

Le deuil

compréhension, approches*

par Jacques Monday

LA MORT, LE DEUIL, LA NAISSANCE ne sont pas des maladies. Ces trois moments n'en sont pas moins objets de préoccupation pour le médecin, omnipraticien ou spécialiste, tout au long de sa carrière. Pour ce qui est de la naissance, sa formation l'a préparé à aider à mettre l'enfant au monde. Quant à la mort, il est de plus en plus apte à traiter ou à accompagner les mourants, ou encore il s'est familiarisé avec l'approche spécifique de la douleur totale ou il a été formé dans ce sens. Qu'en est-il pour le deuil ? Comment le médecin peut-il aider à gérer les réactions des proches des patients qui ont fait partie de sa clientèle, dans lesquels il s'est investi et qu'il a soignés, accompagnés, guéris même autrefois ? À certains moments, le deuil peut-il être perçu comme une maladie¹ ?

C'est le sujet dont il sera question ici. À la fin de cet article, nous verrons quelle devra être la démarche du médecin, dans la mesure où cela relève de sa compétence. Mais, tout d'abord, voyons si cette tâche lui incombe vraiment.

Le deuil : définitions, historique et théories

Si, en français, deuil est le seul mot qui traduit cette réalité, en anglais, il y en a trois : *bereavement*, *grief* et *mourning*. Les dictionnaires nous disent que le deuil est une douleur ou une affliction que l'on éprouve à la mort d'un être cher ; le chagrin qu'elle cause, le vide qui résulte de cette perte. En anglais, le mot *bereavement* (*the loss of a loved one*) traduit la mort d'un être cher : il s'agit du phénomène « biologique » de la mort, la disparition, tel jour, telle heure, de telle personne. *Grief* traduit les émotions que cette perte suscite chez ceux qui l'aimaient ou étaient aimés par lui. *Mourning*, quant à lui, englobe l'aspect « social » de cette perte : funérailles, exposition du défunt dans une chapelle ardente, envoi de faire-part, etc.

À l'heure actuelle, nous connaissons beaucoup de choses sur l'univers. Nous savons que le big-bang², ou l'explosion gigantesque de protons et de neutrons dans une immensité pleine d'énergie, a eu lieu il y a 15 milliards d'années, que le système solaire dont notre Terre fait partie existe, quant à lui, depuis quatre milliards cinq cent millions d'années, et que sa fin est prévisible. Nous connaissons aussi l'âge de la première cellule, donc de la vie. Elle est là depuis quatre milliards d'années. À cette première cellule, on peut associer les notions de début et de fin, de naissance et de mort, de retour à l'inorganique et de poursuite de l'évolution. Ensuite l'homme est « arrivé »³, il y a probablement six millions d'années. Il a évolué lentement, puisque l'*Homo sapiens* n'est apparu qu'il y a 100 000 ans à peine. Toutes nos découvertes concernant la préhistoire⁴, puis l'histoire, même si elles nous permettent de saisir ce que toutes les émotions que le fait de mourir a pu causer (cause et causera encore), ne peuvent pas nous aider à fixer avec rigueur et certitude le moment où les premières manifestations humaines de deuil ont eu lieu (selon certaines hypothèses, ce serait il y a 40 000 ans^{2,3}). Tout ce que l'on peut affirmer, c'est qu'elles sont apparues à la suite de la conscientisation du fait que la disparition était définitive et qu'il s'agissait là d'une finitude quelque part inacceptable.

En Occident, au Moyen Âge, compte tenu des croyances religieuses de l'époque, la mort semblait moins angoissante, moins pénible à envisager³. Mais, aujourd'hui, comment vit-on le deuil sur les plans biologique, psychologique et social ? Les médecins ont-ils la compétence d'agir en la matière ? Ont-ils un rôle à jouer dans le domaine ? Si oui, pour quelle raison ? Et quel est ce rôle ?

Pour essayer de répondre à ces questions, nous avons procédé à une revue exhaustive de la littérature abondante qui existe à ce sujet et nous essayerons de résumer brièvement ici ce qu'elle nous apprend.

Nous commencerons par inventorier certaines théories

Le Dr Jacques Monday, psychiatre, est professeur titulaire de psychiatrie à l'Université de Montréal et clinicien chercheur à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

* Conférence prononcée en avril 2001 dans le cadre du congrès commun FMOQ – Association des soins palliatifs.

qui tentent d'expliquer nos réactions (aspect psychologique) avant d'aborder l'analyse d'un deuil plus ou moins normal et de la comorbidité qui y est associée.

Les théories psychanalytiques⁵ traitent du retrait de l'investissement libidinal de l'objet perdu pour le réinvestir dans un autre objet, ce qui implique un travail de la part de la personne en deuil, un processus inévitable si elle veut préserver son équilibre et retrouver son niveau de fonctionnement antérieur à la suite de cette « épreuve ».

Les théories du stress intense⁶ expliquent « l'hypothèque sur la vie » que doit payer la personne qui subit la perte. Ces auteurs accordent à chaque stress de la vie un certain nombre de points. Le deuil, quant à lui, compte pour 60. Ajouté à d'autres événements engendrant un stress majeur (pour lesquels le nombre de points ne doit pas dépasser 300 en l'espace de 12 à 18 mois), il risque de provoquer la maladie.

Les théories biologiques font état d'une libération importante de sérotonine⁷ pouvant expliquer certaines réactions somatiques qui se manifestent lors du deuil comme les changements endocriniens et la suppression du système immunitaire, qui augmentent la prédisposition aux maladies infectieuses, aux néoplasies et aux maladies coronariennes^{8,9}.

Les théories du soutien social¹⁰ évoquent l'utilité du « soutien » des amis et des proches qui peuvent aider à surmonter le stress quelle qu'en soit l'intensité.

On peut dire, pour conclure, que si de nombreuses théories essaient d'expliquer le deuil, aucune ne fait l'unanimité ni ne peut donner une définition incontestable du deuil dit normal. Nos professeurs nous enseignaient que le deuil est la cicatrisation d'une blessure émotive, au même titre que la cicatrisation physiologique, et cela nous semble traduire de la manière la plus exacte la réalité. Kim et Jacobs, dans le *Journal of Affective Disorders*¹¹, le définissent comme un processus naturel, dont la durée est fonction de chaque culture, se traduisant par la tristesse et le regret engendrés par la disparition de la personne défunte, par des troubles somatiques et par une récupération ultérieure.

Le deuil dit normal

Kaplan et Sadock¹², auteurs d'un manuel de psychiatrie, reprennent les théories de Bowlby¹³ et de Lindemann¹⁴ pour décrire comme suit les phases du deuil. Ils disent que la **première phase**, celle du **choc** et du **déni**, peut durer de quelques minutes à quelques jours, voire même quelques

semaines. La personne qui doit traverser le deuil est incrédule et engourdie. Elle se cherche, se sent dépérir, se languit, est nostalgique, irritable, pleure parfois.

Une **deuxième phase**, qui peut durer quelques semaines ou quelques mois, se traduit par une détresse somatique (symptômes de tous ordres) qui monte par vagues. Elle se caractérise par de la colère, une culpabilité plus ou moins mitigée ou intense, des préoccupations de tous ordres, des comportements inhabituels. On peut être tendu, agité et démotivé, se sentir sans but, s'identifier avec le disparu. Cette phase se caractérise en fait par une vive angoisse.

La **troisième phase**, qui peut durer de plusieurs mois à quelques années, est celle dite de la résolution du deuil ou de la réorganisation. La peine est chose du passé. La personne qui a traversé le deuil reprend ses rôles habituels avec compétence. Elle joue parfois de nouveaux rôles et retrouve sa capacité d'avoir du plaisir. Elle recherche la présence ou l'intimité d'une ou de plusieurs personnes.

On ne peut pas déterminer avec précision la durée du processus de deuil. Certains disent qu'il s'agit de deux mois ou de six mois et qu'il faut s'inquiéter s'il dure plus de 12 ou 18 mois.

Plusieurs études visant à déterminer avec plus de précision cette durée ont été menées. Elles sont résumées dans un article de Stroebe, Son et Stroebe¹⁵. Ces auteurs ont pris en compte toutes les études statistiques ou longitudinales qui ont été faites. Ils se sont butés à des différences culturelles telles qu'ils n'ont pu en tirer des conclusions définitives. Quant à l'intensité du deuil vécu, des chercheurs ont pu produire des échelles qui peuvent aider à distinguer un deuil dit normal d'un deuil moins normal¹⁶. Mais, pour bien faire cette distinction, il faut recourir à un diagnostic différentiel des réactions de deuil et des symptômes, notamment un état dépressif (qu'on peut évaluer sur un continuum allant de mineur à majeur, en passant par la dépression situationnelle et réactionnelle) et l'état de stress post-traumatique (car le deuil peut être considéré comme un traumatisme d'intensité variable). Aucune consigne précise ou absolue ne permet en fin de compte de distinguer le deuil dit normal du deuil moins normal. On peut conclure qu'il faut s'en remettre à cet égard au jugement ou au « flair » clinique du médecin.

Le deuil dit moins normal

Une revue des définitions plus ou moins explicites du deuil dit moins normal montre qu'il n'y a pas de consen-

T A B L E A U I

Distinction entre deuil et dépression majeure

Deuil	Dépression majeure
Symptômes parfois identiques à la dépression, mais : ≍ sans culpabilité préalable ≍ sans dévalorisation ≍ sans idées suicidaires ≍ sans ralentissement psychomoteur	Tous les symptômes décrits dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (<i>DSM-IV</i>)
Dysphorie déclenchée par des pensées ou des souvenirs liés au défunt	Dysphorie autonome, indépendante des souvenirs liés au défunt
Symptômes qui apparaissent après moins de deux mois de deuil	Symptômes qui apparaissent à n'importe quel moment
Durée de deux mois ou moins	Dépression chronique, intermittente, épisodique
Dysfonctionnement passager et modéré	Dysfonctionnement ou détresse cliniquement importants
Pas d'antécédents personnels ou familiaux de dépression majeure	Antécédents familiaux ou personnels de dépression majeure

sus à ce sujet. Stroebe¹⁵ les énumère ainsi :

- ≍ Le deuil absent est celui où l'on n'observe aucune réaction expressive du deuil ;
- ≍ Le deuil anormal est celui qui va au-delà de la durée habituelle et qui s'accompagne de réactions exagérées ;
- ≍ Le deuil névrotique ;
- ≍ Le deuil compliqué ;
- ≍ Le deuil dénaturé ou déformé (*distorted*) ;
- ≍ Le deuil morbide ;
- ≍ Le deuil inadapté ;
- ≍ Le deuil atypique ;
- ≍ Le deuil intensif et prolongé ;
- ≍ Le deuil non résolu ;
- ≍ Le deuil dysfonctionnel.

Ajoutons aussi les descriptions de Woof et Carter^{17,18} :

- ≍ Le deuil chronique est celui que l'on observe surtout chez les gens ayant des traits de personnalité dépendante et ambivalente, et qui sont moins bien « entourés » ; ils ont beaucoup d'amertume et idéalisent beaucoup le disparu ;
- ≍ Le deuil hypertrophié est celui qui s'accompagne de réactions très intenses quand la mort est soudaine, brutale, inattendue ;
- ≍ Le deuil retardé ou différé est celui qui se caractérise par un déni prolongé ;
- ≍ Le deuil non résolu, déjà mentionné, qui est souvent associé à des maladies concomitantes (dépression, détresse, symptômes chroniques, etc.), et le deuil traumatique (à la

fois chronique et hypertrophié, qui est celui vécu à la suite d'un suicide).

La comorbidité

En fait, en tant que médecins, ce sont aussi les maladies concomitantes qui nous préoccupent. On a souvent décrit des états de vulnérabilité, sinon de morbidité franche, relatifs au deuil. On a maintes fois évoqué^{17,18} le taux de mortalité plus élevé en début de deuil. Il semblerait, bien qu'il n'y ait pas de données statistiques indéniables à cet égard, que le conjoint serait plus vulnérable. Par ailleurs, le deuil peut engendrer une dépression. D'autres données font état d'une anxiété plus intense, d'une consommation accrue d'alcool ou de médicaments et de tentatives de suicide, sinon de suicides réussis. Cependant, les études sur la morbidité physique ne sont pas concluantes, même si la morbidité la plus étudiée, l'ischémie myocardique, doit demeurer dans l'esprit des cliniciens comme une possibilité à surveiller et qu'il ne faut jamais écarter tout à fait. Une notion plus récente a fait son apparition : l'état de stress post-traumatique (ESPT), qui est un refus réel, si le deuil dure plus de deux mois et si les symptômes observés s'apparentent à la sémiologie de l'ESPT (souvenirs répétitifs et envahissants, rêves répétitifs, détresse psychique, réactivité physiologique, évitement persistant des stimuli associés à l'événement traumatique, activation neurovégétative).

T A B L E A U II

Exemples de discordances dans l'évolution du deuil

	Individu	Famille
Déni	X	
Révolte		X
Marchandage		
Dépression		
Acceptation		

Deuil et dépression

Le *tableau I* peut nous aider à mieux distinguer le deuil de la dépression^{17,18}.

Voyons maintenant quel est le rôle que l'omnipraticien peut jouer à cet égard.

Mais avant d'analyser son rôle, les compétences qui lui sont nécessaires et ses limites, revoyons brièvement les approches psychothérapeutiques du deuil. Rappelons-nous que le deuil, tout comme la naissance, n'est pas une maladie en soi s'il est bien vécu.

L'intervention psychologique est l'intervention de choix, car le deuil est un événement de vie qu'il faut résoudre sur le plan interpersonnel. Le but d'une telle intervention est de réduire l'intensité du deuil et d'accélérer la récupération, mais aussi, dans la mesure du possible, de diminuer les risques de comorbidité ou de morbidité pouvant en découler par atteinte du système immunitaire. Plusieurs interventions sont possibles : soutien analytique, hypnose, rétroaction biologique (*biofeedback*), thérapie cognitivo-comportementale.

Une revue exhaustive des approches psychothérapeutiques¹⁹, que nous résumons brièvement ci-dessous, nous apprend que la méthode utilisée pour apprécier les bienfaits et le bien-fondé des psychothérapies est discutable.

Les thérapies individuelles

Nous pouvons dire à ce sujet que les psychothérapies individuelles, non directives, d'une durée de une à neuf semaines (séances hebdomadaires) visant la reconstruction du moi, l'expression des émotions relatives au deuil et la perlaboration (*working through*) de l'ambivalence ou de la culpabilité qu'on ressent à l'égard du défunt procurent un certain mieux-être. On note chez ceux qui se sont

soumis à cette approche une diminution du nombre de consultations médicales. Les symptômes étudiés étaient un malaise général, des inflammations articulaires, des troubles « paniques », la fatigue, la perte de poids, le tabagisme, l'abus d'alcool et les symptômes dépressifs. C'est ce genre d'approche que proposent certains salons funéraires aux personnes en deuil.

Les thérapies familiales

La méthode de recherche est dans ce cas encore plus floue. On a surtout étudié des interventions de crise auprès de familles lors d'une mort subite. Les résultats sont mitigés. Certains font état d'une amélioration sur le plan de la prise de décisions d'ordre familial mais, par contre, on a aussi noté des préoccupations accrues par rapport au travail, aux tâches domestiques, au bien-être en général, aux dépenses mensuelles (ce qui n'est pas le but visé).

Les thérapies de groupe

Les recherches à ce sujet ont montré qu'une amélioration s'installe avec le temps. Ces thérapies s'avèrent plus efficaces sur le plan du soulagement des symptômes physiques que sur celui du soulagement de la « dépression ».

Le rôle de l'omnipraticien, ses compétences, ses limites

Puisque la formation de l'omnipraticien, en tant que professionnel de la santé, porte sur la connaissance des maladies, des maladies et de leur traitement, il doit d'abord connaître son patient et ses réactions. Le diagnostic qu'il pose est primordial. S'agit-il d'un deuil normal, anormal, ou compliqué d'un état pathologique comme la dépression, l'anxiété dysfonctionnelle, l'état de stress post-traumatique, la toxicomanie ? Le patient est-il vulnérable en raison de ses antécédents, de son mode de vie, d'une prédisposition accrue à l'ischémie myocardique ou pis encore ? Y a-t-il lieu de faire un bilan, un examen exhaustif dans un but préventif ?

Une étude de Woof et Carter¹⁸ qui a porté tout particulièrement sur le rôle de l'omnipraticien a montré que le médecin a effectivement un rôle à jouer en période de deuil, mais que, en même temps, ce rôle est restreint. Quant aux compétences dont il aurait besoin, on peut les résumer en deux mots : écoute et disponibilité. Le médecin devrait faire partie d'une équipe interdisciplinaire qui prend en charge le mourant autant que ses proches et en

cela, on rejoint la notion de soutien aux familles dans l'accompagnement des patients pendant la phase terminale et après le décès²⁰. Il faut se souvenir à cet égard des stades décrits par Kubler-Ross²¹, qui s'appliquent tant à l'individu qu'à sa famille (*tableau II*).

Précisons qu'il peut s'agir de stades intermittents et dynamiques, qui varient dans le temps. Prenons l'exemple du malade qui nie sa situation et de la famille qui est en révolte (*tableau II*) ou de la famille qui nie la situation et du malade qui est déprimé. Cet état de choses peut changer : le malade peut passer du déni à la révolte ou à la dépression tout comme la famille qui peut, elle aussi, passer d'un stade à l'autre.

Qu'on se rappelle aussi que le deuil ne se vit pas de la même façon si le disparu est l'un des parents (rempart, modèle d'identification, renvoi à notre propre mort), un enfant (rempart, moyen de se prolonger, remise en question du rôle parental de protecteur), ou le conjoint (objet d'affection, d'amour, ce qu'il représentait, ce qu'on réalisait à travers lui)²⁰.

L'ÉCOUTE ET LA DISPONIBILITÉ impliquent une attitude réceptive, la reconnaissance du droit de vivre après la perte de l'être cher, de se ressourcer, de se reposer, de verbaliser ses émotions, ainsi que le devoir de communiquer des informations relatives à la maladie du défunt.

On suggère aussi aux omnipraticiens¹⁸ de consigner au dossier de leurs patients la façon dont ils ont vécu un deuil, ce qui leur permettra par la suite de faire des liens avec ce qui se passe ou se passera sur le plan médical.

Certains médecins préconisent l'envoi d'une lettre de condoléances ou d'information sur les services offerts aux personnes en deuil.

D'autres se limitent à donner des conseils pratiques sur les démarches à entreprendre sur le plan juridique, administratif, testamentaire, etc., et (ou) proposent une consultation médicale peu après le décès du proche et un suivi de 6 à 10 semaines plus tard.

La revue de la littérature nous montre que les publications à ce sujet ont leurs limites, les recherches menées jusqu'à présent quant au rôle que les omnipraticiens doivent jouer ayant donné des résultats contradictoires.

Et vous, qu'en pensez-vous ? ☞

2. Reeves H, de Rasnay J, et al. *La plus belle histoire du monde*. Paris : Seuil, 1996.
3. Langaney A, Clottes J, et al. *La plus belle histoire de l'homme*. Paris : Seuil, 1998.
4. Bottero J, Ouaknin MA, et al. *La plus belle histoire de Dieu*. Paris : Seuil, 1997.
5. Freud S. Mourning and Melancholia. Dans : *Standard Edition of the Complete Psychological Works*. Londres : Hogarth Press, vol. 14 : 1953-66.
6. Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research* 1967 ; 11 : 213.
7. Reynolds CF. Treatment of Depression in Late Life. *Am J Med* 1994 ; 97 : 395-465.
8. Cohen S, Williamson GM. Stress and Infectious Disease in Humans. *Psychological Bulletin* 1991 ; 109 : 5-24.
9. Martikainen P, Valkonen T. Mortality after the Death of a Spouse: Rates and Causes of Death in a Large Finnish Cohort. *American Journal of Public Health* 1996 ; 86 : 1087-93.
10. Cohen S, Wills TA. Stress, Social Support and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin* 1985 ; 98 : 310-57.
11. Kim K, Jacobs S. Pathological grief and its relationship to other psychiatric disorders. *Journal of Affective Disorders* 1991 (21) : 257-62.
12. Kaplan E, Sadock B. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7^e éd. New York : Lippincott, Williams & Wilkins, 2000 : vol. 2, chap. 28.
13. Bowlby J. Processes of Mourning. *Int J Psychoanal* 1961 ; 42 : 317.
14. Lindemann E. Symptomatology and Management of Acute Grief. *Am J Psychiatry* 1944 ; 101 : 141.
15. Stroebe M, Son M, et al. On the Classification and Diagnosis of Pathological Grief. *Clinical Psychology Review* 2000 ; 20 (1) : 57-75.
16. Sanders CM, Lauger PA, Strong PN. *A Manual for the Grief Experience Inventory*. Palo Alto, Ca : Consulting Psychologists Press, 1985.
17. Woof WR, Carter YH. The Grieving Adult and the General Practitioner: a Literature Review in two parts (part 1). *Br J Gen Pract* 1997 ; 47 : 443-8.
18. Woof WR, Carter YH. The Grieving Adult and the General Practitioner: a Literature Review in two parts (part 2). *Br J Gen Pract* 1997 ; 47 : 509-14.
19. Kato PM, Mann T. A Synthesis of Psychological Interventions for the Bereaved. *Clinical Psychology Review* 1999 ; 19 (3) : 275-96.
20. Pillot J. Soutien des familles dans l'accompagnement. *Jalmar* décembre 1991 ; 27 : 13-27.
21. Kubler-Ross E. *On Death and Dying*. Londres : MacMillan, 1969.

Bibliographie

1. Engel G. Is Grief a Disease? *Psychosom Med* 1961 ; 23 : 18.

