

## LE DEUIL COMPLIQUÉ ET PATHOLOGIQUE CHEZ L'ENFANT

C. LECLERCQ<sup>1</sup> et J.Y. HAYEZ<sup>2</sup>

Mots clefs: deuil compliqué, deuil pathologique, enfant, angoisse, culpabilité, dépression, mort, accompagnement éducatif, psychothérapie, famille

### RÉSUMÉ

Dans cet article, les auteurs abordent le thème des **deuils compliqué et pathologique chez l'enfant**. Dans un premier temps, ils définissent brièvement quelques concepts et optent pour une acception élargie du deuil: il y aurait deuil chaque fois que l'être humain vit, subjectivement, une séparation comme une **mort**, c'est-à-dire comme une perte irréversible.

Ils se penchent également sur la phénoménologie et l'étiopathogénie. Ils évoquent ainsi les **deuils somatiques**, les notions de refoulement, **d'angoisse**, de **culpabilité**, de **dépression**, de honte et de traumatisme, et les illustrent à l'aide de situations cliniques. Ils mentionnent à titre exemplatif, des **facteurs de protection ou d'aggravation**.

Finalement, ils développent tout particulièrement les questions de la **prévention** et de **l'accompagnement éducatif et psychothérapeutique** de ces enfants et de leurs proches. En conclusion, ils soulignent le rôle essentiel joué par les membres de la **famille** et mettent en garde contre le risque d'un interventionisme excessif.

Dans cet article consacré à la question du deuil compliqué et pathologique chez l'enfant, nous définirons brièvement quelques concepts, puis nous nous pencherons, toujours succinctement, sur la phénoménologie et l'étiopathogénie. Nous irons plus loin dans le détail quand nous parlerons de la prévention et de l'accompagnement éducatif et thérapeutique de ces enfants<sup>1</sup> et de leurs proches.

<sup>1</sup> Dans le cadre de cet exposé, sans autres précisions, le terme «enfant» est générique et renvoie à tous les mineurs d'âge. Lorsque des différenciations seront nécessaires, nous parlerons de jeunes enfants (avant l'entrée à l'école primaire), d'enfants en âge de latence (approximativement entre 6 et 12 ans), d'enfants avant la puberté (de 0 à 12 ans) et d'adolescents.

### I. DÉFINITIONS DES CONCEPTS

1. Non sans un certain arbitraire dans le tracé des frontières, on distingue le deuil normal, le deuil compliqué et le deuil (franchement) pathologique. «Deuil» désigne l'état nouveau et mouvant des affects, des représentations mentales et des comportements,

N.B.: Ce texte a fait l'objet d'une communication sous le titre «Le deuil compliqué et pathologique des enfants» lors du Congrès international de l'Association Vivre son deuil qui s'est tenu à Lausanne les 30 et 31 mai 1997 et intitulé «Les deuils dans l'enfance».

<sup>1</sup> Médecin-assistant en pédopsychiatrie.

<sup>2</sup> Pédopsychiatre, Docteur en psychologie, responsable de l'Unité de pédopsychiatrie,

Cliniques Universitaires St-Luc, 10, avenue Hippocrate, 1200 Bruxelles.

provoqué par la mort d'un être aimé, par certaines circonstances qui y ont présidé et par certains remaniements relationnels et environnementaux qui l'ont suivi.

Corollairement, «deuil» désigne aussi le travail mental autogénéré pour se représenter de façon acceptable la mort, et soi-même sans le mort, réduire et intégrer la souffrance de l'absence et se donner le droit, finalement, de réinvestir d'autres objets sans renier celui qui est parti.

Quand il y a deuil compliqué, la réaction intérieure et comportementale est plus intensément ou/et plus longuement pénible que dans le deuil normal, pourtant déjà marqué par une étape de souffrance (1). Le travail de deuil y reste parfois incomplet, c'est-à-dire que l'enfant n'arrive pas à retrouver le niveau de développement sur lequel on pouvait le projeter avant sa confrontation à la mort. Il n'acquiert pas non plus ce petit rien de maturation supplémentaire que vivent les enfants résiliants à partir d'expériences de vie difficiles et majeures (1). Toutefois, il ne se produit pas une désorganisation psychique durable et très importante, avec les symptômes qui la traduisent, telle qu'on puisse poser clairement le diagnostic d'une maladie mentale.

Quand une telle désorganisation existe, de façon durable et parfois définitive, on dit que le deuil est pathologique, et parfois même «psychiatrique». Bien que cette issue soit beaucoup plus rare que le deuil compliqué et s'étaye probablement sur des fragilités pré-existantes de la personnalité, nous avons tous rencontré de ces enfants qui, après le décès d'un être cher, de façon immédiate ou avec retard, décompensaient vers une névrose hystérique ou plus atypique. D'autres, encore plus rares, laissaient s'exprimer de façon différée une altération psychotique, maniaque ou franchement délirante. Pour d'autres encore, l'état dépressif consécutif à la perte allait en s'aggravant, lentement mais

inexorablement, jusqu'à évoquer la mélancolie. Peut-être pensons-nous moins à reconnaître des troubles de la personnalité qui se chronifient, dans le registre de l'intolérance à la frustration, de l'agressivité négativiste perpétuelle et du refus de toute socialisation. Enfin, il faut reconnaître à M. Hanus, notamment, la lucidité d'avoir fait entrer dans ces deuils pathologiques, prudemment, sans prétendre à la généralisation, ce qu'il appelle les deuils somatiques, c'est-à-dire la décompensation liée au deuil de certaines lésions somatiques, parfois graves (2). Peut-être se trouve-t-on tout simplement ici dans le cadre plus général de la désorganisation somatique ou psychosomatique liée au stress: dans nos carrières à tous, nous rencontrons trop d'exemples troublants d'associations «événements - maladies» que pour croire encore à la simple coïncidence.

2. Nous pouvons nous demander si les états de deuil que nous venons d'évoquer sont et ne sont liés qu'à la mort physique d'un être investi. Pour notre part, nous pensons que non et qu'on peut les retrouver, identiques dans leur structure et leur expression, chaque fois que l'être humain vit, subjectivement, une séparation comme une mort, c'est-à-dire comme une perte irréversible<sup>2</sup>; ceci suppose néanmoins un «enregistrement dans la durée», une mise en alarme d'une horloge interne, qui fonctionne à des rythmes différents selon les époques de la vie. Par exemple, un enfant de un à deux ans pourrait faire l'expérience très angoissante de cette irréversibilité après quelques heures, surtout si l'entourage ne veille pas à «expliquer l'absence» ni à proposer des signes de la «permanence de l'objet» provisoirement parti.

Si l'on accepte d'assimiler à l'expérience de la mort celle de certains départs vécus com-

<sup>2</sup> Ce pourrait être le cas, par exemple, de certaines réorganisations familiales douloureuses après un divorce (3): «Perte» d'un membre de la famille, perte du couple parental, perte d'un lieu investi, etc...

me irréversibles, on peut mieux comprendre certaines désorganisations de l'enfant, parfois très graves, comme, par exemple, des autismes qui semblent décompenser après des départs vécus dramatiquement par des bébés (4).

Nous pouvons faire un pas de plus, et nous demander si des deuils identiques ne se déclenchent pas en référence, non pas au départ matériel, mais à la certitude qu'à l'enfant que, définitivement, il ne va plus être investi, ou à peine, parce qu'un autre a pris sa place. Quand l'être aimé<sup>3</sup> ne perçoit pas cette détresse et ne parvient pas à réagir pour montrer à l'enfant son erreur, le deuil compliqué ou pathologique peut être dramatique, lui aussi...

Philippe, 12 ans, est devenu dysthymique depuis l'âge de 2 1/2 ans, avec des épisodes de dépression majeure surajoutée et nécessitant son hospitalisation. Enfant très sensible, il est soumis dans le quotidien à la préférence discrète de sa mère pour ses deux sœurs cadettes. Il avait environ deux ans à la naissance de la première, et était confié jusqu'alors à la garde de ses grands-parents pendant la journée: la petite sœur l'y a remplacé, lui, on l'a mis précocement à l'école maternelle... et un de ses symptômes les plus tenaces est une immense tristesse à l'école. Le père essaie bien de s'occuper beaucoup de lui, mais ça ne fait pas le poids: l'enfant est en manque de sa mère.

## II. ÉLÉMENTS DE RÉORGANISATION DU PSYCHISME FACE À LA PERTE, ET SIGNES CLINIQUES

1. Certains enfants sont capables d'un refoulement - voire d'un déni - par trop large-

<sup>3</sup> Le risque est particulièrement grand lorsque l'être aimé est véritablement, et parfois secrètement, surinvesti par un enfant lui-même hypersensible!

ment réussi des représentations mentales et questionnements pénibles autour de la disparition d'un être aimé. Dans le champ des affects, ils se montrent impassibles. Sur le plan comportemental, ils vivent au quotidien comme si de rien n'était; ils n'évoquent jamais ou quasi jamais le nom du disparu, les circonstances de sa mort, et ce qu'était la relation avec lui. Autour d'eux, on ne l'évoque jamais non plus, l'attitude de ces enfants étant largement en miroir avec celle de l'entourage. On assiste souvent à une certaine coartation de leurs relations aux autres et de leur expressivité émotionnelle en général. Ils deviennent de plus en plus des enfants opératoires - au sens de la pensée opératoire - et solitaires. Chez les plus jeunes, on voit même s'installer une sorte d'oubli, du moins conscient, comme si le disparu n'avait jamais existé.

Pourquoi être préoccupés par cette manière de réagir à la mort? Parce qu'elle est trop construite sur le refoulement et que, pour maintenir celui-ci, le système défensif de la personne déborde dans d'autres domaines que ce qui touche strictement au disparu (5): par exemple, l'enfant inhibe sa curiosité intellectuelle, la créativité vagabonde de sa pensée... il ne prend plus le risque de communiquer, ni celui de vivre ses émotions dans la relation à autrui, puisque, une première fois, ça l'a conduit à la souffrance de la perte, et que, pour survivre, il a dû tout évacuer de son champ de représentations.

2. A l'inverse, beaucoup parmi les enfants dont nous parlons maintenant restent trop longuement envahis par des pensées et des affects pénibles. Sans que ces thèmes soient exclusifs les uns des autres, ces représentations mentales difficiles portent en proportions variables sur: la perte, l'absence, le manque... la possible agression de soi... les fautes que l'on a peut-être commises... l'indignité qui pèse sur la famille. Ces enfants sont donc inondés, en proportions variables, par

la dépression, l'angoisse, la culpabilité, ou/et la honte.

a) Parlons d'abord de la **dépression**: certains, surtout les grands enfants et les adolescents, restent longuement fixés à cette toute première phase du travail du deuil qu'est la souffrance de la perte, la douleur morale ressassée autour du manque de l'objet aimé. Etat dépressif parfois bruyamment manifesté, plus souvent vécu dans l'isolement farouche, avec mise à distance agressive de ceux qui essaient de s'approcher, comme s'ils pouvaient voler ce trésor douloureux de la souffrance entretenue pour l'absent et à lui offerte.

Parfois même l'enfant, incapable de travailler la perte par un désinvestissement progressif couplé à l'incorporation de quelques souvenirs heureux et à l'un ou l'autre trait identificatoire au disparu, l'enfant donc, gardant l'illusion d'un lien devenu exclusif avec un fantôme, idéaliserait farouchement le disparu... jusqu'à interdire spectaculairement que l'on prononce son nom ou/et que l'on touche à ce qui est à lui, ou à des rites de vie quotidiens voulus par lui. L'enfant continuera à lui parler, non pas transitoirement - ce qui peut constituer un processus de santé, préparant des incorporations positives - mais interminablement, souvent secrètement<sup>4</sup>, comme à un vivant qui va revenir: la dernière étape du déni de la réalité externe de la mort n'est pas tout à fait franchie, du moins chez les plus grands, mais on n'en est pas très loin!

Chez les plus petits, par contre, le pas peut être franchi et l'enfant attend, avec une obstination farouche, le retour d'une maman qui ne peut être partie qu'en voyage, au village

<sup>4</sup> Dans de rares cas, même pas: surtout chez les tout petits, le dialogue avec un parent ... un frère imaginaire peut être ostensible, voire entraver les dialogues concrets de la vie familiale. Reste à l'adulte à ne pas s'embarquer avec l'enfant dans son imaginaire, mais à ne pas le violenter non plus ... le recadrer peut-être, dans un espace précis et entendre cette souffrance comme un message, qui dit que la vie avec les vivants qui restent n'est peut-être pas si satisfaisante ... Cet ensemble d'attitudes s'adresse aussi à l'*idéalisation*, parfois bien dérangement pour les survivants.

voisin. L'âge aidant - mais cela peut prendre deux ou trois ans - l'enfant comprend, dans la solitude, qu'elle ne reviendra jamais ... on le voit alors refouler tout ce qu'il se représente, comme les enfants de la catégorie précédente, ou commencer seulement, avec beaucoup de retard, ce qu'on appelle un deuil différé.

Pour d'autres de ces enfants dépressifs, grande sera la tentation de s'anéantir... ou/et de rejoindre le mort là où il est... ou/et de vouloir expier leur culpabilité... ou/et de s'identifier, non pas à des traits positifs de la personnalité du mort, mais à la défaillance même qui a conduit à sa disparition: on les verra donc moins se protéger, et collectionner maladies, chutes et autres accidents; parfois, ils seront convaincus de souffrir des mêmes douleurs ou/et dysfonctions corporelles que le disparu et l'on parlera - peut-être un peu vite - d'identification hystérique; quant aux tentatives de suicide et aux suicides, ce sont ici des formes extrêmes, plus volontaristes et nettement plus rares.

D'autres encore lutteront davantage contre leur souffrance dépressive et refouleront vaille que vaille leurs pensées et leurs images les plus tristes. Refoulement précaire, qui laissera quand même place aux signes indirects des dépressions masquées: somatisations, fléchissement scolaire (6), comportements négatifs allant jusqu'aux actes antisociaux...

Enfin, une minorité de ces enfants dépressifs génèrent plutôt, à l'avant-plan, ce qu'on pourrait appeler une protestation agressive douloureuse: celle-ci s'adresse plus ou moins violemment, plus ou moins haineusement au(x) parent(s) survivant(s), premier(s) protecteur(s) accusé(s) de ne pas avoir assez bien veillé...; aux personnes de substitution, proposées à l'enfant pour l'aimer en place du mort...; à l'éventuel partenaire qui a remplacé le conjoint disparu, surtout si ce remplacement est précoce. Enfin, dans les cas fré-

quents où il y a culpabilité, l'enfant retourne contre lui-même cette agressivité et se punit de mille manières de n'avoir pas bien veillé et de continuer à vivre. Nous y reviendrons.

b) Parlons maintenant de l'invasion du psychisme par l'angoisse. Principalement dans les cas où les circonstances du décès ont été répertoriées comme traumatismes psychiques, il peut s'agir, dans un premier temps, des réminiscences incoercibles typiques du syndrome de stress post-traumatique, qui se prolongent par la suite en phobies liées à certains lieux et circonstances précis. Pensons, par exemple, aux enfants témoins ou associés d'une manière ou d'une autre à des assassinats (7), à des agonies particulièrement spectaculaires (8), à des découvertes inattendues de cadavres, à des suicides... (9).

Plus quotidiennement - si nous osons dire! - il y a l'angoisse de l'avenir: voir mourir l'autre parent, être abandonné par lui (10), se voir appauvri, se sentir davantage et diffusément menacé, parce que la mort d'un être cher prouve que les parents ne sont pas tout-puissants dans leur capacité protectrice (11).

Il y a aussi la peur d'être malade ou victime d'une agression, puis de mourir comme celui qui est mort. Les déterminants de cette peur «analogique» tiennent parfois - au moins partiellement - à des malentendus cognitifs, à des restes de pensée magique apparemment ténus: on dit à l'enfant que sa grand-mère s'était endormie pour toujours, et l'enfant a peur de s'abandonner au sommeil... il est invité à venir dormir dans le lit à la place qu'occupait son père (12): effet de sa culpabilité œdipienne, il vit qu'un fantôme l'y attend... il ne sait pas exactement de quoi est mort l'être cher qui l'a quitté, et il a peur que ce soit contagieux: la mort subite (11), ou le cancer d'un petit frère, «qui pourrait s'attraper», tout comme le Sida; à la méconnaissance cognitive s'ajoutent bien sûr les convictions erronées, produits de sa culpabi-

lité: lui qui a été en rivalité avec le petit frère, ou qui est masturbateur à ses heures, ne pourrait-il pas être puni par ces maux mystérieux?

Un autre exemple pourrait être ici celui des enfants - grands enfants ou adolescents - de malades mentaux qui se sont suicidés (9), et à qui on dit, à la moindre frasque, qu'ils sont aussi fous ou aussi mauvais que le disparu!

Un autre déterminant de l'angoisse de mourir est probablement plus inconscient: nous avons déjà dit que certains enfants dépressifs s'identifient à la souffrance ou aux défaillances physiques du défunt ou/et veulent le rejoindre: ce désir de mourir peut d'ailleurs coexister en eux avec la peur de la mort ou de la souffrance qui la précède.

Cette peur de mourir, il est rare que ces enfants en parlent spontanément; ils la signifient plutôt par des inhibitions intenses dans certaines circonstances - par exemple, lutter contre l'endormissement - ou par une inattention marquée, du nervosisme, voire une agitation inhabituelle et diffuse, évocatrice de l'hyperkinésie, qui leur donne l'impression d'échapper à la mort, toujours prête à leur tomber dessus.

c) Quant à la culpabilité liée à la mort d'un être cher, elle a été abondamment décrite. Nous redirons donc brièvement que:

- Cliniquement, elle ronge l'enfant sous forme de pensées pénibles secrètes; elle le convainc de son indignité, de sa non-valeur, l'empêche donc de l'intérieur de réaliser ses talents et l'amène à se conduire de façon perpétuellement irritable; elle lui fait redouter l'agression en retour par autrui, ou encore, elle génère une auto-agressivité qui lui fait collecter maladresses et autres plaies et bosses, jusqu'aux tendances suicidaires.

- Cette culpabilité est générée par la croyance - forte ou résiduelle - qu'a l'enfant dans la toute-puissance de sa pensée magique (11); au nom de celle-ci, il attribue un

pouvoir réel au fait qu'il a pu désirer la mort d'un frère (13) ou d'un parent rival, voire d'un parent investi dans l'ensemble, mais parfois objet d'ambivalence.

Dans d'autres cas, sans déjà parler de pensée magique, la culpabilité est liée à l'analyse que l'enfant fait de son mauvais comportement, dont il redoute qu'il n'ait altéré la santé du futur défunt. Ou alors, l'enfant se reproche d'avoir demandé un dernier geste qui a été à l'origine de l'accident fatal. La plupart du temps, ces idées de culpabilité sont non fondées faute de projet stable et profond de tuer<sup>5</sup>. On pourrait prévenir la survenance de telles idées en étant très attentif à la manière dont on stigmatise les responsabilités de l'enfant dans la vie quotidienne, et surtout leurs conséquences (pas de «tu me tues»... «tu m'épuises»... «tu me rends malade»). Il n'empêche que, parfois, l'on peut vraiment ne pas douter de la responsabilité contributive d'un grand enfant, ou d'un adolescent, particulièrement dur ou haineux, dans l'aggravation d'une maladie, voire dans la motivation d'un suicide; pour rares qu'elles soient, de telles situations doivent être repérées et les jeunes en question aidés à retrouver l'estime de soi sans pour autant nier leur part d'implication dans le drame.

- Une culpabilisation tout aussi cruelle peut porter sur le fait d'être le survivant d'un drame; c'est le thème magnifiquement mis en scène, il y a quelques années, dans le film de Redford «Ordinary people», où Conrad avait très bien compris qu'au fond d'elle-même, sans pour autant le rejeter, sa mère regrettaît confusément que ce soit lui qui ait survécu à son frère, tant admiré.<sup>6</sup> L'enfant

<sup>5</sup> La discussion de ce point dépasse les limites de cet exposé. En résumé, la «simple» existence du désir de mort ne devrait pas être à l'origine d'une culpabilité fondée. Il en va de même de certains passages à l'acte impulsifs ou/et mineurs, à visée défensive, sur le corps d'autrui. Seule, l'actualisation volontaire du désir de mort (projet, programme et réalisation) devrait provoquer la culpabilité.

<sup>6</sup> Application plus moderne, on pourrait évoquer aussi ces enfants qui savent ou devinent avoir été conçus - d'où qu'en soit venue la suggestion - pour donner un jour leur moelle à un frère cancéreux, qui n'en est pas moins mort.

peut aussi se sentir coupable de recommencer à vivre, de reprendre pleinement sa place dans la société, alors que sa mère n'a pas encore fait le deuil de son mari défunt, et voudrait le voir, lui, en compagnon triste et en enfant-consolateur, en quelque sorte «parentifié» au profit du parent survivant... (14). Citons encore le sentiment de culpabilité plus œdipien (2) de prendre la place du mort, après coup, en s'identifiant à ses traits positifs, en lui prenant ses attributions, voire en convoitant le conjoint survivant apparemment devenu libre...

d) Pour terminer, disons un mot d'une dernière catégorie d'idées et d'affects envahissants, ceux qui sont du registre de la honte. Cela se rencontre parfois, lorsque l'enfant croit comprendre que la mort de celui qu'il aimait a été infamante et/ou que sa famille en est restée stigmatisée. C'est parfois pur fantasme imaginaire de sa part mais pas toujours, particulièrement dans les petites communautés de vie où tout se sait et où l'on ne manquera pas de «faire savoir que l'on sait»; pas facile, alors, d'être le fils ou la fille du malade mental suicidé (9), de l'alcoolique emporté par sa cirrhose, voire d'une maman morte du SIDA (15).

3. Tout n'a pas été dit avec ces quelques catégories d'enfants qui refoulent trop massivement leurs pensées, ou qui se laissent envahir et paralyser par les plus pénibles, sans pouvoir procéder à un travail mental de relativisation.

Ainsi, nous n'avons pas encore évoqué le sort de ces enfants très jeunes qui, dans un premier temps, sont d'autant plus incapables de comprendre ce qu'est la mort que, parfois, soi-disant pour les épargner, on entretient un mystère total à son sujet (10): avant le décès, on ne les associe à aucun des signes avant-coureurs de la disparition prochaine; après la mort, on se tait, ou on leur dit que «leur maman dort» ou «est en voyage chez Jésus». Rien d'étonnant à ce que certains d'entre eux

fassent des fixations imaginaires tenaces ou que d'autres, très seuls dans un douloureux voyage intérieur, en ressortent bouleversés, insécurisés, porteurs de graves dysharmonies dans leur évolution.

Et il faudrait parler aussi de tous ces enfants désorganisés, moins peut-être par la mort de l'être cher, que par tout ce qu'elle entraîne comme bouleversement familial (16):

- Enfants qui acceptent de rester «parentifiés» comme le demande le parent survivant (17), ou/et pour s'identifier à certains traits de personnalité mûrs et positifs du disparu... Lorsqu'il s'agit davantage de conformisme que d'une adhésion interne de leur Moi Idéal, on les voit souvent passer par des adolescences tumultueuses, protestataires, négativistes.

- Enfants conçus ou désignés en remplacement rapide d'un aîné, priés d'être comme l'ombre d'un disparu, d'ailleurs idéalisé ... ou comme le consolateur perpétuellement disponible.

- Enfants qui ont l'impression de ne plus compter, par exemple parce que ce n'est pas d'eux qu'on attend la survie, ou parce que le père oublie vite son épouse disparue et refait sa vie en larguant ses rejetons.

- Enfants qui, en perdant un aîné admiré, perdent leurs références identificatoires; si, en plus, le mort reste idéalisé par les parents alors que les qualités présentes chez les petits ne sont pas reconnues, ceux-ci vivent dans le désarroi, le sentiment d'échec et d'infériorité.

### III. FACTEURS DE PROTECTION OU D'AGGRAVATION (18-21)

Certains auteurs, et en particulier Elizur E. et Kaffman M. (18) et Olivier R.C. et Fallat M.E. (20), tentent d'identifier des indices qui pourraient permettre de prédire l'évolution du deuil. Dans une optique sans

doute moins systématique, nous proposons un tableau reprenant quelques facteurs de protection ou d'aggravation jugés importants. Par définition, les facteurs de protection sont ceux qui facilitent le décours d'un travail de deuil «normal»; les facteurs d'aggravation sont ceux qui prédisposent aux complications que nous venons de décrire.

Nous nous limiterons à un tableau schématique de ces différents facteurs, présentés dans un ordre chronologique approximatif (tableau I).

## IV. L'ACCOMPAGNEMENT ÉDUCATIF ET PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE DE L'ENFANT ENDEUILLÉ

### 1. QUELQUES PRINCIPES

A. Ce n'est pas après la mort d'un être cher que doit commencer l'accompagnement susceptible de favoriser un deuil normal; il importe qu'une ambiance relationnelle positive existe depuis toujours, en partie improvisée et spontanée, en partie fruit des réflexions des parents autour de leur fonction d'éducateurs. Prévention primaire (10), serait-on tenté de dire, encore que les objectifs poursuivis ne soient pas vraiment de prévenir le malheur, mais plutôt de bien vivre, tout simplement, dans le respect les uns des autres.

Parmi les éléments de cette ambiance relationnelle les plus potentiellement aptes à faciliter les deuils, lorsque ceux-ci devront avoir lieu, nous pensons plus particulièrement à:

- un investissement de l'enfant abondant, partagé par plusieurs, à l'intérieur duquel l'acquisition de sa confiance en soi et de son autonomie est encouragée;
- une disponibilité aux questions de l'enfant; une capacité des adultes à échanger des informations et à exprimer simplement leurs idées personnelles et leurs émotions;

TABLEAU I

## Facteurs de protection ou d'aggravation

<i>Définition des différents facteurs</i>	<i>Facteurs de protection</i>	<i>Facteurs d'aggravation</i>
Histoire de vie et personnalité préalable de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Santé mentale; maturité;</li> <li>- Histoire de vie exempte de traumatismes; enfant normalement investi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personnalité fragile et notamment: manque de confiance de base</li> <li>- Enfant peu investi</li> <li>- Séparations précoces; pertes antérieures inductrices d'attachement «insecure»</li> </ul>
Style de vie de la famille nucléaire	Communication; respect pour la croissance et l'autonomie de chacun	Silence; désignation rigide des rôles; maintien des enfants en dépendance
Nature de la relation avec la personne décédée	Investissement réciproque; identification de l'enfant à des «traits positifs» de cette personne; attachement «secure» dans le chef de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Investissement, mais avec dépendance (de la présence externe de la personne)</li> <li>- Ambivalence; insécurité</li> <li>- Rivalité, voire haine, rejet, de l'enfant vers la personne</li> </ul>
Circonstances du décès	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mort naturelle, préparée; agonie de pénibilité supportable</li> <li>- L'enfant n'est pour rien dans la mort</li> <li>- Pas d'ambiance stressante autour de la mort, ou ayant provoqué celle-ci</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mort violente, inattendue, brutale, entourée de circonstances dramatiques</li> <li>- Une demande, un comportement de l'enfant ont provoqué la mort ou contribué à celle-ci</li> <li>- Ambiance stressante ...</li> </ul>
Manière dont on vit la mort et dont on en parle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Communication authentique devant l'enfant et avec lui</li> <li>- Emotions exprimées; deuil normal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Silence, déni</li> <li>- Deuil pathologique, interminable, chez les adultes survivants</li> </ul>
Manière dont on assume que l'enfant, lui aussi, vit un deuil	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Présence à l'enfant: explications données, écoute, soutien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ignorance envers l'enfant; incapacité à penser qu'il avait une relation avec le disparu</li> <li>- Exclusion des rites funéraires</li> <li>- Déni de la signification des comportements de détresse de l'enfant</li> </ul>
Réassignations de rôles exigés de la part de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aucune</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfant prié d'être consolateur, parentifié, double du disparu...</li> <li>- Enfant à qui l'on reproche d'être le survivant</li> <li>- Enfant hyperprotégé</li> </ul>
Réaménagements de la vie relationnelle et quotidienne	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfant maintenu dans son milieu, pour peu que celui-ci ne soit pas pris dans un deuil compliqué et interminable</li> <li>- Stabilité des personnes substitutives</li> <li>- Satisfaction continuée des besoins de base de l'enfant</li> <li>- Soutien social accordé à la famille</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfant (dé)placé à la légère</li> <li>- Inexistence, instabilité, chaos des personnes substitutives; indifférence du parent survivant</li> <li>- Non-satisfaction (p.ex. détérioration du niveau de vie de la famille; soucis et moindre disponibilité du parent survivant)</li> <li>- Stigmatisation de la famille</li> </ul>

- une confrontation «naturelle» de l'enfant à la mort, celle des végétaux, des animaux et des humains, au hasard de l'existence (5); une écoute de ses réactions, en expliquant ce que, d'aventure, il ne comprendrait pas.

B. L'aide que l'entourage peut prodiguer à l'enfant en deuil est largement fonction de sa disponibilité émotionnelle. Comme cet entourage proche du disparu est lui-même en souffrance, du moins au début, on devine l'intérêt qu'il y a à favoriser sa restauration psychologique. Y contribuent notamment des soutiens sociaux de qualité, des réunions de personnes endeuillées de statut analogue (13), voire des psychothérapies.

Par ailleurs, comme on ne peut pas demander l'impossible à cet entourage au moment où sa souffrance est le plus forte, une sollicitude plus active pourrait s'adresser à l'enfant, émanant de la communauté élargie (22). Des psychothérapeutes d'enfants ou de famille pourraient également parler directement à l'enfant, précédant parfois un peu la parole des proches, momentanément trop inhibés pour le faire. Des séances conjointes réunissant l'enfant et les adultes survivants de la famille, et où l'on s'adresse au moins autant à celui-là qu'à ceux-ci, peuvent avoir une grande valeur de debriefing pour tous.

## 2. PRÉVENTION PRIMAIRE ET SECONDAIRE APRÈS LE DÉCÈS

A. Avant tout, il nous semble important de conforter l'enfant dans son droit de faire le chemin de son deuil comme il l'entend, en nous méfiant des idées standard à ce sujet, et en acceptant qu'une grande variété d'aménagements puisse exister, et que du temps est nécessaire pour comprendre puis pour se rééquilibrer (1).

Le pire serait que l'enfant pressente que sa manière de souffrir aujourd'hui n'est pas celle qui est attendue. Le mieux, c'est d'être là, près de lui, indéfectiblement présent, dans

l'accueil et la discrétion, et en partageant avec lui idées et émotions, comme nous le détaillerons tout de suite.

Que faire alors, lorsque l'on est préoccupé par certains signes qu'il présente, comme le silence, le déni ou la régression spectaculaire? Prendre patience; ne pas le critiquer; avoir en soi l'espérance que la vie refera lentement son chemin chez lui et lui en faire part; éventuellement, lui proposer délicatement d'autres façons d'être, qui dépassent un peu sa stagnation présente, mais sans lui faire violence s'il ne les adopte pas tout de suite: on peut penser alors à se révéler soi-même dans ce que l'on ressent, mais discrètement, face à l'enfant qui ne parle plus...; on peut aussi lui proposer l'une ou l'autre «distraction», au sens commun du terme, s'il est inactif et vide d'intérêts,....

B. Pour mieux assurer cette autorisation morale, l'adulte peut certainement s'auto-observer, si tant est que son propre cheminement le lui permette et réfléchir aux questions que voici:

- Fait-il une place, en lui et en dehors de lui, à la souffrance possible de l'enfant? Imagine-t-il que l'enfant puisse être endeuillé, lui aussi, ou qu'il est décidément trop petit pour comprendre? Accepte-t-il d'interagir avec l'enfant comme avec le partenaire d'un travail à faire ensemble, au sein de la famille survivante, en se soutenant l'un l'autre, ou laisse-t-il s'installer un clivage où chacun souffre dans sa solitude? Par exemple, a-t-il invité l'enfant - invité, sans plus - à participer aux rites funéraires, souvent tellement apaisants, tellement importants pour se dire au revoir, voire pour faire la paix avec celui qui s'en va?<sup>7</sup>

<sup>7</sup> L'intelligence de l'enfant est concrète, et opère sur le réel concret. Elle est donc très constructivement alimentée si on lui donne l'occasion de *voir*, simplement, comment la mort est arrivée (si c'est possible, de voir le corps du disparu (sans faire violence à l'enfant qui serait trop émotionné pour l'accepter), de voir la mise en place des rites funéraires, puis d'aller rendre visite aux restes corporels du disparu là où ils sont. Monde du voir qui doit s'accompagner du monde du partage des mots et des émotions.

- N'assigne-t-il pas un rôle trop étroit, trop rigide à l'enfant? Rôle du consolateur (13), du faible menacé qu'il faut toujours protéger; rôle du remplaçant mais qui n'en sera jamais qu'un ersatz; rôle de celui qui a eu tort de rester en vie et qui est un peu de trop... Peut-être doit-il réapprendre à laisser l'enfant être lui-même... à le différencier de celui qui est mort en reconnaissant à chacun ses qualités et défauts propres et en coupant court au jeu cruel des comparaisons...

C. Essentiel alors est le partage des idées et des émotions. Schématiquement, on peut en distinguer trois aspects: l'adulte s'exprime personnellement, il écoute l'enfant et, en résonance aux questions et préoccupations de celui-ci, il l'informe.

1) S'exprimer en présence de l'enfant ou/et en le prenant comme interlocuteur peut aider celui-ci à remettre ses propres idées et sentiments en place. A travers le chagrin, la colère et le cheminement des pensées de l'adulte, l'enfant peut comprendre combien le deuil est une réalité «naturelle», que chacun gère avec ses ressources propres. L'adulte peut trouver les mots qui aident l'enfant à se refaire une idée un peu différente de l'existence, où la mort a sa place. La parole de l'adulte peut apparaître à l'enfant comme une invitation à s'ouvrir, à se libérer, à exprimer son propre chagrin, à le partager, à recevoir et à donner du soutien.

Aux tout petits qui ne comprennent pas encore le fait de la mort, cette expression de soi par les adultes survivants, conjuguée aux explications qu'ils donnent, permet justement à ces enfants de réaliser progressivement et d'intégrer ce qu'est la perte. Ils y arrivent en écoutant, en calquant tant soit peu leur conduite sur celle du parent survivant, en se rendant au cimetière avec lui, et en s'ouvrant, toujours à travers lui, à ce que peut être une relation spirituelle prolongée avec celui qui est mort.

Mais cette expression de soi par l'adulte n'est pas nécessairement bénéfique à l'enfant. Si elle se transforme en deuil interminable, si toute la maisonnée est amenée à vivre définitivement et intensément sous le régime du deuil, le disparu idéalisé devient un fantôme étouffant, voire secrètement haï. Il incombe donc au parent survivant de mettre une sourdine à l'expression de ses propres sentiments et à porter son attention sur autre chose que sur le culte du mort, en espérant de surcroît récolter pour lui-même, en quiétude intérieure, le fruit de son effort.

2) Deuxième volet du partage des idées et des émotions, on devrait savoir écouter l'enfant (5): écouter ce qui se crie ou se balbutie spontanément, et aussi - ce qui est également important - provoquer délicatement l'expression d'une question, d'un affect, d'une idée. Parfois, un échange verbal direct pourra avoir lieu à ce propos; d'autres fois, parce que l'inhibition est plus forte ou que l'intelligence des choses se fait davantage via l'imaginaire, c'est dans des dessins, des jeux, des histoires qu'on lui raconte ou que l'on construit ensemble, que l'enfant livrera par petits personnages interposés ses sentiments, ses questions et conflits les plus difficiles!... Il ne faut pas obligatoirement être thérapeute pour recueillir ces productions, qui disent l'imaginaire de l'enfant et sa vérité; il suffit, surtout, d'y être empathiques; ensuite, s'il le faut mais pas trop vite, on pourra proposer d'autres «versions de la vie» que celle qu'incarnent spontanément les petits personnages des histoires qu'il met en scène ... si d'aventure ils se fourvoient dans leur intelligence des choses de la vie.

On m'a raconté à ce sujet, récemment, le cas de Johan (5 ans), très dépressif et irritable depuis la mort accidentelle de sa petite sœur, au sujet de laquelle il se faisait probablement des reproches en secret. Il avait été spectaculairement libéré de ceux-ci pour avoir regardé avec sa mè-

re - heureusement disponible - le «Roi-Lion» et avoir entendu celle-ci manifester son empathie à Simba, le fils-lion, cause bien involontaire de la mort de son père, s'exilant alors pour vivre des années de dépression et de dénégation. La maman de Johan avait su se montrer tendre pour le petit Simba, dire le droit qu'il avait à toujours être aimé, et l'erreur qu'il faisait à se sentir coupable ... Johan en avait tiré tout seul la leçon.

Ce qu'il faut essayer d'écouter sobrement, c'est souvent ce que l'enfant a le plus de mal à exprimer: pas seulement la tristesse du manque... pas seulement les thèmes anxieux variés... mais aussi l'agressivité que l'enfant ressent, par exemple pour le mort qui l'a lâché, agressivité dont il se sent aussitôt coupable (22)... ou encore la faute qu'il s'attribue et qui a été à l'origine du décès... ou son angoisse de trop ressembler à celui qui est mort.

3) Le troisième volet du partage des idées et des émotions, ce sont les informations que l'on propose à l'enfant. Ce chapitre est souvent mal géré, soit que les adultes survivants se sentent inhibés ou trop prudes à l'idée d'informer, soit qu'ils n'imaginent pas que l'enfant en ait besoin, soit au contraire, qu'ils réduisent le partage avec l'enfant à cette dimension d'information, alors trop abondante et, en même temps, trop peu adaptée au contexte réel. Or, si quelques informations importantes devront lui être données, en rapport direct avec l'événement et en dehors de toute demande, d'autres seront utilement suggérées en réponse à des questions de l'enfant... ou à ses silences: elles viendront confirmer ce qu'il pense déjà ou, si nécessaire, l'inviter à voir les choses quelque peu autrement: à l'adulte à les soutenir tranquillement, avec conviction, comme des vérités pour lui, sans faire violence à l'enfant. En outre, toute information importante proposée à l'enfant devrait faire l'objet de vérifica-

tions: L'enfant la comprend-t-il? Comment y réagit-il?

Il n'est pas possible de passer en revue tous les thèmes qui méritent d'être abordés avec l'enfant. En voici quelques-uns parmi les plus importants (2-23):

- Le caractère inéluctable de la mort, terme irréversible de la vie pour tous les vivants terrestres, survenant naturellement ou violemment, mais indépendamment des éventuels souhaits de l'enfant. Deux remarques à ce propos:

\* Surtout quand l'enfant est très jeune, certaines explications à visée consolatrice ne lui permettent pas de comprendre l'inévitabilité de la coupure; on y déclare en termes vagues que le disparu s'est endormi pour toujours, quand il n'est pas simplement «parti faire dodo» ou «qu'il est au Paradis». Et l'enfant d'attendre en vain son retour. Certes, ce n'est pas ici le lieu de prendre position sur les croyances religieuses, leur bien-fondé aux yeux de beaucoup, et les consolations qu'elles sont censées apporter. Nous voulons simplement faire remarquer que, lorsqu'on s'y réfère, ce ne devrait pas être pour éviter la confrontation de l'enfant - et de soi - à l'inévitabilité et la douleur d'une absence, celle du disparu dans sa corporéité. Maintenir une relation spirituelle avec le souvenir d'un mort, ou avec l'être d'un Mort survivant dans quelque au-delà mystérieux, n'empêche pas d'avoir à assumer cette coupure.

\* Il ne suffit évidemment pas de dire que «la mort est la mort». Beaucoup d'enfants se posent des questions plus précises qui expriment leur désir de connaissance de l'être humain et du sens de la vie, au-delà du biologique: Pourquoi meurt-on? Que sent-on et à quoi pense-t-on quand on meurt? Souffre-t-on? etc... Quand on les laisse exprimer tout ce qu'ils imaginent à ce sujet, on est parfois stupéfait des idées qu'ils construisent pour humaniser et apprivoiser la mort.

Ainsi, en Belgique, après les kidnappings, viols et assassinats d'enfants qui ont marqué le mois d'août 1996, l'un de nous a été amené à faire une psychothérapie de groupe télévisée à intention de debriefing avec quelques enfants de 8 à 10 ans. En évoquant Julie et Mélissa, les fillettes assassinées, ces enfants ont trouvé, tout seuls, que, tout au long de leur interminable agonie, dans la cave où elles étaient séquestrées, Julie et Mélissa se racontaient peut-être des histoires, jouaient aux cartes ou se chantaient des comptines. Ils ont trouvé aussi que, quand on venait les agresser, peut-être seul leur corps était prisonnier, tandis que leur esprit s'envolait comme un petit oiseau, pour venir les réhabiliter après coup.

- La nature de la maladie ou du processus qui a conduit à la mort; la nature de la maladie ou du processus qui a amené la mort; il est particulièrement important d'échanger des idées à ce sujet lorsque celui-ci pourrait être source de honte et d'angoisse, l'enfant ayant peur que ça lui tombe dessus aussi. Il arrive qu'on doive le préparer à répondre aux camarades qui se moqueraient de lui.

- La «normalité» de l'expérience du deuil chez les petits comme chez les grands, deuil que chacun vit avec ses particularités propres, et qui s'apaise progressivement, sans pourtant que s'éteigne la relation spirituelle avec le disparu.

Ici, encore, le concept peut sembler difficile à expliquer et à faire intégrer par l'enfant, mais, quand on part plutôt de sa créativité à lui, il est à même, tout seul, de raconter avec ses mots à lui, ce que peut être le deuil: «On y pense toujours... mais moins souvent... et sans être triste» trouve spontanément Martin (10 ans), dans la psychothérapie de groupe dont nous venons de parler. Simplement suffit-il de reconnaître la valeur de ce qu'il pense...

- La non-responsabilité de l'enfant dans la survenue de la mort. Il peut arriver qu'il en ait été la cause involontaire, par exemple lors d'un accident mortel. Il s'agit alors de l'aider à ne pas confondre causalité et intentionnalité.

Dans la majorité des cas, en effet, il n'y est pour rien du tout: nous incluons ici les cas où sa rivalité avec le mort ou/et son désir de mort a pu s'exercer: déjà ici, il faut pouvoir deviner et lui parler de l'universalité de l'ambivalence et des désirs de mort, et de leur non toute-puissance. Dans une minorité plus petite encore de situations, on peut se demander si une forte rivalité avec un autre enfant n'a pas été à l'origine d'un acte manqué dramatique... voire, surtout chez les aînés, si leur comportement intentionnellement négatif n'a pas pesé lourdement sur la santé déjà fragile d'un adulte: ici aussi, et plus que jamais, il faut non pas nier la part de faute, l'importance de la reconnaître et d'obtenir le pardon, mais surtout aider l'enfant à faire confiance à nouveau à son potentiel positif.

- Le fait que la vie de l'enfant ne soit pas spécialement menacée, à quelques exceptions près: la mort n'est pas contagieuse<sup>8</sup>, même si l'enfant le pense parfois, soit par pure angoisse et pensée magique, soit aussi et surtout quand il éprouve une certaine culpabilité. Dans ce contexte, on devra parfois rappeler à l'enfant les différences fondamentales entre sa personne et celle du mort: explication délicate encore, puisqu'elle doit rendre compte de ce qu'est la filiation, l'identification aux parents, et l'originalité de chaque être; explication particulièrement importante lorsque la mort a été associée à une maladie mentale ou/et à un suicide.

A un petit enfant, on devra redire aussi que les survivants - et lui-même - sont forts,

<sup>8</sup> Même dans les cas où l'enfant a été contaminé, p.ex. par le Sida d'un parent, si pas par une hérédité maniaco-dépressive, c'est la maladie qui s'est transmise, et le destin de celle-ci n'est pas ipso-facto celui qui a emporté son parent.

et non disposés à se laisser emporter par de nouvelles agressions.

- Dans la mesure où c'est vrai - et ce l'est fréquemment - on peut lui rappeler qu'il est toujours aimé et que ses besoins seront autant satisfaits qu'avant. Cette reverbération ne doit cependant pas être «plaquée», travestissant mensongèrement une réalité défailante. Avant de s'engager par la parole, le premier devoir des adultes est donc de vérifier ce qu'il en est sur le terrain et, le cas échéant d'améliorer ce qu'ils peuvent. Si la situation est appelée à rester moins favorable, plutôt que de nier les différences, en parler clairement permet davantage à l'enfant de faire le deuil du paradis perdu et d'utiliser sa résilience pour s'adapter à son présent.

Ce n'est néanmoins pas toujours facile! Que dire à ce propos par exemple, à Vanessa (14 ans), fille unique, gâtée et carpicieuse d'une maman célibataire, décédée d'un cancer après une longue épreuve? La grand-mère maternelle, chez qui le couple mère-fille s'était réfugié, se dit trop vieille pour gérer l'adolescente. Aucun des oncles et tantes n'en veut pour la vie quotidienne. Voici donc Vanessa en internat scolaire, passant de l'un à l'autre pour les vacances. Que lui dire, sinon que c'est son comportement exigeant et difficile qui fait peur... qu'elle doit y regarder à deux fois avant de compromettre le crédit qui lui reste par protestations surajoutées..., qu'elle est à même, si elle y met le prix en comportement sociable, de regagner de l'amour, chez des jeunes de son âge par exemple... et que c'est elle qui peut veiller le plus sûrement sur ses propres intérêts!

D. En prolongement direct de ce que nous venons de dire, évoquons donc toute l'importance du soin à apporter à l'environnement matériel et affectif de l'enfant. Au-delà des mots qu'on lui destine, l'enfant en deuil a plus de chance de se réparer lorsque l'intendance aussi est assurée c'est-à-dire lorsque:

- l'entourage survivant est affectivement proche de l'enfant et stable (15);
- les besoins matériels de l'enfant, la qualité de la vie quotidienne continuent à être assurés; l'ambiance de vie n'est pas trop chargée de soucis, notamment ceux qui pourraient résulter du non-accomplissement des fonctions qu'exerçait le disparu;
- l'enfant peut continuer à vivre dans son univers habituel ou du moins n'en est pas déplacé à la légère; si cependant il faut passer par cette seconde solution, que ce soit plutôt vers un environnement de type familial substitutif, bien stable et capable de délicatesse et de sobriété, pour ne pas provoquer chez l'enfant des conflits intérieurs de loyauté.

En guise de conclusion, nous ferons deux remarques:

1. Nous avons laissé ouverte l'importante question de savoir si les accompagnements que nous proposons, et surtout ceux qui sont centrés sur l'échange de paroles, relèvent des dialogues de la vie quotidienne, de la psychothérapie ou des deux. Sans pouvoir y répondre ici d'une façon détaillée, disons seulement que les professionnels ne devraient jamais accepter que l'ambiance de la vie quotidienne soit et reste faite de silence inhibé et douloureux. En rencontrant les adultes endeuillés, en les écoutant et en les encourageant, ils devraient vérifier ou faire en sorte que ce soient ceux-ci qui parlent aux enfants dont ils ont la charge, au moins pour une part importante de ce qu'il y a à dire. Sans nécessairement demander tout de go aux plus accablés d'assurer un dialogue fluide, mais en jouant sur les ressources de la famille élargie et d'autres familiers (20), il nous semble préférable que les témoignages et les réponses à l'enfant émanent, pour le principal, des compagnons de sa vie quotidienne. Si seuls les psychothérapeutes s'occupaient des paroles importantes, ils n'échapperaient que difficilement au double message: la mort,

il faut en parler, mais c'est non représentable et non dicible avec naturel... Le rôle des psychothérapeutes est donc d'abord de faciliter la communication dans la famille; dans cette perspective, grande est la valeur de séances familiales, où les professionnels aident les adultes survivants à s'exprimer, voire les précèdent un peu pour faire eux-mêmes les propositions verbales les plus délicates; si, par la suite, l'enfant reste prisonnier de ses conflits ou de ses affects les plus pénibles, une psychothérapie lui sera également et personnellement proposée: mais, même si on s'adresse plus précisément à lui, il n'est pas nécessaire d'exiger tout de suite qu'il y vienne seul: beaucoup ont besoin, temporairement, de la présence d'un familier à leur côté, qui les protégera et les rassurera contre un sentiment de trahison envers le défunt.<sup>9</sup>

2. Même s'il ressort de cet exposé que nous devons être sensibles à la détresse de l'enfant, gardons-nous d'étiqueter celui-ci de façon trop stricte comme le poussin blessé, pitoyable et nécessitant un support perpétuel: il pourrait d'ailleurs en remettre pour maintenir le surcroît d'attention qu'il gagnerait de la sorte. A nous de savoir être parfois un peu absents de sa vie, voire un peu durs et exigeants!

Plus fondamentalement, nous sommes invités à faire confiance à la résilience de nos enfants. Elle est démontrée chaque jour de par le monde par tant d'enfants qui passent par l'horreur, en réchappent puis se remettent à croire dans la vie: résilience des petits

---

<sup>9</sup> Si d'aventure, ils s'abandonnaient à la relation avec un seul étranger.

Ruandais et de tant d'autres enfants de la guerre, résilience des enfants rescapés des maisons de passe d'Asie et d'ailleurs, résilience de tous ces anonymes, proches de nous, dont l'insouciance s'est soudain brisée contre le malheur, et qui ont dû prendre en main leur destin et parfois celui de leurs jeunes frères et sœurs, voire du parent survivant. Tous ces enfants courageux nous crient que l'espérance n'est pas une illusion et nous invitent à donner à leur côté le meilleur de nous-mêmes.

## SUMMARY

### Children's Complicated and Pathological Mourning

In this article, the authors investigate children's pathological and complicated bereavement. They first define a few concepts and talk about mourning, not only when associated to death, but also in every situation of separation perceived as an irreversible loss. They describe briefly phenomenology and etiopathogenesis. They approach somatic mournings, and notions of repression, distress, guilt, depression, shame and traumatism, illustrated by clinical situations. They mention protective and worsening factors. They particularly underline the therapeutic and educational support that can be given to these children and their close relations.

In their conclusion, they emphasize the role of family members and point out the risk of excessive interference.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. BACQUE M.F. - *Le deuil à vivre*. Coll. Opus, Odile Jacob, Paris 1995.
2. HANUS M. - «*Les deuils dans la vie; deuils et séparations chez l'adulte et chez l'enfant*». Maloine, Paris 1994.
3. PIRARD-VAN DIEREN E. - «*D'un deuil particulier chez les enfants*». In STEICHEN R. et DE NEUTER P. - «*Les familles recomposées et leurs enfants*». 245-250. Academia-Erasme, 1995.
4. GHAZIUDDIN M., ALESSI N., GREDEN J.F. - «*Life events and depression in children with pervasive developmental disorders*». *J Autim Dev Disord* 25 (5): 495-502, 1995.
5. FURMAN R. - «*Aptitude de l'enfant au deuil*». In ANTHONY E.J., KOUPERNIK C. - «*L'enfant dans la famille*». Tome 2, 182-186. Masson, Paris 1974.
6. DIATKINE G. - «*Deuil et inhibition intellectuelle chez le jeune enfant*». *Bull Psychol* 38: 491-494, 1986.
7. BLACK D., HARRIS-HENDRIKS J., KAPLAN T. - «*Father kills mother: post-traumatic stress disorder in the children*». *Psychother Psychosom* 57 (4): 152-157, 1992.
8. GAENSBAUER TH., CHATOOR I., DRELL M., SIEGEL D., ZEANAH C.H. - «*Traumatic loss in a one-year-old girl*». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34 (4): 520-528, 1995.
9. PFEFFER C.R., MARTINS P., MANN J., SUNKENBERG M., ICE A., DAMORE J.P. Jr, GALLO C., KARPENOS I., JIANG H. - «*Child survivors of suicide: psychosocial characteristics*». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36-1: 65-74, 1997.
10. BLACK D. «*Childhood bereavement*» (editorial). *BMJ* 312 (7045): 1496, 1996.
11. MICHAELI M. - «*Les aspects psychosociaux de la mort subite du nourrisson*». *Rev Prat* 42 (14): 1758-1761, 1992.
12. WOLFENSTEIN M. - «*How is mourning possible?*» *Psychoanal Study Child* 21: 93-123, 1996.
13. LECAVELIER-DES-ÉTANGS N., LAURAS B., SIBERTIN-BLANC D. - «*La mort subite inexpliquée du nourrisson: le destin de l'enfant précédent*». *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 42 (8-9): 627-652, 1994.
14. CHRIST G.H., SIEGEL K. - «*Parental death: a preventive intervention. Recent Results*». *Cancer Res* 121: 426-431, 1991.
15. SIEGEL K., GOREY E. - «*Childhood bereavement due to parental death from acquired immunodeficiency syndrome*». *J Dev Behav Pediatr* 15 (3): S66-S70, 1994.
16. BAILLY L., GOLSE B., SOULÉ M. - «*Conséquences pour les enfants des crises familiales graves et des événements traumatiques*. In LEOVICI S., DIATKINE R. et SOULÉ M. - *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. 2793-2808. P.U.F., Paris, 1995.
17. SALER L., SKOLNICK N. - «*Childhood parental death and depression in adulthood: Roles of surviving parent and family environment*». *Am J Orthopsychiatry* 62 (4): 504-516, 1992.
18. ELIZUR E., KAFFMAN M. - «*Factors influencing the severity of childhood bereavement reactions*». *Am J Orthopsychiatry* 53 (4): 668-676, 1983.
19. KISSANE D.W., BLOCH S., DOWE D.L., SNYDER R.D., ONGHENA P., MCKENZIE D.P., WALLACE C.S. - «*The Melbourne family grief study, I: Perceptions of family functioning in bereavement*». *Am J Psychiatry* 153 (5): 650-658, 1996.
20. OLIVER R.C., FALLAT M.E. - «*Traumatic childhood death: how well do parents cope?*» *J Trauma* 39 (2): 303-307, 1995.
21. VAN EERDEWEGH M.M., CLAYTON P.J., VAN EERDEWEGH P. - «*The bereaved child: variables influencing early psychopathology*». *Br J Psychiatry* 147: 188-194, 1985.
22. KAFFMAN D., «*Bereavement reactions in children: therapeutic implications*». *Int J Psychiatry* 24-12: 65-76, 1987.
23. HANUS M., «*Le deuil chez l'enfant*». In LEOVICI S., DIATKINE R. et SOULÉ M. - «*Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*». 1463-1476. P.U.F., Paris 1995.