



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Vers une définition du deuil pathologique et ses particularités chez
le sujet âgé**

Présentée et soutenue publiquement le 8 juin 2017 à 16h00
au Pôle Formation
Par Victor HARLY

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Directrice de Thèse :

Madame le Docteur Amélie DUVAUX

Avertissement

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :
celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

LISTE DES ABREVIATION

MIO : modèle interne opérant

DPM : modèle d'ajustement au deuil en double processus

ESPT : état de stress post traumatique

TABLE DES MATIERES

RESUME -----	14
INTRODUCTION-----	16
PREMIERE PARTIE : Modèles théoriques de deuil-----	20
Chapitre 1 ^{er} : Généralités sur le deuil-----	20
I) Le modèle des « stades du deuil » -----	21
II) Critique du modèle des stades -----	22
III) Classification issue de la thanatologie et deuil pathologique-----	23
IV) Critique de la classification issue de la thanatologie-----	25
V) Conclusion-----	28
Chapitre 2 ^{ème} : Attachement et deuil, une mise à l'épreuve lors du vieillissement -----	31
I) Généralités sur la théorie de l'attachement : la notion de deuil comme point d'ancrage de la théorie -----	32
II) L'attachement tout au long de la vie-----	35
III) L'attachement chez l'adulte-----	36
IV) Attachement et vieillissement-----	38
Chapitre 3 ^{ème} : Modèle cognitif du stress et deuil -----	42
I) Le deuil : évaluations cognitives multiples -----	43
II) Le deuil : réactions émotionnelles multiples -----	44
III) Conclusion -----	45
Chapitre 4 ^{ème} : Modèle d'ajustement au deuil en double processus (DPM) -----	46
I) Stratégies d'ajustement au deuil selon les différents modèles théoriques -----	46
II) Multiplicité des processus de <i>coping</i> face à deux stressseurs -----	50
III) Souplesse des processus de <i>coping</i> : le processus d'oscillation -----	51
IV) Influence des processus de <i>coping</i> : le style d'attachement-----	51
V) Influence des processus de <i>coping</i> : le genre-----	52
VI) Conclusion-----	52
DEUXIEME PARTIE : Abords cliniques et thérapeutiques du deuil pathologique -----	54
Chapitre 1 ^{er} : Le Deuil comme pathologie mentale : quelle entité nosographique ? -----	54
I) Vers une évolution de la définition clinique du deuil compliqué -----	54
II) Deuil et dépression selon le DSM-III et DSM-III-R -----	55
III) Deuil et dépression selon le DSM-IV et DSM-IV-TR -----	56
IV) Deuil et dépression selon le DSM-V-----	57
V) Deuil et trouble de l'adaptation selon la CIM-10-----	58
VI) Deuil et autres troubles psychiatriques selon les DSM-V et la CIM-10 -----	59
Chapitre 2 ^{ème} : Facteurs de risques d'un deuil compliqué -----	60
I) Circonstances et cause de la perte -----	61
II) Caractéristiques de la personne défunte-----	61
III) Facteurs psychologiques -----	62
IV) Facteurs biologiques -----	63
V) Facteurs socio-économiques et cultures -----	63
Chapitre 3 ^{ème} : Interventions centrées sur les processus de deuil et critique du « travail de deuil » -----	65
I) Etude de cas commentée -----	65
II) Le modèle du « travail de deuil » -----	72
CONCLUSION -----	78

RESUME

Le deuil est un processus psychologique normal qui affecte la vie de tout un chacun. Il peut s'agir de pertes réelles (décès dans l'entourage) ou de pertes plus abstraites comme un travail, sa jeunesse ou encore, une certaine forme de liberté. La vieillesse constitue une période de développement particulièrement sensible à ce phénomène tant elle voit l'incidence de ces deux pertes s'envoler.

Le modèle d'ajustement au deuil en double processus (DPM) (Stroebe et al., 1999), apparaît comme le modèle le plus abouti pour évaluer cliniquement une situation de deuil et proposer une prise en charge adaptée à un patient endeuillé qui le nécessite. En effet, à ce jour, les limites du deuil pathologique demandent encore à être confirmées par des données empiriques supplémentaires (DSM-V).

En occident, la culture psychanalytique a laissé derrière elle, bon nombre d'idées reçues quant à certaines formes cliniques de deuil pathologique (deuil chronique, deuil inhibé, deuil retardé), aux processus évolutifs jugés « normaux » ou pathologiques ainsi qu'aux moyens d'y remédier (« travail de deuil »). La littérature infirme pourtant certaines de ces données.

En y intégrant des modèles théoriques comme l'attachement ou encore, les théories cognitives du stress, le DPM, dans sa forme révisée (Stroebe et al., 2005), offre une lecture clinique personnalisée des processus de deuil. Les stratégies d'ajustement au deuil sont ainsi évaluées selon une perspective à la fois psychodynamique et syndromique. Le DPM aborde la notion de deuil pathologique lorsque apparaît une rigidification du processus d'oscillation entre des stratégies dites de confrontation et de restauration.

Les axes d'intervention visent à réinstaurer une plus grande souplesse entre ces stratégies de *coping*. Le « travail de deuil », par son recours à des stratégies de confrontation seules, apparaît comme un outil psychothérapeutique restreint, non adaptable à tous.

INTRODUCTION

Dans son propos introductif sur la régulation des émotions et deuil (tiré du Traité de régulation des émotions, 2015), Emmanuelle Zech définit le deuil dans son sens large comme faisant suite à n'importe quelle perte significative (1). Bien entendu, il peut s'agir du décès d'un proche mais le deuil peut aussi prendre en compte des pertes plus symboliques comme la perte d'un travail par exemple, de la liberté, d'un idéal, de sa jeunesse, d'un animal ou encore d'un endroit de vie. Il ne s'agit pas d'une maladie mais plutôt d'une « épreuve de la vie » ou encore « d'un processus psychologique normal » (Jean-Pierre Clément, 2009) (2), très fréquent, augmentant avec l'âge.

Sur le plan épidémiologique, les chiffres concernant le deuil sont disparates selon les études. En France, A. Sauteraud estime qu'il y aurait 11% d'endeuillés qui souffriront de deuils pathologiques, ce qui, rapporté au nombre de décès, indiquerait une incidence de 350 000 cas en France, soit 0,5 % de la population générale (3). M. Hanus évoque lui, le chiffre de 5% (4) alors que M.-L. Bourgeois estime que 20% des deuils sont compliqués, devant faire l'objet d'une prise en charge systématique (5). Ces chiffres renvoient à des pertes concrètes, c'est-à-dire des proches décédés et non à des pertes abstraites ou symboliques. Toutefois, il semblerait, toujours selon E. Zech, que « les processus à l'œuvre suite au décès d'un proche soient similaires à ceux ayant cours lors d'autres types de pertes, dans la mesure où c'est l'investissement affectif initialement consacré à ce qui est perdu qui implique un travail ou un processus de deuil » (Ryckebosch et Zech, 2008 ; Stroebe et Schut, 2010) (1).

Avec l'âge et à mesure qu'un individu avance dans la vieillesse, le nombre de ces deuils (concrets ou non) va grandissant et l'impact psychologique qui résulte n'en ait que plus important. A cet aspect quantitatif, s'ajoute celui, cette fois, qualitatif, de la vulnérabilité bio-psycho-sociale liée au vieillissement. Ce contexte de fragilité que représente la vieillesse, tend

à complexifier le processus de deuil. Jean Jacques Chavagnat parle par exemple de « deuils de trop » pour décrire les deuils répétitifs survenant au grand âge. A cette fragilité de l'âge avancé, s'ajoute aussi le risque plus grand de voir survenir des pertes dont l'affliction sera plus profonde : décès des collatéraux et pire encore, des descendants (enfants par exemple). Enfin, le processus de vieillir n'a pas les mêmes enjeux chez un adolescent ou un adulte en plein essor de la vie, que chez un sujet âgé qui sait ses jours comptés et la perspective de la mort à venir. Les rôles sociaux, professionnels, familiaux sont autant de ressources motivationnelles sur lesquelles il est possible de s'appuyer pour faire face à un deuil à l'âge adulte mais qui peuvent manquer chez le sujet vieillissant. Dans le même ordre d'idées, certains deuils symboliques à l'adolescence auraient, selon une perspective plus développementale, une portée maturative et « constructiviste ». Par exemple, le phénomène de deuil des « parents idéaux » chez un adolescent, peut s'inscrire dans le processus d'autonomisation « normal » d'un adolescent et faire partie de sa construction psychologique vers l'âge adulte. Ainsi, la notion de dépressivité à l'adolescence renvoie à ces processus psychologiques de « deuils symboliques » concourant au développement d'une maturité psychologique adulte et responsable. Chez l'âgé, l'éprouvé émotionnel que représente le deuil dans son ensemble, n'a plus cette fonction « constructiviste » de l'adolescence et il ne dispose plus « des ancrages d'une responsabilité familiale ou professionnelle ou éventuellement associative » (Jean Pierre Clément, 2009) (2) de l'adulte pour faire face à cette épreuve de la vie. Ainsi, le sujet âgé sera plus à risque de développer un trouble mental en réponse à un deuil.

Le deuil, au sens de la perte d'un être cher, est un phénomène dont l'impact psychologique a toujours marqué l'histoire de l'humanité. Des tombes et rites funéraires de l'Homo Sapiens Sapiens, datant du Paléolithique, montrent l'importance ancienne accordée au deuil chez les êtres humains. La mort d'un proche et la souffrance qu'elle génère chez ceux qui lui survivent

sera, au fil de l'histoire, un sujet de réflexion et de conventions sociales redondant, subissant des transformations et des différences d'expression selon les cultures, les ethnies ou encore les périodes historiques. Alors que les premières réflexions sur le deuil étaient d'ordre philosophique et religieuses (écrits grecques, latins, la Bible, épicurisme, stoïcisme...), les premières références scientifiques datent du 17^{ième} siècle avec l'incidence éventuelle sur la santé physique et mentale d'un deuil. Il faudra néanmoins attendre Freud et son ouvrage « Deuil et mélancolie », pour voir se développer la première modélisation approfondie des processus psychologiques à l'œuvre au cours d'un deuil. D'autres auteurs, s'inspirant d'autres modèles conceptuels, succéderont à Freud dans l'étude des mécanismes de deuil et des stratégies de *coping*. C'est le cas par exemple de Bowlby avec sa théorie de l'attachement (1980/1984) ou de Ramsay avec le modèle comportemental (1979). La deuxième moitié du 19^{ième} siècle verra également apparaître plusieurs études à l'initiative d'une tentative de classification du deuil en phénomène normal ou pathologique mais aussi d'une modélisation du deuil en étapes ou encore à l'initiative d'une détermination de facteurs de risque à développer un deuil compliqué. Ces vingt dernières années, de nouvelles avancées empiriques et scientifiques vinrent s'ajouter aux travaux précédents en vue de se faire une vision plus complète et intégrative du phénomène de deuil. Il est au carrefour de plusieurs systèmes d'analyse et de compréhension : psychologique (réactions cognitives, émotionnelles et comportementales), physiologique (physiologie du stress et incidence organique) et sociale. Pour des raisons pratiques, nous axerons notre propos sur un modèle sociologique occidental, estimant qu'il existerait une influence sociétale sur les réactions de deuil. Toutefois, cette question peut faire débat. Certains auteurs, se basant sur des données anthropologique, historique et ethnographique soutiennent en effet, un point de vue « socioconstructiviste » laissant entendre qu'il existerait des différences interculturelles concernant les réactions au deuil (James Averill (1982) (6) et Hoschild (1979) (7)). Néanmoins, la plupart des auteurs

occidentaux pensent, qu'en dépit des rites funéraires, de la signification de la perte ou des coutumes liées au soutien social encadrant le deuil, qui varient beaucoup d'une culture à l'autre, il y aurait une réaction émotionnelle universelle au deuil (sur la base d'un substrat organique et biologique universel).

La pluralité des approches théoriques psychologiques, l'angle sociologique ou encore l'éventail des significations auxquelles il renvoie (pertes au sens large), fait du deuil une notion complexe. Au vu du vieillissement de la population dans nos sociétés occidentales, de la fréquence des pertes propres à cette tranche d'âge et de leurs incidences potentielles en terme de santé mentale et physique et du coût qui en résulte, le deuil constitue une problématique digne d'intérêt en terme de santé publique. Ainsi, se posent les questions suivantes : quels aspects prennent la notion de deuil et pertes chez le sujet âgé ? Quels processus entrent en jeu au cours d'un deuil selon les études récentes ? Quelle est la frontière entre un deuil dit « normal » et un deuil pathologique ? Enfin, quelles interventions peut on proposer en cas de deuil pathologique ? Les références théoriques qui suivent, s'inspirent beaucoup des travaux d'E. Zech dans le domaine du deuil avec notamment son ouvrage « Psychologie du deuil » (2006) (8). Les références théoriques quant à l'attachement, s'inspirent elles, des ouvrages de N. et A. Guédeney : « L'attachement : approche théorique » (2015) (9), et « L'attachement : approche clinique et thérapeutique » (2015) (10).

<p style="text-align: center;">PREMIERE PARTIE :</p> <p style="text-align: center;">MODELES THEORIQUES DU DEUIL</p>

CHAPITRE 1^{er} : GENERALITES SUR LE DEUIL

Comme il l'a été rappelé en introduction, le deuil est une difficulté existentielle auquel chacun a été ou sera confronté. Il peut s'agir du décès d'un proche ou par extension, de la perte de quelque chose de particulièrement investi sur le plan affectif. Le « travail de deuil » qui en résulte, est une notion qui renvoie au processus complexe impliquant un ensemble de réactions diverses, dont l'évolution se fait habituellement vers une réorganisation et un apaisement pour l'individu qui le traverse. Ces réactions ou réponses à la suite d'une perte sont: psychologiques, biologiques et sociales.

La question de la « normalité » des réactions de deuil et des formes déviantes regroupées sous le terme de « deuil morbide », fait suite à une première étude empirique sur le deuil, réalisées dans les années 1940, par Eric Lindemann. Cette étude avait pour objet d'étudier la « symptomatologie et la gestion du deuil aigu » chez une centaine de patients issus d'échantillons différents. A la suite de cette étude, d'autres ont vu le jour avec des échantillons de patients provenant de populations cliniques et non cliniques. L'objectif de ces études demeure de pouvoir distinguer les réactions dites « normales », de celles dites « pathologiques » au cours d'un deuil.

Le modèle du deuil « en étapes » s'inscrit dans ce souci de définir cette « normalité » des réponses au deuil. Ce modèle est né des travaux conjoints de Colin Murray Parkes et John Bowlby dans les années 1970. Alors que Parkes entreprenait un suivi longitudinal de veufs et

veuves sur une période de un an, et que Bowlby, étudiait les réactions des enfants séparés de leurs parents, tous deux se sont aperçus de similitudes importantes dans l'évolution des réponses d'un individu face à la perte.

I) Le modèle des « stades du deuil »

Différents auteurs du modèle des stades ont décrit différentes étapes successives de réactions d'ajustement au deuil. Ils optent pour une vision diachronique du phénomène de deuil au cours duquel, l'endeuillé doit faire face à différentes phases pour réaliser le « travail de deuil ». La résolution du processus de deuil constitue l'étape ultime de ce cheminement : l'endeuillé accepte définitivement la perte, se réorganise et réinvestit à nouveau le monde extérieur (nouvelles relations sociales, une nouvelle identité, de nouveaux buts dans la vie...).

Selon les auteurs, le nombre de stades varie (3 à 7) ou encore, il existe de nombreuses déclinaisons dans leur ordre de succession. Toutefois, l'idée générale du contenu de ces différents stades reste globalement la même.

La période initiale correspond au choc de la perte, il s'agit d'un état de sidération affective pouvant durer quelques heures à plusieurs jours. Selon Parkes (1972), la fonction de cette sidération affective serait de diminuer l'impact émotionnel de l'information et permettre une prise de conscience progressive du caractère permanent de la perte. La seconde phase est celle de la décharge émotionnelle où sont souvent présents de nombreux symptômes dépressifs. L'endeuillé se rend compte du caractère définitif et résolu de la perte. C'est pendant ce stade qu'apparaissent les réactions cognitives, émotionnelles, comportementales et physiologiques. Enfin la troisième phase est celle de la réorganisation. Elle correspond à l'évolution fonctionnelle de la seconde phase où le deuil se termine et où les réactions affectives sont

vécues avec une moindre intensité. L'endeuillé cette fois, s'adapte à la vie quotidienne investie différemment. La personne retrouve un niveau de fonctionnement dit « normal » et accède à de nouveaux modèles de représentations d'elle et du monde extérieur.

II) Critique du modèle « des stades »

Une des limites que l'on pourrait avancer à ce modèle qui tend à conceptualiser l'adaptation psychologique au deuil en étapes successives, est qu'il reste essentiellement descriptif. En effet, il tend à définir une norme de réactions successives d'ajustement à la perte dans une vision diachronique sans en expliquer les mécanismes psychologiques qui sous-tendent ces réactions. Le temps serait donc, selon ce modèle, le seul facteur qui influencerait les réactions d'ajustement à la perte, ce qui semble restreint lorsqu'on souhaite comprendre les processus explicatifs et proposer des axes de prise en charge.

De plus, le « travail de deuil » étant vécu de manière idiosyncrasique, il apparaît délicat de lui assigner un « modèle à suivre » comme norme.

Enfin, ce modèle risque d'entretenir un ensemble de croyances ou représentations collectives autour des réactions attendues, jugées normales par rapport à une perte et celles, au contraire, jugées pathologiques. Ainsi, plusieurs mythes selon lesquels par exemple, manquer de ressentir une intense détresse ou alors, maintenir un certain attachement au défunt ou encore, continuer à éprouver des affects tristes bien longtemps après la perte, seraient forcément associés à un deuil pathologique. Ces mythes ont été infirmés par la littérature (11), (12). Dans ce même fil d'idées, l'hypothèse du « travail de deuil » selon laquelle il est nécessaire à l'endeuillé de confronter ses pensées et sentiments à la perte est aujourd'hui contestée.

Néanmoins, comme le rappellent Stroebe et al. (1994) (13), les auteurs des modèles des stades ont conçu ces étapes comme une évolution possible mais non obligatoire, afin de dégager des caractéristiques générales communes aux endeuillés. Autrement dit, ces auteurs ne nient pas qu'il puisse y avoir des variations individuelles importantes dans les réactions de deuil par rapport aux normes décrites au travers des différents stades. Les endeuillés peuvent, toujours selon ces auteurs, ne pas respecter de façon rigide les étapes décrites sans pour autant que leur deuil soit considéré comme pathologique. Leur but était, de pouvoir identifier les personnes à risque et leur proposer une aide : l'établissement d'une « norme » est alors nécessaire.

III) Classification issue de la thanatologie et deuil pathologique

Cette question de la psychopathologie du deuil est apparue rapidement dans la littérature notamment au travers de recherches effectuées dans le champ de la thanatologie. De nombreux auteurs se sont penchés sur le sujet et ont tentés de définir les différentes formes de deuil compliqué sur des bases statistiques ainsi que les facteurs de vulnérabilité à développer telle ou telle forme de deuil compliqué.

Ainsi, ce modèle théorique a permis d'identifier trois grands types de deuil parmi lesquels figurent le deuil chronique, le deuil inhibé ou absent et son corollaire, le deuil différé ou post-posé.

Le deuil chronique renvoie à la persistance de réactions dépressives sans évolution vers une réorganisation. Des émotions négatives comme de la colère, des auto-reproches, de la culpabilité, de l'anxiété, des ruminations mentales autour de la personne décédée induisent une détresse prolongée. Bacqué (1997) (14) parle de ce deuil pathologique comme d'un deuil sans fin.

A l'inverse de ce deuil chronique, le deuil inhibé ou absent est marqué par une absence manifeste de réactions habituelles de deuil, d'émotions ou de chagrin à l'égard du défunt. Le courant psychanalytique estime que ce deuil pathologique s'exprimerait sous une forme auxiliaire au travers de troubles somatiques ou dépressions périodiques inexplicables, cauchemars récurrents ou encore au travers de difficultés professionnelles, amoureuses ou familiales (Deutsch, 1937) (15).

Enfin, la classification thanatologique évoque également la possibilité de faire un deuil dit différé ou post-posé ou encore autrement appelé, deuil retardé. Il s'agit d'une forme corollaire à celle du deuil absent en ceci que, des réactions normales de deuil apparaissent mais après une période de deuil inhibé. De la même façon qu'avec le deuil inhibé, des mécanismes de défense psychologiques de type déni ou évitement, seraient à l'œuvre pour se prémunir de la souffrance que représenterait cette perte. D'autres sources de stress alternatives comme des préoccupations professionnelles, financières ou autres pourraient également masquer un temps la souffrance que suscite le deuil (notion d'économie psychique).

Les facteurs de vulnérabilité à développer ces deuils compliqués sont liés au type de décès (inattendu, mort violente, traumatique), au type de lien (parents, conjoint, enfant ...) ou au style d'attachement au défunt. Nous les reverrons plus loin dans une partie dédiée aux facteurs de risque.

Il existe en réalité toute une terminologie concernant les complications de deuil dans laquelle on peut retrouver : le deuil compliqué, pathologique, psychiatrique, difficile, traumatique, chronique, inhibé... A chaque auteur, son vocabulaire et ses concepts propres (M. Hanus, J.-J.

Chavagnat, M-L. Bourgeois, A Sauteraud), sans qu'il existe pour autant de consensus clairement établi. Comme nous allons le voir à présent, certaines notions font d'ailleurs débat et sont sujets à controverse.

IV) Critique de la classification issue de la thanatologie

1- Critique du deuil chronique

Le concept de deuil chronique implique deux idées reçues ou présumées qui ont été débattues dans la littérature. Premièrement, par la notion deuil chronique comme deuil pathologique, on entend implicitement que les réactions d'un deuil normal, devraient cesser à un moment (cf. évolution vers le stade de réorganisation du modèle des stades). Ceci pose en effet, un certain nombre de problèmes lorsqu'on s'intéresse aux études épidémiologiques qui s'y réfèrent. Deuxièmement, un deuil chronique sous-entend que les liens avec la personne défunte devraient être rompus. Nous verrons que certaines études tendent à suggérer qu'en fonction de la nature du lien maintenu avec le défunt, ce type d'attachement permettrait un meilleur ajustement à la perte.

En ce qui concerne l'évolution du deuil vers la réorganisation, il convient de savoir quelle définition on accorde effectivement à ce stade dit de récupération comme phase ultime de deuil. En effet, sans une standardisation des outils d'évaluation de cette fin de deuil, les chiffres des études épidémiologiques évaluant les taux d'incidence et de prévalence du deuil chronique peuvent varier d'une étude à l'autre par un biais de mesure. Par exemple, considère-t-on cette phase de récupération comme le simple fait d'avoir un contact social (voir des gens) ou bien comme la possibilité de maintenir ses amis d'antan et pouvoir s'en refaire de nouveaux ? La probabilité des endeuillés d'atteindre cette phase de réorganisation sera nettement moindre dans la seconde situation.

Ainsi, il a été montré que le stade de récupération d'un deuil n'est pas atteint par beaucoup d'endeuillés (30% à la majorité) après plusieurs années (16). La littérature fait état de chiffres très disparates. Ceci renvoie à cette question de la définition du stade de récupération. En effet, comment doit-on par exemple, considérer la détresse psychologique survenant aux dates anniversaires des décès de défunts sans autres réactions de deuil le reste de l'année ?

Des chiffres plus réalistes se basant sur les niveaux de dépression comme indicateur de récupération après un deuil, font état de 11 à 16% de « deuils chroniques » chez des sujets âgés ayant perdu leur conjoint (17), (18). Ces chiffres rejoignent ceux d'études réalisées sur l'incidence du deuil chronique où 15 à 20% des personnes endeuillées, manifestaient d'importantes difficultés d'adaptation au long cours, après le décès de la personne aimée (19). La deuxième idée reçue lorsqu'on parle de deuil chronique, est celle qui consiste à penser qu'il faudrait rompre les liens avec le défunt. Il semblerait que, selon les études, un lien d'attachement au défunt soit commun chez les endeuillés, par exemple chez les personnes veuves (20) et que ce lien puisse faciliter l'ajustement au deuil. En effet, dans certaines conditions, un maintien continu des liens avec le défunt comme sentir sa présence ou lui parler serait favorable à l'adaptation à la perte (21).

2- Critique du deuil absent

Les données de la littérature ne confirment globalement pas cette catégorie de deuil pathologique (22). Des conduites d'évitement, plus qu'un déni pourraient constituer des stratégies d'ajustement au deuil (23). Quelques subtilités cliniques existent toutefois quant aux diagnostics différentiels possibles. En effet, il convient de bien distinguer deuil absent d'un deuil privé (Jacques, 1998) (expression des émotions que dans la sphère privée ou dans la solitude) ou encore d'un deuil anticipé (cas d'un décès prévisible dont les symptômes peuvent être ressentis avant le décès). Dans ce dernier cas, le décès serait plutôt envisagé comme un soulagement. Bonanno et al. (2005) (24) ont montrés que la moitié des personnes

endeuillées ne présentent pas de symptômes de deuil habituels sans qu'on puisse les considérer comme pathologiques.

3- Critique du deuil différé ou post-posé

Les données empiriques sur ce type de deuil, suggèrent qu'une très faible minorité de personnes seraient concernées par ce genre de deuil, surtout lorsque le décès surviendrait après une longue maladie et que les personnes avaient pu accepter la mort et qu'elles avaient des croyances en un monde juste (18).

4- Conclusion

Ces modèles théoriques issus de la thanatologie, offrent l'avantage d'une description plus fine mais aussi d'une meilleure compréhension des processus normaux et pathologiques. Ils s'avéreront utiles pour identifier des facteurs de vulnérabilité à développer certaines formes de deuil pathologiques mais aussi pour préconiser des interventions thérapeutiques (agissant sur les processus concernés).

Toutefois, des données empiriques infirment certaines conceptualisations de ce modèle, notamment concernant le deuil absent ou post-posé. Les études ne valideraient que l'existence du deuil chronique comme deuil pathologique. En effet, il peut apparaître délicat de catégoriser comme « pathologiques », des deuils qui ne rempliraient pas les critères diagnostiques de retentissement fonctionnel dans les différents secteurs de la vie. C'est la raison pour laquelle, seul le deuil chronique est discuté comme entité nosographique dans les classifications internationales. Nous reverrons plus loin, l'évolution de ces critères sémiologiques, temporels et fonctionnels au travers des différentes classifications internationales successives et les places successives du deuil en tant que trouble mental. Néanmoins, en dépit de preuves scientifiques statistiquement validées, il demeure certaines croyances autour du deuil, y compris chez les thérapeutes.

V) Conclusion

Qu'il s'agisse du modèle conceptuel des stades ou de la classification issue de la thanatologie, la définition du deuil renvoie à la difficulté que suscite la question plus large de définir un « trouble mental » et donc des limites qu'il existe entre le « normal » et le pathologique.

En effet, le modèle des stades aborde le concept de deuil pathologique sur la base d'une norme statistique. En effet, toute variance par rapport cette norme pourrait être qualifiée d'« anormale » au sens littéral mais ne saurait en aucun cas, définir ce qui serait « pathologique ». La thanatologie, quant à elle, conceptualise le deuil pathologique par l'exploration des processus indiquant un mauvais ajustement au deuil. Elle met alors en avant les notions de deuil chronique, inhibé et retardé. Toutefois, ces modèles ne sont pas corroborés par la littérature, ce qui laisse entière, la difficulté de définir le deuil pathologique.

A cette question des critères d'évaluation du deuil pathologique, Middleton et al. (1993b) (25), proposent trois façons d'y répondre. D'une part, comme on vient de le voir, le deuil pathologique pourrait se définir sur une base purement statistique. Le « pathologique » serait alors, tout ce qui s'écarte de la norme établie, en terme d'écarts-types. Nous venons de voir comment cette définition n'était pas pleinement satisfaisante. D'autre part, le pathologique pourrait cette fois, se définir comme la survenue d'un dysfonctionnement dans les processus qui sous-tendent les modèles théoriques décrits de deuil. Par exemple, la survenue d'un dysfonctionnement altérant le déroulement « normal » d'une étape à une autre dans le modèle des stades. Enfin, ce serait par l'apparition d'un phénomène clinique pathognomonique au cours d'un deuil, que le « deuil pathologique » pourrait être défini. Il pourrait s'agir par

exemple, d'un trouble psychiatrique caractérisé ou d'une affection médicale non psychiatrique.

Quoiqu'il en soit, il n'existe à ce jour, aucun consensus formel, permettant de définir précisément un deuil pathologique. De nombreux auteurs ont théorisés le deuil pathologique, établissant leurs propres critères diagnostiques et par conséquent, leurs axes d'intervention. Ces modèles théoriques évoluent avec le temps comme en témoigne, encore une fois, la place réservée au deuil au sein des classifications internationales des troubles mentaux (DSM et CIM) que nous reverrons plus loin.

Néanmoins, comme nous l'avons vu précédemment, ces différents concepts ont laissés un certain nombre de croyances ou présupposés autour du deuil et sa psychopathologie, y compris chez les cliniciens eux-mêmes, que des données empiriques sont venues infirmer. C'est le cas par exemple, du deuil inhibé ou encore celui du deuil post-posé où une étude a montré qu'une large majorité de thérapeutes validaient leur existence en dépit de preuves scientifiques validant leur existence (Middleton, 1993a) (26). Finalement, beaucoup de personnes, plutôt que de présenter un deuil pathologique « inhibé » ou « retardé », seraient à considérer comme des individus à adaptation rapides ou résilientes (22). Ce sont ces mêmes études qui, nous le verrons, seront à l'initiative de changements concernant le deuil, au sein de la critériologie internationale des troubles mentaux.

Ainsi, pour les raisons citées précédemment, nous développerons plus tard, un modèle qui rend compte d'une définition large du deuil, intégrant des perspectives théoriques pertinentes et offrant une vision idiosyncrasique du phénomène de deuil. Ce modèle, nous le verrons, par l'analyse des processus qui sous-tendent l'ajustement émotionnel à la perte, permettra

d'approcher la notion de deuil pathologique et d'envisager des axes d'intervention personnalisés.

L'une des théories les plus influentes lorsqu'on évoque le deuil, est celle de l'attachement, développée par Bowlby dans les années 1970. Ce cadre conceptuel possède un champ d'investigation très large en psychologie humaine et s'intègre parfaitement à d'autres approches théoriques pour modéliser de nombreux phénomènes psychopathologiques. Ces dernières années, la recherche scientifique s'est beaucoup intéressée à l'attachement comme modèle de compréhension de troubles psychopathologiques divers et ce, à tous les âges de la vie. En conséquence, c'est sous ce prisme que nous porterons dans un premier temps, un regard sur cette période de développement qu'est la vieillesse dont l'une des particularités, est celle des pertes concrètes et symboliques. Par la suite, nous reviendrons à la théorie de l'attachement pour présenter le modèle d'ajustement au deuil en double processus (DPM) et conceptualiser le phénomène de deuil.

CHAPITRE 2^{ème} : ATTACHEMENT ET DEUIL, UNE MISE A

L'EPREUVE LORS DU VIEILLISSEMENT

Dans un souci de se faire une bonne idée générale de l'ensemble des deuils et pertes auxquels peuvent être confrontés les sujets vieillissants, nous aborderons cette partie sous l'angle de la théorie de l'attachement. L'attachement demeure le modèle conceptuel clef lorsqu'on parle de deuil. Bien entendu, d'autres modèles théoriques sont venus s'ajouter à l'attachement, notamment pour tenter de décrire les processus psychologiques à l'œuvre au cours d'une perte.

Néanmoins, l'attachement offre l'avantage d'une approche large, intégrative et sensible pour évoquer une perte. Elle inscrit celle-ci dans la rupture avec une histoire de vie d'un individu, rendant davantage sensible à l'impact psychologique qui peut en découler. Ainsi, cette modélisation renvoie à la notion de ligne de développement comme parcours de vie d'une personne et dont nous allons suivre le cheminement pas à pas : le vieillissement et ses avatars constituant l'étape finale de cette vie laissée derrière soi. Cette partie s'attardera donc sur l'évolution de l'attachement au fil des âges pour mieux saisir les enjeux de la personne âgée et la teneur que peuvent revêtir certains deuils à cette période

I) Généralités sur la théorie de l'attachement : la notion de deuil comme point d'ancrage de la théorie

C'est en effet après la seconde guerre mondiale et dans un contexte de séparations et carences en soins maternels chez des jeunes enfants que naît la théorie de l'attachement.

Selon Bowlby, il existerait un lien entre la qualité des soins maternels chez le très jeune enfant et son développement mental. Pour Bowlby (1980/1984), l'enfant naît avec un besoin inné de proximité physique avec une figure d'attachement (sa mère) afin de lui assurer une protection et des soins. L'enfant développe ainsi des comportements d'attachement dont la fonction est de lui assurer un sentiment de sécurité. Ces comportements sont biologiquement programmés. En effet, en cas d'inaccessibilité de la figure d'attachement, un stress physiologique et une détresse émotionnelle, motiveront ces comportements d'attachement (protestations, pleurs, colères) afin de restaurer le lien protecteur mère-enfant. Pour Bowlby, l'attachement est un avantage sélectif, permettant *d'assurer la survie de l'espèce* (perspectives évolutionnistes, théorie darwinienne).

Selon la qualité des expériences de l'enfant avec sa figure d'attachement, celui-ci développera un modèle de fonctionnement mental constitué de représentations mentales des relations d'attachement : ce sont les MIO (modèles interne opérants). Ainsi, l'enfant développera un modèle de soi (sentiment de valeur personnelle, digne d'amour) et un modèle de l'autre (confiance en l'autre, image de l'autre). Dès lors, ceci conditionnera en partie ses relations interpersonnelles futures sur la base de sa relation mère-enfant.

1- Styles d'attachement

Parmi ceux qui ont succédés à Bowlby, Mary Salter Ainsworth, avec son test standardisé de la « situation étrange » mis au point en 1971, a su évaluer l'attachement des enfants à leur mère en fin de première année de vie. Cette situation expérimentale, axée sur des épisodes de séparations, retrouvailles entre l'enfant et sa mère, tend à définir 3 styles d'attachement.

Le style sécure comprenait des réactions de détresse normales aux séparations puis une recherche de proximité aux retrouvailles avec un apaisement.

Le style insécure anxieux-ambivalent, quant à lui, mettait en avant des bébés avec un sentiment de détresse intense au moment des séparations et des mouvements colère, d'opposition et rejet au moment des retrouvailles, tout en manifestant un désir de proximité. La phase d'apaisement était particulièrement longue.

Enfin, le style insécure évitant, fait état d'un enfant calme au départ de sa mère et rejetant à son retour.

Enfin, plus tard, en 1986, Main et Solomon, décrivent un quatrième style d'attachement : anxieux-désorganisé. Il s'agit d'enfants présentant des comportements un peu similaires au style insécure évitant, avec toutefois des signes d'appréhension et de confusion à l'approche de la mère. Ils présentent des comportements curieux, plus perturbés, parfois contradictoires.

2- Modèle interne opérant : une stabilité dans le temps ?

Deux théories s'opposent sur la question. Les études s'y référant indiquent des résultats contradictoires. Les biais méthodologiques empêchent de trancher pour l'instant.

La théorie prototypique, en faveur de la position de Bowlby, soutient que le modèle de travail prototypique, élément constitutif des MIO, construit dans les premières années, continue d'exercer une influence sur le style d'attachement tout au long de la vie. Les modèles actuels de travail (autre élément constitutif des MIO déterminant le style d'attachement d'une personne à un moment donné) peuvent être, quant à eux, révisés, réactualisés, grâce aux expériences pertinentes quant à l'attachement. Ils confirment ou infirment les MIO pré existants (rencontres avec des figures auxiliaires, alternatives : professeurs, amis, relations thérapeutiques...).

La théorie évolutionniste par contre, met en avant un changement continu en fonction de l'adaptation à un nouveau contexte.

Il demeure que la trajectoire développementale de l'attachement depuis l'enfance jusqu'au tombeau reste un phénomène complexe, non linéaire. Néanmoins, en dépit des variations de trajectoire de l'attachement possibles, plusieurs études iraient dans le sens que les styles d'attachement (et les MIO qui les sous tendent) seraient relativement stables dans le temps. Ces styles se retrouveraient dans les relations amicales, amoureuses... (27)

II) L'attachement tout au long de la vie

Ainsi, l'attachement segmente la vie d'une personne en « étapes de développement » successives (petite enfance, enfance, adolescence...vieillesse) au travers desquelles des modalités de liens affectifs spécifiques, propres à chaque âge développemental, se créent afin d'assurer un sentiment de sécurité, et ce, durant toute la vie.

Ainsi, les premières expériences interactives du bébé avec sa mère, la sensibilité avec laquelle celle-ci répondra aux « détresses » ou stress (besoins) de son enfant (fatigue, faim, peur), conditionnera un sentiment de sécurité interne chez lui, qui par la suite, fort de cette confiance, sera capable d'explorer progressivement le monde qui l'entoure. Ce système exploratoire sera lui-même ensuite source de « base de sécurité » en ceci qu'il permettra à l'enfant, l'acquisition de nouvelles connaissances, contribuant à son développement cognitif et assurant sur le plan affectif, un sentiment de « valeur personnelle ». Cet équilibre concurrentiel entre le système d'attachement et le système exploratoire joue pour beaucoup dans le phénomène de base de sécurité chez l'enfant.

Progressivement, à mesure que l'enfant grandit, que ses capacités cognitives progressent et que ses relations d'attachement se diversifient (figures d'attachement auxiliaires, fratrie, pairs) ses représentations des relations d'attachement (MIO) se complexifient. Ainsi, en cas de stress, l'enfant pourra alors utiliser en plus des stratégies externes (adultes disponibles), des stratégies cette fois, internes, faisant appel aux MIO.

En cas d'attachement sûr, l'enfant aura recours à de meilleures stratégies pour faire face au stress et pourra s'appuyer sur les autres si nécessaire (28). Même si le maintien de la sécurité dépend encore des relations d'attachement avec les parents, un mouvement d'autonomisation

se fait progressivement chez l'enfant, lui permettant de continuer d'explorer le monde qui l'entoure. C'est à l'adolescence que ce processus d'autonomisation devient le plus crucial. Dès lors, en effet, la gestion des émotions pour faire face aux défis de la vie passera essentiellement par des stratégies de régulation interne, reposant sur les MIO.

III) L'attachement chez l'adulte

L'attachement chez l'adulte, s'organise autour de nouvelles figures d'attachement spécifiques pour assurer le phénomène de « base de sécurité ». Bartholomew (1997) montre par exemple qu'il existerait chez l'adulte un réseau de 3 à 6 de ces figures d'attachement, réparties dans la sphère privée (partenaire amoureux du couple, famille, amis proches) et hors sphère privée (collègues du travail, professeurs, leader d'un groupe, personnage religieux) (29). Les chefs d'organisation ou des personnages symboliques comme Dieu, peuvent constituer des figures d'attachement « symboliques ». Mikulincer et Shaver (2007) montrent également qu'il existe une organisation hiérarchisée de ces figures d'attachement selon le contexte (par exemple un thérapeute dans une relation psychothérapeutique).

Le couple occupe néanmoins une place centrale chez l'adulte. Le partenaire amoureux représente la figure d'attachement principale à cette tranche d'âge après deux ou trois années de relation (plusieurs étapes successives avant l'établissement d'un lien d'attachement véritable) (30). Berscheid et Reis, 1998, ont montré que les adultes vont spontanément vers ce qui leur est familier pour créer des relations d'attachement. Le choix du partenaire amoureux se ferait sur la base de liens affectifs globalement similaires sous plusieurs aspects à ceux qui existaient entre les enfants et leurs *caregivers*, reflétant leurs modèles opérants du soi et des autres (31). On parle alors d'effet patron.

Les parents, quant à eux, n'occupent plus leur place prédominante au sein du phénomène de base de sécurité (32) et deviennent des figures d'attachement de « réserve » (lors de difficultés comme un divorce ou lors de l'accès à la parentalité). Toutefois, le « lien d'attachement avec eux persiste tout au long de la vie » (33).

Enfin, le courant psychosocial de la théorie de l'attachement a su conceptualiser d'autres types de relations d'attachement hors secteur de la vie privée : ce sont par exemple, le monde du travail, les organisations groupales au sein de la société (fraternités, groupes de sport, clubs de sport ou encore groupes d'étudiant) et même la relation à Dieu (religion). Hazan et Shaver (1990) sont les premiers à considérer la balance dynamique vie privée/vie professionnelle comme un équivalent de l'équilibre attachement/exploration dans le phénomène de base de sécurité de l'enfant (34). Ainsi, le monde du travail peut contribuer à un sentiment de valeur personnelle et être une source importante de sentiment de compétence chez l'adulte. Smith et al. (1999), de leur côté, font des relations d'attachement au groupe (communautés, clubs de sport...) des sources potentielles d'estime de soi mais aussi d'identité (35). Toutes ces figures d'attachement « sociétales » sont « source de sécurité » chez l'adulte par la construction des MIO qui leur sont liés. Ces nouvelles relations affectives spécifiques de l'âge adulte sont également elles-mêmes interprétées, comprises et filtrées en fonction des représentations mentales (MIO) préexistantes chez chaque sujet et construites depuis l'enfance (effet patron).

Alors, qu'en est il du vieillissement ? Comment se réorganise l'attachement alors que bon nombre de figures d'attachement à l'âge adulte vont être amenées à disparaître au 3^{ème} et 4^{ème} âge ? Quelle nouvelle configuration des liens affectifs va pouvoir se rétablir successivement à ces pertes pour maintenir à nouveau un sentiment de sécurité ?

IV) Attachement et vieillissement

Le nombre de sujets de plus de 60 ans augmente dans nos sociétés occidentales. Ainsi, le vieillissement de la population nécessite que l'on s'intéresse aux processus psychologiques propres à cette période de la vie. Comme le souligne une récente étude de la littérature sur la question (36), les études avancent des résultats disparates. Cette hétérogénéité des résultats tient à un défaut de standardisation des outils d'évaluation utilisés mais aussi à la grande variabilité de vieillissements (biais de sélection).

En 1980, Bowlby soulignait déjà la question de l'attachement chez la personne âgée : « les représentations d'attachement sont actives depuis le berceau jusqu'à la tombe ». Avec l'âge, apparaissent « des changements physiques et sociaux inéluctables susceptibles de modifier les styles d'attachement et réveiller de nouveaux besoins de sécurité » (Ainsworth, 1991).

Concernant la stabilité des styles d'attachement avec le temps, il existerait une certaine stabilité des types d'attachement, mais avec une large part de variation autour du style initial (37). Ainsi, ces auteurs en concluent que, au même titre que l'enfance et l'adolescence, la vieillesse est une période de transition très malléable. Des événements de vie par exemple peuvent venir modifier des trajectoires de vie en modifiant le style d'attachement et les MIO qui les sous tendent.

Néanmoins, le vieillissement demeure une période vulnérable. En effet, il existe un risque majoré de voir apparaître des maladies chroniques débilitantes, des atteintes physiques fonctionnelles (douleurs, rhumatismes...) et des émotions complexes négatives (anxiété, dépression) à la suite de deuils ou autres expériences de perte. De plus, la perspective pour un

sujet de voir venir sa propre mort, rajoute au stress chronique de la personne âgée. Face à ce déclin physique, il existe une augmentation de la dépendance effective. Wright et al. (1995) notent que « la perte de la capacité à s'assumer soi-même est accompagnée d'un sentiment croissant de crainte, de vulnérabilité et d'insécurité chez le sujet âgé, plus particulièrement chez ceux qui sont malades » (38). Ainsi, les « nouveaux besoins d'attachement de la personne âgée, loin d'être l'expression d'une régression plus ou moins acceptable pour la société, l'entourage et les individus eux-mêmes, sont une réponse adaptative » (C Sabatier, N Guédeney, 2016). « Ils sont essentiellement l'expression des stratégies habituelles pour retrouver un sentiment de sécurité » (39).

1- Réorganisation des figures d'attachement chez le sujet âgé

Avec la retraite et les atteintes physiques fonctionnelles, les sujets âgés voient leur champ social se réduire pour ne compter qu'un nombre plus réduit de figures d'attachement. Cette réorganisation comprend ainsi l'entourage familialement lié qui sont : le conjoint actuel ou celui avec lequel ils ont eu des enfants, les enfants et les frères et sœurs (39). Ce réseau de figures d'attachement est hiérarchiquement organisé autour du partenaire s'il est encore en vie, la famille proche (enfants, fratrie) puis les amis (40).

Cette période de la vie est également particulièrement marquée par l'attachement symbolique. Cicirelli (1993) souligne ce phénomène qui peut constituer une stratégie adaptative à cet âge de la vie, exposé aux pertes (41). L'évocation d'un partenaire défunt peut par exemple, permettre de retrouver un sentiment de sécurité en péril (42). L'attachement à Dieu, évoqué plus haut, constitue aussi une figure d'attachement symbolique. Selon Cicirelli (2004), Dieu peut d'ailleurs représenter chez la personne âgée, une figure ultime d'attachement (43). Ce

lien d'attachement du croyant à Dieu, présenterait certaines similitudes avec le type de relation entretenue entre le croyant et ses propres parents (Granqvist et al. (2010)).

Enfin Cookman (2005) fait état de plusieurs autres types de figures d'attachement plus marquées à cet âge pour répondre aux besoins d'attachement (stratégies adaptatives) (44). Ce sont par exemple : des lieux de vie, des animaux domestiques (chien le plus souvent) ou encore un cadre matériel familial. Ce cadre matériel peut faciliter l'évocation d'une figure d'attachement défunte (maison familiale par exemple).

2- Quelques cas particuliers

a- Transformations du couple

Avec l'avancée en âge, un des partenaires du couple peut se voir atteint d'une maladie grave (démence, cancers, accidents vasculaires cérébraux...). Ceci provoquera chez lui des besoins d'attachement en réponse à un sentiment de sécurité défaillant lié à son handicap. Le partenaire aidant du couple verra par conséquent son système de *caregiving* (soins parentaux) se réactiver et devra renoncer à la réciprocité de soutien qui existait au sein du couple pour servir dès lors, de pôle de sécurité.

Cette capacité de *caregiving* réactualisée, n'est pas sans solliciter les attachements des conjoints. Les stratégies de coping fonctionnelles dépendent des styles d'attachement de chacun des membres du couple. Ici encore, les sujets avec un attachement sécurisé, perçoivent moins de stress à s'occuper de leur conjoint, mesurent mieux la façon de l'aider, anticipent et comprennent mieux les changements (45).

b- Système de caregiving inversé entre parents et enfants adultes

Erikson (1959) (46) explique qu'une des tâches développementales des 50-60 ans, est de s'occuper de leurs parents vieillissants. Ainsi, s'opère une nouvelle transformation dans la dyade parents-enfants. Il n'existerait plus de réciprocité dans les échanges entre parents et enfants adultes, encore moins de *caregiving* de la part des parents vis à vis de leurs enfants. Au contraire, cette fois, ce serait aux enfants d'assurer le rôle de *caregivers* à l'égard de leurs parents. Certaines difficultés peuvent alors apparaître dans le cadre de dyades aux attachements insécures (47).

CHAPITRE 3^{ème} : MODELE COGNITIF DU STRESS ET DEUIL

Dans cette perspective, le deuil peut être envisagé comme une source majeure de stress induisant des réactions psychologiques de 3 ordres : cognitives, émotionnelles et comportementales.

La théorie cognitive de gestion du stress apparue dans les années 1980, renvoie à l'idée qu'un individu traite une information selon des schémas cognitifs acquis par apprentissage sous la forme de pensées automatiques. Cet apprentissage correspond à un processus de conditionnement, de sensibilisation, fait tôt dans l'enfance et se rigidifiant par la suite dans la vie d'un individu. Ce processus est lui-même à l'origine de la construction de schémas cognitifs en ceci que, face à un événement potentiellement stressant, une personne produira des réponses psychologiques (schémas cognitifs et comportementaux) « automatiques », potentiellement dysfonctionnels et inadaptés. Ces réactions psychologiques sont autant de stratégies dites d'ajustement face au stress.

La théorie des émotions, développée dans les années 1990, fait suite et intègre le modèle cognitif du stress qui lui précède, accordant cette fois, plus d'importance à la dimension émotionnelle dans sa conceptualisation de la psychologie humaine.

Dans le chapitre « régulation des émotions et deuil » de l'ouvrage *Traité de régulation des émotions*, Emmanuelle Zech, rappelle que selon les théoriciens des émotions, une émotion ne peut avoir lieu que par l'intermédiaire d'une évaluation cognitive préalable qu'un individu fait d'un événement (1). Autrement dit, une émotion ne naît à la suite d'un événement que par le sens, la signification qu'en donne la personne. Voyons par conséquent, en quoi consiste cette

toute première réaction psychologique au cours d'un deuil, qu'est le processus d'évaluation cognitive (*appraisal*) avec la question du sens de la perte.

I) Le deuil : évaluations cognitives multiples

Comme il vient de l'être expliqué, une réaction émotionnelle à un événement suggère qu'il y ait au préalable une évaluation cognitive, un sens donné à cet événement par l'individu qui le vit. Ainsi, un deuil peut être entendu comme un événement négatif dont il convient, au préalable, d'encoder l'information pour ensuite y faire face et user de stratégies adéquates. Selon Lazarus et Folkman (1984), cette évaluation se fait selon plusieurs dimensions (48).

Tout d'abord, un individu évalue la valence de l'événement auquel il est confronté (49), c'est dire le caractère positif ou négatif de cet événement au vu des conséquences potentielles que celui-ci aura sur lui. Cette évaluation ou *appraisal* est une interprétation de l'événement extérieur en fonction des valeurs de l'individu qui permet de le catégoriser (positif/négatif) selon la signification qui lui est accordée.

Une deuxième évaluation concerne les ressources personnelles, compétences ou encore le « soutien social » dont dispose un individu pour faire face à un événement et s'y adapter. Autrement dit, cette évaluation passe en revue les stratégies d'ajustement (ou *coping*) potentielles de la personne. On parle alors de stress lorsque les exigences d'une situation évaluée, dépassent les ressources de la personne. Cette seconde évaluation peut être appelée « contrôle perçu » et peut faire référence à un vaste système de représentations ayant trait à certains aspects de la personnalité d'une personne : croyances en Dieu, croyances généralisées que les événements de vie dépendent de facteurs externes non maîtrisables ou alors, croyances généralisées en une capacité de contrôle personnelle sur ces mêmes événements de vie.

Ainsi, ces deux dimensions d'évaluation (valence et contrôlabilité) proposées par Lazarus et Folkman, permettent de saisir les processus cognitifs en jeu lors d'un deuil. A ceci, les théories émotionnelles (50) viennent ajouter d'autres dimensions dans l'évaluation d'un événement qui détermineront le type et l'intensité des réactions émotionnelles qui en découleront. Ce sont par exemple : le caractère attendu ou non d'un événement, la responsabilité dans sa survenue, son caractère actif ou passif... Ainsi, certains deuils émanant par exemple d'un suicide ou d'un accident domestique par négligence d'une personne, pourront induire d'importants sentiments de culpabilité, colère, honte...

II) Le deuil : réactions émotionnelles multiples

Comme on l'a vu précédemment, l'évaluation cognitive d'un événement comprend de nombreuses dimensions dont chacune possède une signification particulière.

En ce qui concerne le deuil, la tâche se complique en ceci qu'il ne s'agit pas d'un événement unique mais plutôt d'un ensemble d'événements. Par exemple, il existe tous les événements qui ont précédés la mort d'un proche : maladie physique ou mentale, hospitalisation, acharnement thérapeutique... puis les événements en lien direct avec le décès lui-même : type de décès (suicide, mort naturelle, homicide, mort accidentelle), l'agent causal du décès évoqué plus haut (responsabilité de l'endeuillé ou non, négligence d'une tierce personne...), le caractère attendu ou non ou encore l'annonce du décès. Enfin, il y a tous les événements qui font suite au décès, revêtant eux aussi un sens particulier. Ce sont par exemple, le soutien de l'entourage ou non, l'atmosphère de l'enterrement, les problèmes liés à l'héritage, les démarches administratives qui font suite au décès...).

Chacun de ces événements va être évalué selon les diverses dimensions vues précédemment (valence, contrôlabilité et facteurs « émotionnels ») pour ensuite être catégorisé en : positif (décès mettant fin à une longue période de souffrance), négatif (solitude, problèmes d'héritage, gestion du quotidien...) ou neutre, brutal, attendu etc.

A chaque évaluation correspond une émotion particulière selon le sens donné à l'événement se rapportant au deuil. Par exemple, un décès faisant suite à une longue période de souffrance en lien avec un cancer en phase terminale peut être évalué comme positif, induisant un sentiment de soulagement pour l'endeuillé (car allègement de la souffrance du défunt). Le fait par contre, de n'avoir pas pu être présent les derniers jours avant le décès peut être vécu comme négatif, induisant un sentiment de culpabilité. Enfin, ce même décès par suicide pourra majorer les sentiments de culpabilité par le sens particulier qu'en fera l'endeuillé.

III) Conclusion

La pluralité des sens possibles donnés au décès d'un proche par l'endeuillé (multiplicité des évaluations cognitives) induit une multiplicité de stressseurs possibles lors d'un deuil, induisant à leur tour, de multiples émotions. Ces divers facteurs de stress renvoient aux différentes dimensions qui composent l'évaluation du deuil, de son sens par l'endeuillé. On voit donc comment les théories cognitives du stress et les approches émotionnelles permettent de modéliser l'impact psychologique que constitue le décès d'un proche.

CHAPITRE 4^{ème} : MODELE D'AJUSTEMENT AU DEUIL EN DOUBLE

PROCESSUS (DPM)

S'inspirant des résultats de recherche portant sur les théories cognitives du stress, Stroebe et Schut ont développé en 1999 un premier modèle clinique descriptif des stratégies de *coping* dans le deuil. En 2005, ces mêmes auteurs y intègrent les différents styles d'attachement. Ainsi, un lien s'établit entre le style d'attachement et les stratégies de *coping* utilisées.

I) Stratégies d'ajustement au deuil selon les différents modèles théoriques

1- Stratégies de *coping* au deuil et attachement

Chaque individu gère et exprime ses émotions d'une façon qui lui est propre selon certains aspects de sa personnalité et donc de son style d'attachement (51). Ces différents modes de gestion et d'expression des émotions devraient être à l'œuvre dans les stratégies d'ajustement face à une perte, un deuil (52).

Des études empiriques ont montré que les styles d'attachement insécures s'ajustaient émotionnellement plus difficilement lors d'un deuil que les personnes au style d'attachement sécuritaire. Ainsi, Wayment et Vierthaler (2002) (53) ont montré que les sujets anxieux avaient une tendance à présenter de hauts niveaux de deuil et de dépression alors que les sujets évitants présentaient davantage de symptômes somatiques (moyens pour eux d'exprimer les émotions) et moins de hauts niveaux de deuil et dépression. A noter que pour les individus anxieux, il existait une tendance à interpréter la perte de manière très négative les concernant

(évaluation cognitive). Enfin les sujets sécures avaient une moindre propension à développer des réactions psychologiques ou physiologiques pathologiques.

Ainsi, un lien statistique entre style d'attachement et fonctionnalité des stratégies d'ajustement émotionnel a été montré pour un deuil (au sens de décès d'un proche) mais aussi lors de séparations plus symboliques comme un divorce, un avortement ou une rupture sentimentale (54). Cette influence du style d'attachement dans les stratégies de *coping* face à la perte fait qu'un style insécure est un facteur de risque de deuil compliqué. Nous verrons plus loin que les troubles émotionnels résultant de stratégies d'ajustement émotionnel inadaptées, propres aux styles insécures, sont de plusieurs ordres.

2- Stratégies de *coping* au deuil et théorie du stress

Comme nous l'avons vu précédemment, une perte ou un deuil présente pour la personne qui le vit, une grande diversité de stress générant par conséquent, une grande diversité d'émotions. Les stratégies d'adaptation au deuil ou *coping* sont des processus cognitifs et comportementaux qui visent à réguler les émotions liées à la perte, soit en les amplifiant, soit en les diminuant.

Le décès d'un conjoint pourra ainsi susciter des stress et émotions divers tels que : tristesse affective, difficulté dans la gestion de la maison, les tâches administratives, les rôles identitaires ou encore la gestion des ressources financières etc.

Par conséquent, face à cette diversité des réponses possibles (réactions émotionnelles) à un deuil, un individu mettra en place des stratégies de *coping* elles-mêmes diversifiées en fonction de la situation et du moment. A l'instar des stress et émotions qui entourent un deuil,

ces stratégies d'adaptation sont multidimensionnelles. Il en existe deux grands types : d'une part les stratégies qui réduisent la tension émotionnelle (*emotion-focused coping*) et d'autre part, celles centrées sur le problème (*problem-focused coping*).

Pour les stratégies centrées sur les émotions, certaines sont dites de confrontation et d'autres d'évitement (par exemple, faire du sport, se forcer à penser à autre chose, se divertir...). Une stratégie cognitive d'évitement pourrait être par exemple (plus ou moins consciemment), de modifier le sens donné à un événement afin de faire diminuer la tension émotionnelle qu'il suscite (stratégie de réévaluation cognitive). Cette dernière stratégie peut être apparentée au mécanisme de déni comme peuvent l'être également les conduites addictives lors des deuils.

Quant aux stratégies centrées sur le problème, elles ont pour objectif de modifier certains aspects de l'environnement. Contrairement aux stratégies centrées sur les émotions, celles centrées sur le problème impliquent que la personne puisse avoir un certain contrôle, une certaine maîtrise sur son environnement.

Ainsi, contrairement aux idées reçues, il n'existe pas une seule stratégie d'ajustement au deuil qui vaille et qui serait la confrontation aux pensées et émotions de l'endeuillé au défunt mais plutôt un ensemble de stratégies. En effet, des conduites d'évitement comme voir des amis, faire du sport, des activités de loisirs, peuvent être des stratégies efficaces de réduction de la tension émotionnelle au cours d'un deuil. Cette approche du *coping* multidimensionnelle et dynamique, rend compte de stratégies variées, évoluant selon la situation et le temps.

3- Conclusion

Ces deux modèles théoriques que sont la théorie de l'attachement et la théorie cognitive du stress, abordent tous deux avec pertinence les réactions psychologiques liées au deuil pour en donner une lecture à la fois clinique et étiopathogénique.

D'un côté, la régulation émotionnelle face à une situation aversive passe par des stratégies d'ajustement cognitives et comportementales sur la base de schémas cognitifs acquis par conditionnement (théories du stress) ; de l'autre, cette même régulation des émotions s'étaye sur des processus plus socio-affectifs, représentés sous la forme de schémas mentaux construits depuis l'enfance sur la base de liens affectifs assurant un sentiment de sécurité interne (théorie de l'attachement).

Ces approches complémentaires dans le champ de la régulation des émotions face à une situation aversive et stressante que représente un deuil s'intègrent tout à fait dans une vision holistique des réactions psychologiques à une perte. La théorie du stress conçoit que le produit des évaluations cognitives d'un événement d'un individu entre en comparaison, confrontation avec ses représentations mentales préexistantes.

Voyons donc à présent si il existe un modèle qui puisse conceptualiser les stratégies d'ajustement émotionnel au deuil, en y intégrant à la fois les aspects d'évaluations cognitives diverses d'une situation de perte avec des schémas mentaux préexistants (« modèle de fonctionnement interne »), issus en partie de l'histoire socio-affective d'une personne (style d'attachement).

II) Multiplicité des processus de *coping* face à 2 stressseurs

Dans leur premier modèle du DPM, Stroebe et Schut postulent qu'il existe en effet, 2 grands stressseurs lors d'une perte nécessitant pour chacun d'entre eux, des stratégies d'ajustement propres. Ces notions reprennent les éléments vus plus haut concernant l'évaluation cognitive d'un événement.

Premièrement, il existe le stress lié directement à la perte du défunt qui nécessite des stratégies de régulation émotionnelle dites « orientées vers la perte ». Ce sont par exemple, les souvenirs, les sentiments de solitude, de manque etc. Deuxièmement, il y a le stress lié aux changements de vie induits par cette perte, nécessitant de s'adapter également. On parle aussi de stress secondaire à la perte. Les stratégies de *coping* qui s'y rapportent sont qualifiées de stratégies « orientées vers la restauration ». Elles s'en réfèrent aux nouvelles tâches auxquelles l'endeuillé devra éventuellement faire face si il n'y était pas habitué (ménage, finances, courses, papiers administratifs...) ou bien se reconstituer une nouvelle identité personnelle (sans le défunt).

Pour chacun de ces stressseurs (perte ou restauration), il existe 2 stratégies d'ajustement possibles: confrontation ou évitement. Ainsi, une personne choisira volontairement de faire face à des émotions douloureuses en lien avec le deuil (confrontation aux souvenirs, aller au cimetière, regarder des photos, en parler avec quelqu'un, réfléchir sur le sens de la perte...) ou bien s'en détournera (dormir, pratiquer un sport, se divertir sans penser à la perte...). De la même façon, une personne peut se retrouver dépassée devant de nouvelles tâches à apprendre comme, faire le ménage ou gérer des finances ou encore devoir

assumer une nouvelle identité sociale sans son conjoint par exemple. Il aura alors la possibilité de s'y confronter ou bien les éviter.

III) Souplesse des processus de *coping* : le processus d'oscillation

Il existe en effet un processus dynamique d'oscillation entre les stratégies « orientées vers la perte » et celles « orientées vers la restauration » dans l'adaptation optimum à un deuil (Annexe 1). D'une certaine manière, on peut concevoir que le *coping* « orienté vers la restauration » constitue une phase de « répit » par rapport à la confrontation aux affects négatifs liés à la perte. Ainsi, l'orientation vers la restauration (comme pratiquer des hobbies, voir de nouvelles personnes, retrouver de nouveaux rôles sociaux...) peut constituer en des moments d'évitement des émotions négatives liées au deuil, l'occasion de se « changer les idées ».

En conséquence, cette dynamique d'oscillation décrite dans le DPM, alternant avec souplesse des moments orientés vers la perte et d'autres, orientés vers la restauration, représente un processus psychologique « normal », associé à une évolution favorable vers une bonne santé physique et psychologique (55).

IV) Influence des processus de *coping* : le style d'attachement

Dans leur modèle révisé, Stroebe et Schut intègre le style d'attachement comme facteur pouvant influencer les stratégies de *coping* lors d'un deuil.

Ainsi, les personnes sécures (vision positive d'elle-même et des autres) auraient tendance à s'ajuster favorablement à une perte et donc à développer un deuil dit « normal ».

A contrario, les personnes insécures anxieuses (vision positive des autres, par exemple le défunt mais négative d'elles-mêmes) auraient une certaine propension à développer un deuil chronique. En effet, l'attachement de ces personnes les rend très dépendantes des autres et notamment du défunt. En conséquence, leur *coping* s'orientera davantage vers la perte et peu vers la restauration.

Les personnes insécures évitantes sont quant à elles, peu enclin au dévoilement émotionnel et fonctionnent plus sur un mode opératoire. L'image qu'elles ont d'elles-mêmes est plutôt positive mais celle des autres (par exemple le défunt) est négative. Ainsi, leur ajustement au deuil s'orientera préférentiellement vers la restauration et non la perte. On parle alors de deuil inhibé.

Enfin, les personnes dites peureuses ou désorganisées, cultivent une image négative d'elles-mêmes et des autres, les rendant très vulnérables aux réactions de deuil. En effet, elles se montrent incapables de parler de la perte de façon cohérente et constructive de la perte et présenteraient des réactions de deuil traumatique (56).

V) Influence des processus de *coping* : le genre

Ce modèle en double processus stipule qu'hommes et femmes ne réagiraient pas de la même façon face à un deuil (57). Les réactions féminines s'orienteraient plus vers la perte alors que les stratégies d'ajustement masculines seraient davantage orientées vers la restauration.

VI) Conclusion

On voit bien comment ce modèle clinique du deuil propose une lecture multidimensionnelle des stratégies de *coping* pour faire face à une perte (décès d'un proche). Il met en avant un processus dynamique d'oscillation entre 2 grands types de *coping* : « orientation vers la perte » et « orientation vers la restauration ».

Dans une forme révisée, il intègre le genre et le style d'attachement comme 2 facteurs individuels influençant les stratégies réactionnelles au cours d'un deuil.

Par l'inclusion du style d'attachement à ce modèle, un nouveau regard se porte sur une dimension cette fois, non plus clinique, descriptive mais étiopathogénique. Cette approche psychopathologique du deuil par l'influence du style d'attachement sur les stratégies mises en place pour y faire face, aborde la question du « normal » et pathologique dans le deuil. Voyons par conséquent, comment les classifications internationales abordent cette problématique

<p style="text-align: center;">DEUXIEME PARTIE :</p> <p style="text-align: center;">ABORDS CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES DU DEUIL</p> <p style="text-align: center;">PATHOLOGIQUE</p>
--

CHAPITRE 1 : LE DEUIL COMME PATHOLOGIE MENTALE :

QUELLE ENTITE NOSOGRAPHIQUE ?

I) Vers une évolution de la définition clinique du deuil compliqué

C'est à la suite de divers travaux et programmes de recherche internationaux autour du deuil, que la question d'une redéfinition clinique du deuil pathologique s'est vue soulevée. En effet, avant la parution du DSM-V (2013), les systèmes nosographiques internationaux (DSM-IV et CIM 10) ne réservaient pas d'entité propre au deuil pathologique. Pour le système de classification DSM en effet, avant 2013, le deuil ne pouvait être considéré comme un trouble mental et il convenait de discriminer deuil et épisode dépressif. Ceci tient pour beaucoup à la culture psychanalytique qui a longtemps dominé en occident, faisant porter l'idée qu'un deuil devait être « respecté » et qu'il fallait par conséquent, ne pas prendre en charge prématurément des patients endeuillés comme déprimés. Nous verrons donc que la question ancienne du curseur à poser le diagnostic de dépression chez un sujet endeuillé (et donc de traiter cette dépression) demeure d'actualité, notamment dans la dernière version du DSM. Nous allons voir également comment a pu évoluer la définition du deuil pathologique au travers de sa place au sein des grands systèmes de classification des troubles mentaux successifs et ses liens avec la dépression essentiellement mais aussi d'autres troubles mentaux.

II) Deuil et dépression selon le DSM-III et DSM-III-R

Avant 1994 et la parution du DSM-IV, aucun système de classification des pathologies mentales, ne reprenait des critères diagnostiques de « deuil pathologique ». Dans les versions du DSM-III et III-R (1980/1984 et 1987/1989), l'APA (American Psychiatric Association) excluait explicitement le deuil comme maladie mais il pouvait se compliquer de pathologies classifiées dans le DSM (notamment le deuil pouvait être compliqué par la survenue d'une dépression majeure). Les travaux anglo-saxons de cette époque ont contribué à isoler une catégorie intitulée « deuil non compliqué », apparaissant sous le code V 62-82 des situations non attribuables à un trouble mental, motivant examen ou traitement.

Les critères diagnostiques résumés d'un « deuil non compliqué » étaient les suivants : un syndrome dépressif complet était considéré comme une réaction normale à une perte (décès d'un être cher). Des idées de mort pouvaient être présentes où le sujet considérait qu'il valait mieux être mort ou être parti avec la personne décédée. Le sujet considérait comme « normale », son humeur dépressive. Enfin, il est à noter, qu'il n'était pas mentionné de critère d'évolution temporelle : « la durée d'un deuil « normal » variant considérablement selon les sous-groupes culturels ».

Toutefois, certains critères sémiologiques étaient spécifiés comme en faveur d'une dépression majeure compliquant le deuil plutôt qu'une réaction normale de deuil : idées morbides d'indignité, handicap fonctionnel prolongé important et ralentissement psychomoteur marqué.

III) Deuil et dépression selon le DSM-IV et DSM-IV-TR

Les versions du DSM-IV (1994/2000) et IV-TR (2000/2003) incluaient, comme les versions précédentes, le deuil sous le code V, c'est-à-dire qu'elles considéraient le deuil comme une situation non attribuable à un trouble mental, donc non référencé dans les classes de diagnostics majeures mais pouvant toutefois « faire l'objet d'un examen clinique » (DSM-IV-TR, APA, 2000/2003, pp. 841-854). Même si en 1994, à la parution du DSM-IV, il n'existe pas de consensus concernant le « deuil pathologique » en tant que tel, un intérêt plus marqué se développe autour de l'existence de ce cadre nosographique, par rapport aux versions antérieures. En effet, à la différence du DSM-III et III-R, le deuil peut potentiellement être « pathologique » dans le DSM-IV en ceci que le terme de « deuil non compliqué » a disparu de cette nouvelle version critériologique.

En effet, il est fait mention qu'un deuil peut se compliquer d'un syndrome dépressif majeur dans deux situations :

→ Si les symptômes d'un épisode dépressif majeur persistent au-delà de deux mois après la perte (critère d'évolution temporelle).

→ Si il existe des symptômes particuliers (critères sémiologiques spécifiques) apparaissant avant ces 2 mois. Ces symptômes particuliers, non caractéristiques d'une réaction « normale » de chagrin « attendue et culturellement admise à un événement particulier, par exemple le décès d'un être cher » (cf. définition du DSM-IV d'un trouble mental excluant le deuil de son modèle syndromique) sont au nombre de six.

Ils comprennent : 1) une culpabilité éprouvées par le survivant, autre que concernant les actes en lien avec le décès ; 2) des idées de mort chez le survivant autres que l'idée de rejoindre la

personne décédée ; 3) un sentiment morbide de dévalorisation ; 4) un ralentissement psychomoteur marqué ; 5) une altération profonde et marquée du fonctionnement ; 6) des hallucinations autres que celles d'entendre les voix et voir transitoirement l'image du défunt (DSM IV, 1994/1996, p. 684-685 ; DSM-IV-TR, 2000/2003, p.852).

Pour résumer, selon le DSM-IV, la présence de ces 6 types de réactions ou la persistance au delà de 2 mois après la perte, de symptômes dépressifs, ne signifie pas que les réactions de deuil sont considérées comme un trouble mental mais que le deuil peut se compliquer d'un épisode dépressif majeur si une de ces 2 conditions est remplie.

IV) Deuil et dépression selon le DSM-V

Avec le DSM-V, le deuil pathologique s'est vu octroyer un cadre nosographique à part entière en tant que trouble mental, même s'il figure dans le chapitre « conditions for further study » (annexe 2). Ceci constitue une évolution majeure par rapport aux versions précédentes du DSM qui référaient le deuil au code V des situations non incluses dans les classes diagnostiques majeures. Il est désigné sous le terme de « deuil compliqué persistant » et apparaît donc parmi les troubles mentaux nécessitant des niveaux de preuve scientifiques supplémentaires pour voir apparaître des recommandations quant à leur utilisation en pratique clinique.

Comme vu plus haut, le DSM-IV, sous l'influence essentiellement de la culture psychanalytique, avait pour souci de distinguer le deuil, d'un épisode dépressif majeur. Le deuil était, par conséquent, un critère d'exclusion pour poser le diagnostic d'épisode dépressif majeur.

Les données épidémiologiques font état en France de 500 000 décès par an avec 5 millions de veuves et 500 000 veufs. Ce chiffre ne fait qu'augmenter avec l'allongement de la vie. En conséquence, un intérêt croissant de la littérature internationale sur le deuil et ses possibles conséquences en terme de morbidité psychiatrique, s'est développé ces dernières années, contribuant à redéfinir la clinique du deuil, en particulier dans le DSM-V.

Ainsi, trois études françaises se sont proposées d'étudier la validité discriminante de ce critère d'exclusion lié au deuil dans la définition de la dépression et ont retrouvé une validité discriminante médiocre en pratique quotidienne. Ces travaux ont participé à redéfinir le deuil dans le DSM-V et supprimer sa valeur discriminante dans le diagnostic de trouble dépressif majeur. En conséquence, il appartient à cette nouvelle définition de la dépression, d'inclure comme déprimés, des patients endeuillés qui auparavant, n'étaient pas considérés comme tels, et de leur proposer un traitement.

V) Deuil et trouble de l'adaptation selon la CIM-10

Enfin, dans la CIM-10 (classification internationale des maladies de l'OMS) (1993), on retrouve le deuil à l'index, renvoyant à la rubrique générale concernant les réactions à un facteur de stress sévère et aux troubles de l'adaptation (F43) du chapitre 5 (F) concernant les troubles mentaux et du comportement. Ainsi, à la différence du DSM, le deuil n'a pas de « catégorie spéciale » mais est considéré comme un facteur de stress parmi d'autres pouvant induire un trouble de l'adaptation. La prédisposition individuelle jouerait un rôle important dans l'apparition et la symptomatologie d'un trouble de l'adaptation. Il est toutefois admis que le trouble ne serait pas apparu sans la survenue du facteur de stress concerné.

VI) Deuil et autres troubles psychiatriques selon le DSM-V et la CIM-

10

Nous venons de voir que des liens étroits existaient entre les réactions de deuil et la dépression mais qu'en est-il des autres troubles mentaux ? En effet, d'autres tableaux psychiatriques peuvent venir compliquer un deuil, qu'il s'agisse de symptômes ou troubles caractérisés.

Parmi eux, on peut retrouver des symptômes tels qu'une insomnie, une anorexie ou encore des plaintes somatiques. Parfois, peuvent apparaître d'authentiques troubles caractérisés, essentiellement des troubles anxieux comme des troubles paniques, anxieux généralisés ou encore un état de stress post traumatique mais aussi des troubles addictifs, notamment lorsque le décès était inattendu et les circonstances de la mort, particulièrement violentes.

Le consensus des nosographies internationales actuelles (DSM-5 et CIM-10) préconise de considérer tout trouble psychiatrique caractérisé qui surviendrait au décours d'un deuil, de la même façon que si il survenait dans un autre contexte. Qu'il s'agisse d'une dépression ou d'un trouble anxieux, il convient de ne pas sous estimer les symptômes, sous prétexte qu'ils apparaissent dans un contexte de deuil.

CHAPITRE 2 : FACTEURS DE RISQUE D'UN DEUIL COMPLIQUÉ

Même si la définition du deuil pathologique reste encore sujette à controverse, il ne fait aucun doute qu'une situation de deuil peut entraîner des complications psychopathologiques, soit en revêtant la forme d'un trouble psychiatrique (modèle médical, syndromique), soit lorsqu'il existe une perturbation dans les processus de deuil, n'évoluant pas vers une réorganisation (modèle psychodynamique). Quoiqu'il en soit, il convient de repérer les situations à risque et par conséquent, les facteurs de risque qui peuvent faire craindre une évolution vers un deuil pathologique.

Ces facteurs de risque peuvent se regrouper sous différents grands ensembles qui peuvent être individualisés au nombre de quatre. On notera parmi eux, les circonstances de la mort et la nature de la relation entre le défunt et l'endeuillé, des facteurs biologiques liés à l'âge et au sexe, des facteurs psychologiques comme la personnalité de l'endeuillé et son style d'attachement et enfin, des facteurs extrinsèques comme le support social, les ressources économiques et certains aspects culturels et religieux.

A l'instar de la dépression, l'âge ne constitue pas en soi un facteur de risque de deuil pathologique. Toutefois, le vieillissement s'accompagne de nombreux facteurs confondants de vulnérabilité au deuil compliqué. En effet, des troubles cognitifs, des maladies somatiques, une raréfaction de l'entourage social ou encore le risque majoré de voir apparaître des deuils à répétition ou potentiellement traumatiques (deuil d'un descendant) sont plus fréquents avec l'âge et donc plus à risque d'altérer le déroulement normal des processus de deuil. Enfin, l'âge expose également au phénomène de répétition des pertes où chaque nouveau deuil peut

en réactiver d'anciens mal résolus, d'où un aspect cumulatif potentiel délétère pour l'endeuillé (58). Il demeure néanmoins difficile de trouver spécifiquement des données en lien avec la personne âgée.

I) Circonstances et cause de la perte

Globalement, les données empiriques vont dans le sens qu'une non anticipation de la perte, son caractère soudain, seraient associés à un risque majoré de deuil compliqué (59). Toutefois, il a été montré que la variable personnalité pouvait modérer ce résultat. En effet, une personnalité à faible estime de soi (« lieu de contrôle externe ») pouvait être davantage sujette à des réactions de deuil compliqué en cas de non anticipation de la perte plutôt que les personnes à haute estime d'elles-mêmes (60). En ce qui concerne les décès de cause violente comme un suicide, un homicide ou un accident, ils seraient quant à eux associés des réactions de deuil plus intenses, faisant émerger des sentiments particulièrement négatifs comme de la culpabilité ou des reproches. A noter que les morts par suicide ne seraient pas plus traumatiques que celles liées à d'autres causes violentes (61). Dans ces circonstances traumatisantes, C Fauré souligne l'importance d'être vigilant à la survenue d'un ESPT. Celui-ci apparaîtrait préférentiellement dans les 3 premiers mois faisant suite à l'événement traumatique (62).

II) Caractéristiques de la personne défunte

Les deux liens entre l'endeuillé et le défunt ayant montré un risque accru de deuil pathologique, sont : la perte d'un enfant et le veuvage.

En effet, concernant la perte d'un enfant adulte par rapport au décès d'un conjoint, d'un parent ou d'un membre de la fratrie, les études montrent des niveaux de dépression et des réactions de deuil plus intenses chez l'endeuillé (63).

III) Facteurs psychologiques

Peu d'études se sont penchées sur la corrélation entre un type de personnalité particulier et la propension à développer un deuil compliqué.

Par contre, dans les facteurs psychologiques apparentés, le style d'attachement a fait l'objet d'études concernant la prédiction des réactions de deuil. Cette variable que représente le style d'attachement dans l'évolution d'un deuil a largement été exposée lorsque nous avons présenté le modèle du DPM.

Ainsi, les sujets à attachement sécure s'adaptent le mieux à une situation de perte par leur capacité à pouvoir osciller de façon flexible entre l'orientation vers les affects liés à la perte et ceux de reconstruction (Shaver et Tancredy, 2001) (64).

Comme nous l'avons précédemment vu avec le DPM, cette oscillation fait défaut chez les sujets à attachement insécure, ce qui entrave l'ajustement émotionnel face au deuil.

Chez les anxieux ambivalents, les stratégies d'ajustement sont surtout orientés vers la perte, d'où leur propension au trouble dépressif et donc au deuil chronique (65).

L'attachement évitant, par les stratégies cognitives quasiment exclusivement orientées vers la restauration, seraient plus enclins aux deuils absents (66).

Enfin, un attachement désorganisé rencontrerait des difficultés à s'ajuster de manière cohérente à la perte notamment par la crainte éprouvée quant à ses vécus émotionnels, ses ressentis. Ceci ferait le terrain de deuils traumatiques avec la survenue d'éventuels ESPT.

Bonnano et al. 2007, parle de « pertes non résolues » (67).

IV) Facteurs biologiques

Les femmes rapporteraient des symptômes plus intenses avec davantage de difficultés que les hommes lors de deuils en termes absolus (68). Toutefois, les hommes endeuillés, présenteraient plus de pathologies somatiques (maladies coronariennes, accidents ischémiques...) que les femmes (69).

Concernant l'âge, comme rappelé un peu plus haut, il existe de nombreux facteurs confondants, incitant à une certaine prudence quant aux résultats des études empiriques. Selon elles, il semblerait que les personnes endeuillées (veuves ou d'un enfant) les plus jeunes auraient un taux de mortalité défavorable par rapport aux personnes plus âgées (70). Mais d'autres études seraient nécessaires pour diminuer le facteur de confusion en lien avec les causes du décès.

V) Facteurs socio-économiques et culturels

Dans sa revue de la littérature, E. Zech (2006) (68), conclut qu'un niveau faible de revenus pourrait être un facteur de moins bon ajustement au deuil par l'intermédiaire d'un manque d'activité à l'extérieur, d'un *coping* trop confrontant à la perte et d'un faible réseau social.

Concernant les aspects religieux et culturels, cette même revue de la littérature, les considère comme un facteur plutôt protecteur d'une évolution pathologique du deuil. D'une part, ils amélioreraient le *coping* par le biais d'un système de croyances et perspectives permettant de mieux faire face à la mort. Ensuite, la pratique religieuse permettrait une intégration à une communauté et un réseau social favorisant également le *coping*.

Enfin, dans une revue de la littérature de 2015 portant sur le soutien social au travers de la dynamique familiale lors d'un deuil, il est montré qu'un faible entourage social est un facteur de risque de complication de deuil (70).

CHAPITRE 3 : INTERVENTIONS CENTREES SUR LES PROCESSUS

DE DEUIL ET CRITIQUE DU « TRAVAIL DE DEUIL »

I) Etude de cas commentée

1- Présentation du cas

Mme Z. est une patiente de 65 ans, hospitalisée au centre d'accueil de crise, pour une tentative de suicide par noyade dans sa baignoire. Avant son passage à l'acte, la patiente avait pris soin d'envoyer par SMS, un message d'adieu à un de ces fils qui, dans les suites, avait fait intervenir les pompiers au domicile de sa mère.

Cette patiente est bien connue du service pour un trouble de la personnalité de type histrionique. Elle est suivie depuis des années pour ce trouble, associé dans le passé à une dépendance à l'alcool dont elle est aujourd'hui sevrée. Cette patiente connaît très bien les rouages des institutions psychiatriques depuis qu'elle est jeune adulte. Toutefois, alors qu'elle était coutumière d'hospitalisations à répétition pendant de nombreuses années, la patiente s'était récemment faite plus discrète, ne s'en tenant qu'à un simple suivi ambulatoire. Son mode de fonctionnement semblait s'être amélioré ces derniers temps, ne laissant presque plus transparaître d'éléments en faveur de traits hystérisés.

Sur un plan socio-économique et familial, la patiente est aujourd'hui à la retraite. Elle était ouvrière dans une entreprise et son ex-mari, lui-même ouvrier, est décédé il y a 10 ans d'un infarctus. Elle a 5 enfants dont les 3 aînés sont issus d'un premier mariage et les 2 derniers du second. La patiente vit aujourd'hui seule, ses 5 enfants vivant dans la région.

Dans un plan plus systémique, il est fait état d'une famille dysfonctionnelle avec des relations mère-enfants enchevêtrées ainsi que des phénomènes de parentification, notamment pour ce

qui concerne sa fille aînée. A titre d'exemple, la patiente m'expliquera au cours de son hospitalisation : « je ne parle plus à mon aînée, je ne sais pas pourquoi car on a toujours été très fusionnelles elle et moi. C'est elle qui a toujours tenu les rênes de la famille quand j'allais mal, j'étais très fière d'elle. Mais là, elle me déçoit, je sais pas ce qu'il lui arrive, en tout cas, je ne suis pas prête à faire le premier pas, j'attends ses excuses ». Il est à noter qu'un des fils est suivi pour schizophrénie et un autre pour des addictions. Enfin, cette patiente a derrière elle, une histoire de vie traumatique avec notamment des abus incestueux dans l'enfance.

Son traitement comprenant : Ixel 50mg : 1-0-1, Temesta 2,5 mg : 1-1-1-1, Seresta 25 mg : 1-1-1-2, Imovane 7,5 mg si besoin au coucher.

2- Anamnèse

La patiente explique son geste par un épuisement psychologique en lien avec le décès par suicide de sa seconde fille il y a 1 an. Elle exprime plus particulièrement, que les après midi sont insupportables tant les souvenirs de sa défunte fille abondent et sont douloureux. Ainsi, la patiente raconte que pour passer ce cap de l'après midi, elle consomme des benzodiazépines afin de « fuir dans le sommeil ». Ces conduites d'hypersomnie-refuges se font moyennant des prises importantes de 2 anxiolytiques différents, prescrits par son médecin traitant et ce, depuis quelques semaines. « J'en peux plus, ça ne passe pas, même avec tous les traitements que je prends. Mon psy est au courant mais de toute manière, j'aime pas en parler, ça ne sert à rien, c'est pas ça qui va la ramener ». Au fur et à mesure de la discussion, la patiente verbalise des sentiments de culpabilité importants liés au contexte qui a précédé le décès de sa fille « elle était suivie en psychiatrie, ça faisait 4 ans que c'était difficile car elle était hospitalisée souvent. Elle se scarifiait et faisait des tentatives de suicide en prenant des médicaments. Face à ça, j'étais impuissante et aujourd'hui je me sens coupable ». Au niveau social, la patiente souhaite s'isoler. Elle a interrompu les activités thérapeutiques

et ne s'est pas présenté à ses derniers rendez-vous de consultation au centre médico-psychologique.

3- Problématiques psychopathologiques

Mme Z. met en avant les limites des stratégies dont elle use, afin d'amoindrir le vécu douloureux de ses émotions en lien avec la perte de sa fille. Elle admet que pendant un temps, ses conduites addictives et d'évitement dans le sommeil étaient grossièrement efficaces mais que, à présent, de tels aménagements ne fonctionnent plus. Ces stratégies peuvent être considérées comme des mécanismes apparentés de déni. Quant aux mesures thérapeutiques proposées par son psychiatre traitant, elles semblent ne pas lui convenir : « il me dit de parler mais j'ai tout dit, je ne vois pas ce que je peux lui raconter d'autre ». Enfin, le réseau social déjà fragile de la patiente, paraît s'être encore réduit sur la volonté de la patiente de s'isoler davantage.

Il ressort donc de ce premier entretien d'évaluation, que nous sommes face à une situation de deuil compliqué en ceci que, selon le modèle du DPM, il existe des stratégies de *coping* rigides, uniquement orientées vers la perte. Les conduites d'évitement ne sont ici pas mises à profit pour des « moments orientés vers la restauration », mais plutôt à considérer comme des processus apparentés de déni. Il n'existe pas d'oscillation psychodynamique entre perte et restauration. Enfin, dans une perspective plus psychiatrique, la patiente verbalise une symptomatologie compatible avec une rechute dépressive tant sur les dimensions physiques, qu'émotionnelles et cognitives.

Par conséquent, quelles nouvelles perspectives de prise en charge peut-on proposer à la patiente ? Les stratégies de confrontation (autrement appelé « travail de deuil ») sont-elles

recommandées chez tous les patients endeuillés ? Quels facteurs individuels sont intéressants à prendre en compte chez les patients présentant un deuil compliqué en vue d'une intervention psychothérapeutique? Enfin, quels ajustements médicamenteux convient-il de faire chez Mme Z ?

4-Axes d'intervention

Manifestement, le travail de confrontation aux affects tristes, entrepris en ambulatoire, n'a pas porté ses fruits. Au contraire, il avait même incité la patiente à interrompre le suivi et s'orienter vers son médecin traitant en vue de se voir prescrire plus de benzodiazépines et entretenir son mésusage. Cependant, depuis son hospitalisation, la patiente s'inscrivait tout à fait dans les soins et sa grande souffrance laissait percevoir chez elle, une réelle volonté de changement et d'aide.

a- Vers une évaluation du style d'attachement

Comme on l'a vu dans cet exposé, un des modèles majeurs à l'origine du DMP, est celui de l'attachement. De cette caractéristique personnelle, dépend les modalités d'interaction interpersonnelles dans les différents secteurs de vie, qu'ils soient personnels, professionnels ou encore symboliques (attachement à un hobby, Dieu...). Le deuil réactive le système d'attachement de l'endeuillé en générant chez lui, un sentiment d'insécurité. Ainsi, en évaluant le style d'attachement du patient, on saisit davantage la portée de ces stratégies de *coping* mises en place lors de la perte. Ce regard sensible sur les réactions d'ajustement est d'une part, garant d'une meilleure alliance thérapeutique et d'autre part, permet de réintroduire plus de souplesse là où le processus d'oscillation s'est rigidifié.

Concernant Mme Z., comme on l'a dit, le *coping* s'orientait autour d'une hyperfocalisation autour des affects en lien avec la perte, faisant le lit d'un deuil compliqué chronique avec l'apparition d'une rechute d'un trouble dépressif caractérisé selon le DSM V. L'isolement social, les ruminations mentales allaient dans ce sens et celui d'une raréfaction des stratégies orientées vers la restauration, la construction d'une nouvelle identité autour de nouvelles relations sociales... L'histoire développementale de la patiente mais aussi l'analyse des processus interactionnels au cours des entretiens, a permis de déterminer chez Mme Z., un style d'attachement plutôt insécur-anxieux et donc une grande dépendance affective. Fort de cette évaluation, il a été possible de se mettre d'accord avec la patiente d'introduire des activités thérapeutiques de groupe, favorisant les processus de restauration, notamment par le biais de la socialisation et de travailler par là même, un certain lâcher-prise du lien avec sa fille. On comprend aussi comment les stratégies uniquement portées sur la confrontation, s'avéraient chez la patientes, inefficaces.

b- La question du sens et la régulation des émotions

Le deuxième modèle dominant pour le DPM est celui de la théorie du stress. Nous avons vu qu'il existait au moment de la perte, un temps d'évaluation cognitive (sens de la perte) avant un temps émotionnel pour lui faire suite.

Les émotions au cours d'un deuil peuvent être multiples, complexes, ambivalentes ou contradictoires et il appartient au processus adaptatif de savoir les réguler. Toutefois, des émotions négatives au cours d'une perte, peuvent être déclenchées et entretenues parce que cette perte est venue rompre le cadre de référence du patient. Rappelons que le cadre de référence est ce qui, chez un individu, fait sens à sa vie et l'installe dans des zones de sécurité. Il concerne des thèmes existentiels qui peuvent être la religion, des idées philosophiques ou encore des valeurs morales (par exemple : le travail, la famille, des sous cultures comme le

sport ou la musique ou encore des associations). Les pertes symboliques par exemple, avec l'avancée en âge, sont particulièrement à risque d'entraîner des dilemmes existentiels, eux-mêmes responsables de deuils chroniques pour la simple raison que, sans ce cadre de référence, la vie n'a plus de sens.

Chez la patiente, l'hospitalisation avait permis de mettre en lumière, un système de valeurs personnelles axées sur la famille et la capacité à « être une bonne mère ». Bien que son fonctionnement psychologique empêchait toute relation interpersonnelle mature et donc, toute possibilité à être un bon tuteur de développement pour ses enfants, le décès par suicide de sa fille avait mis un trait définitif au cadre existentiel de la patiente, la renvoyant à des sentiments très douloureux de culpabilité. Face à des émotions de cet ordre, dites rétrospectives, autoalimentées par des processus de confrontation (ruminations mentales) comme la patiente faisait, l'identification des valeurs personnelles sous-jacentes permit une meilleure compréhension et acceptation de son vécu émotionnel. Ce travail de conscientisation autour de ses valeurs personnelles aura également permis dans un second temps, de les reconstruire sous une forme alternative, au travers de soutien qu'elle pouvait donner à d'autres patients pendant les activités thérapeutiques.

c- Réajustement du traitement médicamenteux intégré à la psychothérapie

Comme on l'a vu, il existait un mésusage important des benzodiazépines à visée auto-thérapeutique chez cette patiente, pouvant s'apparenter à une forme de déni. Ces conduites d'évitement ne figurent pas parmi celles ayant un potentiel résilient. Au contraire, elles s'inscrivent dans des processus d'évitement qui peuvent entretenir des émotions négatives, dites prospectives, comme la peur ou l'anxiété. Chez Mme Z. en effet, il existait une anxiété importante de faire face à ses émotions de culpabilité vues plus haut, d'où ses conduites addictives et d'hypersomnie refuge.

Par conséquent, il a été décidé bien entendu de diminuer la consommation de benzodiazépines, en commençant par ne prescrire qu'une seule classe au lieu des deux prescrites initialement. De plus, à l'image des troubles paniques ayant un fort retentissement social du fait de conduites d'évitement importantes, il a été décidé de majorer son traitement antidépresseur. Ainsi, au cours de l'hospitalisation, l'humeur de la patiente s'améliorant progressivement, un travail de confrontation autour de son sentiment de culpabilité plus construit, plus productif, a permis une meilleure intégration cognitive. La participation aux activités thérapeutiques du service, constituait, quant à elles, des « moments de répit », permettant par la suite un meilleur cheminement au travers des processus de deuil.

5- Conclusion

Pour conclure, nous avons vu que chez Mme Z., les stratégies de confrontation seules n'étaient pas satisfaisantes. La connaissance de son style d'attachement (inséure-anxieux) et de son cadre de référence ont permis d'une part, de rétablir une certaine oscillation dans les processus de deuil avec notamment plus de stratégies de restauration et de cibler un travail de confrontation qui soit plus individualisé (en lien avec son cadre de référence perdu). Ainsi, il ne s'agit pas tant de travailler sur les symptômes mais plutôt sur les processus qui les sous-tendent. Un travail autour de ses conduites addictives d'évitement fut également bénéfique chez elle, pour mettre en place une confrontation plus fonctionnelle à ses ruminations mentales de culpabilité.

Ce cas soulève la question suivante : le « travail de deuil », classiquement évoqué, est-il adaptable à tout un chacun ?

II) Le modèle du « travail de deuil »

Ce concept implique des stratégies psychologiques de confrontation cognitive à la perte. Sous réserve d'un niveau de stress acceptable et dans le respect de réactions défensives qui peuvent apparaître lors d'un deuil (notamment lors des phases de sidération et décharge émotionnelle), ce travail de deuil est un travail de maturation psychologique qui, par une réflexion sur la perte subie, amène l'endeuillé à se détacher du défunt. Ce détachement au défunt passe par la production d'un matériel comprenant par exemple: des souvenirs, des émotions en lien avec le défunt et la perte, des associations avec le vécu actuel, des éléments inconscients etc. L'objectif de cet effort de confrontation est de faire prendre conscience au patient de la réalité de la perte afin qu'il puisse se désinvestir définitivement des liens qui l'unissaient au défunt et puisse par la suite réinvestir à nouveau le monde extérieur. Toute stratégie d'évitement est alors considérée comme pathologique. Dans un article assez récent (71), s'appuyant sur le modèle du DPM, E. Zech et collaborateurs, proposent un ensemble d'interventions centrées sur les processus psychologiques et relationnels qui sous tendent les réactions de deuil pathologiques. Les références théoriques qui suivent s'en inspirent.

1- Le travail de deuil est il nécessaire et suffisant ?

Cette modélisation du travail de deuil est un héritage de la psychanalyse, qui a su fortement marquer les esprits et s'inscrire dans les mentalités, tant du côté de la population générale que dans celle de cliniciens spécialisés. Ainsi, il demeure dans les représentations collectives un certain nombre de croyances autour du deuil que des études scientifiques sont pourtant venues contredire à partir des années 1990.

Comme nous l'avons vu dans cet exposé, certains de ces présupposés concernent la démarche diagnostique avec la frontière entre deuil normal et pathologique. Nous avons vu notamment que des stratégies d'évitement lors d'un deuil, n'étaient pas forcément pathologiques, comme cela l'était supposé dans les modèles psychanalytiques et que ces stratégies pouvaient même être bénéfiques dans l'ajustement à une perte (24). En effet, nous avons vu en développant le modèle d'ajustement au deuil en double processus (DPM), qu'il existait un stress autre que celui orienté vers la perte lors d'un deuil et que ce stress impliquait justement des conduites temporaires d'évitement tout à fait bénéfiques pour l'endeuillé (ce que nous avons d'ailleurs proposé à Mme Z. à travers les activités thérapeutiques). Ce stress est celui dit « orienté vers la restauration ». Ainsi, à la question : « les stratégies de confrontation seules mises à l'honneur dans le « travail de deuil » sont-elles toujours justifiées ? », la réponse semble être non. Voyons à présent ce qu'en disent les études.

2- L'hypothèse du « travail de deuil » est-elle validée ?

Le deuil est un phénomène idiosyncrasique et par conséquent, les réactions qui l'accompagnent, ne sont pas uniformes selon les individus. Ce phénomène participe à la difficulté, toujours d'actualité, de pouvoir définir des critères diagnostiques précis concernant le deuil pathologique. Ainsi, le DPM est un modèle multidimensionnel qui apporte un niveau de compréhension supérieur en ne s'intéressant pas seulement aux symptômes mais aux processus qui sous-tendent ces symptômes pour approcher la notion de deuil pathologique. Il intègre donc, des caractéristiques du patient comme son style d'attachement ou son genre et les stratégies d'ajustement au deuil qui en découlent dans une perspective dynamique et qui évoluent dans le temps.

Ainsi, de cette expertise clinique issue du DPM, prenant en compte les nombreuses caractéristiques du patient, il apparaît restreint d'opposer un seul moyen d'ajustement au deuil qui serait le « travail de deuil », adaptable pour tous.

a- Efficacité des interventions psychothérapeutiques de confrontation sur le deuil ?

Des interventions reposant sur des processus de confrontation ont pu être évaluées et les résultats qui en ressortent, suggèrent que ces outils de psychothérapie étaient bien moins efficaces qu'on ne pouvait s'y attendre (tailles d'effets variant entre $d=0,052$ et $d=0,43$) (72), (73)(Schut et Stroebe 2005, Currier, Neimeyer et Berman 2008).

En accord avec le DMP, il a été également montré qu'une intervention à la fois orientée vers la perte (confrontation avec expression des émotions) mais aussi vers la restauration, était plus efficace qu'une intervention uniquement orientée vers la confrontation à la perte (74).

b-Vers des outils psychothérapeutiques plus individualisés

Zech, Ryckebosch-Dayez et Delespaux (2010) ont suggéré que cette efficacité modérée des interventions, révélée par les études évaluant les interventions centrées sur la confrontation, était due à 4 raisons : (1) tous les endeuillés ne nécessitent pas d'intervention ; (2) les types d'intervention proposés ne correspondent pas aux processus pathologiques présentés par la personne endeuillée ; (3) la quantité d'intervention peut être inappropriée (ou trop ou pas assez) ; (4) enfin, un facteur de temporalité doit être respecté (pas trop tôt, pas trop tard).

Shear et al. (2005) (74), suggèrent quant à eux, qu'il faut adapter les interventions aux besoins et difficultés des patients endeuillés.

3- Vers des interventions centrées sur les processus

a- Le style d'attachement

Comme nous l'avons vu au travers du cas clinique, la prise en compte du style d'attachement permet de mieux saisir les réactions de deuil et donc de proposer des interventions plus pertinentes en cas de deuil compliqué. Zech et Arnold 2011, préconisent qu'au travers de la relation thérapeutique, les styles inséure-anxieux, propices au débordement émotionnel, puissent bénéficier d'interventions plus soutenantes visant à relâcher les liens qui les unissaient au défunt. A contrario, les styles évitants bénéficieraient, quant à eux, de plus d'intervention favorisant l'expression des émotions (75). L'objectif général est de réinstaurer des processus d'oscillation souples et flexibles. L'efficacité des stratégies de régulation des émotions négatives au cours d'un deuil et donc la propension à développer un deuil compliqué, dépendent en partie de la sécurité ou non du système d'attachement de l'endeuillé (Stroebe et al. 2005) (56).

b- Quête de sens : le cadre de référence

Ensuite, nous avons également vu comment la confrontation à la mort pouvait venir rompre le cadre de référence du patient et par là-même, créer une perte de sens de la vie de l'endeuillé. Ce bouleversement des croyances fondamentales peut entretenir des affects négatifs rétrospectifs sous la forme de ruminations comme par exemple des sentiments de culpabilité. Un travail de conscientisation des valeurs personnelles avec une tentative de reconstruction de ces valeurs (sous une forme symbolique ou comportementale) peut aider au bon déroulement du processus de deuil.

c- Les processus relationnels

Enfin, la qualité de la relation thérapeutique influence le déroulement psychothérapeutique, quelque soit l'outil d'intervention utilisé (76). Ceci semble d'autant plus de circonstance que le patient consulte pour une problématique de lien rompu...

CONCLUSION

Le deuil est un processus normal, pouvant faire irruption à tous les âges de la vie. Toutefois, l'entrée dans la vieillesse voit sa fréquence augmenter tant en terme de décès dans l'entourage qu'en terme de pertes symboliques. Les capacités d'adaptation de l'endeuillé sont alors mises à contribution pour faire face à cette épreuve de la vie qui, dans la majorité des cas, aboutit favorablement.

Certains facteurs intrapersonnels ou contextuels peuvent néanmoins, rendre cet événement plus ou moins difficile à traverser et faire le lit de deuils dits compliqués ou pathologiques. De nombreux modèles théoriques ont cherché à conceptualiser ces limites qui séparent le deuil « normal » du deuil « pathologique ».

Nous avons décidé dans ce travail, de développer le modèle du deuil en double processus (DPM) car c'est celui qui nous semble à ce jour, le plus abouti. En effet, ce modèle, en intégrant des théories récentes (théorie du stress et de l'attachement), validées scientifiquement, offre une vision idiosyncrasique et dynamique des processus de deuil. Il s'agit à la fois d'un modèle descriptif et explicatif, permettant d'orienter des axes d'intervention psychothérapeutiques en fonction des caractéristiques propres du patient. Ces interventions sont en effet, davantage centrées sur les processus qui sous tendent les symptômes pathologiques de deuil que sur les symptômes eux-mêmes. Leur objectif thérapeutique commun est de réinstaurer une certaine souplesse dans des processus dits d'oscillation entre des stratégies de confrontation à la perte et d'autres dites de restauration, considérés comme des processus adaptatifs associés à une évolution favorable d'un deuil.

Dans une perspective moins psychodynamique cette fois mais plus syndromique, il est actuellement admis que le deuil peut faire l'objet de troubles psychiatriques caractérisés comme par exemple, un trouble dépressif caractérisé ou bien un syndrome de stress post-

traumatique. Il convient de prendre en charge ces syndromes indépendamment du contexte de deuil, du moins, sur le plan pharmacologique. En effet, sur le plan psychothérapeutique, le DPM propose une intervention ciblée, prenant en compte notamment le style d'attachement ou les processus auto entretenants les symptômes des troubles suscités.

Dans le registre des classifications internationales, le DSM-V fait mention, quant à lui, d'une entité nosographique dédiée au deuil pathologique sous le terme de « deuil persistant compliqué ». Cependant, cette entité figure au chapitre des troubles nécessitant davantage de preuves scientifiques.

Enfin, cet exposé avait également pour objet, de remettre en cause certaines idées reçues concernant le deuil et ses façons de le traverser. La notion de « travail de deuil » a notamment été discutée avec l'idée que son champ d'application semblait limité et n'était en aucun cas, une règle absolue.

BIBLIOGRAPHIE

1. Emmanuelle Zech. Régulation des émotions et deuil. In: Traité de régulation des émotions. de boeck. 2015. p. 373. (Carrefour des psychothérapies).
2. Hanus Michel. Quelques considérations sur le deuil de la personne âgée? In: Deuils et grand âge: peut on apprendre à vieillir? L'esprit du temps; 2009. (Etudes sur la mort).
3. Sauteraud A. Le deuil compliqué: une maladie spécifique ? Encéphale 2011 Hors-sér 3 28.
4. Hanus M. Les deuils dans la vie p22. Maloine. 1994.
5. Bourgeois M-L. Deuils compliqués, S18A. Congrès Fr Psychiatr Eur Psychiatry 28S. 2013;p.41.
6. Anger and Aggression - An Essay on Emotion | J. R. Averill | Springer [Internet]. [cited 2017 Feb 17]. Available from: <http://www.springer.com/us/book/9781461257455>
7. Hochschild AR. Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure. Am J Sociol. 1979 Nov 1;85(3):551-75.
8. Zech Emmanuelle. Psychologie du deuil. Mardaga. Belgique; (PRATIQUES PSYCHOLOGIQUES Cognition, émotion et santé).
9. Guédeney N, Guédeney Antoine. L'attachement: approche théorique. ELSEVIER MASSON. Paris; 2016. (Les âges de la vie).
10. Antoine G, Guédeney N. L'attachement: approche clinique et thérapeutique. ELSEVIER MASSON. Paris; 2015. (Les âges de la vie).
11. Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? Am Psychol. 2004 Jan;59(1):20-8.
12. Wortman CB, Silver RC. The myths of coping with loss. J Consult Clin Psychol. 1989 Jun;57(3):349-57.
13. Stroebe M, Van Den Bout J, Schut H. Myths and Misconceptions about Bereavement: The Opening of a Debate. OMEGA - J Death Dying. 1994 Nov 1;29(3):187-203.
14. Bacqué Marie-Frédérique. Deuil et Santé. Odile Jacob. Paris; 1997.
15. Deutsch H. Absence of grief. Psychoanal Q. 1937;6:12-22.
16. Tait, R., & Silver, R. C. Coming to terms with major negative life events. In: Unintended thoughts. Guilford Press. New York: Uleman & Bargh; 1989. p. pp 351-81.
17. Boerner K, Wortman CB, Bonanno GA. Resilient or at risk? A 4-year study of older adults who initially showed high or low distress following conjugal loss. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2005 Mar;60(2):P67-73.
18. Bonanno GA, Wortman CB, Lehman DR, Tweed RG, Haring M, Sonnega J, et al. Resilience to loss and chronic grief: a prospective study from preloss to 18-months postloss. J Pers Soc Psychol. 2002 Nov;83(5):1150-64.
19. Prigerson HO, Jacobs SC. Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. In: Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut H, editors. Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2001. p. 613-45.
20. Zisook S, Shuchter SR. Major Depression Associated With Widowhood. Am J Geriatr Psychiatry. 1993 Sep 1;1(4):316-26.
21. Chris R, Shaver PR. Loss and bereavement: Attachment theory and recent controversies concerning "grief work" and the nature of detachment. In: Cassidy J,

- Shaver PR, editors. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York, NY, US: Guilford Press; 1999. p. 735–59.
22. Bonanno GA, Wortman CB, Nesse RM. Prospective Patterns of Resilience and Maladjustment During Widowhood. *Psychol Aging*. 2004;19(2):260–71.
 23. Bonanno GA, Kaltman S. The varieties of grief experience. *Clin Psychol Rev*. 2001 Jul;21(5):705–34.
 24. Bonanno GA, Moskowitz JT, Papa A, Folkman S. Resilience to loss in bereaved spouses, bereaved parents, and bereaved gay men. *J Pers Soc Psychol*. 2005 May;88(5):827–43.
 25. Middleton, W., Raphael, B., Martinek, N., & Misso, V. Pathological grief reactions. In: *Theory, research, and intervention*. Cambridge University Press. M. Stroebe, W. Stroebe, & R. Hansson; 1993b. p. P 44–61. (*Handbook of bereavement*).
 26. Middleton, W., Moylan, A., Raphael, B., Burnett, P., & Martinek, N. An international perspective on bereavement related concepts. 1993;(Australian and New Zealand Journal of Psychiatry):p 457–63.
 27. Collins NL, Read SJ. Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *J Pers Soc Psychol*. 1990;58(4):644–63.
 28. Kerns KA, Abraham MM, Schlegelmilch A, Morgan TA. Mother-child attachment in later middle childhood: assessment approaches and associations with mood and emotion regulation. *Attach Hum Dev*. 2007 Mar;9(1):33–53.
 29. Bartholomew K. Adult attachment processes: individual and couple perspectives. *Br J Med Psychol*. 1997 Sep;70 (Pt 3):249–63; discussion 281–90.
 30. Pair bonds as attachments: Evaluating the evidence. ResearchGate [Internet]. [cited 2017 Feb 14]; Available from: https://www.researchgate.net/publication/232595939_Pair_bonds_as_attachments_Evaluating_the_evidence
 31. Berscheid E, Reis HT. Attraction and close relationships. In: Gilbert DT, Fiske ST, Lindzey G, editors. *The handbook of social psychology*, Vols 1-2, 4th ed. New York, NY, US: McGraw-Hill; 1998. p. 193–281.
 32. Kerns KA, Richardson RA. *Attachment in Middle Childhood*. Guilford Press; 2005. 316 p.
 33. Parkes CM, Stevenson-Hinde J, Stevenson-Hinde SOMRCF and TJ, Marris P. *Attachment Across the Life Cycle*. Routledge; 2006. 316 p.
 34. Love and Work: An Attachment-Theoretical Perspective (PDF Download Available). ResearchGate [Internet]. [cited 2017 Feb 14]; Available from: https://www.researchgate.net/publication/247434449_Love_and_Work_An_Attachment-Theoretical_Perspective
 35. Smith ER, Murphy J, Coats S. Attachment to groups: theory and measurement. *J Pers Soc Psychol*. 1999 Jul;77(1):94–110.
 36. Van Assche L, Luyten P, Bruffaerts R, Persoons P, van de Ven L, Vandenbulcke M. Attachment in old age: theoretical assumptions, empirical findings and implications for clinical practice. *Clin Psychol Rev*. 2013 Feb;33(1):67–81.
 37. Zhang F, Labouvie-Vief G. Stability and fluctuation in adult attachment style over a 6-year period. *Attach Hum Dev*. 2004 Dec;6(4):419–37.
 38. Wright LK, Hickey JV, Buckwalter KC, Clipp EC. Human development in the context of aging and chronic illness: the role of attachment in Alzheimer's disease and stroke. *Int J Aging Hum Dev*. 1995;41(2):133–50.
 39. Shaver PR, Mikulincer M. Attachment in the later years: a commentary. *Attach Hum Dev*. 2004 Dec;6(4):451–64.

40. Antonucci TC, Akiyama H, Takahashi K. Attachment and close relationships across the life span. *Attach Hum Dev.* 2004 Dec;6(4):353–70.
41. Cicirelli VG. Attachment and obligation as daughters' motives for caregiving behavior and subsequent effect on subjective burden. *Psychol Aging.* 1993 Jun;8(2):144–55.
42. The continuing bond of the bereaved towards the deceased and adjustment to loss. ResearchGate [Internet]. [cited 2017 Feb 16]; Available from: https://www.researchgate.net/publication/249002414_The_continuing_bond_of_the_bereaved_towards_the_deceased_and_adjustment_to_loss
43. Cicirelli VG. God as the ultimate attachment figure for older adults. *Attach Hum Dev.* 2004 Dec;6(4):371–88.
44. Cookman C. Attachment in older adulthood: concept clarification. *J Adv Nurs.* 2005 Jun 1;50(5):528–35.
45. Perren S, Schmid R, Herrmann S, Wettstein A. The impact of attachment on dementia-related problem behavior and spousal caregivers' well-being. *Attach Hum Dev.* 2007 Jun;9(2):163–78.
46. Erikson EH. *Identity and the life cycle: selected papers.* New York: International Universities Press; 1959.
47. Schwarz B, Trommsdorff G, Albert I, Mayer B. Adult Parent–Child Relationships: Relationship Quality, Support, and Reciprocity. *Appl Psychol.* 2005 Jul 1;54(3):396–417.
48. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping* [Internet]. Springer Publishing. 1984 [cited 2017 Apr 11]. Available from: <http://www.springerpub.com/stress-appraisal-and-coping.html/>
49. Lazarus RS. *Emotion and Adaptation.* Oxford, New York: Oxford University Press; 1991. 576 p.
50. Roseman IJ. Appraisal determinants of discrete emotions. *Cogn Emot.* 1991 May 1;5(3):161–200.
51. Zech E, De Ree F, Berenschot F, Stroebe M. Depressive affect among health care seekers: how it is related to attachment style, emotional disclosure, and health complaints. *Psychol Health Med.* 2006 Feb;11(1):7–19.
52. Zech E, Rimé B, Pennebaker J. The effects of emotional disclosure during bereavement. 2007 [cited 2017 Apr 11]; Available from: <https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:92724>
53. Wayment HA, Vierthaler J. Attachment style and bereavement reactions. *J Loss Trauma.* 2002 Apr;7(2):129–49.
54. Cassidy-Shaver. *Theory, Research, and Clinical Applications.* Third Edition. Guilford Press; (Handbook of Attachment).
55. Caserta MS, Lund DA. Toward the development of an inventory of daily widowed life (IDWL): guided by the dual process model of coping with bereavement. *Death Stud.* 2007 Jul;31(6):505–35.
56. Stroebe M, Schut H, Stroebe W. Attachment in Coping With Bereavement: A Theoretical Integration. *Rev Gen Psychol.* 9:48–66.
57. Stroebe M, Schut H. The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Stud.* 1999 May;23(3):197–224.
58. Bacqué Marie-Frédérique, Hanus Michel, Hanus Michel. *Le deuil. Que sais je?* PUF; 2014.
59. Stroebe W., Stroebe, M. S. & Domittner, G. Research paper: Individual and Situational Differences in Recovery from Bereavement: A Risk Group Identified. ResearchGate. 1988;44:143–58.

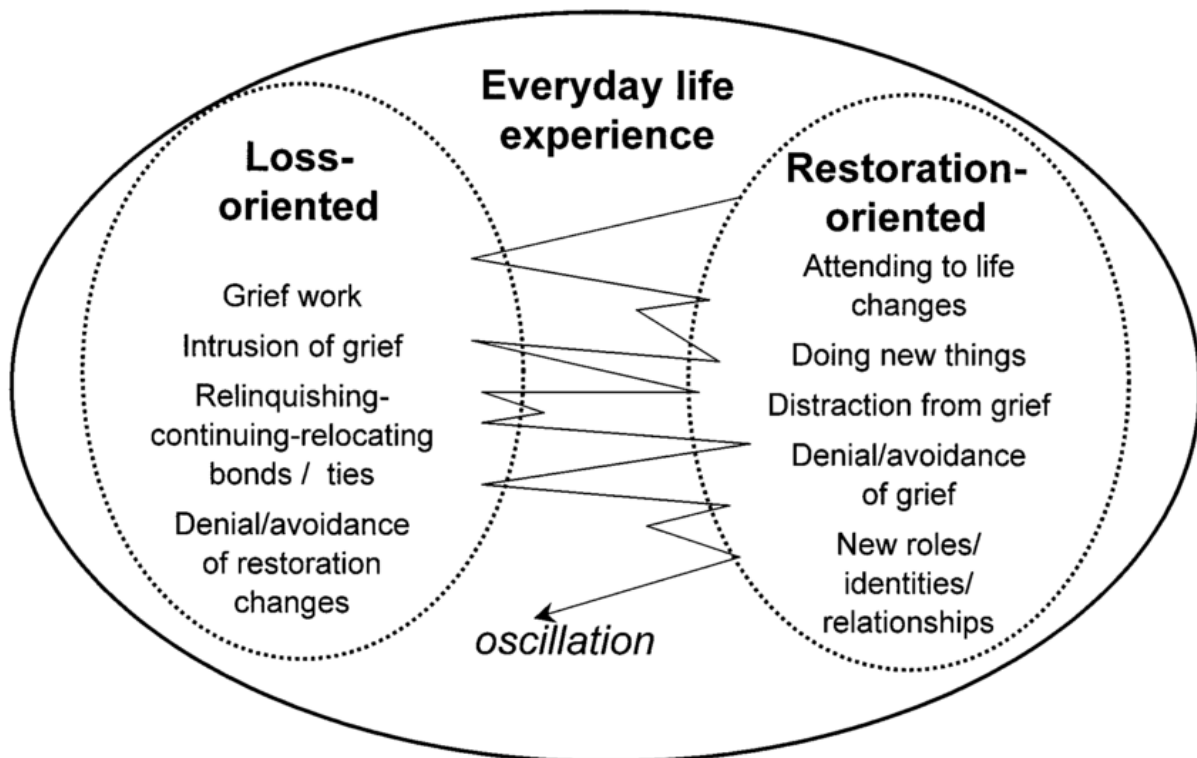
60. Stroebe MS, Stroebe W, Hansson RO. Bereavement Research: An Historical Introduction. *J Soc Issues*. 1988 Oct 1;44(3):1–18.
61. Murphy SA, Johnson LC, Wu L, Fan JJ, Lohan J. Bereaved parents' outcomes 4 to 60 months after their children's deaths by accident, suicide, or homicide: a comparative study demonstrating differences. *Death Stud*. 2003 Jan;27(1):39–61.
62. Fauré Christophe. *Vivre le deuil au jour le jour*. Albin Michel; 2012.
63. Families I of M (US) C on P and E-LC for C and T, Field MJ, Behrman RE. BEREAVEMENT EXPERIENCES AFTER THE DEATH OF A CHILD [Internet]. National Academies Press (US); 2003 [cited 2017 May 2]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK220798/>
64. Shaver, P. R., & Trancedy, C. M. C. Emotion, attachment and brereavement: A conceptual commentary. In: *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care*. M. S. Stroebe, W. Stroebe, & R. O. Hansson et al.; 2001. p. pp. 63–88.
65. Boelen PA, Van Den Hout MA, Van Den Bout J. A Cognitive-Behavioral Conceptualization of Complicated Grief. *Clin Psychol Sci Pract*. 2006 May 1;13(2):109–28.
66. Edelstein RS, Shaver PR. Avoidant Attachment: Exploration of an Oxymoron. In: Mashek DJ, Aron AP, editors. *Handbook of closeness and intimacy*. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2004. p. 397–412.
67. Bonanno GA, Neria Y, Mancini A, Coifman KG, Litz B, Insel B. Is there more to complicated grief than depression and posttraumatic stress disorder? A test of incremental validity. *J Abnorm Psychol*. 2007 May;116(2):342–51.
68. Zech E. *Psychologie du deuil*. Mardaga. 2006. P 132.
69. Bacqué Marie-Frédérique, Hanus Michel. *Le deuil à vivre*. Odile Jacob; 2000. p 93.
70. Helsing KJ, Szklo M. Mortality after bereavement. *Am J Epidemiol*. 1981 Jul;114(1):41–52.
71. Zech E, Delepoux E, Ryckebosch-Dayez A-S. Les interventions de deuil centrées sur les processus psychologiques et relationnels. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues00034487v171i3S0003448713000498](http://www.em-premium.com/doc-Distantuniv-Lille2frdatarevues00034487v171i3S0003448713000498) [Internet]. 2013 Mar 29 [cited 2017 May 21]; Available from: [http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/798369/resultatrecherche/2](http://www.em-premium.com/doc-distant.univ-lille2.fr/article/798369/resultatrecherche/2)
72. Currier JM, Neimeyer RA, Berman JS. The effectiveness of psychotherapeutic interventions for bereaved persons: a comprehensive quantitative review. *Psychol Bull*. 2008 Sep;134(5):648–61.
73. Schut H, Stroebe MS. Interventions to enhance adaptation to bereavement. *J Palliat Med*. 2005;8 Suppl 1:S140–7.
74. Shear K, Frank E, Houck PR, Reynolds CF. Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005 Jun 1;293(21):2601–8.
75. Zech E, Arnold C. Attachment and coping with bereavement: Implications for therapeutic interventions with the insecurely attached. 2011 [cited 2017 May 11]; Available from: <https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:92725>
76. Norcross JC, Wampold BE. Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*. 2011;48(1):98–102.

ANNEXES

Annexe 1 :

Femmes

Hommes



Deuil chronique

Deuil absent ou inhibé

Dual Process Model (DPM, Stroebe et Schut, 1999) :

Représentation schématique du modèle en double processus d'ajustement au deuil.

Annexe 2 :

Classification internationale –

Les critères symptomatiques du deuil complexe persistant selon le DSM-5

Au moins 1 symptôme parmi les 4 suivants :

- Fort désir/besoin persistant concernant le défunt,
- Peine intense et douleur émotionnelle en réponse à la mort,
- Préoccupation à propos du défunt,
- Préoccupation à propos des circonstances du décès

Et au moins 6 symptômes parmi les 12 suivants :

- Difficulté marquée à accepter le décès,
- Incrédulité ou torpeur émotionnelle à propos de la perte,
- Difficultés causées par le rappel de souvenirs positifs concernant le défunt,
- Amertume ou colère en lien avec la perte,
- Désir de mourir afin d'être avec le défunt,
- Difficulté à faire confiance à d'autres individus depuis le décès,
- Sentiment de solitude et d'être détaché des autres depuis le décès,
- Sentiment que la vie n'a plus de sens ou est vide de sens sans le défunt, ou la croyance qu'on ne peut pas fonctionner sans le défunt,
- Confusion au sujet de son rôle dans la vie ou sentiment de perte d'une partie de son identité (par exemple, penser qu'une partie de soi est morte avec le défunt),
- Difficulté ou réticence à maintenir des intérêts depuis la perte ou à se projeter dans le futur.

AUTEUR : Nom : HARLY Prénom : VICTOR

Date de Soutenance : 8 juin 2017

Titre de la Thèse : Vers une définition du deuil pathologique et ses particularités chez le sujet âgé

Thèse - Médecine - Lille 2017

Cadre de classement : Médecine

DES + spécialité : Psychiatrie

Mots-clés : Deuil pathologique – Sujet âgé – théorie de l’attachement – stratégies de *coping* – modèle d’ajustement en double processus au deuil

Résumé : Le deuil est un processus psychologique normal qui affecte la vie de tout un chacun. Il peut s’agir de pertes réelles (décès dans l’entourage) ou de pertes plus abstraites comme un travail, sa jeunesse ou encore, une certaine forme de liberté. La vieillesse constitue une période de développement particulièrement sensible à ce phénomène tant elle voit l’incidence de ces deux pertes s’envoler.

Le modèle d’ajustement au deuil en double processus (DPM) (Stroebe et al., 1999), apparaît comme le modèle le plus abouti pour évaluer cliniquement une situation de deuil et proposer une prise en charge adaptée à un patient endeuillé qui le nécessite. En effet, à ce jour, les limites du deuil pathologique demandent encore à être confirmées par des données empiriques supplémentaires (DSM-V).

En occident, la culture psychanalytique a laissé derrière elle, bon nombre d’idées reçues quant à certaines formes cliniques de deuil pathologique (deuil chronique, deuil inhibé, deuil retardé), aux processus évolutifs jugés « normaux » ou pathologiques ainsi qu’aux moyens d’y remédier (« travail de deuil »). La littérature infirme pourtant certaines de ces données.

En y intégrant des modèles théoriques comme l’attachement ou encore, les théories cognitives du stress,

le DPM, dans sa forme révisée (Stroebe et al., 2005), offre une lecture clinique personnalisée des processus de deuil. Les stratégies d'ajustement au deuil sont ainsi évaluées selon une perspective à la fois psychodynamique et syndromique. Le DPM aborde la notion de deuil pathologique lorsque apparaît une rigidification du processus d'oscillation entre des stratégies dites de confrontation et de restauration. Les axes d'intervention visent à réinstaurer une plus grande souplesse dans ces stratégies de *coping*. Le « travail de deuil », par son recours à des stratégies de confrontation seules, apparaît comme un outil psychothérapeutique restreint, non adaptable à tous.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Madame le Docteur Amélie DUVAUX