend-il ce revirement dans les yeux des adultes, cette légèreté soudaine, cette inquiétude qui disparaît ?

Ce décalage est une autre rupture du lien qu'il va devoir combler comme il peut car les parents sont emportés par des émotions nouvelles auxquelles il n'a pas encore accès et dont il ne peut pas appréhender le sens. Il ne lui sera accessible que grâce à la capacité des parents à s'identifier à leur enfant. Par ce mouvement identificatoire, ils donneront un étayage pour que le vécu de l'enfant prenne un sens.

Le contexte thérapeutique doit permettre de donner du sens à ce qui se vit actuellement en référence avec l'histoire passée, mais surtout à proposer un étayage à ces différents éprouvés afin que d'autres voies se dégagent. Il convient de créer des passerelles au-dessus des crevasses afin que l'espace entre les deux flancs soit un espace habitable.

Reconnaître et proposer une représentation de ces moments de rupture constitue — je crois — l'essentiel de l'acte thérapeutique à partir duquel les uns et les autres vont pouvoir tisser la partie rompue de leur lien en y introduisant les éléments de l'expérience émotionnelle de chacun. Comme on reprend contact après de longues années de séparation avec un ami cher : lentement, en se racontant la vie depuis le moment où l'on s'est quitté.

## Bibliographie

- Brun D. *L'enfant donné pour mort*. Eshel, Paris, 2001.
- Stern D. *Le monde interpersonnel du nourrisson*. PUF, Paris, 1989.
- Winnicott D.W. *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Gallimard, Paris, 2000.



# Frères et sœurs d'enfants atteints de cancer :

effroi et destructivité

Le présent article a pour objet de rendre compte des résultats théoriques et cliniques obtenus après trois années de suivi thérapeutique des conséquences psychiques de l'effraction du cancer sur les frères et sœurs sains de l'enfant malade. avoir resitué ce travail dans l'histoire de l'intervention des psychologues cliniciens et des psychanalystes au sein des services d'oncologie pédiatrique, trois hypothèses théorico-cliniques sont décrites : l'attaque de la faculté de refoulement, la réalisation des vœux de mort inconscients et la présence des affects d'effroi et de destructivité. Ces trois hypothèses constituent trois étapes du processus de réflexion et de recherche autour de la question clinique complexe que dévoile une approche psychanalytique de la souffrance psychique des frères et sœurs d'enfants atteints de cancer.

### Filiations

**A**u début des années soixante, les cancers de l'enfant n'étaient pas ou mal soignés. C'est le moment que choisirent les pionniers de l'oncologie pédiatrique pour mettre en place des services spécialisés dans la lutte contre ces cancers. En France, Odile Schweisguth créa au sein de l'Institut Gustave Roussy le premier service d'oncologie pédiatrique. Elle le fit en s'entourant de

jeunes médecins talentueux parmi lesquels Jean-Michel Zücker qui allait par la suite ouvrir le service d'oncologie pédiatrique de l'Institut Curie à Paris. Les résultats ne se firent pas attendre : en trente ans, environ 75 % des cancers infantiles sont devenus accessibles aux traitements et, au moment de la rédaction de cet article, les progrès en matière de personnalisation des traitements en fonction de critères génétiques sont remarquables.

Simultanément à cette frappante amélioration de la prise en charge des cancers de l'enfant, une autre scène se déployait. En effet, les médecins, sensibilisés par les nombreux travaux dont ceux de Françoise Dolto, montrant l'importance des liens délicats et complexes qui se nouent au sein des familles entre parents et enfants, se sont très vite avisés de la nécessité d'ouvrir les portes des

services d'oncologie pédiatrique aux familles. C'est ainsi que sont apparues des "maisons des parents" proches des lieux de soins et qu'il est aujourd'hui fréquent de voir des mères partager la chambre de leur enfant pendant la phase intensive des traitements. Le succès incontestable de "l'opération pièces jaunes" permet de prendre la pleine mesure de l'importance politique et sociale que revêt aujourd'hui la prise en compte de ce que l'on pourrait appeler les "besoins psychologiques" des enfants hospitalisés et de leurs familles. Cette importance accordée à la dimension psychologique de l'hospitalisation des enfants a rapidement conduit les chefs de services à s'entourer de psychologues cliniciens et de psychanalystes. La philosophie dominante était, et dans une large mesure demeure, de tout faire pour que les circonstances qui entourent l'hospitali-

**D. Milman\***

\* Psychologue clinicien, psychothérapeute d'enfants, 39, rue de l'Université, 75007 Paris.  
Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Groupe Hospitalier de la Pitié-Salpêtrière, Paris.  
Service d'Oncologie pédiatrique, Institut Curie, Paris.

sation de l'enfant atteint de cancer restent aussi proches de la normale que possible. C'est ainsi que l'on a vu l'école entrer à l'hôpital au nom du souhait d'éviter que les enfants en cours de traitement ne prennent du retard dans leurs études. Les loisirs ont aussi fait une apparition remarquée avec, par exemple, l'organisation de projections des films les plus récents et aujourd'hui il n'est pas rare de voir des enfants dans leur chambre correspondre avec leurs amis par le biais d'Internet. De même, à la lumière des différentes théories "psy", il est apparu indispensable de favoriser la présence à l'hôpital des frères et sœurs d'enfants en cours de traitement afin de tenter non seulement de préserver les liens familiaux mais aussi, objectif autrement ambitieux, d'encourager la famille et donc les fratries à s'approprier l'hôpital pour en faire un "lieu de vie". Dès lors, la mission de l'hôpital avait changé car imperceptiblement d'un lieu de soins nous étions passés à un lieu investi de responsabilités ayant trait à la scolarisation, les loisirs et la préservation des liens familiaux. Répétons-le : l'objectif avoué était de tenter de donner à une situation de crise un caractère de normalité. Cependant, en dépit de tous ces efforts et des moyens alloués à cet objectif, un certain nombre de comportements inattendus retinrent l'attention des observateurs. C'est pourquoi très vite les chefs de service ont jugé nécessaire de s'adjoindre les services de psychologues cliniciens et de psychanalystes. L'une des pionnières fut Danielle Brun qui pendant dix ans travailla en tant que psychanalyste à l'Institut Gustave Roussy aux côtés d'Odile Schweisguth. Les travaux de recherche qu'elle effectua alors débouchèrent sur un ouvrage intitulé *L'enfant donné pour mort* (1) dont l'apport décisif est la description et l'analyse de certains de ces comportements inattendus dont la causalité s'éclairait grâce à un recours systématique et approfondi à l'œuvre de Sigmund Freud. C'est ainsi, entre autres, que fut repéré le fait que, loin de conduire au soulagement tant espéré, la nouvelle de la guérison entraîne souvent, au sein des familles, l'éclosion de souffrances psychiques importantes. Cette diachronie entre souffrance psychique et guérison rendait indispensable la prise en compte de l'existence d'un écart entre vécu subjectif et vécu objectif, mais aussi de la spécificité de la parole de l'enfant ou de l'impact psychologique de facteurs supposés distants comme la nature des rapports conscients et inconscients des parents de l'enfant malade avec leurs propres parents. C'est au sein de cette vaste problématique que s'inscrit le sujet de cet article : la souffrance des frères et sœurs d'enfants atteints de cancer.

Nous l'avons dit, dans le cadre de l'objectif de reconstitution de la "normalité" à l'hôpital, les différents services s'étaient depuis longtemps efforcés d'encourager la présence des frères et sœurs aux côtés des enfants en cours de traitement. Ces efforts étaient justifiés par des travaux anglo-saxons qui, au cours des années quatre-vingt, ont démontré que les frères et sœurs d'enfants atteints de cancer représentaient, du point de vue psychologique, une population à risques (2). D'autres travaux avaient démontré l'importance de donner aux frères et sœurs la possibilité de suivre l'évolution de la maladie de l'enfant en cours de traitement. Deux axes fondaient donc l'approche des difficultés rencontrées par les frères et sœurs d'enfants atteints de cancer : d'une part, la prise de conscience de l'impact psychique de la maladie non seulement pour l'enfant malade mais aussi pour sa fratrie et, d'autre part, la nécessité d'informer ces frères et sœurs de l'évolution de la maladie ainsi que des conséquences des traitements. Et pourtant, en dépit de ces efforts et de cette compréhension, en dépit de l'accueil chaleureux au sein des services, en dépit de la prise de conscience par les parents de la souffrance et de la jalousie que peuvent éprouver les frères et sœurs d'enfants atteints de cancer, quelque chose de têtue et d'incompréhensible dans le comportement de ces frères et sœurs résistait. C'est dans ces circonstances qu'il y a trois ans, alerté par cet état de fait et inquiet des conséquences que cette souffrance mystérieuse des frères et sœurs pouvaient avoir sur l'enfant malade lui-même, le Pr Jean-Michel Zücker, chef du service d'Onco-génétique pédiatrique de l'Institut Curie, a décidé de la mise en place d'une réponse thérapeutique. L'objet de cet article est de tenter de rendre compte des résultats de ces trois années de travail en nous concentrant sur l'évolution de notre compréhension de la souffrance psychique des frères et sœurs d'enfants atteints de cancer plutôt que sur notre méthodologie qu'il serait trop long d'exposer ici.

### L'attaque de la faculté de refoulement (3)

Il ne nous aura guère fallu attendre plus de quelques mois pour nous trouver en présence du premier élément clinique qui allait nous mettre sur la piste d'une meilleure compréhension des conséquences psychiques de l'effraction du cancer au sein de la fratrie. En effet, très vite, nous avons été frappés par l'omniprésence et le caractère paradoxal de l'affect de jalousie. De prime abord, la présence de la jalousie ressentie par les frères et

sœurs des enfants en cours de traitement semblait parfaitement explicable par l'attention nouvelle dont bénéficiait l'enfant malade. Mais, il nous a fallu réviser notre compréhension hâtive lorsque nous nous sommes rendus compte que cette jalousie était parfaitement indépendante de la qualité de l'attention dont les frères et sœurs que nous rencontrions faisaient l'objet. En effet, nous ne pouvions pas ne pas remarquer que si certains parents se laissent parfois absorber, et c'est bien compréhensible, par le souci qu'ils éprouvent pour leur enfant malade, d'autres, et en particulier certaines mères, font montre d'une incroyable capacité à prendre en compte aussi bien les souffrances de l'enfant malade que celles des frères et sœurs. Et pourtant, les frères et sœurs d'enfants atteints de cancer font régulièrement état de sentiments de jalousie, même dans les cas où les parents s'occupent bien d'eux. Comprendre cet état de fait était pour nous extrêmement important car parvenir à décrire un mécanisme psychique qui puisse rendre compte de ce que nous observions conduisait à désenclaver les parents de l'emprise d'un discours trop souvent accusateur qui argue des troubles psychiques manifestés par les frères et sœurs d'enfants malades pour alimenter des accusations de négligence. En effet, trop souvent, un certain discours "psy", inspiré par une lecture superficielle de textes complexes, aboutit à une mise en accusation des parents, lesquels restent le plus fréquemment les mieux placés pour comprendre et aider leurs enfants. Mais, revenons à notre observation clinique en vertu de laquelle l'affect de jalousie est présent chez les frères et sœurs indépendamment de la qualité de la réponse parentale. Dès 1922, Sigmund Freud avait repéré le caractère paradoxal de la jalousie et il écrivait : *"Même si nous l'appelons normale, (la) jalousie n'est pas pour autant rationnelle, c'est-à-dire issue de relations actuelles, proportionnée aux circonstances réelles et dominée sans réserve par le moi conscient, car elle s'enracine profondément dans l'inconscient, perpétue les toutes premières motions de l'affectivité infantile et remonte au complexe d'Œdipe ou au complexe fraternel de la toute première époque"* (4). En d'autres termes, ce que les frères et sœurs d'enfants atteints de cancer nous donnent à voir est un redéploiement de la scène psychique infantile, c'est-à-dire de la toute petite enfance au cours de laquelle, pour reprendre les termes de Freud en 1933 : *"Les revendications d'amour de l'enfant sont démesurées, exigent l'exclusivité, ne tolèrent aucun partage"* (5). Du point de vue des frères et sœurs de l'enfant malade, tout se passe donc comme si l'irruption du cancer avait conduit à la réani-

# Dossier

## La mort désignée



mation d'un affect issu de la petite enfance. Nous pouvions donc poser que la maladie entraîne chez ces frères et sœurs une attaque de la faculté de refoulement de motions inconscientes infantiles. En cela, nous rejoignons les conclusions de Danielle Brun qui avait, de son côté, proposé l'existence d'une double régression temporelle et topique déclenchée chez les frères et sœurs par l'effraction que constitue le cancer (1). Au-delà des termes techniques, le fait clinique que représente le retour sur la scène psychique d'un affect jusqu'alors refoulé devait retenir notre attention car l'implication était que le cancer au sein de la fratrie entraîne chez les enfants sains une attaque de l'un des produits les plus précieux du développement : le refoulement. Cette hypothèse était également très importante pour nous car elle nous permettait de mieux comprendre une seconde observation clinique. Notre travail avec les frères et sœurs nous avait en effet conduit à observer que, très vite, le contenu du discours de ces frères et sœurs s'éloignait des circonstances qui les avaient amené à se trouver en notre présence. En d'autres termes, la maladie n'était que très peu présente dans ce qui nous était dit. Par contre, nous nous trouvions en présence de fantasmes assez crus ayant trait à la représentation de règlements de comptes entre frères et sœurs ou à la curiosité déclenchée par les activités des parents dans leur chambre. De même, il nous était fait état de rêves de disparition du père ou de tendres baisers de la mère, mais aussi des cauchemars de coupures et autres mutilations ayant trait à la menace de castration. Certes, il aurait été possible, en forçant un peu le trait, de rabattre l'ensemble de ces fantasmes sur les conséquences psychiques de l'irruption du cancer. Mais, paradoxalement, ce qui nous a frappé était plutôt le caractère apparemment "normal" de ces contenus idéiques typiques du complexe d'Œdipe. Une chose avait toutefois retenu notre attention : l'impression que ces fantasmes affleuraient la conscience des frères et sœurs. Tout se passait donc comme si la maladie était un facteur déclenchant de l'irruption de ces fantasmes et non l'origine de leur contenu. Nous pouvions donc retenir notre première hypothèse en vertu de laquelle l'irruption du cancer entraîne chez les frères et sœurs de l'enfant malade une attaque de la faculté de refoulement. L'étape suivante consistait alors à tenter de déterminer le mécanisme psychique qui pouvait conduire à une telle attaque.

En d'autres termes, le problème auquel nous étions confrontés était de comprendre le lien qu'il pouvait y avoir entre la situation réelle — ici le cancer — et l'attaque de la capacité de refoulement. Le premier élément qui

contribua à nous mettre sur la piste d'une explication fut, comme c'est souvent le cas en recherche, le fruit d'une coïncidence. Au cours d'un entretien clinique, un petit garçon âgé de huit ans, dont la sœur cadette était hospitalisée pour un rétinoblastome, m'avait fait part d'un fantasme très imagé et évocateur où son père le quittait à l'entrée d'un bâtiment étrange à l'intérieur duquel se trouvait une vaste bibliothèque défendue par une sorte d'amazone à la fois attirante et menaçante. La séance terminée et le petit garçon parti, je pensais à ce rêve éveillé au contenu classiquement œdipien et décidais pour me changer les idées de faire quelques pas. Je quittais donc le bureau des psychologues et me mis à arpenter les couloirs du service. Au bout de quelques minutes passées à déambuler ainsi dans le service, je remarquais qu'en dehors des membres de l'équipe soignante, je ne voyais que des enfants et leurs mères. Tout comme dans le rêve du petit garçon, les pères étaient absents. Je me rendis alors compte de l'étrange proximité qu'il y avait entre un fantasme à contenu œdipien et la réalité qui entoure l'hospitalisation d'un enfant. Rappelons les termes dans lesquels le 15 octobre 1897, pour la première fois, Freud faisait référence au texte de Sophocle, *Œdipe roi*. Il s'agit d'une lettre adressée à son ami Wilhelm Fliess auquel il fait régulièrement part des découvertes qui résultent de son auto-analyse. Il écrit : "*J'ai trouvé en moi, comme partout ailleurs, des sentiments d'amour envers ma mère et de jalousie envers mon père, sentiments qui sont, je pense, communs à tous les jeunes enfants...*" (6). Ainsi, tout se passait comme si l'irruption du cancer avait cette conséquence inattendue de réaliser un vœu inconscient : éliminer les pères qui, en dépit de la maladie de l'enfant, sont bien obligés de retourner au travail pour assurer la subsistance de leur famille. De plus, l'image de toute-puissance protectrice qui émane du père est sévèrement attaquée par le cancer contre lequel, dans la réalité, il ne peut rien.

### La réalisation des vœux de mort inconscients

Avant de poursuivre, reprenons les éléments que nous avons en notre possession. Nous avons donc constaté une rupture au moins partielle de la capacité de refoulement, la prégnance de la jalousie infantile inaccessible à la réalité du comportement parental et, enfin, l'étrange parallèle entre la situation telle

qu'elle se déploie à l'hôpital et certains contenus fantasmatiques œdipiens. L'étape supplémentaire qu'il nous faut maintenant franchir implique la prise en compte du contenu normal des relations au sein de la fratrie. En la matière, tout commence mal puisque, à suivre le texte biblique, la première fratrie, c'est-à-dire celle dont nous descendons tous, s'inaugure par un meurtre au motif obscur. De notre point de vue, le geste de Caïn est éclairé par la définition freudienne de la jalousie qui, soulignons-le à nouveau, insiste sur le caractère irrationnel de cet affect. Dès lors, la description que Freud fait en 1933 de l'état d'esprit de l'enfant confronté à la naissance d'un frère ou d'une sœur ne peut nous étonner : "*Il se sent détrôné, spolié, lésé dans ses droits, il voue une haine jalouse au petit frère ou à la petite sœur et développe contre la mère infidèle une animosité qui s'exprime souvent par une modification désagréable de son comportement.*" (5). Comment ne pas être frappé par la ressemblance entre cette description et le comportement des frères et sœurs d'enfants atteints de cancer ? Tout se passerait donc comme si l'irruption du cancer faisait régresser les frères et sœurs à la période de la naissance d'un cadet, époque qui est caractérisée par la présence d'affects puissants de haine et de souhaits d'éviction du rival dont la présence même signe l'incapacité du petit Œdipe à parvenir à ses fins. Dès 1900, lors de la rédaction de *L'interprétation des rêves*, Freud avait relevé l'existence de rêves typiques, c'est-à-dire de rêves que l'on retrouve pratiquement dans toutes les analyses. Parmi ces rêves typiques, il y a, toujours selon Freud, les rêves de la mort de personnes chères. Dans ces rêves, "*... nous voyons des membres de notre famille que nous aimons, nos parents, nos frères, nos enfants morts*" (7). Et Freud d'interpréter que, lorsque ces rêves sont accompagnés d'affects douloureux pendant le sommeil ou au réveil, ils "*... ont le sens de leur contenu, ils trahissent le souhait de voir mourir la personne dont il est question*" (7). Conscient du caractère choquant de ce qu'il écrivait, Freud précise qu'il s'agit là de vœux de mort qui trouvent leur origine dans l'enfance et "*...auxquels nous ne pourrions attribuer une sorte de survivance que par ce qu'ils réapparaîtront dans le rêve*" (7). Mais, Freud sait bien que renvoyer de telles motions assassines à l'enfance ne calmera pas ses détracteurs ; il lui faut donc leur rafraîchir la mémoire en ce qui concerne la réalité de l'expérience de l'enfance en général et au sein des fratries en particulier. Il écrit : "*Rappelons-nous d'abord ce que sont les relations*

entre frères et sœurs. Je ne sais pas pourquoi nous admettons d'avance qu'elles doivent être affectueuses ; nous connaissons tous des frères ennemis et nous avons souvent constaté que l'inimitié était apparue dans l'enfance ou durait depuis toujours. Mais bien des adultes, qui aujourd'hui aiment tendrement leurs frères et sœurs, ont vécu dans leur enfance sur un pied de guerre continu. Le plus âgé a maltraité le plus jeune, l'a calomnié, lui a pris ses jouets. Le plus jeune, rempli d'une rage impuissante, a envié et redouté son aîné ; son besoin de liberté, son sentiment du droit s'insurgeait contre son oppresseur." Et Freud de poursuivre : "L'enfant est absolument égoïste, il sent intensément ses besoins et lutte sans ménagement pour les satisfaire, il lutte en particulier contre ses concurrents, les autres enfants et tout spécialement contre ses frères et sœurs." (7). De tout ceci, il ressort qu'il importe peu de savoir si, au sein de la fratrie, l'enfant sain est l'aîné ou le puîné car en tout état de cause il aura, au cours de son enfance, éprouvé des souhaits de mort envers son frère ou sa sœur, souhaits de mort qui trouvent leur origine dans un profond désir d'exclusivité dans le rapport à la mère. Dès lors, du point de vue de l'inconscient, l'irruption du cancer a pour les frères et sœurs sains l'apparence terrifiante de la réalisation d'un vœu inconscient. Tout, pour les frères et sœurs sains, se passe comme si, contrairement au lot du commun des mortels, leurs rêves de mort de personnes chères devenaient réels. Il nous faut ici faire l'effort de prendre la mesure de la catastrophe psychique qu'une telle conviction peut avoir. Tentons, l'espace d'un moment, de nous mettre à la place de ces frères et sœurs. Que peuvent-ils dire de ce qu'ils éprouvent puisque le faire reviendrait à en passer par l'aveu du souhait d'éviction de l'enfant aujourd'hui malade ? De plus, l'ensemble de ces motions sont inconscientes et donc indescriptibles par ceux qui les éprouvent. Dès lors, nous ne pouvons plus nous étonner de constater l'existence de nombreux symptômes dont la présence atteste de la violence du choc psychique indicible que constitue pour les frères et sœurs sains l'irruption du cancer au sein de la fratrie. C'est d'ailleurs l'examen attentif de ces symptômes qui nous a permis de franchir l'étape la plus récente dans notre travail de compréhension de la souffrance psychique de ces frères et sœurs.

## Effroi et destructivité

À nouveau, reprenons les éléments dont nous disposons. Tout, selon nous, se passait donc comme si, du point de vue des frères et

sœurs sains, l'irruption du cancer de l'enfant malade, la soudaine attention dont il fait alors l'objet, l'apparente disparition du père de la scène où se déploient les soins ainsi que son impuissance à combattre la maladie, constituaient autant d'éléments qui concourent à ressusciter une autre scène, refoulée celle-là, ayant trait au complexe d'Œdipe. L'enfant malade, en tant qu'il devient le bénéficiaire des soins et le centre de l'attention, suscite le retour de motions infantiles profondément refoulées et qui ont pour contenu des vœux de mort envers le rival. La simple présence, pré-consciente probablement, de ces vœux de mort au moment où, dans la réalité, le frère ou la sœur malade est en grand danger a pour conséquence de donner aux frères et sœurs sains l'impression que la maladie elle-même pourrait être l'incarnation dans la réalité de ces mêmes vœux de mort. Il s'agit là d'une catastrophe psychique de grande ampleur puisque, comme nous l'avons repéré, elle conduit à une attaque de la faculté de refoulement elle-même. Il est d'ailleurs probable que l'attaque de la faculté de refoulement est due à cette apparente confusion entre fantasme et réalité. Tel était donc le point où nous en étions lorsqu'il nous est apparu utile de nous concentrer sur la symptomatologie des frères et sœurs d'enfants atteints de cancer. C'est ainsi que nous avons repéré un nombre important de symptômes comme : le recours à l'agir, l'inhibition de la pensée, l'énurésie secondaire, la phobie scolaire, la fuite dans la séduction, l'échec de la fonction onirique, le repli psychique, la dépression, voire l'effondrement. Au moment d'aborder cette symptomatologie et à la lumière des premiers éléments dont nous disposons, nous nous attendions à retrouver à l'origine de la constitution de ces symptômes les affects constitutifs classiques du complexe œdipien, c'est-à-dire la haine du rival et la culpabilité conséquente à la quête de la jouissance inconsciente. Tel n'a pas été le cas et c'est ce qui nous a conduit à envisager l'existence d'un syndrome spécifique aux frères et sœurs d'enfants atteints de cancer. En guise d'illustration, concentrons-nous sur deux vignettes cliniques qui, parmi d'autres, ont contribué à nous orienter vers la définition de ce syndrome spécifique. La première vignette a trait au recours à l'agir et au sadisme. Un garçon âgé de neuf ans, frère aîné d'un enfant de cinq ans atteint de neuroblastome, nous a un jour raconté avoir attrapé son petit frère malade, l'avoir traîné jusqu'à la fenêtre par laquelle, le tenant à bras le corps, il l'avait menacé de le jeter. Il s'agit là évidemment d'une scène extrêmement impressionnante mais qu'il nous fallait néanmoins tenter d'analyser tant elle est caractéristique du recours à l'agir en tant que

son objectif inconscient est l'éviction du rival. D'ailleurs, Freud avait lui-même repéré une situation comparable. L'analyse qu'il en fait nous a semblé, à première vue susceptible, de nous éclairer. Il s'agit d'un texte rédigé en 1917 où Freud se penche sur un fragment de l'autobiographie de Goethe. Dans ce texte, Goethe raconte qu'enfant il s'était un jour laissé aller à jeter par la fenêtre une quantité invraisemblable de vaisselle : "Je m'enfuis donc à la cuisine pour y prendre des assiettes de faïence, qui donnèrent en se brisant un spectacle encore plus drôle ; j'allais et venais ainsi en courant, apportant une assiette après l'autre, dans l'ordre où je pouvais saisir chaque pièce sur l'égouttoir [...], je précipitai ainsi tout ce que je pus transporter dans la même ruine." (8). Or, Freud rapporte qu'à l'âge de dix ans, le petit Goethe perdit son frère cadet âgé de six ans. Sa réaction alors fut si étrange qu'elle frappa sa mère. En effet, Johann Wolfgang ne versa pas une larme et manifesta de l'agacement devant les larmes de ses parents et de ses frères et sœurs. Freud met cette réaction en relation avec le fait probable que l'épisode de l'éjection de la vaisselle par la fenêtre coïncidait avec la date de la naissance de ce petit frère. Freud en conclut que "l'éjection de la vaisselle par la fenêtre est un acte symbolique, ou disons plus correctement : magique par lequel l'enfant exprime vigoureusement son vœu d'éliminer l'intrus gênant." (8). Et il appuie sa démonstration sur l'absence de peine de l'aîné à la mort du cadet. Pouvions-nous alors nous inspirer de l'analyse de Freud pour comprendre le geste du petit garçon qui nous raconte avoir presque jeté par la fenêtre son cadet malade ? Certes, il y a de fortes ressemblances entre les deux situations, mais deux éléments discordants attireraient notre attention. Premièrement, l'affect qui se dégageait de l'histoire que le petit garçon nous racontait était très différent de celui qui émanait de la scène décrite par Freud. En effet, le petit Goethe fait preuve au cours de l'expédition punitive qu'il mène contre la vaisselle de sa mère d'une véritable jubilation. Notre petit garçon, au contraire, nous racontait son histoire sur un ton désaffecté et dépressif. Deuxièmement, le petit Goethe, en se saisissant d'assiettes pour représenter son petit frère, fait montre d'une capacité de symbolisation de bon aloi alors que notre petit garçon, lui, se saisit réellement de son frère malade, et ce, en dépit d'une intelligence vive qui ne nous permettait pas un seul instant de douter de sa faculté de symbolisation. Ainsi, deux différences capitales venaient s'interposer entre la situation d'un frère d'enfant malade et celle d'un frère aîné confronté à l'arrivée indésirable d'un rival au sein de la famille. Au lieu d'avoir en face de

# Dossier

## La mort désignée



nous, comme nous pouvions nous y attendre, des affects de haine et de culpabilité liés à une jouissance inconsciente mais symbolisée, nous étions en présence d'un affect de dépression lié à une incapacité à symboliser. Il nous a semblé que le concept permettant le mieux de rendre compte de cette configuration psychique est celui de la destructivité telle qu'André Green l'a décrite (9). Selon Green, la destructivité a pour objectif la manifestation de l'omnipotence ; elle vise le désinvestissement du lien à l'objet tout en lui faisant sentir qu'il n'existe pas. Contrairement à l'agressivité, l'objectif poursuivi n'est pas la jouissance obtenue à raison de la domination de l'objet, mais plutôt l'affirmation d'une indépendance à l'égard de l'objet. Cette conduite entraîne souvent des états dépressifs dans la mesure où elle conduit à l'attaque inconsciente de la faculté d'investissement elle-même. Le recours à la destructivité signe le besoin éprouvé par le sujet d'affirmer son indépendance tant le lien à l'objet et, pour tout dire l'objet lui-même, sont devenus insupportables. En ce qui concerne les frères et sœurs d'enfants atteints de cancer, le recours inconscient à la destructivité serait, selon nous, la conséquence de la souffrance psychique qu'occasionne la simple présence de l'enfant malade en tant qu'elle figure, rappelons-le, la réalisation insupportable d'un vœu de mort. La seconde vignette clinique a trait à un rêve que nous a raconté un garçon âgé de huit ans dont le petit frère âgé de cinq ans souffre d'une tumeur cérébrale. Dans son rêve, il voit son petit frère se transformer en squelette assoiffé de sang qui l'attaque et lui plante quelque chose dans les veines pour lui pomper tout son sang. Ce rêve est, selon nous, un "rêve de mort de personne chère" qui échoue. Rappelons que, selon Freud, les rêves qui représentent la mort d'un parent "... ont le sens de leur contenu, ils trahissent le souhait de voir mourir la personne dont il est question." Dans ce cas, le vœu de mort est représenté par l'apparition du frère malade sous la forme d'un squelette. Toutefois, le rêve échoue dans sa fonction d'accomplissement hallucinatoire d'un vœu inconscient dans la mesure où le petit frère n'est pas représenté comme mort, ce qui est la caractéristique du rêve de mort de personne chère, mais comme une sorte de "mort vivant" qui, revenu de l'au-delà, chercherait à entraîner le rêveur dans la mort en lui pompant tout son sang. Ainsi, ce rêve échoue dans sa fonction d'exutoire et met en scène le cauchemar d'une vengeance. La possibilité d'être ainsi entraîné dans la mort par le petit frère malade nous semble être le résultat d'une condensation entre, d'une part, le vœu de mort et donc d'éviction du cadet et, d'autre part, la crainte, fré-

quemment observée auprès des frères et sœurs d'enfants atteints de cancer, que la maladie ne soit contagieuse. Ici aussi, il serait possible de limiter l'interprétation à la constatation de l'existence d'un cauchemar bien compréhensible étant donné les circonstances. Pour notre part, nous voyons dans ce rêve un signe autrement plus alarmant. Car, à suivre Freud, les rêves de mort de personnes chères sont nécessaires à la psyché en tant qu'ils permettent à cette motion inconsciente — si fréquente qu'à certains égards il serait possible qu'elle soit constitutive de l'humain lui-même — de se frayer un chemin tolérable mais indispensable vers la conscience. Dès lors, le rêve du petit garçon au lieu de lui rendre accessible, par le biais de la culpabilité, son vœu inconscient lui en rend l'accès impensable car effrayant. À nos yeux, cet échec de la fonction onirique est, ici aussi, attribuable à la réalisation dans la réalité du vœu inconscient. Le fait que le petit frère malade soit effectivement en danger de mort rend irreprésentable la motion refoulée. Le Surmoi se retrouve donc investi d'une fonction punitive dévoyée dont la conséquence sera de faire régresser l'enfant de la culpabilité oedipienne à la frayeur associée à l'effondrement. Nous sommes donc en présence d'une attaque de la fonction même du fantasme et donc, ici aussi, de la faculté de symbolisation. Cette incapacité à représenter le fantasme dans le rêve signe l'avènement de la frayeur aux dépens de la peur. Notre travail sur la symptomatologie des frères et sœurs d'enfants atteints de cancer nous a donc conduit à proposer l'hypothèse qu'au-delà d'une simple attaque de la faculté de refoulement, il y aurait un affaiblissement des acquis oedipiens au bénéfice de la destructivité et de l'effroi. Une telle hypothèse entraîne une indispensable réflexion concernant d'éventuelles modifications de la technique thérapeutique de prise en charge des frères et sœurs d'enfants atteints de cancer. C'est ce sur quoi nos travaux présents portent.

### Conclusion : bref retour sur la question de la normalité à l'hôpital

Pour conclure, revenons sur l'objectif que les services d'oncologie pédiatrique s'étaient assignés et que, par extension, certains psychologues cliniciens ont fait leur. Faire de l'hôpital un "lieu de vie", traiter l'enfant malade et sa fratrie comme des enfants "normaux", faire entrer dans des lieux de soins des

clowns, des enseignants et des psychologues, revient à se dédier à une cause pour laquelle des comportements imprévus et "anarchiques" (\*), comme ceux des frères et sœurs d'enfants atteints de cancer, sont autant d'obstacles (10). De notre côté, nous tenons que la psychanalyse, dans les murs de l'hôpital ou ailleurs, a justement pour vocation de contribuer à fonder un espace au sein duquel ces comportements "anarchiques" peuvent se déployer afin d'être compris. La guérison est une autre question face à laquelle la seule position tenable par la psychanalyse est la modestie.

(\*) Je tiens à remercier Danièle Brun pour avoir, au cours du séminaire qu'elle anime à l'Université Paris-VII, proposé ce terme qui rend bien compte du caractère erratique de certains symptômes inattendus et têtus dont font montre les frères et sœurs d'enfants atteints de cancer.

### Références

1. Brun D. *L'enfant donné pour mort*. Georg, Paris, 2001.
2. Drotar D., Crawford P. *Psychological adaptations of siblings of chronically ill children : Research and practice implications*. Behavioral Pediatrics, 1985 ; 6 (6) : 355-62.
3. Osterweis M., Solomon F., Green M. *Bereavement : reactions, consequences and care*. Washington D. C, National Academic Press, 1984.
4. Freud S. (1922). "Sur quelques mécanismes névrotiques dans la jalousie, la paranoïa et l'homosexualité" in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1973.
5. Freud S. (1933). "La féminité" in *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*, Paris, Gallimard, 1984.
6. Freud S. (1897). "Lettre du 15 octobre 1897" in *La naissance de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1996.
7. Freud S. (1900). *L'interprétation des rêves*. Paris, PUF, 1967.
8. Freud S. (1917). "Un souvenir d'enfance de "Poésie et Vérité" in *L'inquiétante étrangeté*, Paris, Gallimard, 1985.
9. Green A. *Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine*. Paris, PUF, 2002.
10. Morisi J., Ulmo D. *Traitez-le comme un enfant normal*. Psychanalyse à l'université, sept. 1977 ; 2 (8) : 699-705.



# Pertes traumatiques dans la famille

## Deuil et aide à la résilience

Dans cet article, quelques précisions sont d'abord apportées sur la notion de deuil traumatique défini comme résultant d'une perte survenue dans des conditions catastrophiques, puis sur la notion de traumatisme familial.

Ensuite, quelques éléments sont également précisés autour de la notion de résilience dans sa dimension groupale.

Les interventions thérapeutiques qui peuvent être proposées s'appuient sur une modélisation empruntée à la théorie de l'attachement et dont on peut dégager trois axes :

- celui de l'éthique relationnelle qui sert de réflexion à la notion de "debriefing familial" ;
- celui de la protection qui permet au thérapeute de réfléchir à son utilisation comme base suppléante de sécurité pour une famille durement éprouvée ;
- celui de la mentalisation qui permet véritablement le travail de deuil dans ses implications à la fois individuelle et collective.

### Le deuil comme traumatisme

**L**e deuil est un événement naturel de l'existence auquel chacun d'entre nous est confronté à un moment ou à un autre. Il y a toujours dans ce cas un ébranlement profond de ce qui nous attache à l'autre, parfois d'une telle ampleur que les capacités de penser et d'élaborer la perte sont dépassées, soit que des zones de grande fragilité se trouvent brusquement révélées, soit que la perte appa-

raisse brutale, imprévue, violente, dramatique et prenne la personne par surprise. C'est le cas dans ce que nous pouvons nommer les deuils traumatiques par accident, par suicide, par assassinat, à la suite d'une catastrophe naturelle. On peut alors évoquer des deuils compliqués ou aggravés (1) car il s'y produit comme un redoublement traumatique, dans cette association entre la perte, qui est toujours en soi un choc, et la détresse liée à la situation catastrophique. La confrontation à la réalité de la mort est ici responsable d'une souffrance psychique qui ne trouve pas de contenant interne susceptible de permettre le développement des capacités de penser pouvant conduire à la croissance et au changement. Le travail de deuil est d'une grande difficulté. Parfois même, il ne parvient pas à s'enclencher car l'élaboration dépressive qui en est normalement la caractéristique et l'enjeu est ici débordée

ou bloquée par des éléments qui s'apparentent au syndrome psycho-traumatique (2). Remarquons au passage l'ambiguïté du qualificatif "traumatique" qui peut désigner le coup et en même temps les conséquences psychiques du coup. C'est pourquoi nous préférons réserver le terme de "traumatogène" pour désigner des situations susceptibles d'avoir des conséquences traumatiques chez les victimes qui vivent ces situations.

On peut retenir comme principaux éléments susceptibles de donner à la mort un caractère traumatogène supplémentaire :

- l'incompréhension de la mort ;
- la double implication comme endeuillé et comme victime ;
- la diffusion du drame à l'espace public et le traitement social de ses conséquences (enquêtes de police, médiatisation de l'événement).

M. Delage\*

\* Professeur de Psychiatrie et d'Hygiène mentale,  
Hôpital d'Instruction des Armées Sainte-Anne,  
83800 Toulon Armées.

# Dossier

## La mort désignée



L'incompréhension de la mort renvoie à plusieurs aspects :

- la brutalité, la soudaineté, l'imprévisibilité de la mort et des circonstances qui en sont responsables ;
- l'horreur, le caractère extrême, inhabituel, "hors normes" de la situation ;
- la part d'inconnu qui entoure parfois les origines du drame et laisse planer un mystère à jamais insondable ;

. l'impossibilité de voir le cadavre soustrait au regard par souci de protection lorsque le corps est trop méconnaissable ou trop mutilé ;

- la disparition au cours d'une catastrophe qui ne laisse aucun doute sur la réalité de la mort dont on ne trouve cependant pas de traces matérielles, pas de corps ou même de "débris de corps" identifiables. Un cas particulier est représenté par les personnes qui disparaissent sans laisser de traces et dont on ne peut savoir si elles sont en fugue, si elles ont été agressées ou accidentées.

La double implication comme endeuillé et comme victime renvoie à une catastrophe où un ou plusieurs membres d'une famille ont survécu après avoir assisté à la mort des proches. On passe ici d'une famille avec victime à une famille victime.

Enfin, le traitement social de la situation et de ses conséquences est parfois responsable d'un traumatisme supplémentaire. Le drame ici n'est pas circonscrit à l'espace privé, soit qu'un grand nombre de personnes soient concernées, soit que des responsables soient désignés et/ou recherchés, qu'il y ait enquête de police, que l'événement se prête à un traitement médiatique et que des suites juridiques ou des réparations soient engagées, longues, complexes, douloureuses.

### Le deuil comme traumatisme familial

De toute façon, le deuil ne concerne jamais qu'une personne et il produit des effets sur les liens qui réunissent les proches ou moins proches du défunt. La psychopathologie du deuil s'est longtemps centrée sur l'endeuillé sans prendre en compte que, dans la grande majorité des cas, la mort de quelqu'un fait plusieurs endeuillés. Ainsi, si d'un côté la perte nécessite un travail de deuil individuel, une élaboration psychique propre à chacun, d'un autre côté, ce travail individuel doit se soutenir d'un travail groupal qui le contextualise et

auquel en même temps il contribue : c'est sur les liens que porte ce travail groupal. C'est d'autant plus vrai dans les pertes qui revêtent le caractère traumatogène souligné dans ce travail. Il se produit dans ces cas une véritable onde de choc émotionnelle (3) qui diffuse en cercles concentriques et peut concerner selon les cas, non seulement une famille, mais aussi des voisins, un quartier, une communauté. Sur le plan individuel, le traumatisme a des effets d'effraction et de sidération de l'activité psychique, mais on doit ajouter au rang de ses conséquences les effets potentiellement destructeurs des liens. Cette dimension a tendance à être dominante dans certaines situations :

- lorsqu'une famille est décimée par la mort de plusieurs de ses membres ;
- lorsque des parents sont confrontés à la perte d'un enfant. On sait dans ces cas la fréquence avec laquelle les parents se séparent dans les suites du décès ;
- lorsque surgit un suicide qui agresse et renvoie aux responsabilités de chacun,
- lorsque le défunt occupe une place dominante dans la famille et que son décès confronte à des difficultés économiques, oblige à des suppléances parfois difficiles à mettre en place.

Aussi comment un ensemble familial peut-il dépasser la sidération, l'émotionnel qui envahit les uns et les autres ? Comment surmonter le coup reçu ?

Trois attitudes pathologiques sont susceptibles de se développer (4) collectivement, ou chez certains, conséquences d'une impossibilité à penser le traumatisme et la perte responsables d'un blocage du travail du deuil (parfois provisoire mais souvent durable) et d'une dysfonctionnalité chronique :

- le refuge dans l'action, l'hyperactivité caractérisant l'évitement ;
- l'oblitération qui consiste à recouvrir l'événement en reprenant toutes les apparences du court normal de l'existence comme si l'événement n'avait pas eu lieu et que la mort n'avait pas existé ;
- à l'inverse, l'idolâtrie qui rend le mort présent partout et paré de toutes les qualités tandis que les survivants ne peuvent éprouver que honte et culpabilité à son égard.

De telles attitudes sont parfois à l'origine d'une véritable "mort de la famille" par deux mécanismes pour lesquels il nous a

semblé approprié d'utiliser les métaphores de "l'explosion" et de "l'implosion" (5).

Lors de "l'explosion", il s'opère dans les suites à moyen terme d'un drame une désorganisation durable des relations dans la famille. On constate une "déliation" entre les membres qui composent la famille, tant chacun individuellement est pris dans sa propre partition défensive, dans un réflexe de survie qui ne lui permet plus d'être attentif aux autres, à plus forte raison lorsque sont établies certaines responsabilités dans ce qui est survenu et que jouent à plein les sentiments d'agressivité et de culpabilité.

Au contraire, lors de "l'implosion" d'une famille, il s'opère une rigidification à l'extrême des relations dans une famille repliée sur elle-même, sans échanges avec l'extérieur et dans des interactions très appauvries, réduites à l'opérateur. Cet ensemble familial stabilisé à l'extrême est sans évolution possible, comme figé au temps du traumatisme.

À l'inverse, il est des familles où, malgré la catastrophe et les dommages subis, le cycle de vie reprend son cours. Après le nécessaire temps du deuil, la croissance et le développement psychiques de chacun et de tous sont à nouveau possibles. Dans ces cas, nous sommes autorisés à évoquer une résilience familiale. Deux remarques s'imposent ici.

- La première concerne la notion même de "résilience familiale" : on sait le succès de la notion de résilience lorsqu'elle est appliquée à des individus qui traversent des épreuves difficiles. Elle est beaucoup moins étudiée lorsqu'elle concerne le groupe familial, bien que les systémiciens soient habitués depuis longtemps à travailler sur les compétences et les ressources. La résilience familiale peut être considérée selon deux approches (6) :

- celle qui consiste à étudier quelles sont les caractéristiques familiales qui aident à la résilience d'une personne victime ;
- celle qui consiste à considérer un ensemble familial atteint par une épreuve comme pouvant adopter un fonctionnement de type résilient.

Le deuil paraît être concerné dans l'une et l'autre de ses approches. Il concerne l'ensemble d'une famille, mais à des degrés divers, certains pouvant être les principaux porteurs du deuil tandis que d'autres peuvent être en mesure de prendre en charge la situation. C'est finalement l'attitude

envers les enfants et la capacité de protection des plus petits qui semblent principalement caractériser les capacités résilientes d'une famille.

Pour notre part, nous retiendrons comme définition de la résilience familiale, "la capacité développée au sein d'une famille elle-même éprouvée, à soutenir et aider un ou plusieurs de ses membres victimes de circonstances difficiles, ou à construire une vie riche et épanouissante pour chacun et pour tous malgré un environnement difficile auquel l'ensemble est soumis" (7).

• La deuxième remarque concerne les analogies pouvant être évoquées entre deuil et résilience (Hanus) (8). Au-delà des points communs, certaines spécificités doivent être soulignées :

- le deuil nécessite un travail spécifique qui passe par une élaboration dépressive réactionnelle à une perte. La résilience est un processus multidimensionnel qui comporte notamment une efficacité cognitive, semblant par une répression consciente mettre à distance les affects mobilisés par une situation traumatogène ;

- et surtout le deuil nous apparaît comme un travail strictement personnel qui ne peut pas concerner les autres, même si la souffrance, elle, est partagée, d'où le nécessaire repli de l'endeuillé sur sa douleur. Pour sa part, la résilience ne se conçoit que dans l'interaction, que dans ce souci de l'autre du résilient qui l'amène tout à la fois à porter secours et à susciter les recours. Ainsi, tandis que le deuil consiste à élaborer une réaction dépressive, le processus de résilience concernant une famille consiste, face à la potentialité destructrice d'une situation à maintenir les liens dans leur efficacité fonctionnelle, dans leur qualité affective et comme support des représentations collectives. Les familles confrontées au deuil traumatique doivent pouvoir mener de pair ces deux enjeux. Un bref exemple extrait d'une prise en charge familiale complexe nous montre cette difficulté.

*Dans la famille A., le père de famille s'est suicidé par pendaison après que sa fille aînée, âgée de 16 ans, a révélé qu'elle avait dans son enfance été victime d'attouchements sexuels de sa part. Dans les suites à court terme du drame, la vie de la famille se désorganise, se déritualise, au point qu'il n'y a plus de repas familiaux, chacun mangeant à son heure, dans la cuisine ou dans sa chambre. Il en est de même des heures de levers et de couchers. Dans les mois qui suivent, la mère adopte une attitude de déni et d'évitement quasi maniaque : elle multiplie les aventures amoureuses au détriment de son rôle de mère, au point de lais-*

*ser ses enfants seuls le week-end. C'est alors la fille aînée qui assume la responsabilité de prendre en charge le reste de la fratrie. Elle réussit de son côté et, malgré la place difficile qu'elle assume, à s'engager dans un véritable travail de deuil. Une autre fille de 14 ans fonctionne dans le registre de l'idolâtrie : elle ne comprend pas et ne peut accepter l'idée d'un père abuseur ; elle éprouve un sentiment de rage vis-à-vis de sa sœur, celle par qui le malheur est arrivé. Elle met des photos de son père un peu partout dans la maison tandis que sa mère s'efforce de les enlever. Une autre sœur cadette de 12 ans se réfugie dans le mutisme, ne communique plus avec personne à la maison tandis que ses résultats scolaires s'effondrent. Enfin, le petit dernier, un garçon de 4 ans, ne semble pas comprendre ce que la mère lui raconte quand elle lui dit que son papa est parti au ciel parce qu'il avait fait de vilaines choses. Un an après le drame, la fille aînée qui ne supporte plus l'atmosphère familiale décide de quitter la maison. La mère est hospitalisée après une tentative de suicide à la date anniversaire de son mariage. La fille cadette est prise en charge pour troubles dépressifs majeurs et hospitalisée à son tour. Les deux autres enfants, n'ayant plus de support familial, sont placés un temps en foyer.*

Il semble que dans cette famille, ne disposant par ailleurs d'aucun soutien environnemental, aucune élaboration collective du drame n'ait pu s'ébaucher : chacun a tenté de faire avec sa souffrance sans que puissent jouer les solidarités et que puisse se maintenir un sentiment d'appartenance. A contrario, cet exemple clinique nous laisse percevoir les interventions thérapeutiques qui peuvent être tentées avec ces familles soumises à d'intenses dommages :

- d'abord une offre : celle d'un contenant qui accueille, qui enveloppe la souffrance dans son expression la plus immédiate, la plus émotionnelle, qui console ;

- ensuite, une suppléance : celle d'une suffisante sécurité permettant la reprise cognitive des émotions et le maintien d'une suffisante fonctionnalité familiale.

- enfin, un cadre à penser permettant une élaboration, une représentation, une mise en sens, en récit, une historicisation. C'est alors que véritablement le travail de deuil peut être entrepris.

Ces trois aspects des interventions thérapeutiques nous semblent pouvoir faire l'objet d'une modélisation théorique se référant à la théorie de l'attachement.

## Attachement, traumatisme et interventions thérapeutiques

Si, chez l'enfant, on a pu décrire des types d'attachement, et chez l'adulte des états d'esprit correspondant eux à différentes modalités de représentations des relations d'attachement, on peut évoquer, à l'échelon familial, un style relationnel, un climat, une ambiance, sorte de résultante des relations d'attachement développées au sein du groupe. Trois dimensions sont imbriquées les unes dans les autres et vont être fortement sollicitées dans les situations de deuil traumatique :

- la dimension de l'éthique relationnelle, notion empruntée à Y. Boszormenyi-Nagy (9), permettra l'offre du contenant ;

- la dimension de la protection permettra l'instauration de la parole dans un espace de sécurité ;

- la dimension de la mentalisation et de l'élaboration mentale permettra la sémantisation, l'historisation de l'événement pour chacun et pour tous.

> La dimension de l'éthique relationnelle

Nous sommes ici entraînés dans une économie du don. Les parents doivent donner des soins à leurs enfants pour les protéger. C'est ce que nous enseignent Bowlby et ceux qui après lui ont développé la théorie de l'attachement. Cependant, il est un préalable à cette activité : c'est d'avoir envie de la pratiquer, d'avoir le désir de donner des soins, de prendre soin de l'autre et de lui faire plaisir. Dans les conditions habituelles, cette activité s'inscrit dans une circularité relationnelle et interactive qui met en jeu un équilibre dynamique entre "donner" et "recevoir". Cet aspect proprement ontologique de la relation humaine, dont on sait combien elle a été développée par Nagy, nous paraît conforme au fondement même de la théorie de l'attachement. En effet, les parents ont le souci, l'envie et le plaisir de prendre soin de leur enfant, de manière inconditionnelle, c'est-à-dire sans en attendre de retour. Mais, de son côté, l'enfant fait retour en manifestant son contentement, et ce retour donne aux parents une prime de satisfaction qui, lorsqu'elle est de surcroît exprimée à l'enfant, le valide dans ses capacités à satisfaire ses parents, en même temps qu'il donne aux parents l'envie de renforcer leurs comportements d'attachements. Cette dynamique du "donner et

# Dossier

## La mort désignée



recevoir”, mise en place dans l'enfance, se poursuit tout au long de l'existence. Mais, elle risque d'être fortement troublée lors des situations de traumatismes et de deuils. Les victimes et les endeuillés ont besoin d'être consolés, réparés. Mais, comment au sein d'une famille reconnaître la souffrance des autres et continuer à prendre soin d'eux lorsqu'on souffre soi-même ? Ainsi, Peter Pan, inventé par James Matheew Barrie, voudrait consoler, soigner sa mère, infiniment triste d'avoir perdu son bébé. Mais il ne peut y parvenir car la pensée douloureuse de la mère est toute entière tournée vers cet enfant perdu, et elle ne reconnaît pas les efforts de Peter Pan. Il ne restera plus à ce dernier qu'à s'envoler vers le pays des fées ; mais, quand il tentera de revenir, il se heurtera à une fenêtre barricadée le séparant à jamais de sa mère. Alors, il repartira au pays du “jamais-jamais” et deviendra, nous dit son auteur, “gai, innocent et sans cœur” (souligné par nous) (10).

Lorsqu'au sein d'une famille, il n'est plus possible de prendre soin des autres en raison des effets de sidération, d'effroi, que suscite un grave dommage, c'est du dehors que l'aide doit venir, et c'est pour nous de cette manière qu'on doit comprendre la notion de “*debriefing* familial” (7). Nous entendons par là des séances de *debriefing* qui sont susceptibles de se dérouler dans les suites d'un drame familial, non pas seulement avec ceux qui sont directement exposés à la situation traumatogène, mais plus généralement avec ceux qui sont liés entre eux du fait de leur appartenance à un ensemble, et qui de ce fait sont éprouvés chacun à leur manière par le drame vécu et la mort de l'un ou de plusieurs d'entre eux. C'est délibérément dans cette dimension de l'offre que nous situons ce type d'intervention : pouvoir offrir aux membres d'une famille durement éprouvée la possibilité de partager leurs émotions grâce à l'attention portée par un tiers, avec les effets de soutien et d'empathie exercés par ce tiers. Il n'est pas question de développer ici ce temps du *debriefing* étudié ailleurs. Mais, il nous semble important de souligner, qu'à notre sens, on se trompe d'objectif si l'on pense que le but ici est de faire parler les gens, de les faire raconter avec le plus de détails possible, dans une mauvaise compréhension de l'effet cathartique. Ce qui compte ici, c'est le lien instauré entre ceux qui souffrent et avec ceux, des tiers, restés en dehors du drame. En fin de compte, ce n'est pas ce que disent les victimes qui est important : c'est ce que disent et font

les intervenants. Aristote soulignait combien dans la catharsis les spectateurs vibraient à l'unisson des émotions exprimées par les comédiens. C'est ainsi que fonctionnent les effets de liaison.

On est ici dans des modalités d'expression principalement non verbales : la sensorialité partagée, le toucher, les caresses, les étreintes, les pleurs soutiennent la reconnaissance de chacun dans sa souffrance. Parfois, le thérapeute doit pouvoir y participer par le rapproché physique, un geste de consolation, une main sur l'épaule, une étreinte, en même temps qu'il aide à mettre des mots sur les éprouvés, soutenant de cette manière une tentative de canalisation des modalités les plus archaïques d'expression de ces éprouvés. La particularité réside ici dans le souci d'un travail sur le lien grâce à l'attention portée à tous et à chacun, grâce à la reconnaissance et à l'acceptation des écarts.

Ainsi, peut être tentée une prévention des effets destructeurs de l'onde de choc émotionnelle (3), effets destructeurs susceptibles d'être masqués derrière une souffrance qui, tout en étant partagée, repose pourtant tour à tour, et selon chacun, sur des affects aussi divers que le désespoir, la honte, la colère, la culpabilité, l'agressivité, non seulement envers le mort, mais aussi envers tel ou tel membre de la famille, susceptible d'être considéré comme responsable. Ce peut être particulièrement le cas lors d'un suicide.

### > La dimension de la protection

On est ici dans les notions classiques dégagées par la théorie de l'attachement. Bowlby et ses continuateurs nous ont appris combien l'acquisition d'un attachement “sécuré” était nécessaire à la protection du petit enfant, lui permettant d'acquiescer une base interne de sécurité suffisante pour s'ouvrir de plus en plus au monde extérieur et se lancer à sa conquête (10).

L'attachement “sécuré” signifie que, sur la base de schémas comportementaux rassurant l'enfant en détresse, s'intériorisent un ou des modèles relationnels qui permettent au petit enfant, à l'enfant plus grand, puis à l'adulte, d'avoir les moyens psychiques personnels de faire face aux obstacles habituels de l'existence. Il n'y a plus alors nécessité de recourir à des moyens comportementaux faisant appel à l'autre comme base de secours.

Cependant, ces modèles relationnels intériorisés sont susceptibles d'être mis en défaut, débordés dans des situations inhabituelles et, à plus forte raison, lorsque c'est une figure principale d'attachement qui disparaît.

Pour l'individu, il faut recourir à nouveau à des stratégies comportementales visant à trouver une base extérieure de sécurité dans les suites immédiates et à court terme d'un drame. C'est pourquoi l'environnement proche va être sollicité et que beaucoup de choses vont alors dépendre de cet environnement. La famille malgré les souffrances de la perte doit pouvoir procurer à chacun et à tous une suffisante sécurité.

On peut développer, sur le modèle de l'attachement individuel, la notion d'une “base familiale de sécurité” (12). Cette base a été définie par Bying-Hall comme étant constituée par une ambiance relationnelle suffisamment sereine au sein de la famille, comme un réseau de confiance entre les membres de la famille, de telle sorte que chacun, quel que soit son âge ou quelle que soit la place qu'il occupe, puisse obtenir de manière inconditionnelle le soutien nécessaire à sa sécurité. Le terme de réseau est très important : il signifie que n'importe lequel peut trouver de l'aide auprès de tous les autres ou de n'importe lequel des autres. Mais, ce terme renvoie aussi à la possibilité de chercher de l'aide alentour, dans la famille élargie, dans le voisinage, dans la communauté d'appartenance. C'est ici que peuvent prendre place des aides extérieures, comme le recours à un thérapeute, lorsque la famille est débordée dans ses capacités contenantes. On doit également souligner l'importance de l'accueil concernant ces familles éprouvées, la manière dont s'effectue le recueil d'une plainte, les enquêtes menées par les services de police ou encore l'accompagnement juridique ultérieur d'une situation. On a ici un ensemble d'éléments qui peuvent jouer favorablement ou défavorablement, et aider ou non une famille à développer des capacités de *coping*, d'adaptabilité.

C'est essentiellement au plan comportemental et interactionnel, dans la fonctionnalité de la famille, que va se mesurer cette capacité adaptative qui constitue comme un premier temps sur le chemin d'une résilience familiale lorsque des attachements suffisamment “sécurés” vont permettre de

maintenir une suffisante organisation interne, ainsi qu'une suffisante ouverture au monde extérieur.

#### **- Le maintien d'une organisation interne suffisante**

Il suppose des rôles et des règles susceptibles d'adaptations souples, flexibles, de telle sorte que des suppléances puissent à ce niveau s'établir, visant à palier l'absence de la personne décédée, notamment lorsque cette personne est un des parents.

Maintenir une suffisante ritualisation de la vie familiale, avoir le souci d'une orientation positive pour les enfants sont des aspects essentiels, sans pour autant que soient niées ou négligées les souffrances.

Cependant, on ne doit pas se méprendre sur le sens de notre propos. La désorganisation, comme l'a souligné Bowlby, est un temps obligé après un drame et on ne peut être qu'alarmé par un système familial pris d'emblée dans un activisme comportemental, dans un opératoire qui correspond alors à une pseudo-organisation qui n'est qu'un blocage constituant la base d'une dysfonctionnalité susceptible de devenir durable.

L'établissement de suppléances et de nouvelles règles, la redistribution des rôles requiert du temps. Ce temps a deux caractéristiques :

- d'abord, il est très variable selon la place qu'occupait le défunt, selon les circonstances du drame, selon des facteurs intercurrents de la réalité externe auxquels la famille pouvait être soumise au moment du drame ;

- ensuite, ce temps comporte un asynchronisme entre les différents membres de la famille, en fonction des caractères et des besoins de chacun, en fonction aussi de l'importance plus ou moins grande du déni. On perçoit particulièrement cet aspect dans les rituels individuels et collectifs qui se mettent en place autour de la mort, des obsèques et des suites des funérailles : rester ou ne pas rester en présence du mort, participer ou ne pas participer aux obsèques, aller ou ne pas aller au cimetière, maintenir ou non le mort présent à la maison en exposant ou non des photos, en ne touchant pas ou en faisant disparaître ses effets et ses objets personnels, sont autant d'attitudes éminemment variables selon chacun. Précisément, les familles dysfonctionnelles auront des difficultés à supporter cette variabilité.

Au bout du compte les enfants sont particulièrement exposés dans ces mouve-

ments de réorganisation :

- comme enfant parentifié, c'est-à-dire amené à prendre soin d'un ou des parents blessés ou désespérés par la perte. C'est là une possibilité des résiliences familiales dans la mesure où la parentification d'un enfant peut préserver une certaine adaptabilité de l'ensemble. On en perçoit en même temps la limite si, de cette manière, un enfant risque d'être trop durablement "adultisé" et privé ainsi de son enfance, se développant sur un mode faussement mature (13) ;

- comme enfant successeur ou substitut, notion proche mais différente de celle "d'enfant de remplacement" (14). "L'enfant de remplacement" concerne habituellement un enfant conçu pour remplacer un enfant mort, obligé de construire pour ses parents son identité, en conformité avec l'idéal d'un autre trop tôt disparu. L'enfant substitut ou successeur est pour nous celui qui dans une fratrie est propulsé à une autre place du fait de la disparition d'un frère, d'une sœur, et qui supporte les investissements parentaux auparavant destinés à un autre.

> Le maintien d'un équilibre suffisant entre fermeture et ouverture de la famille

Dans les suites à court terme d'un drame, chacun tend à se replier sur lui-même, ainsi que la famille dans son ensemble, et c'est un temps nécessaire, notamment à l'établissement de cette sécurité interne évoquée plus haut. Cependant, il importe que chacun perçoive la possibilité de communiquer ses pensées et ses sentiments aux autres sans même y être requis.

C'est à cette condition que, dans un deuxième temps, la famille peut effectuer une suffisante ouverture permettant que jouent les solidarités, la reconnaissance, le tissage et le retissage des liens communautaires, seuls à même de soutenir l'activité de représentation, d'élaboration, d'historicisation. Le terme anglais de *connectedness* indique bien cette notion d'une famille dans laquelle chacun est bien lié aux autres, et l'ensemble se maintenant connecté avec le monde extérieur (14).

Les enfants, surtout lorsqu'ils sont grands, poussent en général à cette connexion, à cette ouverture, et contribuent ainsi à la résilience de l'ensemble. En effet, ils ont des besoins propres d'aller vers le monde parce qu'ils sont attirés par les pairs, parce qu'ils sont soumis aux nécessités de la scolarité. Les enfants contribuent à la résilience familiale pourvu que leurs comportements soient acceptés, encouragés et

reconnus comme marquant une nouvelle étape du cycle de vie de la famille, et non pas comme une attitude déloyale par rapport à la souffrance des autres.

Le thérapeute doit pouvoir apparaître comme une base de sécurité suppléante, provisoire (12), ce qui suppose deux conditions préalables :

- qu'il ne soit pas lui-même trop débordé par une situation parfois effroyable ou trop pris dans une fascination morbide ;
- qu'il soit reconnu par la famille comme pouvant jouer ce rôle. Dans une conception voisine, on peut souligner ici la place de l'empathie telle que l'a développée notamment N. Paul dans la résolution du deuil (15).

Travailler sur la base de sécurité implique chez le thérapeute le développement d'une capacité contenante comprise comme l'attention portée à tous et à chacun, comme la connaissance du niveau où chacun est concerné, comme le soutien dans l'expression des sentiments contradictoires, avec ce constant souci, par le rassemblement d'éléments informatifs épars, de resituer les individus dans la temporalité, dans un avant, un pendant et un après l'événement, de fonder une causalité ou une ébauche de causalité.

"La partialité multidirectionnelle", telle qu'elle a été définie par Y. Boszormenyi-Nagy (8),

paraît une attitude thérapeutique particulièrement adaptée, tout spécialement lorsqu'elle s'exerce à l'égard des enfants dont les modalités d'expression de la douleur ne sont pas toujours reconnues par les adultes, surtout préoccupés le plus souvent par l'idée de les mettre à l'écart, de leur cacher leur propre souffrance ou de s'offusquer de leur manque apparent de réaction.

Trois directions se dégagent finalement du travail sur la base de sécurité (12) :

- la protection : qui a le plus besoin d'aide dans la famille ? Qui peut venir au secours de qui et comment ? Quelles solidarités peuvent-elles s'établir ? Qu'est-ce qui met la famille en danger ? Etc.

- l'exploration des moyens dont dispose la famille pour résoudre les problèmes posés au quotidien ;

- l'utilisation d'un réseau de soutien dans la famille élargie, le voisinage, la communauté, etc.

> Les représentations mentales et le travail de deuil dans la famille

C'est en fait le temps essentiel permis,

# Dossier

## La mort désignée



soutenu, facilité par les deux autres dimensions. Un travail psychique complexe est ici en jeu, dans de continuelles constructions permettant de penser les émotions, de penser la perte, de donner sens, d'historiser l'événement, d'être en paix avec le défunt, de lui trouver une place au sein du mythe familial, dans un entrecroisement constant entre ce qui est commun à tous et ce qui est propre à chacun, de telle sorte que ce travail psychique va permettre à la fois :

- le renforcement du sentiment d'appartenance ;
- l'appropriation par chacun de sa propre histoire au sein d'une histoire collective ;
- la transmission aux générations suivantes.

Il s'opère ici une jointure entre l'activité de mentalisation, de représentation, de liaison, et l'activité de mémoire inséparable de celle de l'oubli. Fonagy a montré combien cette activité psychique était liée à un attachement de bonne qualité, la dimension "sécurée" se soutenant des capacités d'élaboration et vice versa (16).

Du côté de la mentalisation, nous ne pouvons que mentionner quelques jalons qui doivent beaucoup à P. Ricœur (18). On peut ainsi repérer dans l'activité narrative ici essentielle les trois temps du récit :

- le temps de l'information permet de reconnaître ensemble, dans la famille, les circonstances, les faits, leur contexte, le "comment ça s'est passé", les tenants et les aboutissants, pourvu que la communication soit claire, que les sentiments, les émotions puissent être exprimés. Nous sommes dans le temps de la "mimesis I", selon Ricœur, temps qui permet à la ou les victimes de quitter la position de passivité, d'impuissance dans l'événement subi à celle d'acteur du récit ;
- le temps de la "mise en intrigue", propre à la "mimesis II", permet de penser les événements, de penser les émotions qu'ils ont suscitées, de les mettre en sens, de penser la mort, de l'historiser, de relier un avant et un après dans une activité de représentation, d'association qui peut être soutenue de la relation aux autres ;
- c'est ici que le temps de la "mimesis III" est essentiel, car le récit n'est rien s'il n'est qu'un récit pour soi-même. C'est un récit qui doit s'adresser à quelqu'un. C'est un récit pour les autres, et les autres m'écourent, me répondent, me posent des questions, et le récit est finalement un récit à plusieurs voix, une co-construction à plusieurs. Il y a là un va-et-vient entre soi et les autres, les proches, chacun suffisamment concerné, mais à divers titres, pour que se

développe une activité de soutien qui permet de nommer ce que l'on ressent chez l'autre, de partager ce qu'on éprouve, mais de partager dans l'acceptation de la différence.

Ainsi fonctionne l'activité narrative au sein de la famille, supportant tout à la fois la remise en ordre des histoires imbriquées de chacun, une relative distanciation des événements, une relance des activités psychiques individuelles, une acceptation de la perte tandis que la figure du ou des défunts rejoint l'histoire de la famille en cessant de peser directement sur le fonctionnement de celle-ci.

C'est là véritablement ce peut s'effectuer un travail de deuil à la fois individuel et groupal, et que résident les possibilités résilientes au sein de la famille, dans cette fonction élaborative, dans cette capacité groupale à soutenir et relancer les processus de pensée de chacun et la mise en représentation, dans ses spécificités individuelles et dans ses caractéristiques groupales. Cela n'est possible que dans la circulation des émotions et dans les efforts faits pour les penser, sans que soient exclues ni les contradictions, ni les incohérences, mais dans le souci de rendre les unes et les autres accessibles, et finalement compréhensibles, grâce à une attention constante au soutien des autres, grâce aussi à l'acceptation de l'altérité et de la différence dans les vécus et les éprouvés. Ce travail familial occupe les suites à moyen terme d'un drame, commençant après quelques semaines, mais se déroulant sur deux à trois ans le plus habituellement, parfois davantage. Le traitement social et juridique parfois nécessaire dans certaines situations pèse sur ce travail et sur ce temps.

Les interventions thérapeutiques sont ici spécialement intéressantes, orientées sur une aide à penser les émotions, et la construction de lectures alternatives de certaines situations, susceptibles d'aider à la résilience familiale.

Du point de vue de la résilience, on peut sans doute distinguer (19) :

- une résilience première, immédiate, plus apparentée au *coping*, à des stratégies d'adaptation mises en place après un drame, et s'appuyant sur les ressources individuelles et groupales déjà potentiellement présentes, mais que des interventions thérapeutiques peuvent favoriser. Le déni de la perte peut ici constituer l'un des

moyens adaptatifs provisoires et nécessaires dans le court terme ;

- une résilience seconde, différée, qui se caractérise dans l'amorce d'un processus dynamique toujours à poursuivre dans la durée. C'est là que réside la résilience proprement dite, celle qui, grâce au travail de mentalisation et d'entrecroisement entre les ressources psychiques internes et la vie groupale, peut historiser, donner sens, élaborer la ou les pertes.

L'aide thérapeutique vise ici à aider et soutenir ce travail de pensée. Elle passe souvent par l'utilisation d'un langage non verbal comme relais, susceptible de fonctionner dans deux directions :

- celle du passage possible du choc émotionnel à l'élaboration mentale lorsqu'une famille est prise en charge dans ce temps de crise qui suit à moyen terme une déchirure catastrophique ;
- celle, à l'inverse, du passage vers la mobilisation émotionnelle, dans des familles aux transactions rigidifiées, bloquées sur le chemin de l'élaboration, dans un deuil non fait, et dont il faut pouvoir relancer le processus, lorsque la famille est vue plus à distance de l'événement.

La notion "d'objets flottants" comme aide à penser les émotions, telle qu'elle a été développée par Y. Rey et P. Caillé, nous semble ici particulièrement pertinente (20), en particulier le "blason familial" et le "jeu de l'oie systémique" (21). Ces instruments sont de puissants leviers, facilitant la construction de récits où chacun peut être acteur et s'approprier sa propre histoire, au sein d'un récit et d'une histoire collective.

La présence d'enfants rend cette activité narrative particulièrement cruciale car les enfants doivent être concernés par le travail de mentalisation, mais à la mesure de ce qu'ils peuvent entendre et comprendre, notamment quand ils n'ont pas été directement impliqués par les événements, mais forcément concernés par la perte d'un membre de la famille.

C'est ici que se mesurent les capacités résilientes d'une famille, dans son attitude vis-à-vis des enfants, dans la compétence des adultes, après les dommages subis et les pertes éprouvées, à rester attentifs aux vécus et aux besoins des enfants malgré leur propre douleur, dans la capacité des adultes à dire et à taire, à dire ce qui est acceptable pour un enfant, et à taire ce

qu'il ne saurait comprendre ou le traumatiserait maintenant. Mais, dans ce dernier cas, l'attitude de l'adulte disponible et ouvert au questionnement devra permettre des reprises ultérieures.

Le travail de la mémoire, inséparable de celui de l'oubli nous entraîne dans les suites à plus long terme d'un deuil traumatique. La remémoration est un temps essentiel et témoigne de la réussite du travail de deuil. Il est essentiel de pouvoir se souvenir, preuve que l'événement traumatique et le défunt font désormais partie de l'histoire. Mais, là encore, il est important de se souvenir avec les autres, avec les proches avec lesquels on est lié, au sein du groupe auquel on appartient. M. Halbwachs (21) dans son ouvrage *Mémoire individuelle et mémoire collective* indiquait que, pour se souvenir, on a besoin des autres.

Dans ce travail de remémoration se jouent le triage des souvenirs, le jeu des différences dans les mises en représentation, le besoin de transmettre le passé, lequel comprend toujours des éléments nouveaux permis par les éclairages du présent.

Les enfants, notamment, s'ils étaient petits au moment des événements traumatiques, ont vécu le drame par adultes interposés. Ils ont perçu leur souffrance sans toujours bien les comprendre. Ils ont besoin que leur soient transmis des informations, des souvenirs élaborables. Ils ont besoin de s'approprier une histoire, le souvenir d'un drame vécu par d'autres, mais contenu, élaboré, transformé à l'intérieur du groupe familial.

L'absence d'une mise en perspective familiale du traumatisme ou l'échec d'un traitement groupal des représentations conduisent à des altérations dommageables de la mémoire quand, avec le temps, le traumatisme, une mort dramatique, un suicide sont devenus un ensemble "non transformable", "enkysté" ou "encrypté" sur lequel tombe, pour les générations suivantes, le voile d'un secret qui fait trou dans la transmission. Finalement, trois ordres d'altérations de la mémoire (23) sont susceptibles de faire l'objet d'un travail thérapeutique spécifique à distance des événements :

- la mémoire empêchée : dans laquelle le traumatisme ne reçoit aucun traitement collectif, aucune élaboration et ne peut faire l'objet d'aucun travail de remémoration, nécessitant des techniques de mise en route d'un deuil différé (16) ;
- la mémoire manipulée : qui oblige à raconter des histoires pour ne pas dire le vrai, dans une falsification confusionnante

de la réalité. Ainsi, ce père qui impose à sa fille de dire à tout le monde que sa mère décédée par suicide a été victime d'une crise cardiaque ;

- la mémoire obligée : ici, c'est l'injonction du souvenir qui prévaut, l'obsession commémorative, le devoir de mémoire avec l'idée d'une dette pour ceux qui reçoivent les souvenirs, une dette que l'on doit et qu'on ne pourra jamais payer à celui ou ceux qui sont peut-être morts pour que les autres vivent.

## Le deuil et le temps des croyances

L'aide aux familles durement éprouvées lors d'un deuil traumatique ne se soutient pas que de ce seul travail portant sur l'attachement dans ses différentes dimensions. Les croyances qui se développent au sein de la famille concernant les événements et leurs conséquences, les valeurs générales auxquelles l'ensemble familial se réfère dans sa lecture du monde constituent des aspects essentiels susceptibles d'aggraver les blessures ou d'aider à sortir d'une situation traumatogène, à élaborer la ou les pertes. La prise en compte des croyances individuelles et collectives est nécessaire et un travail spécifique peut parfois s'engager à ce niveau.

On ne peut faire ici qu'un bref résumé des croyances clés susceptibles d'orienter l'attitude globale de la famille.

- D'abord, la croyance d'être sous le poids d'un destin inexorable ou d'être l'objet d'un châtement divin pour une quelconque faute commise par l'un de membres de la famille, peut-être même un ancêtre. À l'inverse, la croyance qu'il y a une issue, une possibilité d'être mieux malgré la douleur, que la vie offre ici un défi qu'il faut surmonter.

- Puis, l'attitude passive, "démissive" ou, à l'inverse, combative qui pousse à trouver des solutions, à endurer, grâce à la croyance que la lutte est toujours possible malgré l'adversité.

- Ensuite, la croyance que des aides peuvent venir de l'extérieur, pourvu qu'on les cherche et qu'on ait confiance, aura son corollaire inverse dans la croyance que le monde est dur, mauvais, hostile, que rien de bon ne peut en venir et qu'il faut s'en protéger, se fermer à son influence.

- Encore, l'idée que, désormais, il n'y a plus de vie possible ou, au contraire, qu'il y a encore de la place pour l'espérance, des projets, des objectifs. La notion "d'optimisme appris", décrit par Seligman, nourrit de telles attitudes (23).

- Enfin, les notions de transcendance et de spiritualité constituent ici des éléments majeurs.

Tout le monde dans la famille n'est pas obligatoirement au même niveau dans ces croyances. Mais, l'important concerne les messages émis par celui ou ceux qui occupent des positions centrales. Ainsi, les propositions énoncées par les parents envers leurs enfants sont fortement suggestives. À travers ce qu'il entend, ressent ou observe dans les conversations d'adulte ou les tournures de phrases, les intonations, les injonctions, en particulier non verbales, l'enfant peut percevoir le désespoir, le découragement, la menace ou, au contraire, l'espérance, un certain optimisme malgré tout, des encouragements.

## Conclusion

Nous sommes de plus en plus sollicités par des familles en détresse à la suite d'un événement grave comportant le décès d'un ou plusieurs des membres de la famille. L'aide que nous pouvons alors proposer pousse l'outil systémique qui nous est habituel dans ses limites et nécessite certains aménagements.

Le dispositif technique lui-même est susceptible d'être modifié. Ce n'est pas obligatoirement dans une salle de thérapie "ad hoc" que se déroule le "debriefing familial". La présence de matériel vidéo n'est guère de mise dans les suites à court terme d'une catastrophe, revêtant un caractère intrusif et donc traumatique supplémentaire.

Le cadre thérapeutique doit être souple, comportant notamment des va-et-vient entre séances individuelles et collectives, auprès d'un ou plusieurs thérapeutes.

Les interventions sont plus centrées sur une réponse thérapeutique à la détresse que sur la recherche de solutions, même si par ailleurs il s'agit toujours de travailler avec les ressources de la famille.

On est dans la nécessité de tenir compte à la fois de la fonctionnalité de la famille en situation de crise, de ses représentations, de son histoire antérieure. Il nous semble important de tenir ensemble les trois axes de la relation d'attachement que nous avons développée. Toutefois, l'importance respective accordée à chacun de ces axes n'est pas le même selon :

- le moment où la famille est prise en charge : à court terme ou à distance du drame ;
- la carte d'entrée présentée par la famille : celle d'une dysfonctionnalité majeure ou

# Dossier

## La mort désignée



celle d'un blocage, d'un arrêt dans les représentations.

En tout cas, on ne soulignera jamais assez l'importance qu'il y a, selon nous, à développer ces interventions thérapeutiques dans le court et moyen terme, en raison de la dimension préventive que peuvent revêtir ces interventions, susceptibles d'éviter les conséquences lointaines de certains drames, en particulier chez des enfants susceptibles d'être concernés à des degrés divers. À ce sujet, nous voulons retenir la notion de "catastrophe privée". La catastrophe ne concerne pas que des événements qui mettent en jeu un grand nombre de victimes et revêtent un caractère public. Il est des événements qu'on peut qualifier de "catastrophes circonscrites à une famille". Par exemple, il en est souvent ainsi du suicide. Les obstacles qui limitent l'intervention thérapeutique peuvent venir des familles elles-mêmes lorsque, prises dans la douleur, elles adoptent un repli défensif. Mais, ils tiennent beaucoup aussi aux thérapeutes non préparés à ce type d'approche. Il nous manque encore ici des études épidémiologiques et la validation de protocoles thérapeutiques spécifiques qui pourraient ressortir d'études contrôlées.

### Références

1. Hanus M. *Les deuils dans la vie*. Maloine, Paris, 1994.
2. Bourgeois M.L. *Les deuils traumatiques*. Neuro-psy new spécial, mars 2003, p. 78-83.
3. Bowen M. "Family reaction to death" in Bowen M., *Family therapy in clinical practice*, Jason Aronson, New York, 1978.
4. Crosby J., Jose N. "Death : Family adjustment to loss" in Figley C., Mc Cubbin H.I. (Eds), *Stress and the family*, Brunner/Mazel, New York, 1983.
5. Delage M. *Répercussions familiales du traumatisme psychique. Conséquences pour une intervention thérapeutique*. Revue Francophone du Stress et du Trauma, 2001 ; 1 (4) : 203-211.
6. Anaut M. *La résilience. Surmonter les traumatismes*. Nathan, 2003.
7. Delage M. *Aide à la résilience familiale dans les situations traumatiques*. Thérapie familiale, Genève, 2002 ; 23 (3) : 269-287.
8. Hanus M. *La résilience, à quel prix ?* Maloine, 2001.
9. Boszormenyi-Nagy Y., Spark G.M. *Invisible loyalties : reciprocity intergenerational family therapy*. Harper and Row, New York, 1973.
10. Kelley-Laine K. *Peter Pan ou l'enfant triste*. Calmann Levy, 1992.
11. Bowlby J. *Attachement et perte. L'attachement*. Paris, PUF, 1978.
12. Bying-Hall. "The application of attachment theory to understanding and treatment in family therapy" in Parker C.M., Stevenson-Hinde J., Marris P., *Attachement across the life cycle*, Tavistock/Routledge, Londres, 1991.
13. Le Goff J. *L'enfant, parent de ses parents*. L'Harmattan, 1999.
14. Goldbeter-Merinfeld E. *Deuil et fantômes*. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 1998 ; 20 : 51-87.
15. Walsh F. *Strengthening family resilience*. Th. Guilford press, New York, 1998.
16. Paul N. *L'utilisation de l'empathie dans la résolution du deuil*. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 1998 ; 20 : 13-31.
17. Fonagy P. *Développement de la psychopathologie de l'enfance à l'âge adulte : le mystérieux déploiement des troubles dans le temps*. Psychiatrie de l'enfant, 2001, XLIV, p. 333-369.
18. Ricœur P. *Temps et récit*. Seuil, Paris, 1985.
19. Cyrulnik B. *Communication orale*.
20. Caillé P., Rey Y. *Les objets flottants*. ESF, Paris, 1994.
21. Rey Y. *Penser l'émotion en thérapie systémique*. Thérapie familiale, Genève, 2003 ; 24 : 39-53.
22. Halbwachs M. *La mémoire collective*. PUF, 1950.
23. Ricœur P. *La mémoire, l'histoire, l'oubli*. Seuil, 2000.
24. Seligman N. *Learned optimism*. Random House, New-York, 1990.



# Promenade

## dans le champ du souvenir

**L**a mort est un thème central dans ma vie. Elle a évidemment guidé bon nombre de mes choix personnels et professionnels depuis le début de ma pratique clinique en médecine puis, plus tard, en psychiatrie. Je me souviens combien ma toute première garde à l'hôpital Laennec, en tant qu'étudiant hospitalier de troisième année de médecine, a été marquée du sceau de la mort. Alors que je me sentais encore engoncé dans cette blouse blanche, toute propre et empesée, que la surveillante du service m'avait de force obligé d'enfiler, je vis arriver ma toute première malade. C'était une femme d'une soixantaine d'années, à l'air encore jeune ; elle était arrivée à pied aux Urgences, toute seule, sans personne ni assistance pour l'accompagner. Sa peau était toute jaune et elle venait consulter pour cet ictère qui était apparu brusquement au cours de la nuit précédente. Au matin, elle avait été inquiète de se voir dans le miroir dans un tel état. L'hôpital étant à côté de chez elle, elle venait là pour se rassurer, chercher de l'aide et un traitement. Je lui proposais de s'allonger sur une table d'examen : voilà le premier ictère de ma vie. Elle est morte en s'allongeant. Certes, j'avais déjà diséqué des cadavres, mais cette femme s'est éteinte sous mes yeux sans que je ne puisse rien faire. L'infirmière et l'interne, accourus dans la salle, criaient des ordres auxquels je tentais d'obéir ; puis, tout de suite, arrivèrent le chef de clinique du service de Médecine, le réanimateur de garde, l'anesthésiste, le cardiologue, la surveillante qui passait par là pour compléter le planning du prochain week-end, et le gastro-entérologue énervé qui est entré en coup

Denis Vallée\*

\* Centre Monceau,  
91, rue Saint-Lazare, 75009 Paris.  
Renseignements : [info@centre-monceau.com](mailto:info@centre-monceau.com)  
([www.centre-monceau.com](http://www.centre-monceau.com)).

de vent avec sa valise à endoscopie juste pour vérifier qu'il n'y avait plus rien à faire. La technicité de ces professionnels qualifiés du service des Urgences d'un des hôpitaux appartenant à l'un des plus grands Centres Hospitalo-Universitaires de l'Assistance publique de Paris ne pouvait rien. On était tous là en vain à s'agiter sur ce pauvre corps qu'on avait sans ménagement mis à nu en déchirant les vêtements pour atteindre plus vite le cœur. On était en train de le transpercer de sondes et de cathéters, de l'intuber, pour surmonter notre sentiment d'impuissance commune : malgré l'évidence de sa mort, il ne fallait pourtant pas baisser les bras. Mon esprit se détacha de cette scène et je fus comme une sorte d'automate, fasciné par cette situation surnaturelle organisée autour de cette femme inconnue et

dont je savais déjà, par je ne sais quelle intuition, que jamais elle ne retournerait chez elle. Je sus tout à coup pourquoi je voulais devenir médecin, pas pour toute cette technique qui tentait de la ramener à la vie, mais pour ce contexte intense dans lequel était en train de se jouer le combat incroyable de la vie et de la mort. Quand ils furent tous partis, je restai seul face à cette femme, face à notre impuissance et à notre incapacité à tous. Ce dossier sur la mort dans la famille que, Anne Solenn, tu organises pour ce numéro de *Généralions*, est pour moi une invitation à une sorte de promenade intérieure au cours de laquelle s'entremêlent des souvenirs de rencontres avec des malades ou des collègues qui ont influé sur mes orientations, des réminiscences du début de ma formation à l'approche systémique, qui allait se transformer

# Dossier

## La mort désignée



en un long cursus, axe central de ma pratique, mes lectures, la mémoire des lieux de soins, souvent des hôpitaux psychiatriques, mais pas toujours, dans lesquels la mort et le suicide étaient omniprésents. J'ai appris durant tout ce temps à ne jamais avoir peur du suicide et des tentatives de suicide alors que certains de mes collègues paralysés m'avouaient leur frayeur lorsqu'ils évoquaient l'éventualité d'une telle issue pour leurs patients. Je ne considère jamais ces passages à l'acte comme l'expression d'un chantage ou bien d'une menace contre les soignants comme c'est encore trop souvent le cas. Les suicidants et les suicidés ne s'attaquent jamais directement aux professionnels qui souhaitent les sauver malgré eux. Très vite, j'ai compris que le phénomène "tentative de suicide" et, plus encore, le "suicide" échappent totalement à tous les désirs de contrôle de la part du monde social et médical. Il est plus facile de parler des morts par accidents de voiture que des suicidés qui sont pourtant deux fois plus nombreux. Les campagnes de prévention, de répression, d'éducation témoignent de l'intérêt social pour les premiers et de l'oubli des seconds. Les suicidants hospitalisés durant des jours, alors qu'ils sont le plus souvent dépourvus de toute affection mentale, subissent des traitements dont tout le monde sait qu'ils n'ont qu'une faible efficacité ; les hospitalisations ne servent bien souvent qu'à apaiser les craintes des praticiens par rapport au risque de récurrence. Je me rappelle aussi, un lundi matin, dans le même hôpital, lors d'un stage en service de Psychiatrie, tout là-haut, sous les combles, une patiente qui avait tenté de se suicider au cours du week-end ; elle était psychiatre et je me suis demandé si j'avais eu une bonne idée de choisir de m'orienter un jour vers la psychiatrie. Je me souviens encore d'un soir d'hiver, alors que je débutais une garde de nuit dans un établissement psychiatrique de la MGEN, la clinique du Lac à Rueil-Malmaison, où une jeune femme, à peine âgée de vingt ans, était venue durant quelques minutes à l'infirmierie pour prendre ses médicaments et discuter un moment. Rien ne laissait présager ce qui allait advenir. Je la retrouvai peu après, lors de la première ronde, pendue au moyen d'un foulard qu'elle avait accroché à la fenêtre de sa chambre. En me précipitant vers elle pour la libérer, je sus qu'elle était morte, déjà. Les gestes de survie étaient dérisoires ; on attendait le SAMU qui ne fit que confirmer la mort par pendaison. Elle fut mon premier contact avec le suicide. Elle ne nous avait rien dit, rien demandé ; elle avait fait

comme si tout allait bien. Quelque temps plus tard, au début des années quatre-vingt, je rencontrai Jean-Claude Oualid à la clinique Dupré à Sceaux où nous faisons tous les deux notre stage interne. Nous décidâmes, conseillés par Thérèse Lamour alors médecin-chef d'une unité d'hospitalisation d'adolescents, d'entamer une formation à l'approche systémique et aux thérapies familiales. C'est à cette occasion que je rencontrai pour la première fois Irène Soboul et Bernard Prieur. Parallèlement, ce sont Jean-Claude Oualid et Michel Monroy qui, à partir des Urgences de l'hôpital de Villeneuve-Saint-Georges, eurent l'idée de relier la tentative de suicide à une prise en charge des suicidants et de leur famille, à une époque où la psychiatrie dans sa globalité n'arrivait pas à se détacher de la dimension sociologique du suicide et des tentatives de suicide. Les psychiatres étaient incapables de définir des structures psychopathologiques cohérentes et toutes les données, essentiellement statistiques et d'ordre social, concernant les suicidants et les suicidés s'organisaient autour de leur personne. À la fin du vingtième siècle, les tentatives de suicide sont parmi les conduites qui, pour les cliniciens, suscitent encore le plus d'interrogations quant à leurs sens et à leurs causes. L'inquiétude s'accroît encore lorsqu'on parle des tentatives de suicide et des suicides des enfants et des adolescents, mais on reste toujours avec l'idée que le "suicide réussi" ne représente qu'une étape de l'évolution clinique qui va de l'idée de mort non exprimée jusqu'au suicide accompli en passant par les tentatives de suicide. Avec Jean-Claude Oualid, nous élaborâmes un protocole de thérapie brève de familles de suicidants. Ce protocole consistait, après la remise d'une convocation à une consultation familiale par l'interne des Urgences, à recevoir le suicidant et son entourage familial pour trois entretiens : le premier, le plus tôt possible après la tentative de suicide, le second, une semaine après et le troisième entretien, un mois plus tard. Près de la moitié des familles auxquelles on propose de façon systématique une telle convocation honorent ce rendez-vous. Dès le début de cette expérience, on note l'importance du délai entre la convocation et la date de l'entretien familial : plus le délai est bref, plus le taux de familles qui participent est grand. La moitié des familles venues au premier entretien familial viennent au second et, de même, la moitié de

celles-ci participent au troisième rendez-vous. Proposer une prise en charge des familles de suicidants a pour effet de lutter contre la banalisation et la dénégation, de recadrer la tentative de suicide dans le contexte relationnel familial et d'abaisser, de façon significative, le risque de récurrence pour le suicidant et les autres membres de sa famille. Plusieurs équipes de thérapeutes familiaux, dans les hôpitaux de Villeneuve-Saint-Georges et de Poissy, puis, plus tard, à l'hôpital de Longjumeau et à la clinique Dupré, utilisèrent ce protocole comme base de leurs interventions, en l'adaptant aux différents contextes institutionnels. Puis, un groupe de travail où participaient des collègues travaillant dans différentes institutions s'est organisé pour modéliser la prise en charge des familles de suicidants ; il y avait, entre autres, dans ce groupe, Serge Hefez, Patrick Chaltiel, Jean-Clair Bouley, Elida Romano, Suzanne Czernichow, Julie Aussenberg, Arnaud Marty-Lavauzelle et Irène Soboul. À Villeneuve-Saint-Georges, une autre équipe, autour de Michel Monroy, travaillait sur les mêmes thèmes. Parallèlement à ces groupes de réflexion et de pratiques, Jean-Claude Oualid crée l'association "Impasse et Devenir" pour faire la promotion de la prise en charge des familles de suicidants. J'ai écrit deux articles sur ce thème qui sont parus dans la revue *Synapse*, dont je dois le titre à Patrick Chaltiel, puis dans *Génération*. Je n'ai pas le sentiment de pouvoir dire des choses vraiment nouvelles mais, aujourd'hui, les notions de transactions suicidaires et mortifères, qu'à l'époque je tentais de définir, étaient une facilité, disons pédagogique, dans la mesure où j'avais remarqué que les familles qui consultent pour un problème de tentative de suicide sont totalement différentes de celles qui consultent pour le suicide d'un de leurs membres. La tentative de suicide représente une sortie hors du milieu familial : c'est un aller-retour qui préfigure le départ de la personne hors de son système d'origine. L'enfant qui grandit, devenu adolescent puis jeune adulte, achève sa maturation dans le monde extérieur mettant en crise l'ensemble de sa famille. L'aide que peuvent apporter les parents à la croissance d'un enfant s'arrête au moment où ce dernier doit aller hors du cercle familial pour se lier à des étrangers et des étrangères avec lesquels il nouera des liens de natures diverses qui pourtant possèdent tous la

même caractéristique : celle de contenir leur propre fin. Contrairement aux liens de sang, théâtre des premiers pas de l'autonomie, qui jamais ne se rompent, ces relations exogames peuvent se défaire : la séparation, la rupture et le divorce sont possibles. Je percevais la transaction suicidaire comme une modalité particulière de l'autonomie, incluant tous les membres de la famille, où la menace de départ, la menace de sortie, connotent la menace de mort du suicidant qui, elle-même, est en lien avec les menaces de séparation, de rupture ou de divorce qui existent dans le couple parental. La transaction suicidaire représentait une forme de refus et de dénégation de tout le système familial à propos de la vulnérabilité de cette relation particulière entre les parents. Cela impliquait une banalisation du lien conjugal qui se retrouvait à un même niveau que les liens filiaux ou parentaux. Par cette critique de la transaction suicidaire, j'adhère maintenant aux remarques que Serge Hefez et Didier Destal m'ont faites il y a quelques années au cours d'un débat lors d'une présentation à un séminaire de la SFTF (\*) sur l'incohérence à vouloir recréer, de fait, une nosographie qui concerne les relations. Le modèle systémique se démarque clairement des autres approches psychothérapeutiques en refusant des classifications qui enferment les thérapeutes et les familles qui les consultent. Alors, *exit* les transactions suicidaire et mortifère, mais il n'en demeure pas moins qu'il existe une véritable différence entre la prise en charge familiale des tentatives de suicide et celle des suicides. Si nous avons fait d'énormes progrès dans la prise en charge des familles de suicidants ces vingt dernières années, par contre, nous n'avons pas actuellement, à mon sens, les moyens, tant sur le plan théorique que sur celui des techniques d'intervention, de prévenir ou de guérir les familles qui consultent pour des problèmes de suicide. Nous sommes totalement démunis face à l'enjeu de santé publique que représente le suicide. De nombreux collègues sont encore à observer le phénomène comme la Canadienne Viviane Janouin-Benanti qui collectionne les histoires cliniques sans les relier entre elles et qui propose des auto-questionnaires, ou comme Michel Debout qui souhaite mener une lutte contre la solitude, la culpabilité et la honte. Inclure le suicide dans les phénomènes d'idées de mort et de tentatives de suicide est une erreur, la Conférence de Consensus sur le sujet maintient la confusion de tous les niveaux de mort entre eux. On ne parle et on ne traite qu'une seule et même chose dans

le concept de "crise suicidaire" alors qu'il y a tant de différences entre les idées de mort qui germent dans la tête de quelqu'un, la menace de mort d'un sujet, la mort du sujet, les menaces pesant sur les relations intrafamiliales (la notion de "mort de la relation" reste à discuter et, à ce jour, n'a pas fait beaucoup de débat parmi nous) et la mort de la famille. Chaque thème devrait être abordé différemment et Jacques Miermont inclura certainement pour la prochaine édition du "Dictionnaire" un article sur les "Tentatives de suicide" entre "Tactiques thérapeutiques" et "Territoire, Territorialité" et complètera celui sur le "suicide" des apports récents de l'approche systémique. Les phénomènes que ces deux notions englobent touchent suffisamment de monde — elles impliquent la grande majorité des thérapeutes familiaux — pour que nous sortions d'une vision thérapeutique limitée et linéaire alors que la systémie est une des réponses possibles au problème des tentatives de suicide. Nous sommes à l'aube d'une nouvelle science qui reste à construire, une "suicidologie" moderne pour sortir de l'étroit chemin que clôture d'un côté la sociologie et, de l'autre, l'approche psychodynamique. Vingt ans après, de notre lointain passé, ressurgissent les concepts que nous avons élaborés tous ensemble à Villeneuve-Saint-Georges, à Poissy, à Longjumeau, à la clinique Dupré à Sceaux, et surtout est réactivé le protocole que nous avons nommé "Thérapie Brève de Familles de Suicidants" (protocole TBFS) qui, de nouveau, se retrouve d'actualité. En effet, depuis l'année 2001, fonctionne une consultation qui prend en charge spécifiquement, au Centre Monceau de Paris, des familles de suicidants grâce au soutien financier de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Île-de-France (CRAMIF). La demande initiale émane de la CRAMIF pour prendre en charge les suicidants et leurs familles ; ses représentants supervisent également la mise en place et le suivi de ce projet. C'était l'occasion rêvée de relancer le projet de prise en charge des familles selon le protocole de thérapie brève de familles de suicidants. Ce qui a intéressé le plus la tutelle est que ce projet clinique met en avant le rôle essentiel de la famille dans les tentatives de suicide et les suicides ainsi que la nécessité d'une prise en charge précoce de ces familles le plus près possible du passage à l'acte suicidaire. Un partenariat est recherché et une convention est signée entre le service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent du Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière (représenté par le Pr Philippe Mazet, chef

de service, et le Dr Jean-Marc Baleyte, praticien hospitalier) et le Centre de Thérapie familiale Monceau. Le Centre Monceau met en place les moyens matériels nécessaires à l'accueil, aux consultations avec les familles de suicidants et crée une équipe opérationnelle de cliniciens pour recevoir ces familles : elle est composée de Raphaële Miljkovitch, maître de conférences à l'Université Paris-VIII en Psychologie clinique et Psychopathologie et chef de projet de recherche sur l'attachement dans le service universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent à Lausanne (Suisse) et de Catherine Reinhard, psychologue clinicienne et formatrice qui participe déjà au projet de prise en charge des familles adressées par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Comme dans le protocole élaboré dans les années quatre-vingt, il s'agit de proposer systématiquement à un maximum de familles une série de trois entretiens menés par des thérapeutes, psychiatres ou psychologues du Centre Monceau. Ces entretiens consistent en la réunion tous ensemble des membres de la même famille durant une heure : le premier, le plus tôt possible après la tentative de suicide, le second, éventuellement, si la famille le demande et en accord avec le thérapeute, une semaine plus tard, le troisième, si la nécessité s'en fait sentir, un mois après. Ces entretiens familiaux sont proposés en plus des soins médicaux et psychiatriques adaptés à la situation et dispensés dans les services spécialisés qui adressent les familles au Centre Monceau. Une convention est d'ailleurs passée avec chaque établissement dans laquelle est réaffirmée la prise en charge individuelle, médicale et psychiatrique du suicidant, parallèlement à la prise en charge de la famille au Centre Monceau. Les buts du protocole de thérapie brève des familles de suicidants sont ceux qui ont présidé à son élaboration : il s'agit de réunir pendant une heure tous les membres de la même famille dont l'un des membres a tenté de se suicider. Ce protocole de thérapie brève de familles de suicidants permet de lutter contre les phénomènes de banalisation et de dénégation du passage à l'acte suicidaire. Il concerne tous les membres de la famille dans le même processus relationnel dont la tentative de suicide n'est que l'une des manifestations. Ces (trois) séances familiales sont l'occasion d'un recadrage qui sort le patient d'une désignation individuelle dans laquelle il pourrait se sentir enfermé par les siens, surtout lorsqu'il existe des récurrences. Le but de ces entretiens est également d'encourager les membres de ces familles à reconstruire un

# Dossier

## La mort désignée



réseau relationnel familial et social, surtout pour celles qui ont un mode de fonctionnement relationnel particulièrement rigide. Lorsqu'une famille consulte parce que l'un de ses membres a tenté de se suicider, le thérapeute est confronté à une difficulté relationnelle propre à tous les passages à l'acte. Celle-ci peut s'exprimer de la manière suivante : "Comment parler ensemble, dans la salle de thérapie, d'une chose dont les membres de la famille n'ont pas pu parler à la maison ?" D'ailleurs, si la famille avait eu la possibilité de le faire, la tentative de suicide n'aurait peut-être pas eu lieu et toutes ces personnes ne seraient pas venues en thérapie. Les tentatives de suicide surviennent dans des familles qui sont généralement dépourvues de tout dysfonctionnement relationnel ou bien de toute symptomatologie psychiatrique. Ce sont souvent de familles qui ont l'apparence de la normalité relationnelle et pour lesquelles rien de particulièrement significatif, sur le plan de leur organisation, de leur structure ou bien de leur fonctionnement, n'est relevé. Jamais ces personnes n'auraient consulté spontanément et elles se demandent comment un tel passage à l'acte a bien pu survenir dans leur famille que rien ne prédisposait à être confrontée à une telle épreuve. Les parents sont surpris par la brutalité de survenue de la tentative de suicide et ils s'interrogent sur leur éventuelle culpabilité, sur ce qu'ils ont bien pu faire pour provoquer une telle réaction. Ils recherchent dans le passé récent de leur enfant une cause facilement identifiable qui pourrait expliquer la tentative de suicide. Parfois, au contraire, les interventions familiales permettent de constater qu'un ou plusieurs membres de la famille présentent des troubles psychopathologiques graves et que le passage à l'acte suicidaire s'inscrit dans une dynamique familiale rigide, où les tensions conflictuelles sont déjà vives. Les conduites suicidaires apparaissent alors comme des conduites apprises. Dans ces cas, le protocole de thérapie brève des familles de suicidants aura pour but de diminuer ces tensions relationnelles et, éventuellement, de proposer aux familles une prise en charge spécifique si elle n'existe pas déjà (prise en charge individuelle du ou des patients de la famille, thérapie familiale, etc.). Six mois après le dernier entretien familial, une évaluation est proposée après le recueil du consentement de la famille. Cette évaluation se fait par un entretien téléphonique dont la date est convenue à l'avance entre le thérapeute et la famille lors de la dernière rencontre avec celle-ci : l'interlocuteur répondra à un formulaire

préétabli. Au cours de l'année 2002, l'équipe thérapeutique a réalisé 462 consultations familiales qui ont concerné 1 401 personnes. Chaque famille reçue dans le cadre du protocole comportait environ 3 personnes. Ces 462 consultations ont concerné 171 familles différentes. Un premier groupe de familles, représentant 56,2 % des familles, a assisté à 1 ou 2 entretiens familiaux. Un second groupe de familles, représentant 35,7 % des familles, a assisté à 3 entretiens familiaux. Donc, l'énorme majorité des familles, soit près de 90 % de la population de familles qui a consulté durant l'année 2002, a pu voir son problème de tentatives de suicide traité en 3 séances familiales au plus. Nous avons conscience que le suicide demeure le parent pauvre de la recherche en psychothérapie et, comme nous l'avons dit plus haut, tout reste encore à faire et, notamment, créer des outils d'intervention à partir d'une modélisation qui intègre des concepts nouveaux pour sortir de l'impasse conceptuelle dans laquelle la médecine se trouve actuellement enfermée.

(\*) SFTF : Société Française de Thérapie Familiale.

### Bibliographie

- Debout M. *La France du suicide*. Stock, Paris, 2002.
- Fédération Française de Psychiatrie. Conférence de consensus, 19-20 octobre 2000, hôpital de la Salpêtrière, Paris. *La crise suicidaire. Reconnaître et prendre en charge*. FFP/John Libbey Eurotext.
- Janouin-Benanti V. *Suicide, modes de prévention*. Isabelle Quentin Éditeur, Québec, 1999.
- Miermont J. (dir.). *Dictionnaire des Thérapies Familiales*. Payot, Paris, 2001.
- Miljkovitch R. *L'attachement au cours de la vie*. PUF, Paris, 2001.
- Moron P. *Le suicide*. PUF, coll. "Que sais-je ?", Paris, 1987.
- Oualid J.-C., Monroy M. *La tentative de suicide : une urgence familiale*. Psychologie Médicale, 1986 ; 18 (6) : 927-928.
- Oualid J.-C., Vallée D. Lutz B. *Protocole de thérapie brève des familles de suicidants : bilan à un an*. Psychologie Médicale, 1988 ; 20 (3) : 422-423.
- Palazzolo J., Chavanis M.-A., Hatem N., Rey C. *Abord thérapeutique des tentatives de suicide de l'adolescent*. L'Information

Psychiatrique, 2000 ; 76 (9) : 1031-1038.

• Vallée D. *Transactions suicidaires et transactions mortifères : deux modalités de l'autonomie*. Générations, 1988 ; 13 : 41-43.

• Vallée D. *Morts en sursis : l'individuation dans les familles mortifères*. Synapse, 1991 ; 75 : 21-23.

# Coup et après-coup de la mort de son psychanalyste

**Je ne peux parler du coup et de l'après-coup de la mort de son psychanalyste sous l'angle d'une réflexion large. Je ne peux que me glisser dans les pas de ceux et celles qui furent dans leur être atteints par la mort.**

**Dans la mesure où je parle pour la première fois après le décès, certes, de trois psychanalystes, mais qui sont aussi pour moi des personnes proches, j'ai choisi de ne pas faire l'économie du temps de l'expression personnelle, ni du temps public de l'hommage rendu. J'ai donc choisi la forme invoquante et adressée. Comme Jean Allouch l'a fait remarquer hier, je leur donne de l'être — je donne de l'être à ceux et celles qui ont été rencontrés par la mort alors qu'ils étaient en pleine activité. Je ne voudrais pas, bien sûr, que cela ait un effet paralysant. Ceux dont je vais parler ne sont pas intouchables, loin de là. Moi non plus d'ailleurs. Vous pouvez m'interroger. Moi qui les ai côtoyés de près, je me prête ce matin à essayer de livrer quelques éléments à votre écoute et à votre discussion, de sorte que ce qui m'a appartenu puisse appartenir au plus grand nombre.**

**P. Hassoun\***

\* Psychanalyste libérale,  
membre du Cercle Freudien,  
64, rue Vergniaud, 75013 Paris.

Je situerai mon intervention au niveau d'une pratique, du cas par cas, forme inhabituelle de communication dans un colloque.

*"De la mort comme des couleurs, nous ne savons pas parler." (Albert Camus)*

*"La mort de Freud et celle de Lacan ne posent pas à l'analyste la question de ce qu'il reçoit de Freud et de Lacan, elles le sollicitent à déterminer ce qu'il va mettre de lui dans leurs tombes pour qu'ils soient bien les morts qu'ils sont et qu'il soit du coup lui, à sa place, le suivant qu'il est." (Jean Allouch) (\*)*

J'aimerais m'adresser à Jacques Hassoun, à Huguette Laurence Friedman et à Sylvie Nerson Rousseau.

Jacques, Laurence, Sylvie, c'est à vous que je vais m'adresser aujourd'hui. Je voudrais, pour commencer, vous lire ces pages, les dernières pages du livre d'Imre Kertész, *Être sans destin*, que vous n'avez pas eu le temps de lire.

*"À la suite de ces mots, le vieux Steiner s'anime en quelque sorte. "Mais qu'aurions-nous pu faire ?" demande-t-il d'une voix mi-irritée, mi-plaintive. Je lui dis que rien, naturellement ; ou bien, ajouté-je, n'importe quoi, ce qui aurait été aussi insensé que le fait que nous n'avons rien fait, de nouveau et toujours tout naturellement. "Mais, il ne s'agit pas de ça", dis-je, essayant de poursuivre, de leur expliquer. "Mais de quoi alors ?" demandent-ils, perdant déjà patience et je réponds, d'un ton de plus en plus irrité, je le sens : "Des pas." Tout le monde avançait pas à pas, tant que c'était possible : moi aussi, j'ai fait mes pas, pas seulement dans la file de Birkenau, mais déjà à la maison. J'ai avancé pas à pas avec mon père, et puis avec ma mère, j'ai avancé pas à pas avec Annamaria et aussi — et c'était peut-être les pas*

*les plus difficiles de tous — avec la sœur aînée. Maintenant, je pourrais lui dire ce que "juif" signifie : rien, du moins pour moi au début, jusqu'à ce que commencent les pas. Ce n'est pas vrai, il n'y a pas de sang différent ni autre chose, il y a seulement... Je bute, mais soudain je me rappelle les paroles du journaliste : il y a seulement des situations données et les nouvelles possibilités qu'elles renferment. Moi aussi, j'ai vécu un destin donné. Ce n'était pas mon destin, mais c'est moi qui l'ai vécu jusqu'au bout, et j'étais incapable de comprendre que cela ne leur rentre pas dans la tête : que désormais je devais en faire quelque chose, qu'il fallait l'adapter à quelque chose, maintenant, je pouvais ne pas m'accommoder de l'idée que ce n'était qu'une erreur, un accident, une espèce de dérapage, ou que peut-être rien ne s'était passé. Je voyais, je voyais très bien qu'ils ne comprenaient pas trop, mes paroles n'étaient pas vraiment à leur goût, l'une ou l'autre semblait même les irriter. Je voyais que M. Steiner était prêt de temps en temps à intervenir, parfois même à bondir, je voyais l'autre vieux le retenir et je l'entendais lui dire : "Laissez-le : vous ne voyez pas qu'il veut simplement parler ? Laissez-le parler, allons", et je parlais, en vain peut-être, et aussi un peu à tort et à travers. Néanmoins, je leur ai fait comprendre qu'on ne pouvait jamais commencer une nouvelle vie, on ne peut que poursuivre l'ancienne. C'est moi qui avais marché pas à pas et non un autre, et j'ai déclaré que j'avais toujours été honnête dans mon destin donné. La seule tache, la seule ombre au tableau, dirais-je, le seul hasard qu'ils pouvaient peut-être me reprocher, c'était que nous étions là en train de discuter — mais ça, je n'y pouvais rien. Ils voulaient que toute cette honnêteté et les quelques pas que j'avais faits auparavant perdent tout leur sens ? Pourquoi cette soudaine volte-face, pourquoi cette résistance, pourquoi ne voulaient-ils pas admettre ceci :*

# Dossier

## La mort désignée



*s'il y a un destin, la liberté n'est pas possible ; si, au contraire, ai-je poursuivi de plus en plus surpris et me piquant au jeu, si la liberté existe, alors il n'y a pas de destin, c'est-à-dire — je me suis interrompu, mais juste le temps de reprendre mon souffle —, c'est-à-dire qu'alors nous sommes nous-mêmes le destin ; c'est ce qu'à cet instant j'ai compris plus clairement que jamais. Je regrettais un peu de me trouver face seulement à eux et non à des adversaires plus intelligents, plus dignes pour ainsi dire. Mais c'était eux qui étaient partout — du moins à ce qu'il me semblait à cet instant-là —, en tout cas, ils étaient là lorsque nous avons fait nos adieux à mon père. Ils avaient eux aussi fait leurs pas. Eux aussi savaient à l'avance, eux aussi voyaient tout à l'avance, eux aussi avaient pris congé de mon père comme s'ils l'avaient déjà enterré, et ensuite ils s'étaient querellés pour savoir si je devais prendre le tramway ou l'autobus pour aller à Auschwitz... mais là, ce n'est plus seulement M. Steiner mais aussi le vieux Fleischmann qui bondit. Il essaie encore de le retenir, mais il en est incapable. "Comment ?" hurle-t-il, le visage empourpré, se frappant du poing la poitrine. "C'est peut-être nous qui sommes coupables, nous, les victimes ?" et j'essaie de lui expliquer : ce n'est pas une faute, il faut seulement l'admettre, modestement, simplement, uniquement eu égard à la raison, pour l'honneur, pour ainsi dire. On ne peut pas — il fallait qu'ils essaient de comprendre cela —, on ne peut pas tout me prendre, il m'est impossible de n'être ni vainqueur ni vaincu, de ne pas pouvoir avoir raison et de n'avoir pas pu me tromper, de n'être ni la cause ni la conséquence de rien ; je les suppliais presque d'essayer d'admettre que je ne pouvais pas avaler cette fichue amertume de devoir n'être rien qu'innocent (\*\*). Mais je voyais qu'ils ne voulaient rien admettre, et ainsi, prenant mon sac et ma casquette, après quelques paroles, quelques gestes embarrassés, mouvements inachevés, au milieu d'une phrase inachevée, je suis parti."*

J'arrête là ce très beau texte. Ces pages, que sûrement beaucoup d'entre vous ont lues, m'ont terriblement impressionnée. Elles viennent en finale du parcours d'Imre Kertész dans les camps, parcours qu'il situe non pas comme un accident de sa vie, mais dans sa vie, dont les pas ont commencé à l'adolescence. Le livre s'ouvre d'ailleurs sur lui-même adolescent.

Vous, Jacques, Laurence, Sylvie, amis frappés trop tôt par le destin, je voudrais,

comme le fait Imre Kertész, associer votre liberté à votre destin. Je ne veux pas dissocier votre destin de votre vie, ni dissocier votre pas final de l'ensemble de vos autres pas, même si aujourd'hui c'est autour de ce pas final et de ses résonances dont j'aimerais tirer enseignement.

Je vais d'abord m'adresser à Jacques. Jacques, tu avais écrit sur le carnet de ton ami Nourredine Saadi, lorsque vous vous étiez retrouvés à la maison des Caraites à Jérusalem : "Seul celui qui se souvient sait." Je vais essayer, Jacques, de me souvenir. Je vais essayer ici de ne pas tout te prendre, de ne pas t'innocenter, même si je suis étrangement tentée de te remercier. Je sais qu'en te remerciant, je risque de t'enfoncer un peu plus dans la tombe mais je ne peux pas ne pas le faire.

Ton destin, ta liberté a été de me faire côtoyer la mort de près. Ce pourquoi je voudrais te remercier, c'est que depuis lors je n'ai plus peur. D'avoir côtoyé la mort de près me permet, depuis, de vivre au présent le présent. D'avoir côtoyé la mort de près m'a, d'une certaine façon, légitimée. Jusqu'alors j'étais, j'existais, mais je ne me sentais pas légitimée, comme s'il y avait, noué au plus profond de moi, un reste de pulsion de vie qui ne voulait pas vivre pour ne pas risquer la mort. Mais celle-ci est venue au-devant de moi, s'est imposée à moi sans détour possible et m'a forcée à m'affronter avec elle. Du coup, la pulsion de vie captée dans un reste de mélancolie s'est dénouée. Pas tout de suite, quelque temps, deux ans, après la mort réelle. Ce point de mélancolie qui était un deuil primaire, méconnu et dénié, qui me faisait me ressentir comme une sorte de voleuse de vie et qui me rendait impossible d'introduire la fiction a été comme réinterpellé et retravaillé par le deuil actuel. En élaborant l'un, j'ai retrouvé l'autre et m'en suis libérée. Je n'ai plus peur. J'ai le droit d'être, de parler aux gens, de penser, d'avoir des opinions et des convictions.

Je disais plus haut que depuis ta mort, je suis présente au présent. Étrange de dire cela, alors que tout devrait me ramener au passé, ce qui n'est pas faux. Beaucoup me ramène au passé comme lieu où la vie était ; beaucoup me ramène au passé comme vie passée et perdue et encore plus désirable, peut-être le bonheur. Être présent au présent, c'est ne plus

attendre de l'autre sa source de vie. C'est grandir ; c'est ne plus dépendre de l'autre pour vivre. C'est être entier à soi tout seul. Soit. En un sens, c'est bien, mais c'est aussi être privé de l'attente, être privé d'un réel, être privé de l'attente comme réel, du lien à l'autre comme réel. La privation d'attente est cruelle.

Il y a autre chose, Jacques, que tu m'as fait connaître de près. C'est ce corps à plusieurs (\*\*\*) que j'ai constitué avec toi au cours de ta maladie pour être plus forte au combat. Ce corps à plusieurs, je l'ai toujours désiré. Il était comme un bonheur perdu : le corps avec ma mère, avec ma sœur jumelle, avec l'amant. Je l'ai toujours désiré et bien sûr, à peine entrevu, il disparaissait. Mais là, avec toi, face au combat, il était là, certes au prix de la mort annoncée. Il était là. Cela a eu lieu. Et cela reste comme une force — c'est peut-être là aussi que j'ai trouvé mon assurance.

Et toi, Jacques, je t'ai vu constituer ce corps à plusieurs, non seulement avec moi, non seulement avec tes enfants, non seulement avec tes amis, mais aussi avec tes patients. Tu as voulu continuer à les voir jusqu'au bout. Tu avais perdu l'usage d'une parole fluide et claire. Tu étais sujet à de brusques chutes ; ton visage était considérablement modifié et pourtant tu voulais coûte que coûte continuer à recevoir tes patients. Moi, ta femme, mais aussi psychanalyste, connaissant la détresse, le mal-être, l'angoisse dans lesquels on peut être quand on est patient, raisons pour lesquelles on vient justement parler à un psychanalyste, j'en devins de plus en plus inquiète, m'identifiant aux patients qui trouvaient en face d'eux un homme très malade et non pas un homme fort, capable de recevoir leur angoisse, leur transfert négatif. Je pensais que tu exagérerais, qu'une fois de plus tu ne pensais qu'à toi, que tu ne pensais pas à tes patients (j'allais dire "aux pauvres patients"), qu'il fallait savoir renoncer, qu'au moins une fois dans ta vie, il faudrait que tu saches renoncer. Mais non, tu ne renonçais pas, ta logique était autre... Jusqu'au jour où je décidais en moi-même, puisque je n'y comprenais plus rien, de me fier à toi et à eux, de laisser faire. Je comprendrai plus tard. Pour le moment, il me fallait ne rien faire. J'ai pensé que toi, Jacques, et surtout les patients, vous saviez mieux que moi ce qu'il fallait faire, que vous étiez malgré

le transfert, ou à cause du transfert, chacun en position de vous situer. Et surtout, j'ai pensé que c'était votre affaire, une affaire qui nous dépassait tous. Bien sûr, j'ai récupéré, soutenu l'un ou l'autre patient qui appelait au téléphone ou venait me chercher pour une aide, mais sans plus, sans intervenir au-delà de ce qui m'était demandé par eux et par toi.

Il y a eu, bien sûr, des départs vers d'autres analystes, mais ce que j'ai reçu comme témoignage de la part de tes patients après ta mort a été surtout un remerciement de leur avoir permis de t'approcher de si près et de constituer avec toi ce corps à plusieurs faces au combat. Tu les as quittés en leur permettant d'emporter quelque chose de toi qui était ce qu'ils avaient apporté d'eux-mêmes pour ce dernier combat. Tu leur as donné comme un viatique qui, selon la définition du *Petit Robert*, est une provision d'argent pour le voyage. Pour leur voyage, après ton départ, dans leur propre vie, tu leur as donné une provision, quelque chose à emmener avec eux, de même que pour ton voyage à toi. Enfin, c'est ainsi que j'aime me l'imaginer. Ce voyage qui m'a fait écrire sur ta tombe une phrase d'Ungaretti que tu avais mise en exergue d'un chapitre de l'un de tes livres : "*Je reprendrai le chemin du monde. J'irai là où je suis étranger, là où ce n'est pas un sacrilège d'être curieux de soi dans les choses qu'on aime.*"

D'une certaine manière, tu as été jusqu'au bout égal à toi-même, travaillant l'analyse avec tes propres signifiants, les signifiants de la mort compris.

Ici, je pourrai m'arrêter, suspendre mon adresse pour remarquer que la question de la mort de l'analyste se pose aussi pour l'analyste. Le psychanalyste peut-il — et si oui, selon quelles modalités — introduire dans le transfert sa propre mort ? Si l'éternité n'a pas à être démolie car elle est constituante du transfert, comment la soutenir en non-dupe ? Car je pense que c'est de cela dont il s'agissait dans ces moments extrêmes : de soutenir en non-dupe l'éternité.

Cela me ramène à ce que Jean Allouch évoquait hier : le fait que le psychanalyste est le meilleur aimé car, premièrement, il loge la mort dans l'amour — j'ajouterais pour ce temps d'avant la mort — sans y succomber. Mais surtout, si près de la mort, il est encore celui qui loge la mort dans l'amour. Il est un lieu, une fonction de tenir les deux ensemble. L'amour aux loges de la mort n'en est que d'autant plus

grand. C'est peut-être ce dont Jacques avait besoin.

Deuxièmement, aimé, il s'exclut comme corps : le corps de Jacques était manifestement hyper-présent, pouvant faire penser que les patients aimaient Jacques en tant que personne. Mais cela ne suffit pas car je crois que lui et eux continuaient à jouer la carte de l'analyse. S'il n'y a d'amour que d'amour narcissique, ce qui "narcissisait" les patients, ce n'était pas seulement Jacques, mais Jacques "soutenant sa position d'analyste". Que Jacques déchoie dans son corps n'entamait en rien le transfert, au contraire pour certains, même si pour d'autres cela a été cause de frayeur. La cause de frayeur n'étant pas seulement la proximité de la mort, mais la capacité de soutenir cette exclusion du corps dans l'amour du transfert.

Je suivrai tout à fait Jean Allouch reprenant l'énoncé de Victor Hugo : "*Ne jetez pas ce qui n'est pas tombé.*" La maladie et la mort de Jacques Hassoun ne lui ont permis ni de tomber, ni de "désêtre" aux yeux de ses patients. La mort, comme il a été dit, a entraîné une fin sans fin.

Maintenant, peut-être que d'avoir, le temps de sa maladie, soutenu en non-dupe l'éternité a pu permettre à certains de ne pas enfermer leur analyste, ni s'enfermer eux-mêmes avec une figure idolâtrée du mort aimé. Je ne dis pas que c'est de l'avoir vu délabré. Il ne s'agit pas d'image abîmée. Il s'agit plutôt de ce qui dans son attitude était mis en jeu, par la fonction de la parole, d'une soutenance d'éternité sans en être le dupe. Reste l'errance.

Si on peut se demander : que faire pendant la maladie, que faire avec les patients, la question se pose aussi : que faire après ?

C'est toi, Huguette Laurence Friedman, partie toi aussi trop tôt, en pleine activité, qui m'as appris ce qu'il fallait faire, ou plutôt qui m'as appris ce qu'il fallait ne pas faire. Un jour, il y a douze ans environ, tu m'as demandé si tu pouvais donner mon nom comme analyste à un patient de Denise Demoy, décédée brutalement en pleine activité analytique. Tu m'as expliqué qu'après la mort de Denise Demoy, vous aviez avec quelques autres collègues — deux, je crois — décidé de recevoir les patients de Denise pour leur annoncer la mort de leur analyste et les revoir autant de fois que cela leur serait nécessaire, mais qu'en aucun cas vous ne seriez l'analyste de ces patients.

Toi qui avais souffert — tu m'en avais parlé à plusieurs reprises et tu as écrit à ce sujet —, toi qui avais souffert d'avoir été trop tôt, trop vite interpellée par ton propre analyste pour être passeur, pour faire partie de l'École freudienne ; toi qui, à peine l'analyse terminée, se faisais inviter à dîner par ton analyste, toi qui avais souffert d'une forme de non-respect du transfert que tu ressentais perdurer au-delà même de la fin de l'analyse, tu prenais soin du transfert des patients de ton amie et collègue Denise Demoy ; tu prenais soin du transfert encore en acte à l'égard de l'analyste décédée ; tu prenais soin du transfert à la psychanalyse.

Tu te comportais en psychanalyste, quitte à ne prendre aucun patient de Denise Demoy sur ton propre divan. Et pourtant, ils insistaient ; ils avaient rencontré en toi une analyste, qui plus est une analyste qui connaissait leur analyste décédée, et ils ne voulaient pas te lâcher. Mais toi, tu les as amenés jusqu'à pouvoir te lâcher, eux qui venaient d'être confrontés à un lâchage brutal, eux qui venaient d'en être victimes. Je dis ce mot exprès car il est beaucoup repris de nos jours. Je le dis exprès pour dire qu'il n'y a pas de victime, ou plutôt la première victime est le mort lui-même. S'il y en a, il y a une élaboration à faire pour quitter cette position ou pour entendre quelle autre chaîne de victimisation elle fait entrer en résonance. C'est une souffrance, un cri qui est exprimé le plus souvent, plus qu'un retour sur soi sur le mode : voyez ce que l'autre m'a fait.

Quand le patient est arrivé chez moi, il avait certes perdu son analyste ; son lien avait été coupé au plus vif de son transfert, quelque chose de lui s'en était parti à jamais avec le départ de son analyste, la vie/la mort de laquelle il était protégé par le cadre de l'analyse avait fait irruption et avait fait éclater le cadre. Mais, il n'avait pas perdu confiance dans l'analyse. C'est une véritable demande d'analyse qu'il venait poser, poser chez une autre dont il attendait qu'elle soit aussi analyste que son analyste et que l'analyste qui l'avait reçu, toi Laurence. Lourde charge. Être à la hauteur, être cependant soi-même. Partir de ce que le patient livre dans l'actuel, alors que le patient porte en lui tout ce qu'il a déjà livré, tout ce qu'il a déjà traversé, alors que le patient porte en lui déjà toute une histoire analytique. Cette fois-ci, ce n'est pas lui qui a interrompu son analyse, pour toutes sortes de raisons dont il pourrait ou pas rendre compte, mais qui sont les siennes ; non, cette fois-ci, c'est l'analyste qui a interrompu l'analyse, et cela sans rai-

# Dossier

## La mort désignée



son, si ce n'est la raison définitive. Bien sûr, cela arrive toujours mal ; cela arrive justement à un homme lui-même abandonné par sa mère ; c'est ainsi qu'il le vivait, en fait donné par sa mère à sa grand-mère. Puis, à 5 ans, arraché brusquement au nouveau lien qu'il avait créé avec sa grand-mère pour être repris par sa mère.

Cela arrive toujours mal, cela arrive justement à un homme qui a souffert de ruptures affectives. Et, bien sûr, cela arrive toujours au mauvais moment.

L'analyse, c'est le cadre, mais ce n'est pas que le cadre. Quand le cadre vole en éclats, l'analyse ne vole pas pour autant en éclats, surtout pour ceux qui ont eu la chance de rencontrer un deuxième analyste qui ne recouvre pas le temps du choc, le temps du deuil, par une reprise immédiate du processus analytique. Il faut du temps pour que l'analysant se "reprenne", qu'il ne se laisse ni entraîner dans la tombe avec son analyste, ni entraîner vers l'idéalisation de son analyste mort, pour qu'il puisse véritablement s'adresser à une autre personne.

Laurence, tu m'as beaucoup appris. Tu m'as appris à réfléchir ; tu m'as appris à penser les relations entre l'intime, le privé et le public. Tu as su mettre en place un cardo, c'est-à-dire ce gong qui tient la porte entre le dedans et le dehors. Tu m'as appris le passage ; tu as su faire passer ces analysants encore sous le choc ; tu as su faire passer toi-même et les amis et collègues de Denise Demoy encore sous le choc ; tu as su leur donner et vous donner une modalité qui permette le passage. En essayant de penser au plus juste la conduite à tenir, qui doit prendre en compte que la mort n'interrompt pas le transfert à l'analyste, qu'après sa mort l'analyste reste l'analyste, comme l'a dit Georges-Henri Melenotte hier ; et aussi cependant prendre en compte que le processus analytique nécessite le rapport à un analyste réel, en essayant de penser ces deux choses ; tu maintiens la dimension humaine et la dimension analytique qui veut que l'on prenne le temps pour faire sien et porter au niveau de la parole — parole pleine, dirait Lacan — ce qui en fait garde sa mutité.

Et puis, il y a eu toi, Sylvie Nerson Rousseau, mon amie, emportée brutalement en six semaines, il n'y a même pas encore deux ans. Si brutalement que tu n'as pas pu dire au revoir à tes patients et qu'eux aussi n'ont pas pu te dire au revoir.

J'ai été des deux côtés : de ton côté et du côté de tes patients, à ton chevet. J'ai vu l'immense douleur que cela représentait pour toi. J'ai vu l'arrachement que tu traversais. J'ai vu l'angoisse devant cette responsabilité à laquelle tu étais engagée et que tu ne pouvais plus tenir. Avec toi, j'ai rédigé la lettre annonçant à tes patients que tu étais dans l'impossibilité de les recevoir, mais qu'un deuxième courrier leur parviendrait dans six semaines.

Tu n'as pas pu rédiger cette deuxième lettre car tu étais déjà partie, toi aussi, pour ce voyage sans retour. Sans recommandation pour chacun d'eux, tu n'en avais déjà plus la force et tu m'avais confié tes patients.

Pétrie d'effroi, le cœur serré, moi-même en pleine détresse, il n'était pas question que je me dérobe ; j'ai pris en main la responsabilité que tu m'avais confiée. Pourquoi à moi, pourquoi pas à d'autres ? Question sans réponse. Il n'y en aura pas de réponse et, Dieu sait, Sylvie, s'il me reste des questions à te poser et des choses à échanger avec toi, sur tes patients justement. J'ai alors rédigé une lettre adressée à chaque patient leur annonçant le décès de leur analyste et leur proposant de venir m'en parler. Je vous lis le dernier paragraphe pour vous expliquer dans quelle direction j'ai fait cette lettre : *"Tout en mesurant le choc et la perte que peut représenter pour vous sa disparition et sans effacer le temps de la tristesse et du deuil, je tiens néanmoins à vous dire que je suis à votre disposition si vous souhaitez que nous en parlions, ou pour vous guider dans le choix d'un nouveau parcours psychanalytique."*

Si j'ai pu formuler les choses ainsi, c'est forte de ce que j'avais appris de Huguette Laurence Friedman et appris, en négatif, d'autres patients moins chanceux qui s'étaient, par exemple, retrouvés en analyse avec la veuve de leur analyste. J'étais prête à cette fonction intermédiaire, fonction de passage, à laquelle j'avais déjà réfléchi grâce à Laurence Friedman et autour de la transmission des patients de Jacques Hassoun. Patients pour lesquels, étant la femme de Jacques Hassoun, je ne suis pas intervenue comme analyste, laissant à d'autres collègues cette tâche.

Sylvie, sache qu'un grand nombre de patients sont venus me voir, pour parler, parler de toi, comprendre ton décès si rapide, parler de leur chemin avec toi. Syl-

vie, j'ai eu des témoignages superbes sur ta manière d'entendre, de soutenir, de bousculer avec un mot d'humour.

J'ai eu des témoignages singuliers, tous uniques, sur l'analyse comme parcours et comme rencontre, même si pour l'un ou l'autre, j'ai eu aussi le témoignage de quelque chose d'eux qui n'avait jamais éclos. Transfert trop surmoïque ?

Je m'étais préparée une liste de collègues prêts à recevoir les patients qui souhaitaient poursuivre l'analyse. Il y en a eu quelques-uns pour lesquels il était essentiel, vital, de retrouver au plus vite l'adresse analytique de leur parole, mais pour la plupart, il était trop tôt. Le temps était à la pensée d'eux-mêmes et de la chère disparue.

Beaucoup m'ont dit à quel point la disparition de celle qui était le témoin de leur vie était éprouvante, comme une amputation. Beaucoup m'ont dit qu'il s'agissait là d'un lien unique, différent d'un lien à un être cher, d'un lien original. Beaucoup ont cherché à comprendre, à définir ce lien. Tant que la personne qui soutenait ce lien était là, ils n'y pensaient pas, mais maintenant que celle qui était à l'origine de ce lien n'était plus, ils voulaient en comprendre quelque chose.

Par ailleurs, souffrance aussi de se retrouver seul avec quelque chose d'intransmissible à leur entourage. Le psychanalyste n'a pas de statut social (la preuve : en général, il n'avertit pas ses patients de son enterrement). Comment parler, a-t-on même le droit, n'est-ce pas indécent de parler d'une peine, d'un lien si secret, si personnel ? Que peuvent en comprendre ceux qui n'ont pas fait l'expérience de ce lien analytique ?

Beaucoup ont exploré avec moi ce petit bout de soi parti avec la décédée, mais aussi ce petit bout de soi — un objet, une lettre, une parole — qu'ils auraient tellement aimé lui donner pour rendre la séparation plus abordable. Ce petit bout de soi vers la disparue, ils en étaient privés et se demandaient comment ils allaient faire pour s'en passer. C'est presque cela qu'ils trouvaient plus inhumain que la mort elle-même. C'est peut-être cela la fameuse mort sèche dont parle Jean Allouch, cette mort sans sacrifice de soi.

En suivant ces lignes, j'aboutis à la pen-



sée que le psychanalyste est plus préparé que d'autres à la mort, peut-être pas le psychanalyste mais la psychanalyse. Comme si la psychanalyse était une modalité du rapport à la parole et à l'autre qui incluait la mort, qui incluait la capacité de tenir face à la disparition.

La psychanalyse me semble être un processus de transmission dans lequel l'analysant ne reçoit pas de transmission de l'analyste — il n'y a pas de contenu —, mais plutôt dans lequel il reçoit la transmission d'une position à tenir dans la vie qui est celle d'un exil premier dû à la langue et d'un premier objet, ou jouissance, perdu. Il reçoit de l'analyste cette possibilité de déplacement, et surtout cette interrogation sur la tentation dans laquelle il se trouve — où nous nous trouvons tous — de s'offrir lui-même à la jouissance de l'Autre, l'Autre pouvant être la mort. Sans cesse est interrogé au cours de l'analyse ce désir de s'offrir comme objet à la dynamique érotique de l'Autre. Le psychanalyste se prête à cette tentation, y donne présence, voix, corps, sinon il n'y aurait pas d'analyse, mais sans s'y laisser enfermer, en réouvrant sans cesse la question par une interrogation constante de toutes ces formes de don de soi. Il s'autorise à cette parole parce qu'il la fonde non pas sur sa propre jouissance mais sur sa propre intégration de sa mortalité. Au nom de quoi parle-t-on d'acte psychanalytique et au nom de quoi des paroles, une position, peuvent faire acte pour le psychanalysant, si ce n'est au nom de ce qui dans l'acte ne se dérobe pas à la mort ?

Sylvie, si j'aboutis à cette pensée, c'est que je me demandais comment j'avais pu faire pour recevoir tes patients, non seulement comme celle qui t'avait côtoyée et auprès de laquelle on venait parler de toi, mais aussi comme psychanalyste. Je me demandais comment il n'était pas inhumain d'avoir été mise dans cette position. Je pense que la réponse est celle que je viens de développer : c'est ma position de psychanalyste ayant déjà intégré la mortalité qui me permettait, tout en reconnaissant la douleur de cette intrusion de la mort, non pas d'être différente mais de poursuivre.

Ce dont je peux témoigner, c'est que, pour moi-même, ces morts brutales n'ont pas remis en question — j'allais dire ma foi — mon rapport à l'analyse. Elles m'ont sidérée, coupée la parole publique — je n'aurais pas pu la reprendre plus tôt. Je ne peux d'ailleurs la reprendre aujourd'hui qu'après avoir écrit en septembre dernier un texte, simplement pour moi-même, sur

la problématique du retournement. Mais je pense que ces morts ne m'ont pas atteinte au cœur de ma capacité à être analyste.

Jacques, Laurence, Sylvie, j'aurais quand même préféré ne pas vous perdre.

Paris, le 15 juin 2003.

(\*) extrait de *Érotique du deuil au temps de la mort sèche* (EPEL, 1995).

(\*\*) Souligné par nous.

(\*\*\*) Séminaire de Françoise Davoine et Jean Max Gaudillère.

# Dossier

## La mort désignée



# Les réactions de la famille face à la mort\*

Extrait publié avec l'aimable autorisation des éditions ESF.

**La théorie des systèmes familiaux procure une perspective plus large de la mort que la théorie psychiatrique conventionnelle qui se centre sur la mort comme processus à l'intérieur de l'individu. La première partie de ce chapitre concerne le système de relation fermé entre le patient, la famille, les médecins et les méthodes de traitement familial qui se sont montrées utiles pour vaincre une partie de l'angoisse que crée la communication dans un tel système fermé. La deuxième partie s'intéresse au phénomène "d'onde de choc émotionnelle" qui est présent à quelque degré dans un pourcentage important de familles. Sa connaissance, qui est le résultat direct de la recherche familiale, procure aux professionnels une dimension différente pour comprendre l'interdépendance émotionnelle et les complications à long terme qui peuvent découler d'un décès dans une famille. La dernière partie s'intéresse à l'impact émotionnel des funérailles et à la manière dont un professionnel peut aider les parents survivants à atteindre un meilleur niveau de fonctionnement émotionnel en affrontant calmement l'angoisse de la mort.**

Quelle se fasse directement ou indirectement en cherchant des moyens de rester vivant et d'éviter de mourir, la réflexion sur la mort occupe plus de temps dans la vie d'un homme qu'aucun autre sujet. L'homme est un animal instinctuel et il a la même conscience instinctuelle de la mort que les formes inférieures de la vie. Il se conforme aux mêmes modèles instinctuels vitaux et

prévisibles que les autres êtres vivants. Il est né ; il grandit jusqu'à l'âge mûr ; il se reproduit, puis sa force vitale le quitte et il meurt. De plus, il est un animal doué de pensée grâce à son cerveau qui le rend capable de raisonner, de réfléchir et de penser de manière abstraite. C'est grâce à son intellect qu'il a pu mettre sur pied des philosophies et des croyances sur le sens de la vie et de la mort, ce qui l'amène à dénier sa vraie place dans le plan que la nature suit. Chaque individu doit en effet définir quelle place il occupe dans le schéma global et il doit accepter le fait qu'il mourra et sera remplacé par la génération suivante. Sa difficulté à trouver pour lui-même quelle est sa place dans le plan de la vie se trouve compliquée du fait que cette dernière est un fil qui se tisse avec celle des autres. C'est pourquoi cette représentation s'intéressera à la mort comme une des parties de tout ce qui se passe dans l'ensemble familial dans lequel chacun vit.

Il n'existe pas de manière simple pour décrire l'homme comme entrant en relation avec tout ce qui l'entoure. Au précédent chapitre de ce recueil, j'ai présenté ma manière de concevoir l'être humain comme un individu et en même temps comme faisant partie de l'amalgame émotivo-social dans lequel il vit. Selon ma théorie, le comportement humain de recherche de relations est maintenu pour une bonne part sous la férule des forces émotives instinctuelles automatiques plutôt que sous celles de l'intellect. Bien des activités intellectuelles ne servent en effet qu'à prendre des distances par rapport aux complexes formés par les instincts, les émotions et les sentiments et à fournir des explications qui justifient le comportement que ce complexe tient sous sa coupe. La mort biologique interrompt la vie et c'est pourquoi, de toute l'existence, il n'existe pas d'événement qui provoque plus de réflexions sous l'impulsion des émotions chez un individu donné et qui ne fait apparaître un tel degré de réactivité parmi ceux qui l'entourent. J'ai donc choisi le concept

de système de relations "ouvertes" ou "fermées", comme le moyen permettant de décrire de manière efficace la mort en tant que phénomène familial.

Un système de relations "ouvertes" est celui dans lequel une personne est libre de communiquer un fort pourcentage de ses pensées, de ses sentiments et de ses fantasmes, à quelqu'un d'autre qui peut en faire de même avec lui. Personne n'a jamais eu une relation complètement ouverte avec quelqu'un d'autre, mais c'est un signe de bonne santé que d'avoir au moins une bonne relation dans laquelle un degré assez grand d'ouverture demeure possible. Un bon pourcentage d'enfants a une relation de ce type. De même, des gens ont, pendant qu'ils se font la cour, un type de relation qui sera la plus ouverte de toutes celles qu'ils auront durant leur vie d'adulte. Mais après le mariage, dans le cadre de l'interdépendance qui se crée du fait de la vie commune, chacun des époux devient sensible à des sujets qui bouleversent l'autre. Tous deux vont en arriver à éviter instinctivement ces sujets sensibles et, peu à peu, la relation deviendra un système plus "fermé". Un système fermé de communication constitue un réflexe émotif automatique qui protège soi contre l'angoisse de l'autre, bien que la plupart des gens disent qu'ils évitent des sujets tabous pour ne pas bouleverser l'autre. Si les gens peuvent arriver à avoir confiance dans un savoir intellectuel plutôt que dans le réflexe automatique, ils arrivent à acquérir un certain contrôle sur leur propre réactivité à l'égard de l'angoisse de l'autre ; ils arriveront alors à parler de sujets tabous en dépit de cette angoisse et une saine ouverture se fera jour progressivement dans leur relation. Mais les gens demeurent des êtres humains ; la réactivité émotive continue à jouer comme un réflexe devenu impossible aux deux conjoints de faire machine arrière de leur propre chef. Et c'est alors qu'un professionnel bien informé peut se servir de cette tierce personne, agissant sur cet aspect magique de la thérapie familiale qui fait qu'une relation

M. Bowen

\* Extrait de Bowen M., *La différenciation du soi, les triangles et les systèmes émotifs familiaux*, ESF, 1984, chap. III, p. 105-121 (traduction française de *Family therapy in clinical practice*, Aronson, New York, 1978).

fermée s'ouvre.

Le premier de tous les sujets tabous, c'est la mort. Les personnes meurent seules dans un fort pourcentage de cas, prisonnières de leurs pensées qu'elles ne peuvent communiquer aux autres. Deux processus au moins jouent : l'un est intra-psychique et comporte un certain degré de déni, toujours présent et l'autre concerne le système de relation intime. Les gens n'arrivent pas à communiquer leurs pensées que pourtant ils ont, à moins de prendre le risque de bouleverser leur famille ou d'autres personnes. Il existe au moins trois systèmes intimes agissant autour du malade au stade terminal. L'un se situe dans le patient lui-même. Par expérience, on sait que chaque patient a l'impression dans ce cas de pouvoir faire obstacle à la mort et un fort pourcentage de gens a une connaissance qui constitue un savoir privé qu'il ne communique à personne. Un autre système intime est constitué par la famille. Celle-ci tire des médecins la plupart de ses informations auxquelles s'ajoutent des bribes en provenance d'autres sources ; ces informations sont amplifiées, déformées et ré-interprétées au cours des conversations au domicile. La famille met en place un système de communication à propos du patient, système soigneusement planifié et "rédigé" par elle. Ce communiqué se fonde sur l'interprétation familiale des comptes rendus qui lui parviennent et qui sont modifiés par la réactivité dont le patient fait preuve à l'égard de l'angoisse. L'autre type de communiqué consiste à chuchoter à portée d'oreille du patient quand la famille croit qu'il est endormi ou inconscient. Or, réciproquement, les patients se montrent très sensibles aux communications chuchotées. Enfin, le médecin et l'équipe médicale ont leur propre système de communication. Le système médical est supposé fondé sur des faits médicaux mais il est en fait influencé par la réactivité de la famille et de l'équipe elle-même. Les médecins s'efforcent certes de faire des comptes rendus aussi fidèles que possibles aux faits mais ces comptes rendus ne sont pas moins déformés par l'émotivité médicale et des efforts tels qu'essayer de convaincre en disant : "J'ai une bonne nouvelle à vous donner" ou "J'ai une mauvaise nouvelle à vous donner". Plus ce médecin présente de réactivité, plus il est probable qu'il donnera l'information dans un jargon médical que la famille n'arrivera pas à entendre ou bien il se montrera trop simpliste en se laissant emporter par son désir de rendre l'information aussi accessible que possible. Plus ce médecin est angoissé et plus il est probable qu'il en fera trop en parlant mais pas assez pour écouter ; et cela se terminera par un message vague et déformé, prenant faiblement conscience de la mauvaise perception qu'aura

pu avoir la famille de son message. Plus le médecin est angoissé et plus la famille s'enquerra de détails précis auxquels le médecin ne peut répondre. Les médecins répondent généralement à des questions précises par un luxe de généralités qui ratent leur but. Le médecin a avec le patient un autre type de communication : même le médecin en accord avec le principe de dire les "faits" au patient peut le faire avec tellement d'angoisse que le patient fait une réponse au médecin en tant que tel et non pas au contenu de l'information qu'il lui a donnée. Les problèmes se posent quand le système fermé de communication de la médecine se superpose au système fermé qui, lui, existe de tout temps entre le patient et sa famille et que l'angoisse se trouve décuplée par la menace que fait peser la maladie terminale.

Mon expérience de la mort remonte à quelque trente ans, lors de discussions approfondies sur la mort avec des patients suicidaires. Ils se montraient avides de parler à un interlocuteur sans préjugés et qui n'aurait pas à corriger leur manière de penser. C'est à partir de là que j'ai découvert que toutes les personnes gravement malades, et même celles qui ne sont pas malades du tout, sont reconnaissantes de l'occasion qui leur est offerte de parler avec quelqu'un de la mort. Les années passant, j'ai essayé dans ma vie pratique d'avoir de telles discussions avec d'autres malades gravement atteints, avec des amis et des gens que mes relations sociales m'ont amené à connaître et aussi avec les membres de ma famille étendue. Je n'ai jamais rencontré une personne qui n'ait pas été réconfortée au stade terminal de sa maladie par un tel type de discussion. Ceci contredit ce que l'on croyait auparavant en ce qui concerne la fragilité trop grande de l'ego pour supporter une telle épreuve dans certaines situations. J'ai même essayé avec des personnes dans des comas d'origines diverses. Les personnes au stade terminal se laissent glisser dans le coma. Et un bon pourcentage d'entre elles peuvent en ressortir pour communiquer quelque chose d'important. J'ai réussi à faire ainsi sortir de cet état un certain nombre de gens pendant un temps suffisant pour qu'ils puissent parler et exprimer leurs remerciements pour l'aide qu'ils en avaient reçue puis retourner immédiatement après dans le coma. Jusqu'au milieu des années soixante, la majorité des médecins s'opposait au fait de dire aux patients qu'ils avaient une maladie terminale. Au cours de la décennie passée, cet aphorisme médical le plus répandu s'est modifié en grande partie ; mais les attitudes dans la pratique médicale ne se sont pas faites au même rythme. La communication entre le médecin et le patient,

entre le médecin et sa famille et entre celle-ci et son malade reste à un niveau beaucoup trop faible, comme auparavant. Le problème fondamental est d'ordre émotif et ce n'est pas un changement de règle qui modifie automatiquement la réactivité émotive. Un médecin peut penser qu'il donne au patient des informations sur les faits mais dans le climat d'émotion, du fait de l'aspect brutal et vague de la communication, le processus émotif chez le patient lui-même, ce dernier n'arrive pas à "entendre". Le patient et sa famille peuvent prétendre qu'ils sont restés clairs les uns vis-à-vis des autres sans pour autant arriver à s'entendre à travers cette émotivité. Dans le cadre de ma pratique de thérapie familiale dans un centre médical, je suis fréquemment en contact à la fois avec les patients et leurs familles, et dans une moindre mesure avec les médecins. Au mieux, le système limité "patient et famille" est suffisant. Mais je crois que c'est la pauvreté de la communication entre le médecin et la famille et entre le médecin et le patient qui pose le plus de problèmes. C'est une situation qui se répète souvent de voir les médecins penser qu'ils communiquent clairement, mais ou bien la famille entend mal ou bien elle fausse le message et elle se met alors à réfléchir jusqu'à accuser le médecin de négligence. Dans tous ces cas, les protocoles chirurgicaux et médicaux sont adéquats et la famille ne fait que réagir à la brièveté du propos tenu par le médecin qui pensait qu'il avait communiqué les choses adéquatement. Et dans ces cas, il est assez facile de faire des interprétations simples des affirmations du médecin pour éviter ces accusations de négligence. Je crois que dire aux patients ce qu'il en est de leur maladie incurable est l'une des tendances les plus saines qui puisse survenir en médecine mais que les systèmes fermés ne s'ouvrent pas quand le chirurgien laisse échapper en courant quelques propos sur la situation. L'expérience indique que les médecins et chirurgiens doivent soit se mettre à apprendre les bases de l'émotivité des systèmes fermés dans le cadre du triangle médecin-famille-patient, soit s'entourer de compétences en thérapie familiale si le temps ainsi que la motivation leur manquent pour maîtriser tout ceci par eux-mêmes. Un exemple clinique d'émotivité d'un système fermé sera présenté ultérieurement.

### L'équilibre émotif familial et l'onde de choc émotive

Cette section sera consacrée à un certain ordre d'événements qui surviennent dans les familles et qui n'est pas directement en rapport avec l'ouverture ou la fermeture des systèmes à la communication. La mort ou la menace de mort n'est que l'un des nombreux

# Dossier

## La mort désignée



événements qui peuvent perturber une famille. Une unité familiale représente un équilibre fonctionnel quand elle est calme et que chaque membre fonctionne d'une manière assez efficace pendant cette période. L'équilibre de l'unité est perturbé par l'addition ou la perte d'un membre. L'intensité de la réaction émotive est réglée par le niveau fonctionnel d'intégration émotive à ce moment-là de la famille ou bien par l'importance fonctionnelle de celui qui s'ajoute à la famille ou qui part. Par exemple, la naissance d'un enfant peut perturber l'équilibre émotif jusqu'à ce que les membres de la famille puissent retrouver leur place autour de cet enfant. Les grands-parents qui viennent pour une visite peuvent brièvement perturber les forces émotives familiales, mais un grand-parent qui vient vivre à la maison peut modifier l'équilibre émotif familial pour une période longue. Tel est le cas des pertes physiques qui peuvent perturber l'équilibre familial comme un enfant qui s'en va dans une université ou une école professionnelle ou un jeune adulte qui se marie en quittant la maison. Mais il existe des pertes fonctionnelles telles qu'un membre clé de la famille diminué par une maladie longue ou un accident dont les conséquences à long terme l'empêchent de faire le travail sur lequel la famille compte pour vivre. Il existe des pertes émotives telles que l'éloignement d'une personne dont l'humeur boude-en-train illuminait l'atmosphère familiale. Un groupe qui passe de la bonne humeur à la sévérité se transforme en un autre type d'organisme. Le temps nécessaire à la famille pour établir un nouvel équilibre émotif dépend du niveau d'intégration émotive en son sein et de l'intensité de la perturbation. Une famille bien intégrée peut laisser apparaître ouvertement sa réactivité au moment d'une modification mais s'adaptera assez rapidement. Une famille moins bien intégrée ne peut laisser apparaître qu'une faible réaction au moment où la modification survient mais la réponse se fera ultérieurement sous forme d'un trouble du comportement social. Essayer à ce moment-là de faire exprimer par la famille ses sentiments ne suffit pas pour qu'augmente nécessairement le niveau d'intégration émotive.

Le phénomène de "l'onde de choc émotive" se constitue d'un réseau d'événements importants pour l'existence des gens, et qui surviennent de manière sous-jacente, à n'importe quel endroit du système familial étendu et "après coup", c'est-à-dire au cours des mois ou des années qui suivent des événements émotifs importants dans cette famille. Il survient le plus souvent après le décès ou le risque de disparition d'un membre important de la famille mais il peut survenir à la suite de pertes d'un autre type. Il n'est pas direc-

tement lié aux réactions habituelles de chagrin et de deuil de la part des gens qui sont les intimes de celui qui vient de mourir. Il s'exerce sur le réseau sous-jacent de dépendance émotive qui relie les uns aux autres les membres de la famille. Cette dépendance émotive est déniée ; les événements importants de l'existence paraissent sans aucun rapport les uns aux autres ; la famille essaie de camoufler toute liaison entre les événements et il y a donc une réaction de déni émotif vigoureux quand quelqu'un essaie de lier les événements les uns aux autres. Ce déni survient le plus souvent dans des familles présentant un degré important de dénégation de la "fusion" émotive et qui ont ainsi maintenu un assez bon équilibre du système familial sans qu'apparaisse de symptôme.

Le phénomène de "l'onde de choc émotive" a été pour la première fois rencontré dans la recherche familiale effectuée par l'auteur dans les dernières années cinquante. Elle a été mentionnée dans des articles et dans des cours, mais elle n'a pas été adéquatement décrite dans la littérature. Elle a été d'abord notée au cours d'une recherche familiale multigénérationnelle : elle a consisté à découvrir qu'une série d'événements majeurs de l'existence sont survenus chez différents membres d'une famille étendue, vivant séparément, après un intervalle de temps suivant une maladie sévère et le décès d'un membre important de la famille. Cela est apparu d'abord comme une coïncidence mais ensuite il a été découvert que ce phénomène apparaissait sous une forme ou une autre dans un pourcentage suffisamment élevé de familles de tous ordres et la vérification de "l'onde de choc" s'est effectuée de manière routinière pour toutes les histoires familiales. Les symptômes peuvent en être n'importe quel problème humain. Ils peuvent comprendre l'éventail tout entier de maladies physiques, depuis l'augmentation de fréquence de rhumes, d'infections respiratoires, jusqu'à la première apparition d'une maladie chronique telle qu'un diabète ou des allergies et des maladies médicales et chirurgicales aiguës. Tout se passe comme si l'onde de choc était le stimulus qui peut déclencher la mise en activité du processus physique. Les symptômes peuvent également comprendre l'ensemble des symptômes émotifs depuis la petite dépression jusqu'aux phobies et aux épisodes psychotiques. Les dysfonctionnements sociaux peuvent comprendre la boisson, les échecs scolaires et professionnels, les avortements et les naissances illégitimes, des traumatismes

plus fréquents et tous les troubles du comportement. C'est pour le médecin ou le thérapeute une connaissance vitale pour le traitement que de reconnaître la présence d'une onde de choc. Sans une telle connaissance, la suite de ces événements est traitée comme séparée et sans rapport les uns aux autres.

Un certain nombre d'exemples d'onde de choc illustreront ce processus. Elle survient le plus souvent après le décès d'un membre important de la famille, mais peut être aussi sévère après une menace de mort. Par exemple, une grand-mère dans les premières années de la soixantaine, a eu une mastectomie radicale pour un cancer. Dans les deux années qui ont suivi, il y eut une série de réactions en chaîne sévères chez ses enfants et dans leurs familles. Un fils se mit à boire pour la première fois de sa vie, la femme d'un autre fils tomba dans une dépression sévère, le mari d'une fille eut un échec dans ses affaires et les enfants d'une autre fille furent impliqués dans des accidents d'automobile et des actes de délinquance. Certains de ces symptômes se manifestaient encore cinq ans plus tard quand le cancer de la grand-mère fut reconnu comme guéri. L'exemple le plus habituel d'onde de choc est celui qui survient après le décès d'un grand-parent important, les symptômes apparaissant chez l'ensemble des enfants et des petits-enfants. Le petit-enfant est souvent celui qui a assez peu d'attachement direct émotif envers ses grands-parents. Par exemple, après le décès d'une grand-mère, une de ses filles parut ne pas avoir de réactions de deuil plus grandes que ce qui est habituel de voir, mais en profondeur elle réagit en transmettant sa perturbation à un fils qui n'avait jamais paru très proche de sa grand-mère et qui se mit en opposition vis-à-vis de sa mère en ayant un comportement délinquant. La famille camoufle ainsi le lien qui existe entre ces événements, en sorte que les membres de la famille continueront à en camoufler la séquence s'ils se rendent compte que le thérapeute est en train de chercher quelque lien. Les familles sont extrêmement réactives à l'égard d'un effort d'approche directe de ce déni. C'est le cas d'un fils dans la moitié de sa trentaine venant par avion voir sa mère qui avait fait une hémiplégie et était aphasique. Auparavant, sa femme et ses enfants menaient avec lui une vie rangée et son affaire allait bien. Son effort pour communiquer avec sa mère qui ne parlait pas fut une épreuve. En revenant chez lui en avion, il rencontra une jeune femme avec qui il entreprit une liaison pour la première fois de sa vie.

Durant les deux années suivantes, il commença à vivre une double vie, son affaire périclita et ses enfants commencèrent à moins bien réussir à l'école. Il fit un bon début de thérapie familiale qu'il suivit jusqu'à la sixième séance où j'établis prématurément un rapport entre l'attaque subie par la mère et sa liaison. Il annula son rendez-vous suivant et ne revint jamais. La nature du phénomène humain est telle qu'il se produit une réaction vigoureuse à l'égard de tout risque de mise sous dépendance de l'existence de quelqu'un à l'égard de l'autre. D'autres familles sont moins réactives et peuvent se montrer plus intéressées que réactives à l'égard de ce phénomène. Ce n'est que dans une seule famille que j'ai vu faire un lien entre de tels événements, automatiquement et avant qu'elle ait demandé une thérapie. Il s'agissait d'un père qui disait : *"Ma famille était calme et en bonne santé jusqu'à il y a deux ans quand ma fille s'est mariée. Depuis, les problèmes se sont succédés et c'est devenu exorbitant ce que les ordonnances de médecin nous ont coûté. Ma femme a été opérée de la vésicule. Après ça, elle a trouvé qu'il y avait toujours quelque chose qui n'allait pas dans chacune des maisons où elle vivait. Nous avons résilié trois baux et déménagé quatre fois. Elle a eu ensuite un problème de dos et a présenté une arthrose vertébrale. Mon fils était un bon étudiant avant que ma fille se marie. L'année dernière, son rendement scolaire a diminué et il a quitté ses cours cette année. J'ai eu au milieu de cette même année une attaque cardiaque."* Je considère cette famille comme présentant un équilibre émotif fragile où le fonctionnement de la mère dépendait de sa relation avec sa fille. La plupart des troubles qui ont suivi se sont présentés chez cette mère mais le fils et le père étaient eux-mêmes assez dépendants à l'égard de la mère pour développer également des symptômes. L'incidence du phénomène d'onde de choc émotive est suffisamment importante pour que la section familiale de Georgetown en fasse un examen de routine pour chaque histoire familiale.

La connaissance du phénomène "d'onde de choc émotive" est importante pour affronter les problèmes que la mort pose aux familles. Tous les décès n'ont pas la même importance pour elles. Dans certains cas, il y a de fortes chances pour que cela soit suivi de cette onde. D'autres décès sont plus neutres et ne sont suivis que par des réactions habituelles de deuil. D'autres représentent un soulagement pour la famille et sont habituellement suivis par une période où ça se passe mieux. Si le thérapeute peut prévoir la possibilité d'une onde de choc émotive, il pourrait s'engager à la prévenir. Parmi les décès qui seront

probablement suivis d'une onde de choc importante et prolongée, il y a celui d'un parent alors que la famille est encore jeune. Ceci non seulement perturbe l'équilibre émotif mais en plus supprime la fonction de gagne-pain pour la famille ou fait disparaître la mère à un moment où ses fonctions sont les plus importantes. Le décès d'un enfant important peut secouer l'équilibre familial pendant des années. La mort d'une "tête de clan" peut également être suivie par une perturbation sous-jacente au long cours. Cela peut être un grand-père qui, quoique diminué, continue à remplir la fonction de décision dans les affaires familiales. Dans ces familles, les grands-mères vivent habituellement dans l'ombre de leur mari et leurs décès sont moins importants. Mais la réaction de la famille peut être intense à la suite de la mort d'une grand-mère quand elle est la figure centrale de l'existence et qu'elle représente la stabilité émotive dans la famille. La "tête de clan" peut également être le descendant le plus important de la génération actuelle. Il existe un autre groupe de membres de la famille dont la mort n'a pas de conséquence autre qu'une peine qui n'est pas supérieure à ce qui est habituel de voir au cours des deuils. Certes, on les aimait bien mais leur rôle dans les affaires familiales était périphérique. Ce sont ceux qui sont neutres, "ni fameux, ni infâmes". Leur mort n'influencera probablement pas le fonctionnement familial ultérieur. Enfin, il y a les membres de la famille dont la mort est un soulagement. Ceci comprend tous les gens dont le fonctionnement n'a jamais été important pour la famille mais qui peuvent être devenus un fardeau du fait de leur maladie terminale. Leur mort peut être suivie par une brève période de deuil suivie d'une amélioration du fonctionnement familial. De même, une onde de choc suit rarement le décès d'un membre dysfonctionnel de la famille à moins que son dysfonctionnement ait joué un rôle important pour maintenir l'équilibre émotif familial. Les suicides sont habituellement suivis de réactions prolongées de deuil mais l'onde de choc reste habituellement mineure à moins que ce suicide ne représente une abdication d'un rôle essentiel.

## La thérapie au moment de la mort

Une connaissance de l'ensemble de la configuration familiale, du rôle du fait de la position de la personne morte dans sa famille et du niveau global d'adaptation à l'existence est importante pour toute personne qui essaie d'aider une famille avant le décès, pendant ou après lui. Essayer de traiter toutes les morts de la même façon peut faire passer à côté du problème. Un certain nombre de familles

qui marchent bien sont capables de s'adapter à une mort dès avant qu'elle ne survienne. C'est pourquoi affirmer que de telles familles ont besoin d'aide peut représenter une intrusion inepte. Les médecins et les hôpitaux ont abandonné une grande partie des problèmes que pose la mort aux prêtres en espérant qu'ils sauraient ce qu'il faut faire. Il existe un certain nombre d'entre eux qui savent intuitivement ce qu'il faut faire. Cependant, bien des aumôniers ont tendance à traiter tous les décès de la même façon. Ils agissent en se fondant sur leur théologie, une théorie sur la mort qui ne va pas au-delà des concepts familiaux de deuil et leur aide ne vise qu'à favoriser l'expression ouverte de ce deuil. Cela ne procure à la majorité des gens qu'une aide superficielle et fait passer à côté de processus plus profonds. La notion vulgarisée selon laquelle l'expression du deuil doit se faire par les pleurs peut être utile à la plupart mais pas à d'autres. Il est important aux médecins et aux thérapeutes de savoir quelle est la situation, de pouvoir garder un assez bon contrôle sur sa propre vie émotive sans trop utiliser de dénis ou d'autres mécanismes extrêmes mais de respecter le déni tel qu'il se manifeste dans la famille. Au cours de mon travail avec les familles, j'utilise soigneusement des mots directs tels que mort, mourir, enterrer et j'évite d'utiliser des mots moins directs tels que "il est passé", "il est décédé" ou "il a expiré". Un mot direct signale à l'autre que je suis à l'aise avec ce sujet et il lui permet de se sentir également à l'aise. Un terme tangentiel peut apparaître comme essayant de camoufler le fait de la mort et, en plus, il invite la famille à répondre par des mots tangentiels et la conversation devient bientôt telle qu'on peut se demander si l'on est encore en train de parler de mort. L'utilisation de termes directs aide donc à ouvrir un système émotif fermé. Je crois qu'elle procure une dimension différente dans l'aide que l'on peut procurer aux familles pour qu'elles se sentent à l'aise avec elles-mêmes.

L'exemple clinique suivant illustre un effort pour ouvrir la communication avec un patient au stade terminal, avec sa famille et avec l'équipe médicale. En tant que professeur consultant dans un autre centre médical, je devais faire des entretiens de démonstration avec les parents d'une fille émotivement perturbée. En route pour la salle d'entretiens, j'appris que la mère avait un cancer terminal, que le chirurgien l'avait dit au père et que celui-ci l'avait dit au thérapeute familial, mais que la mère n'en savait rien. Dans ma pratique, j'aurais automatiquement discuté de ce problème avec la famille mais je mettais des réserves pour prendre le train en marche puisque les entretiens ultérieurs ne seraient

# Dossier

## La mort désignée



pas possibles avec moi. Un groupe important de professionnels et de gens en formation observaient l'entretien. Je décidai d'éviter le problème critique. Le début de l'interview fut embarrassé, difficile, englué. Je décidai alors que le problème du cancer serait discuté. Au bout de dix minutes, je demandai à la mère si elle savait pourquoi son chirurgien, sa famille et les autres ne lui avaient pas parlé de son cancer. Sans la moindre hésitation, elle dit qu'elle pensait qu'ils avaient peur de le lui dire. Elle dit calmement : *"Je sais que j'ai un cancer. Je le sais depuis un certain temps. Auparavant, je le craignais mais ils m'ont dit que je n'avais pas de cancer. Je les ai crus pendant un certain temps, pensant que c'était mon imagination. Maintenant je sais que c'est un cancer. Quand je leur demande et qu'ils me disent "non", qu'est-ce que ça signifie ? Ou bien ça signifie qu'ils sont des menteurs ou que je suis folle et je ne suis pas folle."* Elle entra ensuite dans les détails de ses sentiments, avec quelques larmes seulement, mais en gardant complètement le contrôle d'elle-même. Elle dit que ce n'était pas pour elle-même qu'elle avait peur de mourir, mais parce qu'elle aimerait vivre suffisamment pour voir s'engager sa fille dans une existence indépendante. Elle haïssait l'idée d'avoir à laisser la responsabilité de son père à sa fille. Elle parlait en exprimant des sentiments profonds mais sans pleurer. Elle et moi étions les plus calmes des personnes dans la salle. Son thérapeute n'arrêtait pas d'essuyer ses larmes. Le père réagit en faisant des plaisanteries sur la vive imagination de la mère. Pour éviter que ses réactions ne la fassent taire, je fis quelques commentaires pour lui suggérer qu'il n'avait pas à interrompre les pensées sérieuses de sa femme. Elle fut alors capable de continuer : *"C'est l'existence la plus solitaire qui puisse exister au monde. Me voilà sachant que je vais mourir et ne sachant pas combien de temps il me reste. Je ne peux parler à personne. Quand j'en parle à mon chirurgien, il me dit que je n'ai pas de cancer. Quand j'essaie de parler à mon mari, il plaisante là-dessus. Je viens ici pour parler de ma fille. Je suis coupée de tout le monde. Quand je me réveille le matin, c'est terrible pour moi. Je regarde dans le miroir mes yeux pour voir si je n'ai pas une jaunisse et si le cancer n'a pas atteint mon foie. J'essaie de me montrer enjouée jusqu'à ce que mon mari parte au travail parce que je ne souhaite pas qu'il soit bouleversé. Ensuite, je suis toute seule toute la journée avec mes pensées et je n'ai plus qu'à pleurer et à penser. Avant que mon mari revienne, j'essaie de me reprendre pour lui. Je souhaite mourir bientôt et ne plus avoir à faire semblant."* Arrivée à ce point, elle fit un certain nombre de réflexions profondes sur la mort. Quand elle

était petite fille, elle était heurtée par le fait de voir les gens dans un mausolée au-dessus du sol, de manière à ce que les gens ne puissent marcher sur la tombe. *"Mais, dit-elle, nous sommes trop pauvres, nous ne pouvons avoir de mausolée. Quand je mourrai, je serai enterrée dans un trou tout comme les autres."*

Le problème technique dans cet entretien unique était de permettre à la mère de parler, d'empêcher l'angoisse du père de la faire taire et d'espérer que le thérapeute habituel pourrait continuer dans ce sens. Il est impossible dans une seule séance d'en faire plus pour ouvrir une relation émotivement fermée d'une telle intensité bien que le père ait dit qu'il essaierait d'écouter et de comprendre. La patiente fut soulagée au point de sentir qu'elle était sortie en partie du système fermé dans lequel elle vivait jusque-là. Le thérapeute dit qu'elle savait ce qu'il en était du cancer mais qu'il attendait que la mère en parle la première. C'est là une position habituelle chez les professionnels de la santé mentale. L'émotivité du thérapeute avait empêché la femme de parler. À la fin de cette séance, la mère dit en souriant au milieu de ses larmes : *"C'est sûr que nous avons passé une heure à tourner autour de ma tombe, n'est-ce pas ?"* Au moment où je leur disais au revoir dans le couloir, la mère me dit : *"Quand vous reviendrez chez vous cette nuit, remerciez Washington de vous avoir envoyé aujourd'hui."* Le père moins expressif dit seulement : *"Nous vous remercions."* Je suis resté quelques minutes pour parler avec l'assistance qui avait regardé l'entretien. Une partie du groupe s'était mise à pleurer. La plupart était resté silencieux et sérieux et quelques-uns furent critiques. Ceci fut exprimé par un jeune médecin qui dit que c'était blesser cette femme que de lui enlever tout espoir. J'avais été content d'avoir décidé de soulever ce problème au cours d'une seule séance de démonstration. En route pour rentrer chez soi, mes pensées se portèrent sur les différentes réponses de l'assistance et sur les problèmes de formation des jeunes professionnels ; était-elle suffisante pour qu'ils puissent devenir plus objectifs sur la mort ? Il me semblait qu'il serait plus facile de former ceux qui avaient pleuré que ceux qui intellectualisaient leurs sentiments. Ceci est un exemple d'un bon résultat obtenu avec une seule séance. Il illustre l'intensité d'un système relationnel fermé entre le patient, la famille et l'équipe médicale.

### La fonction des funérailles

Quelque vingt-cinq ans auparavant, je fis une expérience clinique qui illustre le point central de la partie suivante de ce chapitre. Une jeune femme commença une psychanalyse en me disant : *"Faites-moi enterrer ma mère avant que nous passions à tout autre chose."* Or, sa mère était morte depuis six ans. Elle pleura pendant des semaines. À ce moment-là, je pratiquais dans le cadre du transfert et de la dynamique intra-psychique. La demande de cette patiente a été ultérieurement utilisée pour décrire la théorie des systèmes sur les attachements émotifs non résolus qui demeurent vivaces toute la vie, qui font l'attachement des relations importantes créées par la suite et qui continuent à diriger le cours de notre existence. Une manière d'utiliser les funérailles permet *"d'enterrer les morts plus complètement au moment de leur mort"*. Il existe en effet peu d'événements humains qui aient un tel impact émotif qu'une maladie grave et la mort pour résoudre les problèmes que pose ce type d'attachement émotif.

Les rituels funéraires ont existé sous une forme ou une autre depuis que l'être humain est devenu civilisé. Je crois qu'ils servent à la fonction habituelle de mettre en contact intime le mort, les membres survivants de la famille et ses amis importants et donc à aider ces derniers à terminer leurs relations avec le mort et continuer à vivre. Je pense que la fonction des funérailles peut être de mettre dans le meilleur des contacts possibles parents et amis à un moment de forte émotivité, quand on se trouve devant la rude réalité de la mort. Je crois que les funérailles les plus efficaces sont celles où les gens meurent chez eux en présence de la famille et quand celle-ci et leurs amis fabriquent le cercueil et font eux-mêmes l'enterrement. Mais la société ne le permet plus. Il y a cependant des manières d'établir un assez bon niveau de contact personnel entre le cadavre et les survivants.

Il existe aujourd'hui un certain nombre de règles funéraires qui font que l'on dénie la mort et que l'on perpétue les attachements émotifs non résolus entre le mort et le vivant. Ceci est le plus intense chez les gens angoissés par la mort et qui utilisent la forme et le contenu des funérailles actuelles pour éviter cette angoisse. Ce sont ceux qui refusent de regarder le cadavre parce que, disent-ils : *"Je veux me rappeler de lui comme il était."* Il existe dans la société un certain nombre de gens qui considèrent les funérailles comme des rites païens. Les règles funéraires ren-

dent ceci possible quand la mise en bière du corps est effectuée à l'hôpital sans que la famille puisse établir de contact personnel avec lui. Les enfants sont aussi en général exclus pour soi-disant éviter de les bouleverser. Ceci peut avoir pour conséquence des fantômes et des images irréalistes et déformées qui peuvent se maintenir toute la vie et ne jamais être corrigés. Les funérailles dans la plus stricte intimité sont une autre habitude qui évite d'affronter l'émotivité des autres. Elle empêche le système des amis d'avoir l'occasion d'en terminer avec leur relation avec le mort et elle prive la famille d'une aide de la part des amis.

Je crois que l'appui des professionnels à l'égard de la famille au moment de la mort peut aider ses membres à se servir des funérailles d'une manière plus utiles que cela ne le serait s'ils écoutaient les avis de parents ou d'amis anxieux. En vingt ans de pratique familiale, j'ai été amené à "guider" ces familles à traverser cette période du décès et des funérailles. Je pousse les membres de la famille à faire une visite aux membres de celle du mourant dès que possible et de se débrouiller pour que les enfants y prennent part si la situation le permet. Je n'ai jamais vu un seul enfant qui ait été traumatisé par son exposition à la mort. Ce n'est que l'angoisse des survivants qui peut les "blesser". J'encourage la participation du plus grand groupe possible de membres de la famille étendue, d'utiliser un cercueil ouvert, d'établir le contact le plus personnel que possible entre le mort et le vivant, d'annoncer le plus rapidement possible la mort dans les journaux et d'en informer les parents et amis, de faire des funérailles publiques, le corps étant présent, ainsi qu'un service funéraire le plus personnel possible. Certains services de pompes funèbres ont des rituels très élaborés mais il est aussi possible de personnaliser même le service le plus ritualisé. Le but est d'amener le système familial en entier au contact le plus proche possible de la mort en présence de l'ensemble du système des amis et de tendre une main secourable aux gens angoissés qui ont tendance à fuir plutôt qu'à affronter les funérailles.

Voici un exemple de la manière de guider des amis en coulisse dans une telle circonstance. Il concerne des voisins et non pas des gens que j'ai rencontrés dans ma pratique professionnelle. De jeunes parents dans les premières années de la trentaine et leurs trois enfants de dix, huit et cinq ans, étaient venus vivre auprès de leur mère veuve en vue de préparer un départ lointain du mari pour un poste de longue durée. Un dimanche, un mois avant que le départ a eu lieu, la jeune femme

meurt brutalement d'une attaque cardiaque. Tout le quartier a été très choqué. Ce soir-là, j'ai passé à peu près trois heures avec le père. Lui et sa femme étaient très proches l'un de l'autre. Il avait des dizaines de questions à poser sur la manière de faire dans la situation présente, les funérailles, l'avenir des enfants et sa propre existence. Il se demandait si les enfants iraient à l'école le lendemain, ce qu'ils devraient dire au maître et s'il devait chercher à retarder son départ dans un endroit si lointain pour raison professionnelle. L'après-midi, il avait essayé de parler aux enfants du décès de leur mère mais il commençait à pleurer et les enfants lui dirent : *"S'il te plaît, papa, ne pleure pas."* Il dit qu'il avait simplement à chercher une autre mère pour ses enfants mais il se sentait coupable de l'avoir dit seulement huit heures après que sa femme est morte. Durant cette visite, je soulignai ce que j'avais considéré comme étant le cours idéal de ce que lui devait faire. Je lui suggérai de retenir le plus d'idées qui lui venaient et qui étaient de lui et, si pour lui, elles avaient un sens, de les utiliser autant que possible. Je lui suggérai que la capacité des enfants à affronter la mort dépendait des adultes et que l'avenir serait meilleur si la mort pouvait être présentée en des termes que les enfants puissent comprendre et s'ils pouvaient prendre part de manière réaliste aux funérailles. Je le mis en garde contre les réactions émotives contraires que ses amis opposeraient et lui conseillai de se préparer à leurs critiques s'il décidait de faire participer les enfants. Dans les premières heures après la mort, les enfants avaient répondu à son émotivité plutôt qu'au fait que leur mère était morte. Dans ce genre de situation, il est habituel que les enfants arrêtent de parler et dénie la mort. Je suggérai de surmonter ce blocage en mentionnant la mort à intervalles réguliers dans les jours qui suivent et que, s'il craignait de pleurer, de rassurer les enfants en disant que tout allait bien et de ne pas se faire de souci pour lui. Je souhaitai qu'il garde une ligne ouverte entre eux et lui pour qu'ils puissent poser n'importe quelle question. Je suggérai que les enfants décident s'ils désiraient ou non aller à l'école le lendemain. Quant au problème de savoir si les enfants devaient voir leur mère, je suggérai qu'il trouve un moment avant les funérailles pour les faire entrer dans la chapelle funéraire, faire sortir toutes les personnes de la pièce et avoir une séance privée entre lui, les enfants et leur mère morte. Mon raisonnement était que ceci pouvait aider les enfants à s'adapter à la réalité de la mort de leur mère et que ça marcherait si les membres angoissés de la famille étendue étaient exclus. Le mardi soir, je passai une heure dans la chambre avec le père et les enfants sur ces genoux. Il pouvait pleu-

rer et les enfants aussi et ils étaient libres de poser des questions. Il leur parla d'aller à la chapelle funéraire le lendemain après-midi. Le fils de cinq ans lui demanda s'il pourrait embrasser maman. Le père me regarda pour savoir ce qu'il devait me répondre. Je lui suggérai que c'était une affaire entre le fils et sa mère. Plus tard, j'annonçai dans la salle de séjour aux parents et aux amis que le père prendrait les enfants pour les amener à la chapelle funéraire le lendemain après-midi, que ceci serait quelque chose de privé et que personne d'autre ne pouvait être présent. Ce que je ne leur disais pas, c'est que je pensais qu'il serait mal avisé d'exposer les enfants à l'émotivité de cette famille. La mère du père dit : *"Mon fils, ceci sera trop difficile pour toi."* Le père répliqua par : *"Maman, tu la fermes ! Je peux le faire."* Le mercredi soir, je fis une visite à la chapelle funéraire. L'ensemble du système de la famille était présent. La grand-mère maternelle qui était restée calme pendant toutes ces journées-là me dit : *"Merci beaucoup pour votre aide."* Le père me fit un compte rendu détaillé de la visite des enfants dans l'après-midi. Les enfants vinrent au cercueil et approchèrent leur mère. Le fils de cinq ans dit : *"Si je l'embrasse, elle ne pourra pas me le rendre."* Tous les trois passèrent quelque temps à tout inspecter, regardant même sous le cercueil. Le fils de huit ans passa sous le cercueil et fit la prière que sa mère puisse le tenir dans ses bras à nouveau dans le ciel. Un certain nombre d'amis de la famille entrèrent pendant que le père et les enfants étaient dans la pièce. Le père et les enfants se retirèrent dans le vestibule tandis que ces amis entraient. Dans le vestibule le plus jeune des fils trouva un certain nombre de petits cailloux polis dans un bac à plantes. C'est lui qui trouva des objets à donner à sa mère comme "présents". Il entra dans la pièce avec les cailloux et les mit dans les mains de sa mère. Ils dirent ensuite : *"Nous pouvons nous en aller maintenant, papa."* Le père se sentit très soulagé du résultat de cette visite. Il dit : *"Il y a mille tonnes qui ont été enlevées à cette famille aujourd'hui."* Le jour suivant, j'assistai aux funérailles. Les enfants se tinrent bien. La fille de dix ans et le garçon de huit ans furent calmes. Durant le service, le garçon de huit ans chuchota à son père : *"Papa, c'est sûr que je vais regretter maman."* Le garçon de cinq ans s'accrocha à son père en pleurant un peu.

Il y eut un certain nombre de critiques sur le fait que le père ait fait participer les enfants aux funérailles, mais il s'en tira bien et les critiques tournèrent à l'admiration après la visite à la chapelle funéraire. Je suis resté en contact étroit avec la famille durant l'année suivante. Le père continua à mentionner la mort de la

# Dossier

## La mort désignée



mère. Dans la semaine, les enfants commencèrent à parler de la mère au passé. Les enfants restèrent avec leur grand-mère. Il n'y eut aucune de ces complications habituelles après un décès de ce type. Le père trouva un emploi plus près de chez lui en sorte qu'il pouvait revenir s'il était nécessaire. L'année suivante, le père se maria et reprit les enfants avec lui et sa nouvelle femme dans une autre ville. Cela fait maintenant douze ans depuis la mort et l'adaptation de la famille a été parfaite. J'ai encore des contacts périodiques avec la famille qui maintenant comprend les trois enfants du premier lit, qui ont grandi, et des enfants plus jeunes du second lit. Quelques années après la mort, le père écrivit sa version de l'expérience qu'il fit quand sa première femme mourut et qu'il intitula : *"Mon Dieu, ma femme est morte."* Il décrit son choc initial, ses efforts pour dépasser l'apitoiement sur soi-même, la résolution de prendre par lui-même ses décisions alors que l'angoisse était forte et son courage émotif pour mettre en route son plan dans les jours critiques qui ont précédé les funérailles et l'enterrement. Ceci illustre ce que je considère comme le résultat optimum que l'on peut attendre à partir d'un décès traumatique qui aurait pu entraîner des séquelles pour toute l'existence ; mais ce père a présenté la force intérieure la plus grande de toutes celles que j'ai rencontrées chez les parents exposés à un traumatisme de cette intensité.