

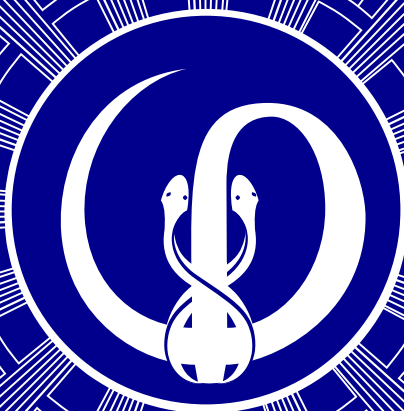
# CE QUI SURVIT À LA PERTE : LE DEUIL DES FAMILLES ET PROCHES DE JEUNES VICTIMES DE LA ROUTE

ÉTUDE EXPLORATOIRE

*C. Fleury, C. Tourette-Turgis,*

*M. Merand-Goldminc, A. Lebeau*

*En partenariat avec l'Association Antoine Alléno*



*Mars 2025*

# CE QUI SURVIT À LA PERTE : LE DEUIL DES FAMILLES ET PROCHES DE JEUNES VICTIMES DE LA ROUTE

ÉTUDE EXPLORATOIRE

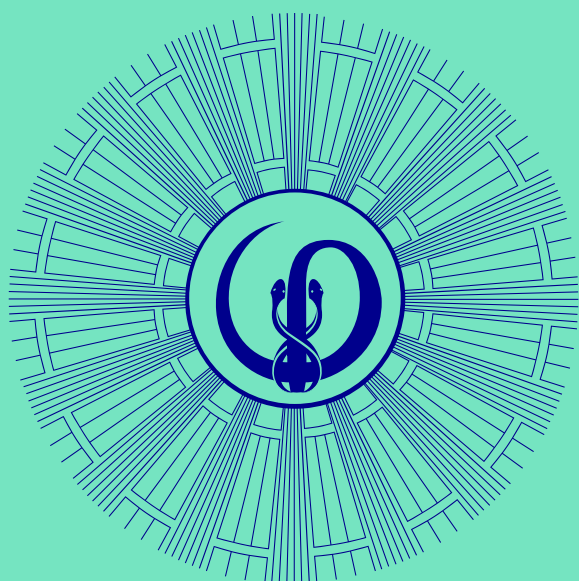
Mars 2025

*Co-auteurs :*

**C. FLEURY<sup>1</sup>, C. TOURETTE-TURGIS<sup>2</sup>, M. MERAND-GOLDMINC<sup>3</sup>, A. LEBEAU<sup>4</sup>**



- 1 Professeure titulaire de la chaire humanités et santé au Conservatoire national des arts et métiers (Cnam), titulaire de la chaire de philosophie à l'hôpital du GHU Paris psychiatrie & neurosciences.
- 2 Professeure titulaire de la chaire compétence et vulnérabilité, fondatrice de l'Université des patient-e-s - Sorbonne, Paris, France.
- 3 M. Merand-Goldminc est docteur en philosophie & psychopathologie, psychanalyste et responsable des publications à la chaire de philosophie à l'hôpital.
- 4 A. Lebeau est double masterant en affaires publiques à Sciences Po Paris et en philosophie politique à l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS). Son sujet de mémoire porte sur les enjeux de reconnaissance chez Axel Honneth et Judith Butler (dir. Barbara Carnevali).



# PRÉAMBULE

Le sol se dérobe.

L'invivable douleur, celle du Réel qui frappe à mort, c'est d'abord un immense blanc, un brouillard, un cri si intense qu'il peut tout déréaliser. Nous devenons, à l'instant et pour toujours, des errants, des exilés des jours heureux, comme des ombres de l'« avant » et ces êtres qui n'auront peut-être plus jamais la force de se réconcilier avec le monde et la vie.

Ce travail, mené à l'invitation de l'association Antoine Alléno, par la chaire de philosophie à l'hôpital, se veut théorique et sensible, pour naviguer dans l'abysse, la clinique des deuils, et notamment celle de ceux partis dans la vaillance de leur jeunesse, victimes de la brutalité sur la route, imbécile et inconséquente, meurtrière par manque d'éthique et de civilité.

Nous voulions revenir sur ces dites « courbes du deuil » impossibles, ces cartographies de la tristesse infinie, et voir comment il était envisageable d'en réchapper, pour les survivants, les orphelins des enfants et jeunes adultes partis trop tôt. Qu'est-ce qu'un deuil dit « normal » et un deuil dit « pathologique », ou « compliqué » ? Cette distinction est-elle légitime ? Quelles sont les comorbidités du deuil compliqué ? Comment décrire les *patterns* du « deuil parental » face à la mort accidentelle de leur progéniture ? Existe-t-il des deuils non reconnus ? Que faire du deuil de la fratrie ?

Lorsque la mort violente et intolérable frappe ceux que nous aimons, tout bascule, tout ce qui fait sens familialement et socialement. Le silence de la raison se fait entendre, et le vide dans lequel il nous laisse est vertigineux. S'ouvre alors la phénoménologie du temps du deuil : un voyage sans fin, dont chacun revient transformé à tout jamais.

Chacun trouvera également dans cette étude exploratoire des guidances pour tenter d'accompagner en tant qu'aidant ou en tant que professionnel ceux qui traversent cette souffrance indicible : le primo-entretien après l'effroi, le couple endeuillé, le deuil non reconnu de la fratrie, le travail de *grief-caregiver*, la sublimation de la douleur...



**Isabelle Mescam-Alléno**

**Thomas Alléno**

**Yannick Alléno**

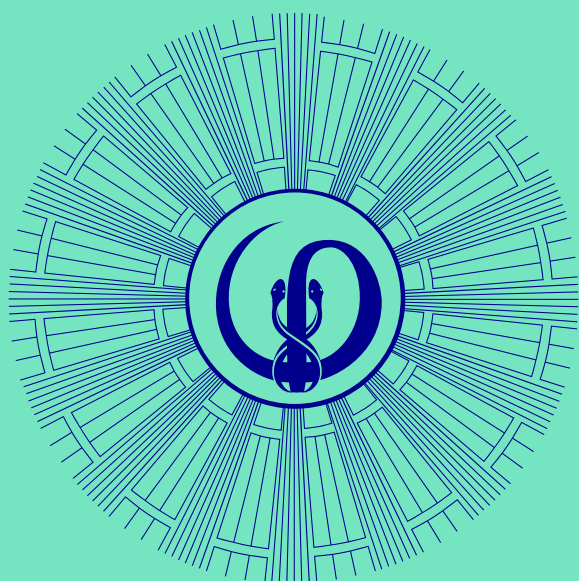


le cnam



GHU PARIS  
PSYCHIATRIE &  
NEUROSCIENCES

**Cynthia Fleury**



# TABLE DES MATIÈRES

<b>4</b>	<b>PRÉAMBULE</b>
<b>10</b>	<b>I. CONSIDÉRATIONS LIMINAIRES</b>
10	1. Objectifs
10	2. Méthode
<b>12</b>	<b>II. INTRODUCTION</b>
12	1. Qu'est-ce que le deuil ?
14	2. Redéfinir le travail de deuil : par-delà la théorie des étapes du deuil
<b>17</b>	<b>III. UNE CARTOGRAPHIE DU DEUIL</b>
17	1. Le deuil est un traumatisme
17	2. Le deuil adapté ou normal
18	3. Le deuil non adapté et pathologique
<b>21</b>	<b>IV. LE DEUIL COMPLIQUÉ FACE À LA MORT TRAUMATIQUE</b>
21	1. Les caractéristiques du deuil compliqué et la pertinence de son concept
23	2. Les comorbidités du deuil compliqué
24	3. À l'intersection de la perte d'un être proche et du traumatisme
	a. La détresse de séparation
	b. La détresse traumatique
<b>27</b>	<b>V. LES SENTIMENTS DU DEUIL PARENTAL SUITE À UN ACCIDENT DE LA ROUTE</b>
27	1. Les <i>patterns</i> du deuil parental au prisme de la mort accidentelle

- 30 2. Le déficit de contrôle émotionnel chez les parents  
qui ont perdu un enfant dans un accident de la route
- a. La culpabilité
  - b. La colère et le désir de vengeance

34 3. La perte de l'identité de parent

35 4. Une division genrée des réactions de deuil

## 37 VI. LES DEUILS OUBLIÉS ET LEUR RECONNAISSANCE

37 1. Le deuil non reconnu

38 2. Le deuil dans la fratrie

40 3. Le deuil de l'ami proche et intime

41 4. La question vicariante :  
le deuil par ricochet de ceux qui accompagnent les endeuillés

## 43 VII. LE FONCTIONNEMENT FAMILIAL APRÈS LA PERTE ACCIDENTELLE D'UN PROCHE

43 1. Le fonctionnement familial : adaptabilité et cohésion

43 2. L'ajustement au sein du couple après la mort d'un enfant :  
une dynamique interpersonnelle

46 3. La résilience familiale

## 48 VIII. AIDE ET ACCOMPAGNEMENT : PRATIQUES DU *GRIEF COUNSELING*

48 1. Qu'est-ce que le *grief counseling* et qui en a besoin ?

50 2. Le rituel

51 3. Une thérapie du deuil compliqué

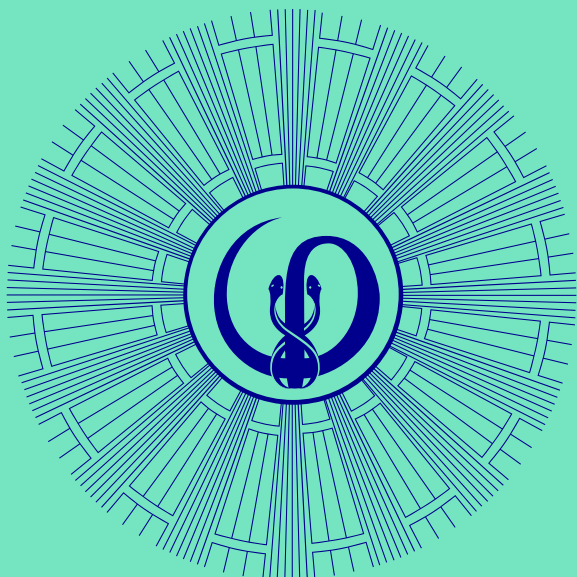
54 4. Modèle d'un groupe de soutien pour personnes endeuillées

- a. Information
- b. Organisation
- c. Contenu

57 5. Aspects positifs et négatifs des groupes de soutien

<b>59</b>	<b>IX. LE TEMPS DU DEUIL : UNE PHÉNOMÉNOLOGIE</b>
59	1. Quand la mort traumatique rompt la continuité : le temps suspendu et l'entrée dans le deuil
60	2. La prolongation du deuil et sa temporalité circulaire : mémoire traumatique, fantômes numériques et liens pérennes
63	3. La vie après la perte : croissance post-traumatique, construction de sens et identité pratique
<b>65</b>	<b>X. RÉPARER L'IRRÉPARABLE : L'HORIZON DE LA JUSTICE ET DU LIEN RETISSÉ AVEC LE MONDE</b>
65	1. Réparer n'est pas restaurer
67	2. Entre colère et désir de vengeance : la sublimation des passions ressentimentistes par le combat juridique
68	3. <i>Ubuntu</i> ou refaire lien avec le monde : dire la vérité de la commune tragédie de l'accident
<b>72</b>	<b>CONCLUSION</b>
<b>75</b>	<b>OUTILS D'ACCOMPAGNEMENT POUR LES PROFESSIONNELS</b>
76	1. Le primo entretien
77	2. Le couple endeuillé
78	3. Le deuil dans la fratrie
79	4. La difficulté du travail de <i>grief-caregiver</i>
80	5. Expression et transformation de la douleur du deuil
<b>82</b>	<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>





# I. CONSIDÉRATIONS LIMINAIRES

## 1. Objectifs

La présente étude a pour vocation de réaliser un état de l'art synthétique et représentatif sur les thématiques du deuil et du traumatisme en vue de l'accompagnement des familles et proches de jeunes (moins de 25 ans) victimes d'un accident de la route.

Nous avons mené une revue exploratoire (*scoping review*) de la littérature scientifique publiée en langue française et anglaise dans les domaines du deuil et de la perte, de la thérapie du deuil (*grief counseling*), des attitudes face à la mort et de l'éducation à la mort. Nous avons ainsi recensé les principaux cadres conceptuels afin de produire une cartographie des types de deuil et de leur accompagnement en croisant les disciplines des sciences sociales, de la psychologie et de la thanatologie. Ce panorama du champ de la recherche sur le deuil et le *grief counseling* a permis d'isoler la spécificité du deuil compliqué (*complicated grief*) et du deuil prolongé (*prolonged grief disorder*) qui se manifestent avec une grande probabilité dans le cas de la perte d'un enfant et d'une mort accidentelle qui, par définition, sont considérés comme des événements traumatiques.

Par ailleurs, cet état de l'art nous a amenés dans un second temps à élaborer un protocole scientifique afin de recommander, sous forme de fiches techniques, des pratiques de *grief counseling* adaptées au cas du deuil des familles et des proches de jeunes victimes d'un accident de la route.

## 2. Méthode

Après lecture du protocole de collaboration posant les conditions du projet d'écriture de l'état de l'art, nous avons identifié les concepts majeurs de cette revue exploratoire : le deuil parental, le deuil dans la fratrie et le deuil de l'ami proche, la mort accidentelle, le deuil compliqué et la thérapie du deuil ou *grief counseling*. Les termes de la chaîne de recherche ont été traduits pour obtenir les articles publiés en langue anglaise et sont présentés dans le Tableau 1. Une recherche compréhensive, quoique non exhaustive, a été réalisée sur les bases de données suivantes : Sage Journals, PubMed, APA PsycNet, Wiley, ScienceDirect, JSTOR, Ovid et Cairn. Une recherche manuelle de toutes les références mentionnées dans les articles pertinents a également été conduite. En outre, nous avons utilisé comme ressources additionnelles les sites internet de groupes thérapeutiques tels que Parents d'Enfants Victimes de la Route<sup>1</sup> (PEVR), The Compassionate Friends<sup>2</sup> ou l'Association Elisabeth Kübler-Ross<sup>3</sup>, afin de nous renseigner sur les pratiques de *grief counseling* déjà mises en application en France ou à l'étranger.

---

1 <https://www.pevr.be/>

2 <https://www.compassionatefriends.org/>

3 <https://www.ekr-france.fr/>

Tableau 1. Chaîne de recherche<sup>4</sup>

Concept principal	Mots-clés
Deuil parental	(« Relation parent-enfant » OU « relation mère-enfant » OU « relation père-enfant » OU parent* OU mère* OU père*) ET
Deuil dans la fratrie	(« Relation frère-sœur » OU « relation frères » OU « relation sœurs » OU frère* OU sœur* OU fratrie*) ET
Deuil de l'ami proche et intime	(« Relation ami-es » OU « ami-e proche » OU « ami-e intime » OU « petit-e ami-e » OU « relation couple » OU ami* OU amitié* OU couple*) ET
Mort accidentelle	(« Accident* ET mort » OU « mort accidentelle » OU « mort violente » OU « perte violente » OU « mort soudaine » OU « perte soudaine » OU « mort d'enfant » OU « perte d'enfant » OU « perte de frère » OU « perte de sœur » OU « perte d'ami-e ») ET
Deuil compliqué	(« Deuil compliqué » OU « deuil prolongé » OU « deuil traumatique » OU « deuil pathologique ») ET
Thérapie de deuil	(« Deuil ET typologie » OU « thérapie de deuil » OU « <i>grief counseling</i> » OU « <i>grief therapy</i> » OU « thérapie de groupe »)

4 Chaîne de recherche réalisée sur le modèle de la stratégie de recherche de CHAMPION, M. J., & KILCULLEN, M., « Complicated Grief Following the Traumatic Loss of a Child: A Systematic Review », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 2023.

# II. INTRODUCTION

## 1. Qu'est-ce que le deuil ?

Le deuil (du latin *dolere*) se définit comme « un état affectif douloureux provoqué par la mort d'un être aimé » et désigne « la période de douleur et de chagrin qui suit cette disparition » (*Encyclopaedia Universalis*). La terminologie anglaise éclaire avec davantage de précision la polysémie contenue dans le seul mot « deuil » qui évoque tout à la fois la perte d'un être cher et l'état psychologique qui en découle<sup>5</sup>. En effet, les Anglo-Saxons distinguent les significations du deuil grâce à trois substantifs différents : *bereavement*, *grief* et *mourning*. Tandis que le terme *bereavement* désigne la perte objective, le simple fait d'être « endeuillé », celui de *grief* renvoie explicitement au chagrin, une tristesse éprouvante, un inconsolable qui trouve une même racine étymologique que le mot français dans le latin *dol*. Enfin, la notion de *mourning* est, quant à elle, profondément sociale en ce qu'elle désigne le fait de « porter le deuil », de participer aux funérailles, de rentrer, en tant que *mourner*, dans le cortège funèbre<sup>6</sup>. À partir de cette distinction sémantique, il est possible de concevoir le deuil selon trois dimensions distinctes : au *bereavement* la dimension situationnelle, au *grief* la dimension psychologique et au *mourning* la dimension sociale et spirituelle<sup>7</sup>.

Si, depuis Hippocrate et Galien, on considère que la perte d'un être cher conduit à de nouvelles afflictions, il faut attendre le développement de la psychanalyse pour que le deuil fasse l'objet de véritables études cliniques. Karl Abraham ébauche le premier un modèle du deuil en le comparant à la mélancolie dans une courte communication de 1912<sup>8</sup>. Stimulé par cette nouvelle perspective, Freud produit une comparaison systématique du deuil et de la mélancolie dans un écrit de 1917 qui porte le nom de ces deux phénomènes<sup>9</sup>. Le deuil se dévoile alors comme « la réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction venue à sa place, comme la patrie, la liberté, un idéal, etc.<sup>10</sup> ». Le phénomène de deuil reprend la symptomatologie psychique de la mélancolie (l'humeur dépressive, le désinvestissement du monde extérieur et l'inhibition) à l'exception d'une seule dimension : celle du trouble du sentiment de soi. Jamais, pour Freud, l'endeuillé ne se trouve plongé dans le marasme de l'autodépréciation, de l'attente de la punition ou de la quête suicidaire qui accable le mélancolique. « Dans le deuil, écrit-il, le monde est devenu pauvre et vide, dans la mélancolie c'est le moi lui-même<sup>11</sup>. »

---

5 BACQUÉ, M.-F., *Deuil et santé*, Paris : Odile Jacob, 1997, p. 21.

6 BACQUÉ, M.-F., HANUS, M., « Chapitre II - Qu'est-ce que le deuil ? », in BACQUÉ, M.-F. (éd.), *Le deuil*, Paris : PUF, « Que sais-je ? », 2016, pp. 20-21.

7 CRUNK, A. E., BURKE, L. A., & ROBINSON, M. E. H., « Complicated grief: An evolving theoretical landscape », *Journal of Counseling and Development*, 95(2), 2017, pp. 226-233.

8 Voir FREUD, S., *Correspondance Freud/Abraham*, Paris : Gallimard, 1969, lettre d'Abraham du 31 mars 1915, p. 219.

9 FREUD, S., « Deuil et mélancolie », in *Métapsychologie*, Paris : Gallimard, 1968.

10 *Ibid.*, p. 146.

11 *Ibid.*, p. 150.

Pour que la réaction à la perte réelle trouve une forme de résolution, il faut que le sujet s'engage dans un processus d'acceptation de la disparition. Ce processus, Freud le nomme « travail de deuil<sup>12</sup> » (*Trauerarbeit*). Il débute avec la reconnaissance de la perte d'autrui au travers de la comparaison systématique entre l'état de la relation passée et celui de l'absence réelle actuelle.

Ainsi l'endeuillé tente-t-il de retirer progressivement toute libido – définie comme « manifestation dynamique dans la vie psychique de la pulsion sexuelle » – de la relation qu'il entretenait avec la personne disparue. Car le travail de détachement libidinal de l'endeuillé se précise par sa différenciation vis-à-vis de la réaction mélancolique à la perte du moi. En effet, cette comparaison permet d'identifier, selon Freud, deux conclusions : (1) le deuil correspond à un travail tout à la fois conscient et inconscient de détachement qui est, par essence, douloureux ; (2) la dépression du deuil n'est pas pathologique mais normale car l'objet perdu est bien réel et, bien que l'ambivalence existe plus ou moins dans le choix de cet objet, elle ne conduit pas à une forme de haine de soi<sup>13</sup>. À l'issue de ce *Trauerarbeit*, le moi sera de nouveau libre et capable de tisser de nouvelles relations avec de nouveaux objets ou des objets délaissés. Freud écrit : « [...] le temps est nécessaire à l'exécution en détail du commandement de l'examen de la réalité, travail après lequel le moi peut libérer sa libido de l'objet perdu<sup>14</sup> ».

À la suite des analyses freudiennes, John Bowlby va revisiter ces thèses au prisme des travaux éthologiques des années 1960 en se concentrant sur l'idée que l'attachement demeure central pour la survie de toutes les espèces supérieures. Le comportement d'attachement se définit comme une pulsion principale et un agrégat de fonctions cognitives qui confèrent un avantage évolutif à l'individu d'une espèce. Corollairement, l'absence d'attache ou de figure d'attache peut susciter un fort sentiment de peur qui ressemble à l'effet que provoque une situation effrayante ou menaçante. C'est à partir de la dépendance fondamentale qui caractérise la période du développement de l'enfant entre 6 mois et 5 ans que Bowlby isole trois types d'attachement pathologique : l'attachement anxieux, la recherche permanente de confiance (*compulsive selfreliance*) et les soins maternels compulsifs<sup>15</sup>. Dans les circonstances de séparation ou de perte, les individus font l'expérience d'une anxiété de séparation (*separation anxiety*) – réaction que nous nommons généralement « deuil ». Dès lors, le deuil se comprend comme l'expression de la pulsion de maintenir le lien avec la personne disparue, même si ce maintien paraît douloureux, surréaliste ou dysfonctionnel<sup>16</sup>.

En outre, Erich Lindemann va associer le travail du deuil à l'étude des personnes traumatisées, notamment celles de la Seconde Guerre mondiale ou les parents de victimes d'un incendie. Il comprend le travail de deuil comme un détachement des souvenirs aussi bien réels que fantasmatiques qui relie l'endeuillé au défunt. Selon son expression, toutes les situations partagées avec le défunt doivent être « traversées en pensées et en souffrance » (*thought through and pained through*) et conduire à une déconnexion, ou *decathecting*<sup>17</sup>.

---

12 FREUD, *op. cit.*, p. 145-171.

13 BACQUÉ, M.-F., HANUS, M., *op. cit.*, p. 23.

14 FREUD, S., *op. cit.*, p. 161.

15 BOWLBY, J., *Attachment and Loss, vol. 1: Attachment. Attachment and Loss*, New York : Basic Books, 1969.

16 BOWLBY, J., *Attachment and Loss, vol. 3: Loss, Sadness and Depression*, New York : Basic Books, 1980.

17 LINDEMANN, E., « Symptomatology and Management of Acute Grief », *American Journal of Psychiatry*, 1944, 101, pp. 141-148.

## 2. Redéfinir le travail de deuil : par-delà la théorie des étapes du deuil

Le travail de deuil a été schématisé par Élisabeth Kübler-Ross en 1969 à l'aide de ses fameuses « cinq étapes du deuil ». Dans les années 1960, la psychiatre suisse a réalisé des travaux à l'hôpital de Chicago sur les patients en phase terminale d'une maladie. Dans *On Death and Dying*<sup>18</sup>, Kübler-Ross développe, à partir de ses observations, un modèle généralement connu sous l'acronyme DABDA et qui décrit les phases successives de l'acceptation de la mort ou du deuil : (1) le déni (*denial*) ; (2) la colère (*anger*) ; (3) le marchandage (*bargaining*) ; (4) la dépression (*depression*) ; (5) l'acceptation (*acceptance*). Bien que d'autres formulations des étapes du deuil aient émergé dans les décennies qui suivirent, c'est l'ouvrage de Kübler-Ross qui est devenu un bestseller international.

Seulement, le modèle des cinq étapes du deuil a rencontré une forte opposition. Wortman et Silver ont alerté sur l'adoption de cette théorie par les professionnels de santé<sup>19</sup>. Ils critiquent notamment les dégâts que peut produire l'attente irrémédiable de la guérison au regard de la dernière étape, celle de l'acceptation, niant, de ce fait, la possibilité de l'étirement des phases dans le temps. Neimeyer confirme ces inquiétudes en jugeant le modèle de Kübler-Ross beaucoup trop simpliste et ne s'appuyant sur aucune véritable preuve empirique<sup>20</sup>. Car, comme l'écrivent Schuchter et Zisook, « le deuil n'est pas un processus linéaire avec des limites concrètes, mais plutôt un ensemble de phases fluides qui se chevauchent et qui varient d'une personne à l'autre<sup>21</sup> ». À la suite de Neimeyer<sup>22</sup>, Thirsk et Moules n'envisagent pas le deuil comme une expérience limitée dans le temps et qui s'achève par sa résolution mais, comme une expérience qui s'étend à l'ensemble de l'existence, de manière à construire du sens ou ajuster et adapter sa vie après la perte d'un être cher<sup>23</sup>. Mais c'est bien parce que ce modèle est simpliste qu'il a pu incarner un appui théorique majeur, quoique fallacieux, pour les enseignants, les professionnels de santé et les patients. La théorie des étapes du deuil apporte un semblant d'ordre conceptuel à un processus complexe et troublant, lui offrant la terre promise de la guérison.

Dès lors, bien qu'il s'agisse d'identifier des régularités scientifiques, celles que produit la théorie des étapes du deuil sont bien trop limitées : elles échouent à représenter la complexité des émotions au sein du processus de deuil. Même, utiliser ces étapes dans la pratique thérapeutique peut être potentiellement dangereux car incitant à faire abstraction des manifestations réelles du deuil<sup>24</sup>.

---

18 KÜBLER-ROSS, E., *On Death and Dying*, New York : Macmillan, 1969.

19 SILVER, R. C., & WORTMAN, C. B., « Coping with undesirable life events », in GARBER, J., & SELIGMAN, M. (Eds.), *Human Helplessness: Theory and applications*, New York : Academic Press, pp. 279-375 ; SILVER, R. C., & WORTMAN, C. B., « The stage theory of grief », *The Journal of the American Medical Association*, 297, pp. 2692-2694.

20 NEIMEYER, R., « Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction », *Death Studies*, 24(6), 2000, p. 547.

21 SCHUCHTER, S. R., & ZISOOK, S., « The course of normal grief », in STROEBE, M. S., STROEBE, W., & HANSSON, R. (Eds), *Handbook of bereavement: Theory, research and intervention*, New York : Cambridge University Press, 1993, p. 23.

22 NEIMEYER, R. A., *Meaning reconstructions and the experience of loss*, Washington, DC : American Psychological Association, 2001.

23 THIRSK, L. M., & MOULES, N. J., « Considerations for Grief Interventions: Ears of Witnessing With Families », *OMEGA- Journal of Death and Dying*, 65(2), 2012, pp. 107-124.

24 STROEBE, M. S., SCHUT, H., & BOERNER, K., « Cautioning Health-Care Professionals: Bereaved Persons Are Misguided Through the Stages of Grief », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 74(4), 2017, p. 468.

Les étapes du deuil ont donc été rejetées au profit de théories plus contemporaines comme celles des *continuing bonds*<sup>25</sup>, des quatre *tasks of grieving*<sup>26</sup>, de la reconstruction de sens<sup>27</sup>, des six « R » du deuil<sup>28</sup> et du *Dual-process model*<sup>29</sup>.

Face aux obstacles de la conceptualisation et de l'opérationnalisation de la théorie des étapes du deuil ainsi qu'à son manque de fondements empiriques, nous proposons de redéfinir le travail de deuil en suivant les hypothèses de Margaret Stroebe<sup>30</sup>. Celle-ci propose une définition plus spécifique et limitée du travail de deuil en se concentrant sur les variables du processus (confrontation et restructuration) plutôt que sur le contenu symptomatologique. En distinguant le travail de deuil de la dépression et de la rumination obsessive, Stroebe parvient à la définition suivante que nous faisons nôtre :

Le travail de deuil doit être conceptualisé comme un processus cognitif de confrontation à la réalité de la perte, par lequel les personnes endeuillées s'adaptent à la mort d'un être cher. Cette confrontation implique le rappel de pensées concernant la personne décédée et l'expérience de la mort. Ces pensées peuvent se répéter et se poursuivre pendant des semaines, voire des mois, après le décès, l'endeuillé étant alors préoccupé par son deuil. Il s'agit d'une restructuration ou d'un « recadrage » (*reframing*) progressif des pensées et des sentiments liés à la perte. Contrairement à la rumination, dans laquelle l'endeuillé s'attarde de manière récurrente sur les aspects de la perte d'une manière invariable, le travail de deuil est un processus qui conduit à l'assimilation des changements ou à l'adaptation des hypothèses (*assumptions*) que la perte nécessite. Il n'englobe donc pas uniquement l'expression d'affects négatifs, ni le fait de ruminer la perte de manière invariable, répétitive et obsessionnelle. Il ne s'agit pas non plus d'exprimer des regrets, du désespoir, une nostalgie sans espoir, etc., pour la personne perdue. En bref, le travail de deuil est un processus cognitif impliquant la confrontation et la restructuration des pensées concernant la personne décédée, l'expérience de la perte et le monde changé dans lequel l'endeuillé doit maintenant vivre<sup>31</sup>.

- 
- 25 La théorie des liens pérennes (*continuing bonds*) considère qu'une relation intérieure avec le défunt se poursuit après la mort et peut évoluer au fil de la remémoration des souvenirs et des dialogues ; KLASS, D., & STEFFEN, E., *Continuing bonds in bereavement: New directions for research and practice*, Routledge, Taylor and Francis Group, 2018.
  - 26 Les quatre tâches du deuil (*tasks of grieving*) sont (1) l'acceptation de la réalité de la perte, (2) l'expérience émotionnelle et cognitive de la peine du deuil, (3) l'adaptation à un monde sans le défunt et (4) la création d'un lien durable avec le défunt tout en se réintégrant à une vie pleine de sens ; WORDEN, W., *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (5th edition), Springer Publishing Company, 2018.
  - 27 La théorie de la reconstruction de sens (*meaning reconstruction*) considère que l'endeuillé peut reconstruire du sens soit en assimilant la perte au système global de sens soit en accommodant les cadres de sens préexistants ; NEIMEYER, R. A., & SANDS, D. C., « Meaning reconstruction in bereavement: From principles to practice », in NEIMEYER, R. A., WINOKUER, H., HARRIS, D., & THORNTON, G. (Eds.), *Grief and bereavement in contemporary society: Bridging research and practice*, Routledge, 2011.
  - 28 Le modèle de Rando établit une liste de six étapes du deuil : (1) reconnaître la perte, (2), réagir émotionnellement à la perte, (3) réexpérimenter la relation avec le défunt, (4) renoncer à l'ancien monde, (5) réajuster sa vie après le décès, (6) réinvestir le monde et les nouvelles relations ; RANDO, T. A., *Treatment of complicated mourning*, Research Press, 1993, pp. 393-448.
  - 29 Selon le *Dual-process model*, le phénomène de deuil est un processus dynamique qui oscille entre des mécanismes de confrontation orientés vers la perte (*loss-oriented*) et des mécanismes d'évitement orientés vers le rétablissement (*restoration-oriented*) ; STROEBE, M. S., & SCHUT, H., « The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description », *Death Studies*, 23(3), 1999, pp. 197-224.
  - 30 STROEBE, M. S., « Coping with Bereavement: A Review of the Grief Work Hypothesis », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 26(1), 1993, pp. 19-42.
  - 31 *Ibid.*, Notre traduction. NB : sauf mention d'une traduction officielle, il s'agit toujours par la suite de notre traduction. p. 33.

Pour Stroebe, il existe, par ailleurs, des différences individuelles et sociétales dans les styles préférés et considérés comme les plus efficaces pour gérer le deuil. Elle rejette l'idée d'un modèle unique de travail de deuil qui serait normal ou standard. Dans le domaine de la personnalité, par exemple, il existe des styles différents de gestion des événements traumatiques<sup>32</sup>. En outre, concernant les facteurs situationnels, certaines circonstances rendent la répression ou l'évitement plus efficace que la confrontation, notamment dans le cas de la perte traumatique. Du reste, l'hypothèse du travail de deuil demeure davantage applicable aux cas de deuil pathologique que de deuil normal – le concept de travail de deuil ayant été développé afin d'expliquer les complications pathologiques du deuil<sup>33</sup> – et donc celle-ci se prête parfaitement à l'étude du type de deuil compliqué qui fait l'objet de la présente étude exploratoire.

Il s'agira dans la prochaine section, d'identifier la différence entre le deuil normal ou adapté et le deuil inadapté pour répondre au mieux à la problématique du deuil compliqué des familles et des proches de jeunes victimes d'un accident de la route.

---

32 MULLEN, B., & SULLS, J., « The Effectiveness of Attention and Rejection as Coping Styles », *Journal of Psychosomatic Research*, 26, 1983, pp. 43-49.

33 STROEBE, M. S., *art. cit.*, 1993, p. 36.



# III. UNE CARTOGRAPHIE DU DEUIL

## 1. Le deuil est un traumatisme

Tout deuil est un traumatisme en ce que cet événement fait « effraction » dans la continuité de la vie d'un sujet. Comme le rappelle Hélène Romano, la mort d'un être proche représente une rupture violente des repères antérieurs, des habitudes et des certitudes sur lesquels repose notre monde vécu<sup>34</sup>. On peut parler, en reprenant le terme de Bowlby, de « cataclysme intérieur » conduisant à une crise existentielle, source de multiples remaniements. Si certains individus parviennent à se dégager progressivement de l'état d'agonie psychique qui suit l'annonce de la perte, d'autres demeurent durablement blessés psychiquement. De cette différence naît la distinction entre le deuil que l'on dit « adapté » et celui que l'on considère « inadapté », qu'il soit « difficile », « compliqué » ou « pathologique ».

## 2. Le deuil adapté ou normal

Le deuil dit « normal » demeure trop souvent conceptualisé à l'aune de la théorie des étapes du deuil. Bien que soit envisagée la possibilité du chevauchement et non de la simple succession de ces étapes, Hélène Romano propose, pour les endeuillés occidentaux précise-t-elle, un modèle en quatre phases : une première phase de sidération qui correspond à un état de souffrance psychique à l'état brut, une deuxième période de colère dirigée contre les proches présents au moment du décès ou les professionnels, une troisième période de désorganisation psychique caractérisée par des réactions émotionnelles multiples (désespoir, culpabilité, honte, pleurs, retrait social, identification au défunt, troubles dépressifs, etc.) suivie d'une dernière phase de réorganisation psychique liée à l'ajustement de l'endeuillé à la perte de son proche<sup>35</sup>.

Néanmoins, en s'appuyant sur la critique du modèle de Kübler-Ross, il serait souhaitable de déconstruire la conception d'un deuil « par étapes ». La reconnaissance de la singularité de chaque deuil et de la diversité de ses trajectoires ne doit pas pour autant effacer le relatif consensus autour de la distinction entre le deuil normal – dont la phase critique ne devrait pas dépasser six mois à un an – et le deuil compliqué voire pathologique – se prolongeant au-delà de 12 mois et se caractérisant par d'importantes difficultés psycho-sociales. Il est estimé que 85% à 98% des personnes adultes endeuillées des sociétés occidentales connaissent un processus de deuil simple tandis que 2% à 15% d'entre elles sont susceptibles de manifester des complications, tels qu'un trouble de stress post-traumatique (TSPT), une dépression ou un trouble anxieux<sup>36</sup>. Ainsi, l'immense majorité des deuils est considérée comme normale selon les catégories diagnostiques en usage.

---

34 ROMANO, H., *Accompagner le deuil en situation traumatique. Dix situations cliniques*, Paris : Dunod, 2023, p. 20.

35 *Ibid.*, pp. 22-24.

36 BONANNO, G. A., & KALTMAN, S., « Toward an integrative perspective on bereavement », *Psychological Bulletin*, 125(6), 1999, pp. 760-776 ; SHEAR, M. K., « Complicated grief », *New England Journal of Medicine*, 37(2), 2015, pp. 153-160.

Certains outils cliniques et de recherche caractérisent schématiquement ce qui constitue le deuil normal. C'est le cas, notamment, du *Texas Revised Inventory of Grief* (TRIG)<sup>37</sup> qui présente les symptômes bénins ou habituels du deuil en les distinguant du deuil qui serait anormalement compliqué<sup>38</sup>. Le TRIG rassemble 13 items qui mesurent la douleur présente (TRIG-Present) et 8 items qui évaluent l'interruption passée due à la perte (TRIG-Past)<sup>39</sup>. Cet outil permet d'estimer la relative acceptation de la perte ainsi que l'importance des pleurs et des pensées intrusives – des caractéristiques considérées comme étant naturelles pour un deuil normal. Ce qui distingue ces manifestations de celles du deuil compliqué voire pathologique est leur intensité, leur durée et leur association avec un dysfonctionnement global de la personne<sup>40</sup>.

Le deuil adapté se définit ainsi comme un processus qui « permet au sujet endeuillé de modifier ses relations à l'égard de l'être cher désormais disparu, sans que cela n'entraîne un effondrement psychique total<sup>41</sup> ». Par ailleurs, on constate généralement que les sujets qui présentent ce type de deuil s'adaptent à l'expérience douloureuse du chagrin en partie parce qu'ils ont bénéficié antérieurement d'un attachement sécure, c'est-à-dire suffisamment protecteur et valorisant.

### 3. Le deuil non adapté et pathologique

Si le deuil n'est pas, en tant que tel, pathologique, il arrive que le travail de deuil puisse, dans certaines circonstances, être hypothéqué et conduire à des complications. Le processus de deuil adopte alors diverses appellations selon les écrits scientifiques, notamment celles de deuil non adapté, deuil compliqué, trouble du deuil prolongé, deuil traumatique, deuil pathologique, trouble du deuil complexe persistant<sup>42</sup>.

- 
- 37 FASCHINGBAUER, T. R., *Texas revised inventory of grief manual*, Houston : Honeycomb Publishing Co., 1981.
- 38 NEIMEYER, R. A., & HOGAN, N. S., « Quantitative or qualitative? Measurement issues in the study of grief », in STROEBE, M. S., HANSSON, R. O., STROEBE, W., & SCHUT, H. (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care*, Washington, DC : American Psychological Association, 2001, pp. 89-118 ; PRIGERSON, H. G., FRANK, E., KASL, S. V., REYNOLDS, C. F., ANDERSON, B., ZUBENKO, G. S., HOUCK, P. R., GEORGE, C. J., & KUPFER, D. J., « Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: Preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses », *American Journal of Psychiatry*, 152(1), 1996, pp. 22-30.
- 39 GRUPPI, R. L., YACCARINI, C., HOFFMANN, A. F., FUTTERMAN, A., & SIMKIN, H., « Adaptation and Validation of the Texas Revised Inventory of Grief-Present Scale », *Health Psychology Research*, 10(4), 2022.
- 40 ZHANG, B., EL-JAWAHRI, A., & PRIGERSON, H. G., « Update on bereavement research: Evidence-based guidelines for the diagnosis and treatment of complicated bereavement », *Journal of Palliative Medicine*, 9(5), 2006, pp. 1188-1203 ; MAERCKER, A., & LALOR, J., « Diagnostic and clinical considerations in prolonged grief disorder », *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 2012, pp. 167-176.
- 41 ROMANO, H., *op. cit.*, 2023, p. 24.
- 42 MALTAIS, D., & CHERBLANC, J., *Quand le deuil se complique. Variété des manifestations et modes de gestion des complications du deuil*, Québec : Presses de l'Université du Québec, 2020, pp. 5-12.

Tableau 2. *Catégorisation des deuils non adaptés et pathologiques*

Catégorie de deuil	Description du phénomène
Deuil difficile	Deuil présentant les mêmes phases que celles du deuil adapté mais celles-ci sont prolongées avec une majoration de la souffrance et de la dépression <sup>43</sup> .
Deuil non résolu et pathologique	Deuil au cours duquel surviennent des troubles mentaux ou physiques <sup>44</sup> .
Deuil traumatique et traumatogène	Deuil caractérisé par une détresse de séparation, une détresse traumatique et des émotions négatives associées <sup>45</sup> . On parle de <i>grief-prone personalities</i> <sup>46</sup> (personnalités prédisposées au chagrin) pour celles et ceux qui manifestent un fort sentiment d'insécurité, une anxiété majeure, une faible estime de soi ainsi que de forts sentiments de colère et de culpabilité. En outre, la notion de « deuil traumatogène <sup>47</sup> » vient se greffer à celle de deuil traumatique afin de qualifier les endeuillés qui expriment une souffrance traumatique consécutive à la perte sans avoir été eux-mêmes exposés directement au risque de mourir.
Deuil compliqué	Deuil conçu comme une réponse particulière au stress, distincte du TSPT et se produisant en réaction à la perte d'un être cher <sup>48</sup> . Le trouble se manifeste par des préoccupations intrusives, de l'évitement et des émotions négatives intenses <sup>49</sup> . Selon la conceptualisation la plus actuelle de Shear et ses collègues <sup>50</sup> , le deuil compliqué correspond au fait que le processus de deuil est empêché par certaines complications conduisant à une période de chagrin vif et accablant et se prolongeant sur une longue période.
Trouble du deuil prolongé	Deuil dont la durée se prolonge au-delà de 6 à 12 mois selon les critères diagnostiques.
Trouble du deuil complexe et persistant	Deuil réunissant les deux théories concurrentes du deuil compliqué et du trouble du deuil prolongé et proposé par l'American Psychiatric Association (APA) en 2013 <sup>51</sup> . Il se manifeste par : (1) un deuil persistant au-delà de 12 mois suivant la perte ; (2) plus intense qu'il devrait l'être selon les normes sociales ; (3) causant des troubles de fonctionnement importants chez les sujets endeuillés.

- 43 HANUS, M., « Deuils normaux, deuils difficiles, deuils compliqués et deuils pathologiques », *Annales Médico-psychologiques*, 164(4), 2006, pp. 349-356.
- 44 PHILIPPIN, Y., « Deuil normal, deuil pathologique et prévention en milieu clinique », *InfoKara*, 21(4), 2006, pp. 163-166.
- 45 WAGNER, B., & MAERCKER, A., « The diagnosis of complicated grief as a mental disorder: A critical appraisal », *Psychologica Belgica*, 50(1-2), 2010, pp. 27-48.
- 46 PARKES, C. M., *Bereavement: Studies of Grief in Adult Life*, London : Tavistock Publications, 1986.
- 47 BACQUÉ, M.-F., *Le Deuil à vivre*, Paris : Odile Jacob, 2000.
- 48 HOROWITZ, M. J., BONANNO, G. A., & HOLEN, A., « Pathological grief: diagnosis and explanation », *Psychosomatic Medicine*, 55(3), 1993, pp. 260-273 ; HOROWITZ, M. J., SIEGEL, B., BONANNO, G. A., MILBRATH, C., & STINSON, C. H., « Diagnostic criteria for complicated grief disorder », *The American Journal of Psychiatry*, 154(7), 1997, pp. 904-910.
- 49 KILLIKELLY, C., & MAERCKER, A., « Prolonged grief disorder for ICD-11: The primacy of clinical utility and international applicability », *European Journal of Psychotraumatology*, 8(Suppl 6), 2018.
- 50 SHEAR, M. K., *et al.*, « Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5 », *Depression and Anxiety*, 28(2), 2011, pp. 103-117 ; SHEAR, M. K., « Complicated grief treatment (CGT) for prolonged grief disorder », in SCHNYDER, U., & CLOITRE, M. (Eds.), *Evidence based treatments for trauma-related psychological disorders: A practical guide for clinicians*, Springer Publishing, 2015, pp. 299-314.
- 51 MACIEJEWSKI, P. K., MAERCKER, A., BOELEN, P. A., & PRIGERSON, H. G., « "Prolonged grief disorder" and "persistent complex bereavement disorder," but not "complicated grief," are one and the same diagnostic entity: An analysis of data from the Yale Bereavement Study », *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 15(3), 2016, pp. 266-275.

Dans cette note, nous utiliserons le terme de deuil compliqué car nous jugeons qu'il est le plus approprié pour décrire la situation des familles et proches de jeunes victimes d'un accident de la route. Bien que les articles scientifiques qui s'y réfèrent emploient de manière quasiment interchangeable les expressions « deuil compliqué » et « deuil traumatique », nous préférons ne pas employer le terme de traumatisme car le deuil lui-même, en tant que phénomène psychique, est un traumatisme. Les particularités du cas d'étude (accident, soudaineté, violence, jeunesse, famille proche, etc.) constituent une complication de la perte qui est elle-même déjà traumatique.

# IV. LE DEUIL COMPLIQUÉ FACE À LA MORT TRAUMATIQUE

## I. Les caractéristiques du deuil compliqué et la pertinence de son concept

La notion de deuil compliqué a attiré l'attention des chercheurs depuis les années 1990 et a été définie de manière synthétique à partir de deux types d'écart par rapport au deuil adapté ou normal : « un écart cliniquement significatif par rapport à la norme (culturelle) soit (a) dans l'évolution temporelle ou l'intensité de syndromes spécifiques ou généraux de deuil et/ou (b) dans le niveau de performance sociale, professionnelle ou dans d'autres domaines importants du fonctionnement<sup>52</sup> ». Le développement d'une échelle vérifiée du deuil compliqué a, ensuite, stimulé la recherche empirique. Prigerson et ses collègues ont élaboré un inventaire nommé *Inventory of Complicated Grief* (ICG) qui est une échelle auto-administrée contenant 19 items<sup>53</sup>. Grâce à cet outil de mesure, les études épidémiologiques ont ainsi pu révéler le statut clinique du deuil compliqué, y compris sa prévalence, ses facteurs de risque et son pronostic. Dans une récente étude méta-analytique, la prévalence du deuil compliqué parmi les sujets endeuillés a été estimée à 9,8% (avec un intervalle de confiance à 95% allant de 6,8% à 14%)<sup>54</sup>.

En outre, Prigerson et ses collègues ont établi un modèle regroupant les critères du deuil compliqué, défini comme des symptômes de deuil inadaptés particuliers qui ne diminuent pas en intensité ou en fréquence après les 2 à 6 premiers mois (cf. [Tableau 3](#)).

---

52 STROEBE, M. S., HANSSON, R. O., SCHUT, H., & STROEBE, W., « Bereavement research: contemporary perspectives », in STROEBE, M. S., HANSSON, R. O., SCHUT, H., & STROEBE, W. (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention*, Washington, DC : American Psychological Association, 2008, pp. 3-25.

53 PRIGERSON, H. G., *et al.*, « Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss », *Psychiatry Research*, 59, 1995, pp. 65-79.

54 LUNDORFF, M., HOLMGREN H., ZACHARIAE, R., FARVER-VESTERGAARD, I., & O'CONNOR, M. F., « Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: a systematic review and meta-analysis », *Journal of Affective Disorders*, 212, 2017 pp. 138-149.

**Tableau 3. Critères du deuil compliqué<sup>55</sup>**

Critères	Description
Critère A	Le sujet a vécu le décès d'un proche. La réponse implique 3 des 4 symptômes ressentis : (1) au moins parfois des pensées intrusives concernant la personne décédée ; (2) le désir ( <i>yearning</i> ) de la personne décédée ; (3) la recherche de la personne décédée ; (4) la solitude à la suite de la mort.
Critère B	En réponse au décès, 4 des 8 symptômes suivants sont majoritairement vrais : (1) absence de but ou sentiment de futilité face à l'avenir ; (2) sentiment subjectif d'engourdissement, de détachement ou d'absence de réactivité émotionnelle ; (3) difficulté à reconnaître le décès ; (4) sentiment que la vie est vide ou dépourvue de sens ; (5) sentiment qu'une partie de soi est morte ; (6) vision du monde brisée (perte du sentiment de sécurité, de confiance, de contrôle) ; (7) le sujet assume les symptômes ou les comportements nuisibles de la personne décédée ; (8) instabilité, amertume ou colère excessives liées au décès.
Critère C	Durée des troubles (symptômes énumérés dans le Critère B) au-delà d'un minimum de 2 à 6 mois.
Critère D	La perturbation entraîne une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Précisons, en outre, que les caractéristiques propres au sujet endeuillé tout autant que les facteurs circonstanciels entourant le décès peuvent exposer certains individus à un risque de deuil compliqué. Les facteurs de risque qui apparaissent comme les plus saillants sont les suivants : un faible niveau de soutien social, un style d'attachement évitant/anxieux/insécurisant, la découverte du corps (en cas de mort violent) ou une insatisfaction concernant l'annonce du décès, être le conjoint ou le parent du défunt, un niveau élevé de dépendance conjugale avant le décès et un niveau élevé de névrosisme<sup>56</sup>.

Bien qu'il soit possible d'identifier certaines caractéristiques, il demeure crucial de souligner, comme le résumait Rando *et al.*, que « le deuil compliqué est compliqué » :

Notre principale préoccupation est simplement la suivante : le deuil compliqué est compliqué et ne peut être confiné à un seul syndrome ou trouble. En d'autres termes, il n'existe pas une seule forme de deuil compliqué, mais plutôt de nombreuses formes. Aucune forme unique ne devrait être interprétée comme contenant toute la gamme des deuils compliqués. Au lieu de cela, nous demandons instamment qu'une perspective plus globale et plus solide soit maintenue concernant ce phénomène et que les efforts futurs cherchent à identifier d'autres formes de deuil compliqué<sup>57</sup>.

55 Tableau réalisé sur le modèle de PIVAR, I. L., & PRIGERSON, H. G., « Traumatic loss, complicated grief, and terrorism », *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 9(1-2), 2004, p. 279.

56 BURKE, L. A., & NEIMEYER, R. A., « Prospective risk factors for complicated grief: A review of the empirical literature », in STROEBE, M. S., VAN DEN BOUT, J., & BOELEN, P. (Eds.), *Complicated grief: Scientific foundations for healthcare professionals*, New York, NY : Routledge, 2012, pp. 145-161.

57 RANDO, T., *et al.*, « A Call to the Field: Complicated Grief in the DSM-5 », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 65(4), 2012, p. 253.

## 2. Les comorbidités du deuil compliqué

Le deuil compliqué est presque toujours examiné en relation avec d'autres conditions psychologiques et physiques. Il est fréquemment lié à une forte pression artérielle, des maladies cardiaques, le cancer, des maux de tête, une grippe, des idées suicidaires<sup>58</sup>, un faible état de santé subjectif<sup>59</sup>, divers symptômes psychiatriques<sup>60</sup>, une mauvaise qualité de vie et une baisse de vitalité<sup>61</sup>.

De manière plus générale, on suppose qu'un plus grand nombre de comorbidités est associé à une plus grande probabilité de souffrir de deuil compliqué et à une plus grande sévérité des symptômes de deuil compliqué<sup>62</sup>. Rueger et ses collègues identifient trois cas de figure par lesquels les comorbidités s'associent au deuil compliqué<sup>63</sup> : (1) différents troubles mentaux peuvent succéder au décès, par exemple la dépression, le TSPT et le deuil compliqué<sup>64</sup> ; (2) des troubles mentaux préexistants peuvent rendre l'adaptation à une perte plus difficile<sup>65</sup> ; (3) un deuil compliqué peut entraîner une détérioration de la santé mentale et une plus grande gravité de la dépression ou du TSPT<sup>66</sup>.

Bien que la cooccurrence de ces divers troubles soit largement considérée comme attendue étant donnée leurs similarités<sup>67</sup>, on trouve tout de même des variations conséquentes dans les estimations de taux de cooccurrence. Dans une revue systématique et méta-analytique, la cooccurrence avec la dépression atteignait les 63%, tandis qu'elle était de 54% pour l'anxiété et de 49% pour le TSPT<sup>68</sup>.

- 
- 58 LATHAM, A. E., & PRIGERSON, H. G., « Suicidality and bereavement: Complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34, 2004, pp. 350-362 ; PRIGERSON, H. G., *et al.*, « Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity », *American Journal of Psychiatry*, 154, 1997, pp. 616-623.
- 59 OTT, C. H., « The impact of complicated grief on mental and physical health at various points in the bereavement process », *Death Studies*, 27, 2003, pp. 249-272.
- 60 SILVERMAN, G. K., *et al.*, « Quality of life impairments associated with diagnostic criteria for traumatic grief », *Psychological Medicine*, 30, 2000, pp. 857-862.
- 61 BOELEN, P. A., & PRIGERSON, H. G., « The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults: A prospective study », *European Archive of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257, 2007, pp. 444-452.
- 62 SIMON, N. M., *et al.*, « The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief », *Comprehensive Psychiatry*, 48, 2007, pp. 395-790.
- 63 RUEGER, M. S., *et al.*, « A comprehensive investigation of comorbidities of prolonged grief disorder in a bereaved inpatient psychiatric sample », *Journal of Psychiatric Research*, 177, 2024, p. 186.
- 64 KRISTENSEN, P., WEISAETH, L., & HEIR, T., « Bereavement and mental health after sudden and violent losses: a review », *Psychiatry*, 75(1), 2012, pp. 76-97.
- 65 SZUHANY, K. L., MALGAROLI, M., MIRON, C. D., & SIMON, N. M., « Prolonged grief disorder: Course, diagnosis, assessment, and treatment », *Focus*, 19, 2021, pp. 161-172.
- 66 DJELANTIK, A. A. A. M. J., SMID, G. E., KLEBER, R. J., & BOELEN, P. A., « Do prolonged grief disorder symptoms predict post-traumatic stress disorder, and depression after loss in a Dutch community sample: A latent class analysis », *Psychiatric Research*, 247, 2017, pp. 276-281 ; LENFERINK, L. I. M., NICKERSON, A., DE KEIJSER, J., SMID, G. E., & BOELEN, P. A., « Reciprocal associations among symptom levels of disturbed grief, post-traumatic stress, and depression following traumatic loss: a four-wave cross-lagged study », *Clinical Psychological Science*, 7(6), 2019, pp. 1330-1339.
- 67 MAERCKER, A., & LALOR, J., *art. cit.*, 2012.
- 68 KOMISCHKE-KONNERUP, K. B., *et al.*, « Co-occurrence of prolonged grief symptoms and symptoms of depression, anxiety, and posttraumatic stress in bereaved adults: A systematic review and meta-analysis », *Journal of Affective Disorders Reports*, 4, 2021.

### 3. À l'intersection de la perte d'un être proche et du traumatisme

La problématique du deuil compliqué des familles et des proches de jeunes victimes d'un accident de la route nous amène à nous pencher sur l'intersection de la perte d'un être proche et du traumatisme. La perte traumatique a été conceptualisée comme la mort d'une personne importante qui survient de manière inattendue, impliquant de la violence, perçue comme évitable et/ou dont le survivant a été le témoin<sup>69</sup>. Ennis *et al.* synthétisent cette définition de la manière suivante : « une perte est considérée comme traumatique lorsqu'un décès important est dû à des causes soudaines et/ou violentes (par exemple, suicide, accident, homicide, conflit lié à la drogue, crise cardiaque et périnatalité)<sup>70</sup> ».

La perte traumatique conduit à un processus de deuil plus compliqué, avec de plus hauts niveaux de troubles par rapport à des pertes attendues<sup>71</sup>. Elle est associée à des taux élevés de morbidité psychiatrique comme le TSPT, la dépression, l'anxiété et des formes pathologiques de deuil, comme le trouble du deuil prolongé.

Précisons, néanmoins, que les deux types d'événement – le deuil et le traumatisme – sont des phénomènes distincts quoiqu'ils se chevauchent dans le cas du deuil traumatique. Si tout deuil est un traumatisme en ce qu'il fait « effraction » dans la continuité de la vie d'un sujet (cf. section III.1), certaines pertes peuvent s'inscrire aisément dans cette continuité et ne pas paraître traumatisantes pour le sujet. Dès lors, il devient pertinent de différencier les concepts de traumatisme et de deuil afin d'étudier leur recoupement et de distinguer les pertes traumatiques des pertes non traumatiques. Il en découle que la perte traumatique n'est pas définie en fonction de la réaction personnelle de l'individu endeuillé mais de la nature de l'événement en question (soudain, inattendu et/ou violent). Les déterminants de l'extrémité ou de l'intensité de l'impact d'un traumatisme sont liés à l'« énormité » de l'événement<sup>72</sup>. En outre, des études insistent également sur les caractéristiques de la relation qui reliait au défunt (proximité et type de relation) comme des facteurs critiques qui influent sur l'intensité de la réaction à la perte<sup>73</sup>. Les deux fonctions que sont l'énormité et la relation au défunt ont ainsi été répertoriées par Prigerson et ses collègues sous le nom de « détresse traumatique » (*traumatic distress*) et de « détresse de séparation » (*separation distress*) comme des composantes du deuil compliqué<sup>74</sup>.

Le deuil compliqué des familles et des proches de jeunes victimes d'un accident de la route semble se développer à cette intersection entre la détresse traumatique liée à la perte violente, soudaine et inattendue du défunt et la détresse de séparation liée à la perte d'un enfant ou d'un proche âgé de moins de 25 ans.

---

69 BARLÉ, N., WORTMAN, C. B., & LATAACK, J. A., « Traumatic bereavement: Basic research and clinical implications », *Journal of Psychotherapy Integration*, 27(2), 2017, pp. 127-139.

70 ENNIS, N., *et al.*, « Measuring grief in the context of traumatic loss: A systematic review of assessment instruments », *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(4), 2023, p. 2346.

71 KRISTENSEN, P., *et al.* « Parental mental health after the accidental death of a son during military service: 23-year follow-up study », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(1), 2012, pp. 63-68.

72 STROEBE, M. S., & SCHUT, H., « Complicated grief: A conceptual analysis of the field », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 52(1), 2006, p. 57.

73 BOWLBY, J., *op. cit.*, 1980 ; KLASS, D., SILVERMAN, P., & NICKMAN, S., *Continuing bonds: Understanding the resolution of grief*, Washington, DC : Taylor & Francis, 1996 ; RUBIN, S. S., « The two-track model of bereavement: Overview, retrospect, and prospect », *Death Studies*, 23, 1999, pp. 681-714 ; SANDERS, C., *Grief: The mourning after: Dealing with adult bereavement*, New York, NY : John Wiley & Sons, 1989.

74 PRIGERSON, H., SHEAR, M., FRANK, E., & BEERY, L., « Traumatic grief: A case of loss-induced trauma », *American Journal of Psychiatry*, 154, 1997, pp. 1003-1009.



## a. La détresse de séparation

Le deuil compliqué se caractérise par un désir (*yearning*) et une nostalgie (*longing*) intenses de la personne aimée décédée, c'est-à-dire par une « détresse de séparation ». Solomon décrit les personnes endeuillées qui souffrent de cette détresse comme souhaitant que la vie revienne à l'époque où l'être cher était en vie :

Sans l'être aimé, écrit-il, [les personnes endeuillées] se sentent vides, ont peu d'espoir en l'avenir et peuvent être envahies par le chagrin et le regret de la perte. En ruminant la mort et en ayant du mal à se concentrer sur des choses autres que la perte, les personnes en deuil peuvent se sentir déconnectées des autres, ce qui crée un sentiment de marginalisation (*alienation*) et d'isolement (*isolation*). Les pensées récurrentes, intrusives et éprouvantes concernant l'absence de l'être cher les empêchent de dépasser un état de deuil aigu et leur donnent l'impression que leur vie n'a pas de but ni de sens<sup>75</sup>.

Ainsi, il devient difficile pour les personnes souffrant d'un deuil compliqué et de la détresse de séparation qui lui est associée de poursuivre leur vie et de s'engager dans d'autres relations interpersonnelles ou dans des activités potentiellement gratifiantes et significatives.

## b. La détresse traumatique

Les symptômes de la détresse traumatique s'arriment aux symptômes de la détresse de séparation en constituant un cluster unidimensionnel qui est distinct des clusters de la dépression et de l'anxiété. Prigerson et al. décrivent les symptômes suivants de la détresse traumatique :

[...] des efforts pour éviter les rappels de la personne décédée, un sentiment d'inutilité et de futilité face à l'avenir, un sentiment d'engourdissement ou de détachement résultant de la perte, un sentiment de choc, de stupeur ou d'étourdissement face à la perte, une difficulté à reconnaître le décès, le sentiment que la vie est vide et peu satisfaisante sans la personne décédée, un sentiment fragmenté de confiance, de sécurité et de contrôle, et de la colère face au décès. Le symptôme de maladie fac-similé (c'est-à-dire de ressentir des symptômes ou des douleurs similaires à ceux éprouvés par la personne décédée avant son décès) a été considéré comme un autre aspect du traumatisme causé par la perte<sup>76</sup>.

Les indicateurs de la détresse traumatique sont associés au phénomène de deuil compliqué de manière très significative, à tel point qu'ils peuvent être tous deux intégrés au sein d'une même conceptualisation<sup>77</sup>. Dans une étude sur la nature du deuil compliqué, Tolstikova et ses collègues démontrent un chevauchement considérable entre les symptômes du deuil compliqué et les symptômes du stress post-traumatique : 75% des membres du groupe « CG » (*complicated grief*) et 43% des membres du

---

75 SOLOMON, R. M., « Complicated grief and mourning », *EMDR Therapy Treatment for Grief and Mourning*, Oxford : Oxford University Press, 2024, p. 56.

76 PRIGERSON, H. G., *et al.*, *art. cit.*, 1999, p. 68.

77 JACOBS, S., MAZURE, C., PRIGERSON, H. G., « Diagnostic criteria for traumatic grief », *Death Studies*, 24(3), 2000, pp. 185-199.

groupe « trauma » répondaient à la fois aux critères du deuil compliqué et du traumatisme<sup>78</sup>. Ainsi, il est possible de confirmer que le deuil compliqué se présente comme une réponse traumatique survenue à la suite du décès traumatique d'un être cher et se caractérise par une symptomatologie traumatique étendue atteignant le degré de déficience fonctionnelle.

---

78 TOLSTIKOVA, K., FLEMING, S., & CHARTIER, B., « Grief, complicated grief, and trauma : The role of the search for meaning, impaired self-reference, and death anxiety », *Illness, Crisis & Loss*, 13(4), 2005, pp. 308-309.

# V. LES SENTIMENTS DU DEUIL PARENTAL SUITE À UN ACCIDENT DE LA ROUTE

## I. Les *patterns* du deuil parental au prisme de la mort accidentelle

La perte d'un enfant est largement reconnue comme une des plus douloureuses formes de deuil<sup>79</sup>. Elle s'inscrit dans le registre de l'absurde : l'expérience est considérée comme intrinsèquement anormale et en rupture avec le cycle de vie de la famille, quel que soit l'âge de l'enfant décédé<sup>80</sup>. Les parents endeuillés doivent affronter un deuil profond et tenace qui remet durablement en question les concepts de guérison et de rétablissement<sup>81</sup>.

La théorie de l'attachement de Bowlby offre la possibilité d'entrevoir la spécificité du deuil parental en considérant la nature particulière du lien qui relie le parent à son enfant. Cette théorie postule que les relations parent-enfant qui sont durables et solides se développent grâce à des interactions répétées et à une proximité facilitée par des comportements d'attachement conçus pour susciter une attention et des soins (*caregiving*) de la part du parent<sup>82</sup>. Rando précise que, bien qu'un lien d'attachement puissant puisse relier les parents entre eux, celui-ci ne solidifie pas l'identité de l'un en tant que protecteur et pourvoyeur pour assurer les besoins de survie de l'autre, comme le fait le lien formé entre un parent et son enfant<sup>83</sup>. Pour Bowlby, en effet, toute menace au lien d'attachement parent-enfant entraîne un maelström de réactions parentales physiologiques et émotionnelles, telles que la recherche de l'enfant, destinées à créer la proximité nécessaire au maintien du lien<sup>84</sup>.

---

79 LICHTENTHAL, W. G., CURRIER, J. M., NEIMEYER, R. A., & KEESE, N. J., « Sense and significance: A mixed methods examination of meaning making after the loss of one's child », *Journal of Clinical Psychology*, 66(7), 2010, pp. 791-812 ; ROGERS, C. H., FLOYD, F. J., SELTZER, M. M., GREENBERG, J., & HONG, J., « Long-term effects of the death of a child on parents' adjustment in midlife », *Journal of Family Psychology*, 22(2), 2008, pp. 203-211 ; SHEAR, M. K., GHESQUIERE, A., & GLICKMAN, K., « Bereavement and complicated grief », *Current Psychiatry Reports*, 15(11), 2013, p. 406 ; ZETUMER, S., et al., « The impact of losing a child on the clinical presentation of complicated grief », *Journal of Affective Disorders*, 170, 2015, pp. 15-21.

80 BEKKERING, H. J., & WOODGATE, R. L., « The parental experience of unexpectedly losing a child in the pediatric emergency department », *Omega-Journal of Death and Dying*, 84(1), 2021, pp. 28-50 ; COHENMANSFIELD, J., SHMOTKIN, D., MALKINSON, R., BARTUR, L., & HAZAN, H., « Parental bereavement increases mortality in older persons », *Psychological Trauma : Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(1), 2013, pp. 84-92 ; KEESEE, N. J., CURRIER, J. M., & NEIMEYER, R. A., « Predictors of grief following the death of one's child: The contribution of finding meaning », *Journal of Clinical Psychology*, 64(10), 2008, pp. 1145-1163.

81 DUTTA, O., TAN-HO, G., CHOO, P. Y., & HO, A. H. Y., « Lived experience of a child's chronic illness and death: A qualitative systematic review of the parental bereavement trajectory », *Death Studies*, 43(9), 2019, pp. 547- 561.

82 GRUSEC, J., & LYTTON, H., *Social development: History, theory, and research*, New York, NY : Springer, 1988.

83 RANDO, T. A., « Individual and couples treatment following the death of a child », in RANDO, T. A. (ed.), *Parental loss of a child*, Champaign, IL : Research Press, 1986, pp. 341-412.

84 BOWLBY, J., *op. cit.*, 1980.

Ces fortes réactions peuvent rendre le deuil parental plus difficile par rapport au deuil d'un conjoint car elles accentuent profondément la perturbation de l'identité parentale de protecteur et de pourvoyeur<sup>85</sup>. Il demeure que la majorité des études et recherches sur le deuil se concentre sur le cas de la perte d'un conjoint, avec une possibilité limitée de généralisation aux autres populations<sup>86</sup>. De plus, lorsque les chercheurs se penchent sur le cas du deuil parental d'une mort traumatique, ils échouent souvent à différencier les types de mort violente ou soudaine, malgré la potentielle variabilité dans les résultats. L'analyse du deuil parental au prisme de la mort accidentelle et traumatique constitue pourtant un enjeu de santé publique internationale comme le soulignent Champion et Kilcullen en se basant sur les données de l'OMS<sup>87</sup> :

Les blessures mortelles, qui englobent la plupart des formes de perte soudaine ou violente, constituent un problème de santé mondial majeur et représentent près de 8% de l'ensemble des décès dans le monde. La majorité de ces décès sont involontaires ou accidentels, causés par des événements tels que les accidents de la route, les chutes, les noyades, les brûlures ou les empoisonnements. Les accidents de la route sont en fait la principale cause de décès chez les enfants et les jeunes adultes âgés de 5 à 29 ans dans le monde entier. Il existe un besoin évident de recherche sur le deuil résultant de ces pertes<sup>88</sup>.

Face à cette réalité sociale et médicale, les expériences des parents endeuillés méritent une attention particulière et approfondie en ce qu'elles sont sensiblement différentes des réactions de deuil normal et peuvent nécessiter l'élaboration de paramètres plus appropriés<sup>89</sup>. Le maintien d'un lien affectif et d'une relation avec l'enfant décédé peut être plus approprié pour le parent endeuillé que pour le conjoint endeuillé. Néanmoins, l'expression incontrôlée du chagrin après la perte de l'enfant et la prédominance de cette expression dans la vie quotidienne après la perte peuvent jouer un rôle déterminant dans les schémas parentaux de deuil et d'adaptation à la vie sans l'enfant. L'étude du deuil parental au prisme de la mort accidentelle et traumatique ouvre donc la voie, comme l'indiquent Barrera et ses collègues, à une investigation portant sur la diversité des *patterns* de deuil parental et des facteurs, tels que le genre, les symptômes de dépression et de traumatisme, les circonstances du décès, en relation avec les *patterns* de deuil<sup>90</sup>. Nous reprenons les trois *patterns* de deuil qui ont émergé des entretiens de Barrera *et al.* : le deuil intégré (*integrated grief*), la consommation par le deuil (*consumed by grief*) et l'expression minimale du deuil (*minimal expression of grief*).

---

85 EDELSTEIN, L., *Maternal bereavement: Coping with the unexpected death of a child*, New York, NY : Praeger, 1984.

86 FUJISAWA, D., *et al.*, *art. cit.*, 2010 ; MASON, T. M., TOFTHAGEN, C. S., & BUCK, H. G., « Complicated grief: Risk factors, protective factors, and interventions », *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 16(2), 2020, pp. 151-174.

87 World Health Organization, *Injuries and violence [Fact sheet]*, WHO, 2024 (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/injuries-and-violence>) ; World Health Organization, *Road traffic injuries [Fact sheet]*, WHO, 2022 (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>).

88 CHAMPION, M. J., & KILCULLEN, M., *art. cit.*, 2023, pp. 3-4.

89 RANDO, T. A., *op. cit.*, 1993.

90 BARRERA, M., *et al.*, « Patterns of parental bereavement following the loss of a child and related factors », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 55(2), 2007, pp. 145-167.

Tableau 4. *Patterns de deuil*

Type de <i>pattern</i>	Description
1. Deuil intégré	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Exercer un contrôle sur les réactions de deuil</b> : en redirigeant leur attention sur la vie de famille, le travail et des activités plaisantes, les parents semblent reprendre le contrôle sur quand et comment ils expriment leur deuil. Ils organisent les lieux et les moments où ils peuvent l'exprimer.</li> <li>• <b>Redéfinition positive</b> : ces parents effectuent un travail de redéfinition positive de l'événement de la perte de leur enfant.</li> <li>• <b>Concentration sur le retour à la vie normale</b> : Les parents qui ont intégré leur deuil dans leur vie quotidienne ont affirmé qu'avoir un enfant survivant à la perte les aidait à retrouver un espoir et un sens dans la vie.</li> </ul>
2. Consommation par le deuil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Rechercher des environnements qui déclenchent leur chagrin/deuil</b> : l'exposition répétée aux rappels de la perte de l'enfant peut engendrer plus de difficulté pour les parents qui se sentent envahis, même si, toutefois, il paraît nécessaire de se connecter à l'enfant défunt.</li> <li>• <b>Incapacité à redéfinir leur perte</b> : contrairement aux parents qui ont intégré leur perte dans leur vie quotidienne, les parents qui sont consumés par le deuil ne peuvent pas redéfinir positivement leur expérience de la perte. Certains parents continuent de lutter avec l'acceptation de la mort de leur enfant, même plusieurs mois après l'événement.</li> <li>• <b>Facteur de genre</b> : cette forme de deuil concerne en majorité les femmes.</li> </ul>
3. Expression minimale du deuil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Surcharger d'activités ses journées</b> : bien que les parents dont le deuil est intégré demeurent actifs, les parents avec une expression minimale de deuil prévoient des journées avec de multiples activités à la maison ou en communauté, comme si le temps libre risquait de les faire se confronter avec leurs sentiments.</li> <li>• <b>Préoccupation pour le deuil des autres</b> : ces parents expriment librement leurs inquiétudes à propos des sentiments de deuil et de la gestion émotionnelle des autres, tandis qu'ils restreignent leur propre expression de sentiments personnels de deuil durant les entretiens.</li> </ul>

La majorité (65%) des parents expriment un deuil intégré. Ce *pattern* reflète un équilibre entre l'expression de deuil et l'ajustement à la vie après la mort de l'enfant. Ce deuil intégré représente un processus de deuil qui n'est pas compliqué. 25% des parents interrogés se révèlent être consumés par le deuil tandis que 10% d'entre eux inhibent leurs expressions de deuil.

Ces différents *patterns* de processus de deuil indiquent l'importance de la nature de la relation parent-enfant dans la gestion des émotions. Barrera *et al.* écrivent :

Les réflexions des parents endeuillés sur la relation qu'ils entretenaient avec l'enfant décédé avant sa mort semblent éclairer la compréhension du lien parent-enfant, des *patterns* de deuil parental uniques et de l'identité de soi. Lorsqu'ils décrivent leur relation avec l'enfant avant sa mort, les parents qui ont intégré leur deuil dans leur vie quotidienne expriment une relation équilibrée de soin et d'attention (*care*), de respect mutuel et d'admiration pour l'enfant décédé. Les parents qui ont éprouvé des difficultés à exprimer leur deuil se sont concentrés sur ses aspects fonctionnels et ont semblé émotionnellement détachés de l'enfant décédé. Ceux qui ont été submergés et consumés par leur deuil ont raconté un lien intensément tissé avec l'enfant décédé qui peut nuire au sens de l'identité et de la valeur personnelle des parents sans l'enfant, et les empêcher d'aller de l'avant dans leur développement personnel. Ainsi, la nature de la relation avec l'enfant avant la mort semble être un facteur critique pour le deuil parental<sup>91</sup>.

91 BARRERA, M., *et al.*, art. cit., 2007, pp. 161-162.

## 2. Le déficit de contrôle émotionnel chez les parents qui ont perdu un enfant dans un accident de la route

Assurément, la mort d'un enfant dans un accident de la route représente une grande épreuve émotionnelle pour les parents. Ceux-ci ont tendance à être submergés par des sentiments de culpabilité et d'impuissance car ils sont amenés à penser qu'ils n'ont pas suffisamment protégé leur enfant. Par ailleurs, en cas de décès dans un accident de la route, le deuil peut être compliqué par des sentiments de colère contre l'autre partie impliquée dans l'accident et des rencontres frustrantes avec la police, les services de justice ou les compagnies d'assurance<sup>92</sup>.

Un des facteurs associés aux troubles inadaptés suite à la perte est donc la difficulté à réguler les émotions<sup>93</sup>. En raison de l'intensité des réactions émotionnelles qui caractérisent le processus de deuil – parmi lesquelles la tristesse, la culpabilité et les pensées répétitives –, l'incapacité ou la difficulté à contrôler correctement ses émotions peut être considérée comme l'un des facteurs conduisant au développement ou à la persistance de complications du deuil<sup>94</sup>. Les déficits de régulation émotionnelle semblent, en effet, jouer un rôle notable dans le développement et la persistance de plusieurs formes de psychopathologie. De nombreuses études ont montré que les déficiences dans la capacité à gérer correctement les émotions négatives sont liées à la dépression<sup>95</sup>, à l'anxiété<sup>96</sup>, au trouble de la personnalité borderline et aux troubles causés par l'abus de substances, aux troubles alimentaires et à d'autres troubles psychopathologiques<sup>97</sup>. Dans le contexte spécifique du deuil, Bonanno et Kaltman ont conclu que la régulation des réactions émotionnelles intenses à la suite d'une perte, notamment la tristesse, la culpabilité et la colère, aide à maintenir des niveaux élevés de fonctionnement quotidien et contribue à des réévaluations rétrospectives saines de la perte<sup>98</sup>. À l'inverse, la difficulté à contrôler ces émotions peut conduire au développement et à la persistance du deuil compliqué<sup>99</sup>.

Dès lors, nous examinerons dans les sous-sections suivantes le rôle et l'importance des déficits de régulation émotionnelle pour les parents qui ont perdu un enfant dans un accident de la route, et en particulier la dynamique produite par les sentiments de culpabilité, de colère et le désir de vengeance.

- 
- 92 LEHMAN, D., ELLARD, J., WORTMAN, C., & WILLIAMS, A., « Long-term effects of losing a spouse or child in a motor vehicle crash », *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(1), 1987, pp. 218-231.
  - 93 GUPTA, S., & BONANNO, G. A., « Complicated grief and deficits in emotional expressive flexibility », *Journal of Abnormal Psychology*, 120(3), 2011, pp. 635-643.
  - 94 BONANNO, G. A., *The other side of sadness: What the new science of bereavement tells us about life after loss*, New York, NY : Basic Books, 2009 ; BONANNO, G. A., GOORIN, L., & COIFMAN, K. G., « Sadness and grief », in LEWIS, M., HAVILAND-JONES, J., & BARRETT, L. F. (Eds.), *Handbook of Emotion* (3rd edition), New York, NY : Guilford Press, 2008, pp. 797-810.
  - 95 COMPARE, A., ZARBO, C., SHONIN, E., VAN GORDON, W., & MARCONI, C., « Emotional regulation and depression: A potential mediator between heart and mind », *Cardiovascular Psychiatry and Neurology*, 1, 2014 ; JOORMAN, J., & STANTON, C. H., « Examining emotion regulation in depression: A review and future directions », *Behaviour Research and Therapy*, 86, 2016, pp. 35-49.
  - 96 CISLER, J. M., & OLATUNJI, B. O., « Emotion regulation and anxiety disorders », *Current Psychiatry Reports*, 14(3), 2012, pp. 182-187.
  - 97 BERKING, M., & WUPPERMAN, P., « Emotion regulation and mental health: Recent findings, current challenges, and future directions », *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 2012, pp. 128-134.
  - 98 BONANNO, G. A., & KALTMAN, S., *art. cit.*, 1999.
  - 99 DIMINICH, E. D., & BONANNO, G. A., « Faces, feelings, words: Divergence across channels of emotional responding in complicated grief », *Journal of Abnormal Psychology*, 123(2), 2014, pp. 350-361 ; FERNANDEZAL-CANTARA, M., *et al.*, « Assessment of emotional experience and emotional recognition in complicated grief », *Frontiers in Psychology*, 7, 2016.

## a. La culpabilité

La culpabilité est l'un des sentiments les plus courants dans le processus de deuil après la perte d'un être cher<sup>100</sup>. Elle a été définie comme une réaction émotionnelle de regret ou de remords à la suite de la perte d'un être cher, par laquelle l'individu admet avoir échoué ou ne pas avoir été à la hauteur de ses propres normes et attentes personnelles concernant la personne décédée et la cause de son décès<sup>101</sup>. Si la culpabilité est également très présente dans le phénomène dépressif, il s'agit dans ce cas-là d'une culpabilité générale, tandis que pour l'individu endeuillé, la culpabilité est spécifiquement liée à la mort et à la personne décédée<sup>102</sup>.

La cause du décès est considérée comme l'un des facteurs de risque d'augmentation des niveaux de culpabilité<sup>103</sup>. Bien qu'une récente revue de littérature sur la culpabilité chez les personnes en deuil ait révélé que le taux de ce sentiment variait significativement<sup>104</sup>, plusieurs études ont montré qu'un décès de cause non naturelle augmentait le risque de ressentir une culpabilité intense<sup>105</sup>. De plus, on rapporte une plus grande incidence de culpabilité chez les parents endeuillés que chez les adultes endeuillés d'autres relations<sup>106</sup>. Cette culpabilité est, d'ailleurs, souvent irrationnelle. Par exemple, Lehman, Wortman et Williams ont constaté que 62% des parents dont l'enfant est décédé dans un accident de voiture pensaient que s'ils avaient fait quelque chose de différent, leur enfant serait encore en vie<sup>107</sup>. Dans une autre étude, 42,5% des parents qui avaient perdu un enfant dans un accident de la route ont ressenti une forme de culpabilité, dont 15% une culpabilité extrême<sup>108</sup>.

Kubany et Watson proposent un modèle multidimensionnel de la culpabilité liée à un traumatisme, dans lequel l'ampleur de la culpabilité que ressent une personne est une fonction combinée de la détresse émotionnelle et de quatre croyances cognitives : (a) la responsabilité personnelle dans la survenue de l'événement négatif ; (b) une justification insuffisante de ses actes ; (c) une violation de ses propres valeurs ou de sa propre morale ; et (d) la conviction qu'une personne raisonnable aurait dû prévoir et donc prévenir les événements qui ont conduit à la survenue de cet événement négatif.<sup>109</sup> Il découle de cela que la culpabilité et la honte s'enchevêtrent car,

- 
- 100 STROEBE, M. S., SCHUT, H., & STROEBE, W. « Health outcomes of bereavement », *The Lancet*, 370, 2007, pp. 1960-1973.
- 101 LI, J., STROEBE, M. S., CHAN, C. L., & CHOW, A. Y., « Guilt in bereavement: A review and conceptual framework », *Death Studies*, 38(3), 2014, pp. 165-171.
- 102 JORDAN, A. H., & LITZ, B. T., « Prolonged grief disorder: Diagnostic, assessment, and treatment considerations », *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(3), 2014, p. 180.
- 103 STROEBE, W., & SCHUT, H., « Risk factors in bereavement outcome: A methodological and empirical review », in STROEBE, M. S., HANSSON, R. O., WOLFGANG, S., & HENK, S. (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care*, Washington, DC : American Psychological Association, 2001.
- 104 STROEBE, M. S., *et al.*, « Guilt in bereavement: The role of self-blame and regret in coping with loss », *PloS One*, 9(5), 2014.
- 105 GAMINO, L. A., SEWELL, K. W., & EASTERLING, L. W., « Scott and White grief study. Phase 2: Toward an adaptive model of grief », *Death Studies*, 24(7), 2000, pp. 633-660 ; LI, J., « Bereavement guilt in Chinese adult children: The conceptualization, measurement, risk factors and association with grief outcomes », University of Hong Kong, 2012 ; RANDO, T. A., *op. cit.*, 1993 ; WEINBERG, N., « Does apologizing help? The role of selfblame and making amends in recovery from bereavement », *Health & Social Work*, 20(4), 1995, pp. 294-299.
- 106 OWEN, G., FULTON, R., & MARKUSEN, E., « Death at a distance: A study of family survivors », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 13, 1983, pp. 191-225.
- 107 LEHMAN, D., ELLARD, J., WORTMAN, C., & WILLIAMS, A., *art. cit.*, 1987.
- 108 SHANFIELD, S. B., & SWAIN, B. J., « Death of Adult Children in Traffic Accidents », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 172(9), 2018, pp. 533-538.
- 109 KUBANY, E. S., & WATSON, S. B., « Guilt: Elaboration of a multidimensional model », *The Psychological Record*, 53, 2003, pp. 51-90.

toujours selon Kubany et Watson, « lorsque les survivants se considèrent comme ayant joué un rôle important dans des événements tragiques et irréparables, ils sont également enclins à conclure que ces événements sont le reflet de leur personnalité ou de leur caractère [...]»<sup>110</sup>. Ce modèle permet de comprendre en quoi les parents endeuillés font l'expérience d'un certain sentiment de culpabilité au cours de leur processus de deuil, particulièrement dans le cas d'une mort ou d'un suicide non anticipé<sup>111</sup>.

## b. La colère et le désir de vengeance

La mort d'un enfant, puisque rare, est perçue comme une injustice. La colère, le ressentiment et la dépression apparaissent comme des réponses habituelles identifiées par les théories des étapes du deuil. Seulement, les parents endeuillés peuvent penser que leurs réactions sont anormales parce qu'elles ne correspondraient pas aux réponses typiques décrites par les théoriciens des étapes du deuil. Les attentes sociétales et culturelles concernant les réactions appropriées du deuil peuvent ainsi inhiber les expressions du parent endeuillé, particulièrement pour des émotions jugées inacceptables telles que la colère et l'envie de vengeance.

Pourtant, comme l'indiquent Cook, White et Ross-Russell, lorsque l'on donne l'occasion aux parents de revenir sur les circonstances de la mort de leur enfant, ils expriment très souvent leur colère, dirigée contre eux-mêmes ou contre les hôpitaux<sup>112</sup>. Pour les parents endeuillés, la colère peut être un sentiment confus. Ce sentiment amène à accuser des membres de la famille, des amis, des médecins, les services funéraires et des entités abstraites comme la destinée ou Dieu<sup>113</sup>. Bien que la colère soit commune chez les parents endeuillés, elle peut devenir malsaine lorsqu'elle dure trop longtemps<sup>114</sup> et se faire le symptôme du deuil compliqué<sup>115</sup>. De plus, la colère possède une association négative avec les indicateurs de santé mentale et une association positive avec l'insatisfaction de la vie<sup>116</sup>. Dès lors, réduire la colère et restaurer le bien-être chez les parents endeuillés peuvent être des tâches difficiles<sup>117</sup>, soulevant le débat de l'efficacité des interventions thérapeutiques<sup>118</sup>.

---

110 *Ibid.*, p. 72.

111 HAZZARD, A., WESTON, J., & GUTTERRES, C., « After a child's death: Factors related to parental bereavement », *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 13, 1992, pp. 24-30 ; SEGUIN, M., LESAGE, A., & KIELY, M. C., « Parental bereavement after suicide and accident: A comparative study », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 1995, pp. 489-498 ; SHANFIELD, S. B., & SWAIN, B. J., « Death of adult children in traffic accidents », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 1984, pp. 533-538.

112 COOK, P., WHITE, D. K., & ROSS-RUSSELL, R. I., « Bereavement support following sudden and unexpected death: Guidelines for care », *Archives of Disease in Childhood*, 87, 2002, pp. 36-38.

113 ANDERSON, A. J., *Anger, forgiveness, and the goal of distal reconciliation: Predictors of complicated grief reactions to suicide-related bereavement* (doctoral dissertation), 2010.

114 ENRIGHT, R. D., *The forgiving life: A pathway to overcoming resentment and creating a legacy of love*, Washington, DC : American Psychological Association, 2012 ; EXLINE, J. J., PARK, C. L., SMYTH, J. M., & CAREY, M. P., « Anger toward God: Social-cognitive predictors, prevalence, and links with adjustment to bereavement and cancer », *Journal of Personality and Social Psychology*, 100, 2011, pp. 129-148.

115 SIMON, N. M., et al., « Informing the symptom profile of complicated grief », *Depression and Anxiety*, 28, 2011, pp. 118-126.

116 MACASKILL, A., « Differentiating dispositional self-forgiveness from other-forgiveness: Associations with mental health and life satisfaction », *Journal of Social & Clinical Psychology*, 31, 2012, pp. 28-50.

117 COOK, P., WHITE, D. K., & ROSS-RUSSELL, R. I., *art. cit.*, 2002.

118 LARSON, D. G., & HOYT, W. T., « What has become of grief counseling? An evaluation of the empirical foundations of the New Pessimism », *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 2007, pp. 347-355.



Par ailleurs, Drenovsky attire l'attention sur deux sentiments en particulier<sup>119</sup> :

- (a) Le sentiment de colère contre l'enfant décédé : tandis que les attentes culturelles idéalisent l'enfant décédé<sup>120</sup>, un parent endeuillé peut être en colère contre un comportement de l'enfant qui aurait mené à sa mort (suicide ou accident par exemple) ;
- (b) Le sentiment que quelqu'un doit être puni pour la mort de l'enfant : culturellement, les endeuillés se doivent d'accepter les accidents et les maladies comme des événements inévitables, mais attribuer une faute est une réponse commune<sup>121</sup> – particulièrement contre l'un des deux parents<sup>122</sup>.

L'étude empirique de Drenovsky indique qu'approximativement un tiers des parents interrogés ont manifesté des sentiments de colère contre leur enfant (33%) tandis que 17% ont ressenti le désir que quelqu'un soit puni pour la mort de leur enfant<sup>123</sup>. Ces résultats sont en phase avec la littérature scientifique sur le chagrin et le deuil. En outre, la soudaineté de la mort apparaît comme une variable importante qui augmente la probabilité de ressentir de la colère contre l'enfant décédé. Drenovsky écrit :

En cas d'accident, de suicide, de mort subite du nourrisson ou de mortinatalité, les parents sont plus susceptibles d'éprouver de la colère envers l'enfant parce qu'il est mort que lorsque l'enfant meurt d'une maladie. La perte soudaine de leur enfant peut provoquer de la colère chez les parents parce que non seulement ils n'ont pas pu lui dire au revoir, mais ils n'ont pas non plus pu exprimer leur amour pour lui. Cette colère peut être dirigée contre les enfants décédés pour deux raisons. D'une part, les parents peuvent avoir l'impression que l'enfant était d'une certaine manière responsable de sa mort (en particulier dans le cas d'un accident ou d'un suicide) et ils se sentent en colère contre l'enfant pour avoir commis les erreurs qui ont causé la mort. Une autre raison pour laquelle les parents endeuillés peuvent diriger leur colère contre l'enfant décédé est le sentiment d'abandon soudain qu'ils ressentent. Les parents qui subissent la mort soudaine d'un enfant peuvent avoir l'impression qu'en mourant, l'enfant les a abandonnés et les a privés de plaisirs futurs<sup>124</sup>.

---

119 DRENOVSKY, C. K., « Anger and the Desire for Retribution Among Bereaved Parents », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 29(4), 1994, pp. 303-312.

120 RUBIN, S. S., « Adult Child Loss and the Two-Track Model of Bereavement », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 24(3), 1992, pp. 183-202.

121 LEVITZ, I., « The Parents », in LINZER, N. (Ed.), *Understanding Bereavement and Grief*, New York, NY : Ktav Publishing, 1977, pp. 179-186.

122 SCHIFF, H., *The Bereaved Parent*, New York, NY : Crown, 1977.

123 *Ibid.*, p. 307.

124 *Ibid.*, pp. 309-310.

### 3. La perte de l'identité de parent

L'éclatement de l'identité de soi est un phénomène qui se recoupe dans l'association du deuil et du traumatisme. Les personnes qui vivent des expériences profondément perturbantes changent souvent la façon dont elles se perçoivent et dont elles perçoivent le monde<sup>125</sup>. Tandis que le fait de surmonter un événement stressant de la vie tend à donner à une personne un plus grand sentiment de force et de compétence<sup>126</sup>, l'incapacité à intégrer ou à assimiler une perte ou une expérience traumatisante, quant à elle, peut entraîner une crise identitaire et des problèmes d'autorégulation.

Plus l'identité de base d'une personne est menacée par la perte, plus il est difficile d'intégrer ce qui s'est passé et lui donner un sens<sup>127</sup>. La perte de l'identité de soi ainsi que le sentiment d'un manque de compétence personnelle peuvent résulter de l'interaction entre des prédispositions personnelles particulières et la pression exercée par des événements de vie stressants<sup>128</sup>. Ainsi, Prigerson et ses collègues ont souligné que des traits de personnalité tels que l'instabilité de l'identité de soi et la difficulté à modérer ses émotions sont des prédispositions au deuil compliqué<sup>129</sup>. D'autres facteurs, tels que le sentiment d'attachement et le fait de s'identifier fortement au rôle que la personne endeuillée avait construit dans la relation avec la personne défunte, prédisposent aux difficultés d'identité personnelle.

Dès lors, il est possible de voir dans la perte brutale de son enfant une perte de l'identité de soignant et d'aidant (*caregiver*) pour le parent endeuillé. Ce trouble identitaire est d'autant plus grand lorsque l'enfant décède jeune, c'est-à-dire encore largement dépendant de ses parents. La particularité du deuil parental d'un enfant mort dans un accident de la route peut être analysée grâce à la comparaison que proposent Shanfield et ses collègues qui, à l'aide des réponses des parents à un même questionnaire, ont confronté les caractéristiques du deuil parental des enfants morts d'un accident de la route et ceux morts d'un cancer<sup>130</sup>. Les résultats de l'enquête indiquent que les parents du groupe des enfants morts dans un accident de la route sont globalement plus symptomatiques (selon le Global Severity Index, GSI), se sentent plus déprimés et coupables, et expriment la perte de leur enfant comme étant plus douloureuse. Ces parents ont développé plus de problèmes de santé depuis la mort de leur enfant. Shanfield *et al.* identifient deux variables qui expliquent de manière significative les écarts entre les parents du groupe des enfants morts dans un accident et celui des enfants morts d'un cancer : (1) l'âge plus jeune des enfants morts dans un accident ; (2) une expression plus intense du chagrin et du deuil chez les parents dont l'enfant est mort d'un accident. Il est ainsi possible de déduire, de ces deux facteurs, un *pattern* de relations familiales différent qui influence largement les réponses de deuil. Shanfield *et al.* écrivent :

- 
- 125 DAVIS, C., « The tormented and the transformed: Understanding responses to loss and trauma », in NEIMEYER, R. (Ed.), *Meaning reconstruction and the experience of loss*, Washington, DC : American Psychological Association, 2001, pp. 137-155 ; LIFTON, R., « From Hiroshima to the Nazi doctors », in WILSON, J., & RAPHAEL, B. (Eds.), *International handbook of traumatic stress syndromes*, New York, NY : Plenum Press, 1993, pp. 11-23 ; NOLEN-HOEKSEMA, S., & LARSON, J., *Coping with loss*, Mahwah, NJ : Erlbaum, 1999 ; SCHUCHTER, S., & ZISSOOK, S., *art. cit.*, 1993.
- 126 FLEMING, S. J., & BALMER, L., « Confronting death: The adjustment of adolescents », in CORR, C., & BALK, D. (Eds.), *Adolescents and death*, New York, NY : Springer, 1996, pp. 139-154.
- 127 DAVIS, C., WORTMAN, C., LEHMAN, D., & SILVER, R., « Searching for meaning in loss: Are clinical assumptions correct? », *Death Studies*, 24(6), 2000, pp. 497-540.
- 128 BRIERE, J., *Trauma symptom inventory*, Odessa, FL : Psychological Assessment Resources, Inc., 1995.
- 129 PRIGERSON *et al.*, « Case histories of traumatic grief », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 35(1), 1997, pp. 9-24.
- 130 SHANFIELD, S. B., *et al.*, « Parents' Response to the Death of Adult Children from Accidents and Cancer: A Comparison », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 17(4), 1987, pp. 289-297.

Les pertes des parents du groupe des enfants morts dans un accident concernent des jeunes adultes, non mariés, qui sont plus dépendants d'eux sur le plan affectif. Les enfants occupent toujours une place importante dans la vie de leurs parents et ces derniers ne se sont pas séparés de leurs enfants autant que les parents du groupe des enfants morts d'un cancer. Ces facteurs semblent contribuer à des niveaux plus élevés de deuil ainsi qu'à une détresse symptomatique chez les parents du groupe dont les enfants sont morts dans un accident<sup>131</sup>.

Les circonstances de la mort de l'enfant semblent avoir une importance notable dans la forme que prendra le processus de deuil des deux groupes de parents. La soudaineté de la perte et le lien affectif fort qui relie les parents dont les enfants sont morts dans un accident de la route expliquent en grande partie le *pattern* de deuil compliqué de ces parents qui se caractérise par des symptômes psychiatriques et de larges problèmes de santé. Contrairement aux parents dont les enfants sont morts d'un cancer, leur deuil se complique du fait d'un manque d'anticipation et de distance émotionnelle.

En somme, la perte non anticipée d'un enfant qui dépendait encore d'une grande attache émotionnelle représente pour les parents une perte de sens dans la vie<sup>132</sup>. Barrera *et al.* rapportent notamment la parole de détresse suivante qui symbolise à elle seule la crise identitaire que ces sujets traversent : « Je n'ai aucune idée de ce que je suis censé faire, ni de la manière dont je suis censé le faire. Je ne sais franchement pas comment continuer le reste de ma vie. Je n'ai pas l'impression d'avoir une vie<sup>133</sup> ».

#### 4. Une division genrée des réactions de deuil

Les femmes et les hommes utilisent des stratégies et des trajectoires différentes pour gérer la mort<sup>134</sup>. Bien qu'il existe des différences individuelles dans l'expression du deuil et que les styles de deuil se dispersent le long d'un continuum, Martin et Doka ont noté que les femmes ont un deuil plus « intuitif » tandis que les hommes ont un deuil « instrumental ». Selon Stillion et Noviello, dans le deuil intuitif, « les sentiments sont intensément ressentis et exprimés, les pleurs et les lamentations sont soutenus ; des périodes prolongées de confusion, d'incapacité à se concentrer, de désorganisation et de désorientation peuvent survenir ; l'épuisement physique et/ou l'anxiété peuvent en résulter<sup>135</sup> ». En revanche, pour le deuil instrumental, « la pensée est privilégiée par rapport au sentiment, la maîtrise de soi et de son environnement est valorisée, des stratégies de résolution de problèmes sont utilisées pour favoriser le sentiment de maîtrise, de brèves périodes de dysfonctionnement cognitif sont courantes et les niveaux d'énergie sont accrus<sup>136</sup> ».

---

131 *Ibid.*, p. 294.

132 ALAM, R., *et al.*, « Bereavement experiences of mothers and fathers over time after the death of a child due to cancer », *Death Studies*, 36(1), 2012, pp. 1-22 ; SAIKI-CRAIGHILL, S., « The grieving process of Japanese mothers who have lost a child to cancer, Part I: Adjusting to life after losing a child », *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 18(6), 2001, pp. 260-267 ; SNAMAN, J. M., *et al.*, « Parental grief following the death of a child from cancer: The ongoing odyssey », *Pediatric Blood & Cancer*, 63(9), 2016, pp. 1594-1602.

133 BARRERA, M., *et al.*, « Early parental adjustment and bereavement after childhood cancer death », *Death Studies*, 33(6), 2009, p. 510.

134 MURPHY, S. A., *et al.*, « Changes in parents' mental distress after the violent death of an adolescent or young adult child: A longitudinal prospective analysis », *Death Studies*, 23, 1999, pp. 129-159 ; MARTIN, T. L., & DOKA, K. J., *Men don't cry... Women do*, Philadelphia, PA : Taylor and Francis, 2000.

135 STILLION, J. M., & NOVIELLO, S. B., « Living and Dying in Different Worlds: Gender Differences in Violent Death and Grief », *Illness, Crisis & Loss*, 9(3), 2001, p. 254.

136 *Ibid.*

De cette différence dans les réactions de deuil entre les hommes et les femmes, il résulte, logiquement, une distinction selon le genre entre les réactions des pères et des mères. La norme la plus courante d'expression de la souffrance dans les sociétés occidentales veut que les mères pleurent et expriment ouvertement leur souffrance tandis que les pères souffriraient de manière réservée, étouffant leurs sentiments ou n'exprimant que de la colère<sup>137</sup>. Cela s'explique, tout d'abord, par le fait que les femmes peuvent être psychologiquement plus vulnérables aux événements négatifs de la vie, comme la mort d'un enfant. Il suffit de se pencher sur l'écart entre les genres en matière de symptômes dépressifs au cours de la vie pour en trouver une confirmation. Cette constatation est bien documentée dans la recherche sur la santé mentale et s'explique, en partie, par les taux plus élevés de maladies chroniques chez les femmes, leur statut socioéconomique inférieur et les taux plus élevés de perte du conjoint<sup>138</sup>. L'exposition différentielle à ces facteurs de risque médicaux, socioéconomiques et psychosociaux façonne les contextes psychologiques avant et après le deuil de manière distincte pour les mères et les pères.

En outre, l'investissement maternel plus important dans l'éducation de l'enfant et le maintien de la parenté (*kinkeeping*) peuvent favoriser des relations plus étroites entre un enfant et sa mère, plutôt qu'avec son père, tout au long de sa vie<sup>139</sup>, de sorte que le décès d'un enfant peut signifier la perte d'une relation parent-enfant plus marquante pour les mères que pour les pères. À considérer, enfin, que les mères sont plus sensibles à la culpabilité et à l'auto-accusation que les pères<sup>140</sup>, on comprend mieux que les mères soient les seules à être pleinement consommées par le deuil<sup>141</sup>.

137 BERRETT-ABEBE, J., LEVIN-RUSSMAN, E., GIOIELLA, M. E., & ADAMS, J. M., « Parental experiences with a hospital-based bereavement program following the loss of a child to cancer », *Palliative & Supportive Care*, 15(3), 2017, pp. 348-358 ; DECINQUE, N., *et al.*, « Bereavement support for families following the death of a child from cancer », *Journal of Psychological Oncology*, 24(2), 2006, pp. 65-83 ; ROBERT, R., *et al.*, « Bereaved parents' perspective on pediatric palliative care », *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 8(4), 2012, pp. 316-338.

138 ACCIAI, F., & HARDY, M., « Depression in later life: A closer look at the gender gap », *Social Science Research*, 68, 2017, pp. 163-175.

139 ROSENTHAL, C. J., « Kinkeeping in the familial division of labor », *Journal of Marriage and Family*, 47(4), 1985, pp. 965-974 ; SILVERSTEIN, M., GANS, D., & YANG, F. M., « Intergenerational support to aging parents: The role of norms and needs », *Journal of Family Issues*, 27(8), 2006, pp. 1068-1084.

140 ROSSI, A. S., & ROSSI, P. H., *Of human bonding: Parent-child relations across the life course*, Routledge, 1990 ; RYFF, C. D., SCHMUTTE, P. S., & LEE, Y. H., « How children turn out: Implications for parental selfevaluation », in RYFF, C. D., SELTZER, M. M. (Eds.), *The parental experience in midlife*, Chicago, IL : University of Chicago Press, 1996, pp. 641-662.

141 BARRERA, M., *et al.*, *art. cit.*, 2007.

# VI. LES DEUILS OUBLIÉS ET LEUR RECONNAISSANCE

## I. Le deuil non reconnu

La reconnaissance sociale de la peine ressentie apparaît comme un élément nécessaire au bon déroulement du processus de deuil. Comme l'écrivait Freud, le Trauerarbeit ne commence qu'avec la reconnaissance de la perte. Seulement, il existe des formes de deuil ou des personnes endeuillées qui se trouvent exclues du cadre de reconnaissance des morts que l'on est en droit de pleurer. Kenneth parle, à ce titre, de *disenfranchised grief* (deuil « privé de droits » ou deuil non reconnu), c'est-à-dire d'« une perte qui n'est pas ou ne peut pas être reconnue ouvertement, pleurée publiquement ou soutenue socialement<sup>142</sup> ». Doka présente trois typologies de deuils non reconnus : (1) la relation n'est pas reconnue ; (2) la perte n'est pas reconnue ; (3) l'endeuillé est exclu. Plus tard, il ajoutera deux autres types : (4) la cause de la mort est stigmatisée par la société ; (5) la manière dont l'endeuillé gère son deuil est rejetée<sup>143</sup>.

Le concept de privation de droits (*disenfranchisement*) s'inscrit dans le sillon des théories de la discrimination, de l'oppression et de la marginalisation. Ces phénomènes sont fortement influencés par les attentes sociales, culturelles et relationnelles qui ne peuvent pas être ignorées dans la conceptualisation de l'expérience subjective du deuil. Le processus de deuil est intensément et intrinsèquement social, comme le rappellent Neimeyer et ses collègues, et exige de l'endeuillé qu'il trouve un sens à la perte dans les cercles touchés par celle-ci, « des sphères personnelles et familiales, mais aussi communautaires plus larges et même culturelles<sup>144</sup> ». Cependant, dans le cas d'un deuil non reconnu, la production de sens est entravée parce que les causes sous-jacentes du deuil sont aussi souvent les raisons de sa non-reconnaissance.

Dès lors, le processus de deuil doit s'envisager comme dépendant de la reconnaissance intersubjective de la perte et de la douleur associée ressentie par l'endeuillé. Peskin souligne la dimension relationnelle du deuil en ces termes :

La permission de faire son deuil fait partie d'un processus relationnel de reconnaissance de la perte à travers la compagnie réelle ou virtuelle d'autres personnes et est plus essentielle au processus de deuil que nous ne le laissons souvent entendre. Même sans démonstration publique, le deuil est dialogique, représentant un besoin simultané d'écouter et d'être écouté – de reconforter et d'être reconforté – sur la signification de la perte<sup>145</sup>.

---

142 DOKA, K. J., « Disenfranchised grief », in DOKA, K. J. (Ed.), *Disenfranchised grief: Recognizing hidden sorrow*, Lexington Books/D.C. Health and Com., 1989, p. 4.

143 DOKA, K. J., « Disenfranchised grief in historical and cultural perspective », in STROEBE, M. S., HANSSON, R. O., SCHUT, H., & STROEBE, W. (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention*, American Psychological Association, 2008, pp. 223-240.

144 NEIMEYER, R. A., *et al.*, « A social constructionist account of grief: Loss and the narration of meaning », *Death Studies*, 38(8), 2014, p. 485.

145 PESKIN, H., « Who has the right to mourn? Relational deference and the ranking of grief », *Psychoanalytic Dialogues*, 29(4), 2019, p. 479.

## 2. Le deuil dans la fratrie

Le deuil d'un frère ou d'une sœur est un *disenfranchised grief* en ce que, la plupart du temps, il est masqué par le deuil parental. Pour cause, la relation entre frères et sœurs compte parmi celles qui ne sont pas reconnues ni célébrées au travers de rituels dans la société occidentale ou dans les religions monothéistes<sup>146</sup>.

La nature de ce deuil varie selon la nature des relations fraternelles qui préexistaient au décès. Souvent, ces relations entre frères et sœurs sont complexes et peuvent susciter des sentiments ambivalents allant de l'amour à la compétitivité, en passant par la jalousie<sup>147</sup>. Les enjeux de rivalité fraternelle orientent, notamment, la relation vers l'objectif de l'attention et de la reconnaissance des parents<sup>148</sup>. En cela, la relation fraternelle occupe un rôle important dans la construction identitaire, oscillant entre une logique de ressemblance et de différenciation<sup>149</sup>. Et bien qu'elle puisse se distendre ou devenir muette, elle a peu de chance d'être totalement reléguée dans le passé. Frères et sœurs sont reliés par un lien que l'on peut considérer comme permanent, malgré le fait que l'intimité de ce lien ne soit pas garantie<sup>150</sup>.

La durée anticipée de la relation explique, en partie, l'ampleur du traumatisme propre à la mort d'un frère ou d'une sœur dans l'enfance ou dans les premières années de la vie d'adulte, brisant les attentes d'un monde partagé<sup>151</sup>. Cette mort marque la disparition d'un compagnon de jeu, d'un confident, d'un modèle ou d'un ami, mais aussi d'une connexion à une mémoire de l'enfance inaccessible autrement<sup>152</sup>. Si l'un meurt, l'autre perd essentiellement une partie de lui-même<sup>153</sup>. Précisons que l'expérience de la perte varie selon que le survivant est enfant ou adulte au moment du décès. À l'âge adulte, les frères et sœurs jouent un rôle très différent dans la dynamique intrafamiliale qui entoure le deuil d'un des membres de la famille : ils contribuent, notamment, à aider les autres membres ainsi que dans la logistique administrative.

Ce qui semble émerger comme un invariant psychique lors de la survenue de la perte est un sentiment de culpabilité chez l'endeuillé<sup>154</sup>. Pourquoi pas moi mais mon frère/ma sœur ? Aurais-je dû mourir à la place de mon frère/ma sœur ? Quel enfant mes parents auraient-ils préféré voir survivre ? Ainsi, l'enfant qui survit à la perte peut avoir le sentiment qu'il doit endosser les attentes parentales placées sur son frère ou sa sœur et, en un sens, vivre pour deux. Ce fardeau peut être si lourd qu'il peut résulter en une stagnation d'un développement émotionnel, une paralysie de la créativité : l'individu

- 
- 146 ROBINSON, L., & MAHON, M., « Sibling bereavement: A concept analysis », *Death Studies*, 21, 1997, pp. 477-499.
- 147 PUNCH, « "You can do nasty things to your brothers and sisters without a reason": Siblings' backstage behavior », *Children and Society*, 22(5), 2008, pp. 333-344.
- 148 ANDRADE, M. L., et al., « Children's Grief and Creativity : The Experience of Losing a Sibling », *Psico-USF, Bragança Paulista*, 23(1), 2018, pp. 25-36.
- 149 GOLDSMID, R., & FERES-CARNEIRO, T., « Relação fraterna: constituição do sujeito e formação do laço social », *Psicologia USP*, 22(4), 2011, pp. 771-788.
- 150 HALLIWELL, D., & FRANKEN, N., « "He was supposed to be with me for the rest of my life": Meaningmaking in bereaved siblings' online stories, *Journal of Family Communication*, 16(4), 2016, pp. 337-354.
- 151 HOGAN, N., & DESANTIS, L., « Basic constructs of a theory of adolescent sibling bereavement », in KLASS D., SILVERMAN, P., & NICKMAN, S. (Eds.), *Continuing Bonds: New Understandings of Grief*, Philadelphia, PA : Taylor and Francis, 1996, pp. 235-254.
- 152 MOSS, S. Z., & MOSS, M., « The impact of death of an elderly sibling », *The American Behavioral Scientist*, 33, 1989, pp. 94-106.
- 153 PACKMAN, W., et al., « Sibling bereavement and continuing bonds », *Death Studies*, 30, 2006, p. 820.
- 154 FORWARD, D., & GARLIE, N., « Search for new meaning: Adolescent bereavement after the sudden death of a sibling », *Canada Journal of School Psychology*, 18, 2003, pp. 23-53.

cesse d'être quelqu'un et « se meurt » en imitant l'objet perdu<sup>155</sup>.

En outre, le deuil de la mort d'un frère ou d'une sœur se double d'une autre perte, celle de l'attention et du soin des parents, occupés par leur propre processus de deuil<sup>156</sup>. Les parents endeuillés peuvent devenir dépressifs et distants par rapport aux enfants survivants. Lorsque les enfants sont incapables de comprendre la souffrance de leurs parents, ils peuvent ressentir une perte de sens et un trouble profond dans la place qui leur est accordée au sein de la famille<sup>157</sup>. Ne souhaitant pas accabler ou contrarier davantage leurs parents, ils gardent leurs émotions pour eux et ne parlent pas de leur relation avec le défunt. Ainsi, répondent-ils à la norme familiale qui voudrait que le deuil parental soit plus grand que le deuil d'un frère ou d'une sœur<sup>158</sup>. Les parents peuvent totalement ignorer l'intensité de ces émotions en raison de leur propre choc et de la symptomatologie du deuil compliqué<sup>159</sup>. La trajectoire du deuil apparaît donc dépendante du soin apporté aux relations familiales et à leur restructuration autour de la perte d'un des membres de la famille.

Lorsqu'un frère ou une sœur disparaît à l'âge adulte, le processus et les conséquences de ce deuil sont quelque peu différents par rapport au deuil chez l'enfant. Selon Moss et Moss, cette perte initie un processus de deuil qui peut se prolonger sur de nombreuses années, augmentant la perception de la vulnérabilité personnelle du survivant<sup>160</sup>. Le deuil prolongé ou le deuil compliqué peuvent donc être caractéristiques du deuil au sein de la fratrie<sup>161</sup>. Mash, Fullerton et Ursano ont conduit une enquête sur les réponses de deuil compliqué après la perte d'un frère ou d'une sœur chez des jeunes adultes, en les comparant à celles des amis proches<sup>162</sup>. Ils concluent que les participants qui ont perdu un frère ou une sœur sont plus susceptibles que ceux qui ont perdu un ami proche d'éprouver un deuil compliqué, une dépression légère à modérée, davantage de symptômes somatiques, un moindre sentiment de sens dans le monde et d'estime de soi. Selon les auteurs, les différences dans l'intensité et les qualités personnelles des relations, y compris les modèles d'intimité, d'attachement, de dépendance et la fréquence des contacts, peuvent expliquer en partie les écarts dans les réactions de deuil entre la perte d'un frère ou d'une sœur et la perte d'un ami proche.

- 
- 155 LIMA, V. R., & KOVACS, M. J., « Morte na família: um estudo exploratório acerca da comunicação à criança », *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(2), 2011, pp. 390-405.
- 156 GERHARDT, C. A., et al., « Peer relationships of bereaved siblings and comparison classmates after a child's death from cancer », *Journal of Pediatric Psychology*, 37(2), 2012, pp. 209-219.
- 157 GREEN, A., *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Paris : Éditions de Minuit, 1983.
- 158 ROBSON, P., & WALTER, T., « Hierarchies of loss: A critique of disenfranchised grief », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 66, 2013, pp. 97-119.
- 159 APPLEBAUM, D., & BURNS, G., « Unexpected childhood death: Posttraumatic stress disorder in surviving siblings and parents », *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 1991, pp. 114-120.
- 160 MOSS, S. Z., & MOSS, M., *art. cit.*, 1989.
- 161 WRIGHT, P. M., « Adult Sibling Bereavement: Influences, Consequences, and Interventions », *Illness, Crisis & Loss*, 24(1), 2016, pp. 34-45.
- 162 MASH, H. B. H. et al., « Complicated grief and bereavement in young adults following close friend and sibling loss », *Depression and Anxiety*, 30, 2013, pp. 1202-1210.

### 3. Le deuil de l'ami proche et intime

Le deuil est généralement considéré comme une affaire de famille, du moins dans la société occidentale. Comme le pointent Sklar et Hartley, l'ami proche est un sujet qui n'a quasiment aucun espace pour accueillir son chagrin<sup>163</sup>. Plus encore, l'ami proche peut même ne pas reconnaître ses propres réactions émotionnelles telles qu'elles se présentent, c'est-à-dire comme celles d'un deuil à part entière. Ainsi, les amis proches endeuillés constituent une population « cachée », ignorée par la littérature scientifique. Sklar écrit :

Les amis-survivants (*surviving-friends*) sont en deuil, mais ils sont incapables d'étiqueter leurs émotions parce qu'il n'y a pas d'étiquette. La société leur fait subir une « violence symbolique ». Elle impose la croyance que seules les familles sont en deuil et les oblige à submerger leur chagrin, à nier la validité de leurs émotions, à renoncer à toute manifestation publique significative et à regarder les membres de la famille, dont beaucoup ne sont ni socialement ni émotionnellement proches du défunt, se voir accorder des opportunités qu'ils n'ont pas. En d'autres termes, le deuil est un rôle émotionnel dont les droits, les privilèges, les restrictions, les obligations et les conditions d'accès tendent à être réservés aux membres de la famille. La société n'accorde pratiquement aucun droit au deuil aux amis-survivants<sup>164</sup>.

Pourtant les relations amicales et amoureuses occupent une place importante dans la vie émotionnelle des adolescents et des jeunes adultes<sup>165</sup>. Bien que les parents incarnent des figures premières d'attachement, les amitiés deviennent à cette période de la vie des espaces de sécurité qui apportent du soutien et du réconfort<sup>166</sup>.

On remarque une différence dans les réactions de deuil entre les amitiés masculines et féminines. Dans une étude portant sur 25 jeunes hommes âgés de 19 à 25 ans qui ont perdu un ami par une mort soudaine, Creighton *et al.* remarquent que les sujets évitent les expressions émotionnelles manifestes, autres que la colère<sup>167</sup>. Si les jeunes femmes ont tendance à ressentir la même colère face à une mort soudaine, elles sont, en revanche, plus enclines à exprimer leurs émotions et à s'engager dans un rituel ou une commémoration<sup>168</sup>. De manière plus générale, cependant, les réactions de deuil des jeunes femmes et des jeunes hommes qui ont perdu un ami proche ou intime rejoignent celles des membres de la famille dans le cas d'une mort traumatique. Green *et al.* ont montré que ces amis font l'expérience des mêmes pensées intrusives, d'un même

---

163 SKLAR, F., & HARTLEY, S. F., « Close friends as survivors: Bereavement patterns in a "hidden" population », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 21(2), 1990, pp. 103-112.

164 SKLAR, F., « Grief as a family affair: Property rights, grief rights, and the exclusion of close friends as survivors », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 24(4), 1992, p. 110.

165 ARNETT, J. J., « Emerging adulthood: What is it, and what is it good for? » *Child Development Perspectives*, 1, 2007, pp. 68-73.

166 FRALEY, R. C., & DAVIS, K. E., « Attachment formation and transfer in young adults' close friendships and romantic relationships », *Personal Relationships*, 4, 1997, pp. 131-144 ; MARKIEWICZ, D., *et al.*, « Developmental differences in adolescents' and young adults' use of mothers, fathers, best friends, and romantic partners to fulfill attachment needs », *Journal of Youth and Adolescence*, 35(1), 2006, pp. 121-134.

167 CREIGHTON, *et al.*, « After the death of a friend: Young men's grief and masculine identities », *Social Science & Medicine*, 84, 2013, pp. 35-43.

168 JOHNSON, C. M., « Bereavement after losing friends to homicide: Two African American teen girls speak », in MCCOYD, J. L. M., & WALTER, C. A. (Eds.), *Grief and Loss Across the Lifespan. A Biopsychosocial Perspective*, New York, NY : Springer Publishing Company, 2016, pp. 131-135.



stress accru et des mêmes niveaux de détresse psychique<sup>169</sup>. Ainsi, Servaty-Seib et Pistole insistent sur l'importance de souligner la proximité des liens avec l'être disparu lorsque de jeunes sujets perdent un ami proche ou intime<sup>170</sup>. Il paraît crucial de reconnaître la valeur de la relation amicale ou amoureuse, comme on le fait des relations familiales, pour permettre à l'endeuillé d'échapper à des formes compliquées de deuil.

#### 4. La question vicariante : le deuil par ricochet de ceux qui accompagnent les endeuillés

Si les études sur le deuil se concentrent habituellement sur les individus qui ont directement perdu un proche, cette perte possède, cependant, de plus larges effets sur l'ensemble des personnes qui accompagnent les endeuillés. Le deuil vicariant (*vicarious grief*) correspond à la peine ressentie par celui ou celle qui accompagne une personne qui a perdu un être cher, sans que le sujet du deuil vicariant soit intimement lié à la personne endeuillée<sup>171</sup>. Plusieurs facteurs déterminent la probabilité et la puissance du deuil vicariant. L'un d'eux est la distance physique, psychologique et sociale entre l'aidant et l'endeuillé. Un autre facteur est l'identification avec l'endeuillé : plus il y a de similitudes perçues avec les personnes en deuil, plus la probabilité et l'intensité du deuil vicariant sont élevées<sup>172</sup>. La question vicariante s'enracine en effet dans des processus psychologiques d'empathie et de sympathie. En écoutant les descriptions explicites des expériences traumatiques des sujets endeuillés durant les sessions de *counseling*, les accompagnants et soignants deviennent témoins d'une réalité qui les transforme eux-mêmes<sup>173</sup>.

Précisons, en outre, que le traumatisme vicariant ne coïncide pas avec les phénomènes de burnout et de contre-transfert, bien qu'ils se recoupent<sup>174</sup>. Le burnout ne conduit pas aux modifications de la confiance en soi et dans les autres, du sentiment de contrôle, des problèmes d'intimité et de sécurité ainsi que des imageries intrusives qui sont caractéristiques du traumatisme vicariant<sup>175</sup>. Par ailleurs, le traumatisme vicariant est distinct du contre-transfert en ce qu'il est une réaction directe à la matière traumatique du sujet endeuillé et non pas une réaction à des expériences personnelles passées. Il peut, certes, être un phénomène qui implique des ressorts de contre-transfert – dans le cas où l'aidant est lui-même un survivant à un traumatisme –, mais il ne constitue pas, de manière inhérente, un contre-transfert. Les deux conceptualisations demeurent reliées. Lorsque les niveaux de traumatisme vicariants s'intensifient, les disruptions provoquées dans les schémas cognitifs s'enracinent dans l'inconscient de l'aidant, résultant possiblement dans des réactions de contre-transfert vis-à-vis du sujet

---

169 GREEN, B. L., *et al.*, « Psychological outcomes associated with traumatic loss in a sample of young women », *American Behavioral Scientist*, 44(5), 2001, pp. 817-837.

170 SERVATY-SEIB, H. L., & PISTOLE, M. C., « Adolescent grief. Relationship category and emotional closeness », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 54(2), 2007, pp. 147-167.

171 KASTENBAUM, R., « Vicarious grief: An intergenerational phenomenon? », *Death Studies*, 11(6), 1987, pp. 447-453 ; RANDO, T., « Vicarious bereavement », in KASTENBAUM, R. (Ed.), *Macmillan Encyclopedia of Death and Dying*, 2003, pp. 59-60.

172 SULLENDER, R. S., « Vicarious grieving and the media », *Pastoral Psychology*, 59(2), 2010, pp. 191-200.

173 PEARLMAN, L. A., & MAC IAN, P. S., « Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists », *Professional Psychology: Research and Practice*, 1995, pp. 558-565.

174 FIGLEY, C. R., « Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring », in STAMM B. H. (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*, Lutherville, MD : Sidran, 1995, pp. 3-28 ; MCCANN, I. L., & PEARLMAN, L. A., *Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims*, *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 1990, pp. 131-149.

175 171 ROSENBLUM, D. J., PRATT, A. C., & PEARLMAN, L. A., « Helpers' responses to trauma work: Understanding and intervening in an organization », in STAMM, B. H. (Ed.), *op. cit.*, 1995, pp. 65-79.

endeuillé<sup>176</sup>. Si le burnout, le contre-transfert et le traumatisme vicariant conduisent tous à une baisse dans la qualité des soins<sup>177</sup>, les différences soulignées amènent à penser le traumatisme et le deuil vicariants comme des concepts uniques qui méritent une considération particulière<sup>178</sup>.

---

176 SAAKVITNE, K. W., & PEARLMAN, L. A., *Transforming the pain: A workbook on vicarious traumatization*, New York, NY : Norton, 1996.

177 RAQUEPAW, J. M., & MILLER, R. S., « Psychotherapist burnout: A componential analysis », *Professional Psychology: Research and Practice*, 20, 1989, pp. 32-36.

178 TRIPPANY, R. L., et al., « Preventing vicarious trauma : What counselors should know when working with trauma survivors », *Journal of Counseling & Development*, 82, 2004, pp. 31-37.

# VII. LE FONCTIONNEMENT FAMILIAL APRÈS LA PERTE ACCIDENTELLE D'UN PROCHE

## 1. Le fonctionnement familial : adaptabilité et cohésion

Le fonctionnement familial se construit à partir de notions telles que la cohésion, l'adaptabilité au changement, le niveau de conflit et la qualité de la communication au sein de la famille<sup>179</sup>. La cohésion familiale se définit comme « le lien affectif qui unit les membres d'une famille les uns aux autres<sup>180</sup> » et l'adaptabilité familiale correspond à « la capacité d'un système conjugal ou familial à modifier sa structure de pouvoir, ses relations de rôle et ses règles relationnelles en réponse à un stress situationnel et développemental<sup>181</sup> ». Lorsque la famille tout entière a été exposée à un drame, elle est susceptible d'être confrontée à une détresse empathique : on ne parvient plus vraiment, au sein même de la famille, à prendre soin les uns des autres, car on est soi-même trop éprouvé. Les liens psychiques sont atteints. La mort d'un des membres de la famille nucléaire provoque le déraillement du fonctionnement familial : chaque membre est confronté tout à la fois à la réalité physique de la mort, aux circonstances traumatiques de celles-ci, à la détresse des uns et des autres, aux conséquences à court terme, mais aussi plus lointaines sur l'ensemble de la vie familiale. Michel Delage incite donc, d'un point de vue clinique, à considérer ensemble trois composantes : (1) la souffrance individuelle de chacun ; (2) les souffrances interpersonnelles ; (3) la famille tout entière comme « organisme vivant », son identité<sup>182</sup>. Une situation de deuil représente alors une « déchirure de l'intime familial », de « l'espace psychique familial<sup>183</sup> ».

## 2. L'ajustement au sein du couple après la mort d'un enfant : une dynamique interpersonnelle

L'adaptation à la mort d'un enfant affecte les deux parents, les mettant au défi de fournir un soutien suffisant à leur partenaire tout en y faisant face individuellement<sup>184</sup>. La difficulté à prêter attention à son partenaire, en raison de la nature écrasante de son propre chagrin, en plus de la conscience de l'indisponibilité du partenaire, peut affecter l'intensité et la sécurité de l'attachement et de la qualité

---

179 ALDERFER, M. A., *et al.*, « Evidence-based assessment in pediatric psychology: Family measures », *Journal of Pediatric Psychology*, 33(9), 2008, pp. 1046-1061.

180 OLSON, D. H., RUSSEL, C. S., & SPRENKLE, D. H., « Circumplex Model, VI: Theoretical update », *Family Process*, 22, p. 70.

181 *Ibid.*

182 DELAGE, M., « Le deuil dans les familles », in ROMANO, H. (éd.), *op. cit.*, 2023, p. 142.

183 DELAGE, M., « La famille confrontée au traumatisme. Déchirure des liens et résilience », in DELAGE, M., & CYRULNIK, B. (Éds.), *Famille et Résilience*, Paris : Odile Jacob, 2010, pp. 17-38.

184 ROGERS, C. H., *et al.*, *art. cit.*, 2008.

de la relation<sup>185</sup>. Certaines études indiquent, en effet, que la mort d'un enfant porte des conséquences néfastes sur la relation des parents<sup>186</sup> : des désaccords conjugaux<sup>187</sup>, une diminution de la satisfaction conjugale au fil du temps<sup>188</sup>, des relations tendues, une réduction de la communication avec les conjoints ou partenaires<sup>189</sup> et, par rapport aux parents non endeuillés, des taux de divorce plus élevés<sup>190</sup>.

Cependant, d'autres études ont mis en évidence, à l'inverse, une plus grande cohésion des parents et un renforcement de leur relation après le décès de leur enfant<sup>191</sup>. Il apparaît que lorsque les parents sont en mesure de s'engager ensemble dans leur processus de deuil et d'obtenir du réconfort auprès de l'autre, leur relation peut également fonctionner comme une ressource majeure<sup>192</sup>. Les relations de couples présentant ces caractéristiques servent alors de source de stabilité et de soutien et deviennent partie intégrante de l'adaptation au deuil<sup>193</sup> en constituant une base pour la création de sens<sup>194</sup>.

Dès lors, pour comprendre toute l'étendue de l'association entre le deuil individuel et la relation de couple, il est important de se pencher sur les interactions qui se renforcent mutuellement entre les partenaires. En tant que dyade interdépendante, les partenaires s'influencent mutuellement sur les plans émotionnel, cognitif et comportemental<sup>195</sup>. Dans le cadre d'un système familial interdépendant, les sentiments des individus sont souvent évocateurs des sentiments des autres<sup>196</sup>. Par conséquent, après le décès d'un enfant, le fait de remarquer la réaction du partenaire suite à la perte peut activer des réactions similaires chez l'autre partenaire<sup>197</sup>.

- 
- 185 OLIVER, L. E., « Effects of a child's death on the marital relationship: A review », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 39, 1999, pp. 197-227.
- 186 LYGSTAD, T. H., « Bereavement and divorce: Does the death of a child affect parents' marital stability? », *Family Science*, 4, 2013, pp. 79-86.
- 187 ROGERS, C. H., *et al.*, *art. cit.*, 2008.
- 188 MURPHY, S. A., JOHNSON, L. C., WU, L., FAN, J. J., & LOHAN, J., « Bereaved parents' outcomes 4 to 60 months after their children's death by accident, suicide, or homicide: A comparative study demonstrating differences », *Death Studies*, 27, 2003, pp. 39-61.
- 189 ARNOLD, J., GEMMA, P. B., & CUSHMAN, L. F., « Exploring parental grief: Combining quantitative and qualitative measures », *Archives of Psychiatric Nursing*, 19, 2005, pp. 245-255.
- 190 LYGSTAD, T. H., *art. cit.*, 2013.
- 191 BERGSTRAESSER, E., INGLIN, S., HORNING, R., & LANDOLT, M. A., « Dyadic coping of parents after the death of a child », *Death Studies*, 39, 2015, pp. 128-138 ; PALEY, N., *Partners in grief: Couples' narratives of the transition from pediatric palliative care into bereavement (doctoral dissertation)*, *British Columbia University*, Vancouver, Canada, 2008.
- 192 BERGSTRAESSER, E., *et al.*, *art. cit.*, 2015 ; SONG, J., FLOYD, F. J., SELTZER, M. M., GREENBERG, J. S., & HONG, J., « Long-term effects of child death on parents' health-related quality of life: A dyadic analysis », *Family Relations*, 59, 2010, pp. 269-282.
- 193 BARRERA, M., *et al.*, *art. cit.*, 2009 ; GILMER, M. J., *et al.*, « Changes in parents after the death of a child from cancer », *Journal of Pain Symptom Management*, 44, 2012, pp. 572-582.
- 194 MURPHY, S. A., JOHNSON, L. C., & LOHAN, J., « Finding meaning in a child's violent death: A five-year prospective analysis of parents' personal narratives and empirical data », *Death Studies*, 27, 2003, pp. 381-404.
- 195 STROEBE, M. S., *et al.*, « Partner oriented self-regulation among bereaved couples: The costs of holding in grief for the partner's sake », *Psychological Science*, 24, 2013, pp. 395-402 ; WALSH F., & MCGOLDRICK, M., « Bereavement: A family life cycle perspective », *Family Science*, 4, 1991, pp. 20-27.
- 196 HOOGHE, A., DE MOL, J. D., BAETENS, I., & ZECH, E., « The measurement of couple and family interactions and relationship quality in bereavement research », *Family Science*, 4, 2013, pp. 66-78.
- 197 SCHWAB, R., « Effects of a child's death on the marital relationship: A preliminary study », *Death Studies*, 16, 1992, pp. 141-154.

Le modèle de « transaction systémique » de Bodenmann semble être un cadre pertinent dans le contexte des processus interactifs et des facteurs de stress partagés, tels que la mort d'un enfant<sup>198</sup>. Ce modèle suppose une influence mutuelle et réciproque dans l'adaptation entre les membres de la dyade. Conséquemment, Wijngaards-de Meij *et al.* ont confirmé l'interdépendance qui caractérise la relation entre les parents endeuillés<sup>199</sup>. Dans le processus d'adaptation à la mort d'un enfant, des processus interpersonnels de régulation des émotions peuvent entrer en jeu. L'un de ces processus est l'autorégulation orientée vers le partenaire, qui se définit comme le fait d'éviter de parler de la mort et de rester fort en présence du partenaire dans l'intention de le protéger<sup>200</sup>. En outre, même en partageant la mort de leur enfant, les parents pourraient avoir un processus de deuil dissemblable – un aspect qui a été identifié comme un facteur important dans les problèmes relationnels<sup>201</sup>.

Grâce à leur étude empirique sur les processus interactifs de deuil et l'ajustement réciproque des couples après la mort de leur enfant, Albuquerque *et al.* démontrent que le deuil nuit largement aux relations entre les partenaires<sup>202</sup>. Certains sujets développent des stratégies de défense rigides (*rigid coping strategies*), exclusivement centrées sur la perte ou sur le maintien du lien avec l'enfant. Ces mécanismes rigides ont le potentiel de blesser non seulement le sujet en question, comme le suggère le *Dual process mode*<sup>203</sup>, mais aussi la relation elle-même, du fait de la difficulté à avoir un impact positif pour l'autre partenaire. L'enquête indique que les sujets qui remarquent le deuil de l'autre partenaire en ressentent une grande souffrance, s'inscrivant alors dans un *pattern* d'interdépendance émotionnelle<sup>204</sup>. Celui-ci se caractérise par des réactions empathiques<sup>205</sup> et une contagion émotionnelle qui entraîne une fatigue compassionnelle<sup>206</sup>. En conséquence, certains parents ressentent le besoin de s'engager dans des mécanismes d'évitement afin de se protéger de l'émotion de l'autre partenaire et de sa potentielle hostilité (*partner-oriented self-regulation*)<sup>207</sup>. Le processus cyclique de régulation des émotions à l'intérieur du système de couple représente donc, selon Albuquerque et ses collègues, un élément essentiel du processus de deuil qui peut ou le faciliter ou l'entraver<sup>208</sup>. Il est important de souligner les conséquences cliniques de circularité pour les thérapeutes, les conseillers et associations qui travaillent avec des parents endeuillés.

---

198 BODENMANN, G., « A systematic-transactional view of stress and coping in couples », *Swiss Journal of Psychology*, 54, 1995, pp. 34-49.

199 WIJNGAARDS-DE MEIJ, L., *et al.*, « Parents grieving the loss of their child: Interdependence in coping », *British Journal of Clinical Psychology*, 47, 2008, pp. 31-42.

200 STROEBE, M. S., *et al.*, *art. cit.*, 2013.

201 BÜYÜKCAN-TETİK, A., FINKENAUER, C., SCHUT, H., STROEBE, M. S., & STROEBE, W., « The impact of bereaved parents' comparison of their grief on relationship satisfaction », *Journal of Family Psychology*, 31(4), 2017, pp. 409-419.

202 ALBUQUERQUE, S., *et al.*, « Interactive processes in grief and couples' adjustment after the death of a child », *Journal of Family Issues*, 40(5), 2019, pp. 689-708.

203 STROEBE, M. S., & SCHUT, H., *art. cit.*, 1999.

204 HOOGE, A., *et al.*, *art. cit.*, 2013 ; SCHWAB, R., *art. cit.*, 1992.

205 LAZARUS, R. S., *Emotion and adaptation*, New York, NY : Oxford University Press, 1991.

206 FIGLEY, C. R. (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder*, New York, NY : Brunner/Mazel, 1995 ; FIGLEY C. R., (Ed.), *Treating compassion fatigue*, New York, NY : Brunner/Routledge, 2002.

207 STROEBE, M. S., *et al.*, *art. cit.*, 2013.

208 ALBUQUERQUE, S., *et al.*, *art. cit.*, p. 705.

### 3. La résilience familiale

À partir de cette perspective d'interdépendance au sein du couple ou de la cellule familiale, il semble souhaitable que soit assuré un certain climat suffisamment soutenant pour que se développe ce que Michel Delage nomme « résilience familiale<sup>209</sup> ». Elle se définit comme « la possibilité pour une famille de maintenir ou de retrouver une fonctionnalité efficiente, de se dégager des expériences vécues et de transformer le traumatisme en histoire transmissible<sup>210</sup> ». Delage ajoute que « l'activation d'un processus de résilience signifie pour celui, celle ou ceux qui le vivent, la possibilité d'une vie intéressante, créative et productrice de satisfactions malgré l'impossibilité du retour à la vie d'avant ».

Cependant, dans le cas de la mort traumatique – comme celle d'un enfant dans un accident de la route –, la résilience familiale ne peut pas correspondre au simple détachement vis-à-vis de l'être aimé. Car les traumatismes massifs ainsi que la perte d'espoir et de vision positive peuvent alimenter, de manière sempiternelle, la transmission de schémas intergénérationnels négatifs, affectant ceux qui ne sont pas encore nés<sup>211</sup>. Dans le cas de meurtres, d'atrocités et d'injustices, la volonté de vengeance visant à restaurer le sens de l'honneur de la famille ou de la communauté peut conduire à des cycles de destruction mutuelle. Ainsi, lorsqu'une perte traumatique est subie, il ne faut pas s'attendre à ce qu'elle soit résolue au sens d'une guérison complète, « une fois pour toutes », comme le rappelle Walsh<sup>212</sup>. La résilience ne doit pas, en effet, être considérée comme un moyen de « tourner la page » sur l'expérience ou de simplement rebondir et passer à autre chose. Le rétablissement est un processus progressif qui s'inscrit dans le temps. Selon Delage, les ressources nécessaires au processus de résilience au sein de la famille s'orientent dans trois directions<sup>213</sup> :

- **La vie familiale parvient à être suffisamment organisée** : frontières, places et rôles répartis de manière satisfaisante.
- **La mentalisation permet la mise en pensées, en représentations communicables et partageables** : mise en place d'une activité narrative, développée à plusieurs.
- **L'attention portée aux enfants est cruciale** : reconnaissance de leur propre détresse pour les enfants survivants.

---

209 DELAGE, M., *La résilience familiale*, Paris : Odile Jacob, 2008.

210 DELAGE, M. « Le deuil dans les familles », in ROMANO, H. (éd.), *op. cit.*, 2023, pp. 144-145.

211 DANIELI, Y., « The treatment and prevention of long-term effects and intergenerational transmission of victimization: A lesson from Holocaust survivors and their children », in FIGLEY, C. R. (Ed.), *Trauma and its wake*, New York, NY : Brunner/Mazel, 1985, pp. 295-313.

212 WALSH, F., « Traumatic loss and major disasters: Strengthening family and community resilience », *Family Process*, 46(2), 2007, p. 210.

213 DELAGE, M. « Le deuil dans les familles », in ROMANO, H. (éd.), *op. cit.*, 2023, pp. 145-146.

Soulignons derechef que le temps est une donnée fondamentale dans le processus de résilience familiale afin que surgissent, par le fait même de l'épreuve, les forces sur lesquelles les sujets peuvent compter et avec lesquelles ils peuvent s'entraider. Walsh écrit :

Cela nécessitera un certain temps et des allers-retours pour aborder le travail de deuil émotionnel, la recherche de sens, les défis pratiques immédiats et les orientations futures. Les survivants disent souvent qu'à certains moments, ils ont souffert si profondément qu'ils ne savaient pas s'ils pourraient affronter un autre jour, ou qu'ils avaient l'impression que la vie n'avait plus de sens. Dans le sillage immédiat d'une perte traumatique, certaines familles peuvent être tellement submergées par les défis pratiques que leurs membres suppriment leurs besoins émotionnels. Il se peut qu'elles ne consultent que des mois plus tard, après que le soutien social initial s'est affaibli et que l'impact des pertes a été pleinement ressenti ou que les symptômes de détresse se sont intensifiés. La tristesse de tout ce qui a été perdu est aggravée lorsque la vie d'avant ne peut être restaurée. La recherche de sens et le rétablissement impliquent une lutte pour comprendre ce qui a été bouleversé, comment construire de nouvelles vies et comment prévenir de nouvelles tragédies. Comme dans le cas d'un tremblement de terre, nous devons apprendre quelles sont les vulnérabilités des structures qui ont contribué à leur effondrement, mais nous pouvons apprendre encore plus des structures qui ont résisté à de tels dommages<sup>214</sup>.

Face à la complexité du deuil d'un enfant mort d'un accident de la route, face à l'enchevêtrement de la détresse de séparation et de la détresse traumatique au sein de la cellule familiale, la tâche d'une thérapie du deuil paraît tout aussi ardue. Il est donc utile de se tourner vers les pratiques de *grief counseling* pour clarifier les manières dont on peut aider et accompagner les sujets endeuillés.

---

214 WALSH, F., *art. cit.*, 2007, pp. 218-219.

# VIII. AIDE ET ACCOMPAGNEMENT : PRATIQUES DU *GRIEF COUNSELING*

## 1. Qu'est-ce que le *grief counseling* et qui en a besoin ?

Le *grief counseling*, ou thérapie de deuil, se définit principalement comme le dialogue privé entre deux personnes, dont l'une écoute attentivement et répond de manière constructive à l'autre personne qui exprime ses préoccupations concernant ses problèmes de vie<sup>215</sup>. Le champ de la psychologie du *counseling* est né à partir des mouvements populaires des années 1960 en réponse à ce qui était considéré comme des thérapies lourdes et élitistes qui se concentraient sur les faiblesses et les manies des individus et qui étaient perçues comme perpétuant la dépendance et la perte de pouvoir d'agir (*disempowerment*). Le *counseling* n'a pas pour but de disséquer la vie psychique du sujet et ses dysfonctionnements familiaux et relationnels mais de lui permettre de surmonter les difficultés qu'il rencontre quotidiennement. La philosophie du *counseling* repose sur le fait que les êtres humains possèdent une force et une résilience innées qui peuvent être mises à profit dans les moments de lutte et de crise. Le *counseling* offre la possibilité d'aider à identifier ces points forts chez les individus. Winokuer et Harris identifient dans la pratique du *counseling* les six objectifs suivants<sup>216</sup> :

- Aider les sujets à prendre conscience de leur situation, de leur comportement, de leurs émotions et de leurs relations et à les mettre en perspective ;
- Offrir un lieu sûr (*safe place*) aux sujets pour qu'ils puissent exprimer leurs sentiments et clarifier leurs pensées ;
- Fournir un contexte pour l'expression de l'expérience des sujets dans une perspective plus large (c'est-à-dire dans un contexte familial, des structures sociales et politiques ou un point de vue existentiel) ;
- Améliorer le développement des compétences des individus en matière de gestion des situations douloureuses et pénibles ;
- Donner le pouvoir (*empowering*) aux sujets de devenir leurs meilleurs défenseurs ;
- Faciliter le processus de recherche et de production de sens à partir des expériences de vie des sujets.

Les fondements du *grief counseling* s'inscrivent dans une logique d'*empowerment* en insistant sur l'importance de soutenir et accroître les « capacités » (*capabilities*) des individus<sup>217</sup>. L'*empowerment* se définit comme « le processus consistant à donner du pouvoir aux individus par tous les moyens possibles – ressources, éducation, conscience politique et personnelle, etc.<sup>218</sup> ». En cela, l'*empowerment*

---

215 FELTHAM, C., *Critical Thinking in Counselling and Psychotherapy*, London : Sage Publications, 2010.

216 WINOKUER, R. W., & HARRIS, D. L., *Principles and Practice of Grief Counseling*, New York, NY : Springer Publishing Company, 2012, p. 2.

217 WIGGINS, N., « Popular education for health promotion and community empowerment: A review of the literature », *Health Promotion International*, 2011.

218 THOMPSON, N., *Anti-discriminatory practice*, London : Macmillan, 1993, p. 32.



est considéré comme un objectif du *grief counseling* afin d'échapper à une situation aliénante produite par un processus de deuil empêché.

Avant de se dédier plus avant à l'élaboration d'une thérapie pour le deuil compliqué des familles et proches de jeunes victimes d'un accident de la route, il est nécessaire de s'interroger sur les caractéristiques du sujet qui a proprement besoin de *grief counseling*. Car, comme l'a montré une étude de Stroebe *et al.*, la majorité des personnes endeuillées ne présentent pas d'indicateurs pathologiques et n'ont généralement pas besoin de l'aide de conseillers ou de thérapeutes<sup>219</sup>. Certaines méta-analyses semblent même remettre en question l'efficacité du *grief counseling* lorsqu'il est employé<sup>220</sup>. Bonanno et d'autres ont introduit le concept de résilience afin d'expliquer comment des endeuillés étaient capables de supporter la perte d'une personne aimée sans l'aide d'un professionnel<sup>221</sup>. Il a trouvé que 46% des participants à son enquête déclarent un bas niveau de dépression après la mort de leur conjoint ainsi que de faibles symptômes de deuil durant le processus.

Dans son étude des différents mécanismes de deuil et du public le plus approprié au *grief counseling*, Gamino identifie trois clusters qui diffèrent dans leurs caractéristiques démographiques et dans leur niveau d'adaptation à la perte<sup>222</sup> :

- « **High Grief** » : les individus de ce groupe souffrent de deuil chronique et de deuil compliqué. Les participants de ce cluster sont démoralisés et pessimistes mais, reconnaissant qu'ils ont un problème avec l'acceptation de la perte, ils recherchent un traitement psychologique pour leur deuil. Ils se tournent d'ailleurs davantage vers le *grief counseling* que vers l'aide médicale.
- « **High Growth** » : les individus de ce groupe ont trouvé une manière de limiter les effets négatifs de la perte tout en y trouvant une occasion transformatrice. Ils font partie d'un groupe de résilience. Moins de 20% des participants de ce groupe ont cherché une aide professionnelle.
- « **Low Impact** » : les participants de ce groupe ont des scores faibles sur l'échelle de la détresse de deuil et sur celle du développement post-perte. Ces endeuillés peuvent donc être invisibles sur les nosologies qui mettent en exergue la pathogenèse du deuil ou les modèles d'adaptabilité au deuil<sup>223</sup>. Leur processus de deuil existe mais il demeure silencieux, moins expressif. Gamino considère qu'il est préférable de donner à ces individus la « permission » de se reposer sur leur résilience et leurs réseaux de soutien plutôt que sur une aide professionnelle.

Si le *grief counseling* est peu efficace lorsqu'il s'adresse à ceux qui font l'expérience d'un deuil dit « normal », de telles interventions comportent une réelle efficacité lorsqu'elles s'adressent à des personnes endeuillées qui présentent de plus hauts niveaux de détresse.

---

219 STROEBE, M. S., HANSSON, R. O., STROEBE, W., & SCHUT, H., « Future directions for bereavement research », in STROEBE, M. S., SCHUT, H., HANSSON, R. O. (Eds.), *Handbook of bereavement*, Washington, DC : American Psychological Association, 2001, pp. 741-766.

220 ALLUMBAUGH, D., & HOYT, W. T., « Effectiveness of grief therapy: A meta-analysis », *Journal of Consulting Psychology*, 46, 1999, pp. 370-380 ; JORDAN, J. R., & NEIMEYER, R. A., « Does grief counseling work? », *Death Studies*, 27, 2003, pp. 765-786 ; KATO, P. M., & MANN, T., « A synthesis of psychological interventions for the bereaved », *Clinical Psychology Review*, 19, 1999, pp. 275-296 ; NEIMEYER, R. A., *art. cit.*, 2000.

221 BONANNO, G. A., « Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? », *The American Psychologist*, 59(1), 2004, pp. 20-28.

222 GAMINO, L. A., « Who needs grief counseling? A report from the Scott & White grief study », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 60(3), 2009, pp. 199-223.

223 GAMINO, L. A., SEWELL, K. W., & EASTERLING, L. W., *art. cit.*, 2000.

## 2. Le rituel

Il est possible de trouver une première forme de *grief counseling* dans la notion de « rituel ». Le rituel est « un ensemble de gestes, de pensées, et de prises de positions, relevant d'une religion, d'une culture, d'un mythe familial ou d'un processus psychopathologique et susceptible d'apporter, à celui qui l'accomplit, un surcroît de pouvoir, un soulagement de l'angoisse ou la possibilité de passer à une autre phase du cycle de la vie<sup>224</sup> ». Le rituel aide les survivants et les amis à mettre un terme à leur relation avec la personne défunte, afin de continuer plus avant dans la vie. Robert Neuberger insiste sur le rôle des rituels comme vecteurs de la transmission du mythe familial<sup>225</sup>. Lorsqu'aucun rituel n'est organisé dans une famille, le mort semble toujours là, comme flottant tel un fantôme. Le rituel thérapeutique a ceci d'utile qu'il permet de restaurer le temps et de le mettre en mouvement<sup>226</sup>. De plus, Rando note que les endeuillés qui ne s'engagent pas dans des rituels appropriés pour reconnaître la mort de la personne disparue ont tendance à rencontrer des difficultés dans l'acceptation de la réalité de cette mort, facteur d'une complication du deuil<sup>227</sup>. Les bénéfices des rituels de deuil sont donc nombreux : utiliser des objets de représentation symbolique, des mouvements corporels, des chansons, des dialogues ou d'autres expressions physiques de l'émotion afin de créer un système de ventilation pour les émotions fortes qui, autrement, pourraient être supprimées ; valider et sanctifier ces réponses émotionnelles ; assigner une forme physique et tangible aux sentiments ; diminuer l'attention de l'endeuillé par rapport au récit traumatique et renforcer le sentiment de contrôle en délimitant chronologiquement et organisationnellement le processus de deuil ; procurer des expériences de groupe qui offrent une affinité et une solidarité sociales ; et structurer les célébrations, anniversaires et commémorations afin de donner du sens et marquer une progression dans la guérison au cours du temps<sup>228</sup>.

Dans le cas de morts violentes et soudaines, des souvenirs contradictoires peuvent s'enchevêtrer. Nous nous souvenons tout à la fois, avec tendresse, de la vie de l'être cher disparu, mais nous nous remémorons également les circonstances traumatisantes de sa mort qui peuvent éclipser les souvenirs les plus agréables. En cas de mort violente ou soudaine, il n'y a pas de temps pour ce que Rynearson appelle « le déroulement du récit de la mort » (*the unfolding dying narrative*), et il n'y a pas d'opportunité pour les soins (*nurturing*) et l'attention (*caring*) qui accompagnent une mort attendue. Comme l'explique Rynearson :

La reconstitution narrative de la mort violente est une mise en scène solitaire de l'horreur et de l'impuissance, isolée des soins, du respect et de la protection des proches. Ce récit est retracé comme un événement aliéné, une histoire surréaliste que les proches ne peuvent pas « s'approprier » parce qu'ils n'ont joué aucun rôle dans son déroulement et qu'elle est dépourvue de sens parce qu'elle n'aurait jamais dû se produire<sup>229</sup>.

Il semble, ainsi, qu'un récit traumatique permanent peut être intrusif, perturber le fonctionnement quotidien du sujet et entraver une trajectoire de rétablissement saine. Le rituel ouvre la possibilité pour la

---

224 HÉAS, C., & HÉAS, S., « Les rituels thérapeutiques de séparation : le travail de deuil lors de la perte accidentelle d'un enfant », *Thérapie Familiale*, 28, 2007, p. 108.

225 NEUBURGER, R., *Les rituels familiaux : essais de systémique appliquée*, Paris : Payot, 2006.

226 GOLDBETER-MERINFELD, E., *Le deuil impossible, carrefour des psychothérapies*, Bruxelles : De Boeck, 2005.

227 RANDO, T. A., *op. cit.*, 1993.

228 DANIEL, T., « Adding a new dimension to grief counseling: Creative personal ritual as a therapeutic tool for loss, trauma and transition », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 87(2), 2023, pp. 365-366.

229 RYNEARSON, E. K., « The clergy, the clinician, and the narrative of violent death », *Pastoral Psychology*, 59(2), 2010, pp. 179-189.

personne endeuillée de trouver un endroit pour « contenir » le récit et l'imagerie troublante.

Dans la culture postmoderne occidentale s'est constitué un intérêt nouveau pour les rituels, notamment du fait de la perte de confiance dans les institutions religieuses et les anciennes traditions culturelles<sup>230</sup>. Les cérémonies et les rituels créatifs nous aident à regarder nos pertes en face et nous apprennent à les considérer avec recueillement plutôt qu'avec amertume. Ils nous aident à nous défaire délicatement du sentiment de culpabilité, de la colère et d'autres émotions négatives qui empêchent le processus de deuil et de reconstruction.

### 3. Une thérapie du deuil compliqué

Les thérapeutes ont décrit de nombreuses formes de traitement de la détresse liée au deuil, s'appuyant sur différentes conceptualisations du problème et différentes techniques thérapeutiques<sup>231</sup> : les médicaments<sup>232</sup>, la thérapie de soutien (*supportive therapy*)<sup>233</sup>, la thérapie centrée sur le client<sup>234</sup>, la thérapie orientée vers le sens<sup>235</sup>, la thérapie dynamique et brève (*brief dynamic therapy*)<sup>236</sup>, la thérapie cognitive<sup>237</sup>, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC)<sup>238</sup>, la

---

230 SAS, C., & COMAN, A., « Designing personal grief rituals: An analysis of symbolic objects and actions », *Death Studies*, 40(9), 2016, pp. 558-569.

231 HENSLEY, P.L., « A review of bereavement-related depression and complicated grief », *Psychiatric Annals*, 36, 2006, pp. 619-626 ; HENSLEY, P. L., « Treatment of bereavement-related depression and traumatic grief », *Journal of Affective Disorder*, 92, 2006, pp. 117-124.

232 HENSLEY, P. L., *et al.*, « Escitalopram: an open-label study of bereavement-related depression and grief », *Journal of Affective Disorder*, 113, 2009, pp. 142-149 ; ZYGMONT, *et al.*, « A post hoc comparison of paroxetine and nortriptyline for symptoms of traumatic grief », *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 1998, pp. 241-245 ; SIMON, N. M., *et al.*, « Complicated grief: a case series using escitalopram », *American Journal of Psychiatry*, 164, 2007, pp. 1760-1761.

233 PIPER, W. E., *et al.*, *Short-Term Group Therapies for Complicated Grief: Two Research-Based Models*, Washington, DC : American Psychological Association, 2011 ; WEBB, N. B. « Groups for children traumatically bereaved by the attacks of September 11, 2001 », *International Journal of Group Psychotherapy*, 55, 2005, pp. 355- 374.

234 GOODMAN, R. F., *et al.*, « Letting the story unfold: A case study of client-centered therapy for childhood traumatic grief », *Harvard Review of Psychiatry*, 12, 2004, pp. 199-212.

235 NEIMEYER, R. A., & WOGGIN, C., « Psychotherapy for complicated bereavement: A meaning-oriented approach », *Illness, Crisis & Loss*, 16, 2008, pp. 1-20.

236 HOROWITZ, M. J., *et al.*, « Brief psychotherapy of bereavement reactions. The relationship of process to outcome », *Archives of General Psychiatry*, 41, 1984, pp. 438-448 ; MARMAR, C. R., *et al.*, « A controlled trial of brief psychotherapy and mutual help group treatment of conjugal bereavement », *American Journal of Psychiatry*, 145, 1988, pp. 203-209.

237 MALKINSON, R., *Cognitive Grief Therapy: Constructing a Rational Meaning to Life-Following Loss*, New York, NY : W. W. Norton, 2007.

238 ALLEN, B., *et al.*, « The evidence-based treatment of chronic posttraumatic stress disorder and traumatic grief in an adolescent: A case study », *Psychological Trauma : Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(6), 2012, pp. 631- 639 ; BOELEN, P. A., *et al.*, « Treatment of complicated grief: A comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 2007, pp. 277-284 ; BROWN, E. J., *et al.*, « Facing fears and sadness: Cognitive-behavioral therapy for childhood traumatic grief », *Harvard Review of Psychiatry*, 12, 2004, pp. 187-198 ; COHEN, J. A., *et al.*, « A pilot study of modified cognitive-behavioral therapy for childhood traumatic grief (CBT-CTG) », *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45, 2006, pp. 1465-14604 ; MURRAY, *et al.*, « Cognitive-behavioral therapy for symptoms of trauma and traumatic grief in refugee youth », *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17, 2008, pp. 585-604.

thérapie interpersonnelle (TIP)<sup>239</sup>, le conseil pastoral<sup>240</sup>, la thérapie par le jeu (*play therapy*)<sup>241</sup>, la logothérapie<sup>242</sup>, la thérapie par l'écriture (*writing therapy*)<sup>243</sup>, la thérapie administrée par Internet<sup>244</sup>, la réalité virtuelle<sup>245</sup> ou encore l'hypnose<sup>246</sup>. Relativement peu de ces interventions ciblent spécifiquement les symptômes du deuil compliqué plutôt que la dépression et la détresse en général. Toutefois, la thérapie de deuil compliqué, ou *Complicated Grief Therapy* (CGT), qui bénéficie d'un soutien empirique solide, vise directement ces symptômes du deuil compliqué en puisant ses racines à la fois dans la TIP et la TCC<sup>247</sup>. La CGT est basée sur la théorie de l'attachement selon laquelle les êtres humains sont biologiquement programmés pour rechercher, former et maintenir des relations étroites. Les figures d'attachement sont des personnes avec lesquelles on recherche la proximité et on résiste à la séparation ; elles fournissent un « havre de sécurité » (*safe haven*) de soutien et de réconfort en cas de stress et un « refuge » (*secure base*) qui facilite l'exploration du monde. En cas de deuil aigu après la perte d'une figure d'attachement, le système d'attachement est perturbé, entraînant souvent un sentiment d'incrédulité, des émotions douloureuses, des pensées intrusives concernant la personne décédée et l'inhibition du système d'exploration<sup>248</sup>. Lorsque le processus de deuil est réussi, l'individu passe d'un état de deuil aigu à un deuil intégré dans lequel la finalité de la perte est reconnue, le traumatisme de la perte est résolu et les émotions deviennent plus positives. En somme, la représentation mentale est révisée pour englober la mort de la figure d'attachement : le système exploratoire est réactivé avec des objectifs de vie révisés afin d'intégrer les conséquences de la perte. Cela se produit dans le cadre du *Dual-process model* (DPM) dont l'activité oscille entre un travail orienté vers la perte (*loss-oriented*, LO) et un travail orienté vers le rétablissement (*restoration-oriented*, RO)<sup>249</sup>. Le postulat essentiel du DPM est que, tout au long du travail de deuil, les personnes endeuillées vont alterner entre la confrontation et l'évitement comme stratégies d'adaptation aux stressés LO et RO survenant dans la vie quotidienne. L'oscillation est définie comme un processus d'adaptation dynamique, alternant entre les évaluations positives et négatives des situations rencontrées.

Comme nous l'avons vu, dans le cas du deuil compliqué, le processus de transition entre le deuil

- 
- 239 CRENSHAW, D. A., « An interpersonal neurobiological-informed treatment model for childhood complicated grief », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 54, 2006, 319-335.
- 240 BLAKLEY, T. L., « Murder and faith: A reflected case study of pastoral interventions in traumatic grief », *Journal of Pastoral Care & Counseling*, 61, 2007, pp. 59-69.
- 241 CARTER, R., « Use of puppets to treat traumatic grief: A case study », *Elementary School Guidance & Counseling*, 21, 1987, pp. 210-215.
- 242 ROGINA, J. M., & QUILTICH, H. R., « Logotherapy treatment of complicated grief syndrome », *International Forum of Logotherapy*, 33, 2010, pp. 30-41.
- 243 O'CONNOR, M. F., *et al.*, « Writing therapy for the bereaved: Evaluation of an intervention », *Journal of Palliative Medicine*, 6, 2003, pp. 195-204 ; RANGE, L. M., *et al.*, « Does writing about the bereavement lessen grief following sudden, unintentional death? », *Death Studies*, 24, 2000, pp. 115-134.
- 244 WAGNER, B., *et al.*, « Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: A randomized controlled trial », *Death Studies*, 30, 2006, pp. 429-453 ; WAGNER, B., & MAERCKER, A. A., « 1.5 year followup of an internet-based intervention for complicated grief », *Journal of Traumatic Stress*, 20, 2007, pp. 625-629.
- 245 BOTELLA, C., *et al.*, « Treatment of complicated grief using virtual reality: A case report », *Death Studies*, 32, 2008, pp. 674-692.
- 246 IGLESIAS, A., & IGLESIAS, A., « Hypnotic treatment of PTSD in children who have complicated bereavement », *American Journal of Clinical Hypnosis*, 48, 2005, pp. 183-189 ; VAN DER HART, O., *et al.*, « Hypnotherapy for traumatic grief: Janetian and modern approaches integrated », *American Journal of Clinical Hypnosis*, 32, 1990, pp. 263-271 ; VIJSELAAR, J., & VAN DER HART, O., « The first report of hypnotic treatment of traumatic grief: A brief communication », *International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 40, 1992, pp. 1-6.
- 247 SHEAR, M. K., *et al.*, *art. cit.*, 2005.
- 248 SHEAR, K., & SHAIR, H., « Attachment, loss, and complicated grief », *Developmental Psychobiology*, 47, 2005, pp. 253-267.
- 249 STROEBE, M. S., & SCHUT, H., *art. cit.*, 1999.

aigu et le deuil intégré est empêché (cf. sections [IV.1](#) à [IV.3](#)). Les sujets souffrant de deuil compliqué éprouvent généralement des émotions douloureuses intenses et prolongées, des ruminations, souvent sur le thème de l'auto-accusation, et des comportements inadaptés, notamment l'évitement des éléments déclencheurs, au point de perturber le fonctionnement normal du sujet<sup>250</sup>. Selon la théorie de l'attachement, ce dérèglement du processus de deuil trouve son origine dans un manque d'acceptation de la finalité de la perte : la représentation mentale de la figure d'attachement est perturbée, de sorte que la perte est reconnue dans la mémoire déclarative mais pas dans la mémoire implicite. En outre, le système exploratoire ne se réactive pas, de sorte que la personne en deuil peut s'éloigner des autres et du monde en général. Ainsi, le principe de base de la CGT est que le deuil est un processus naturel et adaptatif<sup>251</sup>. Cela implique que le traitement du deuil compliqué consiste à éliminer les obstacles à la résolution du processus de deuil. Par le biais de diverses techniques axées sur la perte et le rétablissement, le thérapeute s'efforce de faciliter la progression du deuil afin d'aider le sujet à accepter le décès.

Un certain nombre d'études ont apporté un soutien empirique à ce modèle de traitement. La CGT a été comparée à la TIP standard dans le cadre d'un essai randomisé auprès de 83 adultes en consultation externe souffrant de deuil compliqué<sup>252</sup>. Les participants des deux traitements ont reçu 16 séances individuelles de psychothérapie. L'étude a prouvé que les taux de réponse sont plus élevés (51% contre 28%) et le délai de réponse plus court dans le groupe CGT que dans le groupe TIP. La théorie de la CGT comprend des éléments tirés de la TIP et de la TCC : les techniques de TCC ciblent les processus liés à la perte et se concentrent sur les symptômes des souvenirs intrusifs douloureux et de l'évitement comportemental ; les éléments de la TIP se concentrent sur le rétablissement en aidant les personnes à rétablir des relations et des liens avec des objectifs de vie importants.

Bien que la CGT puisse être appliquée de manière plus libre dans la pratique clinique, la forme testée dans la recherche consiste en 16 séances, chacune d'une durée approximative de 45 à 60 minutes. Chaque séance est structurée selon un ordre du jour qui comprend l'examen des activités de la semaine précédente, le travail en séance et l'attribution des tâches pour la semaine suivante. Le traitement de la CGT est généralement divisé en trois phases<sup>253</sup> :

- **Phase d'introduction (séances 1 à 3)** : établir une alliance thérapeutique solide, obtenir un historique des relations interpersonnelles du sujet, fournir des informations psychologiques sur le modèle du deuil compliqué et décrire les éléments du traitement.
- **Phase intermédiaire (séances 4 à 9)** : accepter la perte au travers d'exercices pendant et en dehors de la séance, restaurer sa capacité à éprouver de la joie et de la satisfaction dans la vie.
- **Phase finale (séances 10 à 16)** : examiner les progrès accomplis, décider de la manière d'utiliser les séances restantes pour achever le travail et consolider les acquis du traitement.

---

250 SHEAR, M. K., « Exploring the role of experiential avoidance from the perspective of attachment theory and the dual process model », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 61, 2010, pp. 357-369.

251 SHEAR, M. K., « Complicated grief treatment: The theory, practice, and outcomes », *Bereavement Care*, 29, 2010, pp. 10-14.

252 STROEBE, M. S., & SCHUT, H., *art. cit.*, 1999.

253 WETHERELL, J. L., « Complicated grief therapy as a new treatment approach », *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 2012, pp. 159-166.

## 4. Modèle d'un groupe de soutien pour personnes endeuillées

La majorité des personnes endeuillées affirment également qu'elles ont besoin de l'aide de professionnels lorsqu'elles perdent un proche dans une mort non naturelle et/ou traumatique<sup>254</sup>. Une troisième source d'aide est le soutien qu'elles obtiennent en participant à des groupes de soutien aux personnes endeuillées<sup>255</sup>. Les groupes d'entraide sont constitués par des associations afin d'organiser des échanges entre personnes endeuillées. L'objectif est de s'aider mutuellement à partir du partage de cette expérience commune de la perte d'un proche. Ces interventions ciblées sur la mobilisation du lien social se sont particulièrement développées ces dernières années en se fondant sur trois piliers : la réciprocité, l'affinité et le partage collectif<sup>256</sup>. Les participants soulignent l'importance du groupe en tant que lieu où les réactions sont normalisées et où les sentiments et les pensées douloureux sont reconnus et soutenus. Cet aspect est d'autant plus crucial que les prescriptions sociales et culturelles visent à supprimer le deuil des parents qui ont perdu un enfant. En effet, la société occidentale accepte généralement une période de deuil qui inclut la participation à des funérailles ou à un mémorial pour rendre hommage à l'enfant, mais le deuil public de la personne décédée au-delà de la reconnaissance initiale est moins courant et moins accepté<sup>257</sup>. Les amis et la famille s'attendent souvent à ce que le parent endeuillé se rétablisse rapidement après le décès et à ce qu'il regagne une forme d'existence « normale »<sup>258</sup>. En raison de l'écart entre les attentes de la société et la réalité de la douleur, les parents endeuillés peuvent ressentir le besoin de moduler leur chagrin en fonction de la famille et des amis<sup>259</sup>. Dès lors, le cadre offert par un groupe de soutien de parents endeuillés permet d'accueillir l'expression libre du chagrin et de partager une compréhension mutuelle.

Les groupes de soutien pour les personnes endeuillées ont été corrélés à un certain nombre de résultats psychosociaux tels que la diminution du stress et de la dépression<sup>260</sup>, la diminution des réactions de deuil traumatique, en particulier chez les femmes<sup>261</sup>, la résilience grâce à la production de sens et d'objectifs<sup>262</sup>, et la réduction des sentiments d'isolement<sup>263</sup>. Dans l'ensemble, la participation à ces

- 
- 254 DYREGROV, K., « Assistance from local authorities versus survivors' needs for support after suicide », *Death Studies*, 26, 2002, pp. 647-669; JORDAN, J. R., & MCINTOSH, J. L. (Eds.), *Grief after suicide. Understanding the consequences and caring for the survivors*, New York, NY : Routledge, 2011; WILSON, A., & CLARK, S., *South Australian Suicide Postvention Project, Report to Mental Health Services*, Department of Health, 2005.
- 255 DYREGROV, K., & DYREGROV, A., *Effective grief and bereavement support: The role of family, friends, colleagues, schools and support professionals*, London : Jessica Kingsley Publishers, 2008; DYREGROV, K., PLYHN, E., & DIESERUD, G., *After the Suicide: Helping the Bereaved to Find a Path to Recovery*, London : Jessica Kingsley Publishers, 2011.
- 256 SEGUIN, M., & CASTELLI, D. A., « Possibilités et modalités de soutien pour les personnes endeuillées par suicide », *Perspectives Psy*, 47(4), 2008, pp. 375-383.
- 257 GUDMUNDSDOTTIR, M., & CHELSEA, C. A., « Building a new world: Habits and practices of healing following the death of a child », *Journal of Family Nursing*, 12(2), 2006, pp. 143-164.
- 258 STYLIANOS, S. K., & VACHON, M. L. S., « The role of social support in bereavement », in STROEBE, M. S., STROEBE, W., & HANSEN, R. O. (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research and intervention*, Cambridge : Cambridge University Press, 1993, pp. 397-410.
- 259 CLUCK, G. G., & CLINE, R. J., « The circle of others: Self-help groups for the bereaved », *Communication Quarterly*, 34(3), 1986, pp. 306-325.
- 260 LEVY, L. H., DERBY, J. F., & MARTINKOWSKI, K. S., « Effects of membership in bereavement support groups on adaptation to conjugal bereavement », *American Journal of Community Psychology*, 21(3), 1993, pp. 361-381.
- 261 CACCIATORE, J., « Effects of support groups on post-traumatic stress responses in women experiencing stillbirth », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 55(1), 2007, pp. 71-90 ; MARUYAMA, N. C., & ATENCIO, C. V., « Evaluating a bereavement support group », *Palliative & Supportive Care*, 61(1), 2008, pp. 43-49.
- 262 MURPHY, S. A., JOHNSON, L. C., & LOHAN, J., *art. cit.*, 2003.
- 263 TEDESCHI, R. G., & CALHOUN, L. G., « Using the support group to respond to the isolation of bereavement », *Journal of Mental Health Counseling*, 15(1), 1993, pp. 47-54.

groupes est associée à des effets positifs sur la santé mentale<sup>264</sup>.

L'architecture et la composition des groupes de soutien pour personnes endeuillées relèvent d'une importance majeure. Car, comme l'ont décrit Galinsky et Schopler, des expériences négatives et inadéquates peuvent découler du processus de groupe<sup>265</sup>. Celui-ci peut être empêché par le fait que les participants sont à des stades différents dans leur deuil, par le fait que les membres ne participent pas à toutes les séances ou perturbent la dynamique de groupe, etc.<sup>266</sup> En outre, la spécificité du deuil compliqué appelle une structure adaptée afin que la thérapie ne soit pas plus nocive que le mal engendré par la perte. Il semble donc utile de se pencher sur l'information délivrée aux personnes endeuillées, l'organisation et le contenu des groupes de soutien afin de concevoir au mieux un espace de dialogue et d'entraide pour les familles et proches de jeunes victimes d'un accident de la route.

Dans le but d'établir les paramètres les plus appropriés au public visé, nous nous appuyons sur le projet de recherche « *Grief Support Groups in Norway* », conduit entre 2009 et 2011, qui a enquêté sur l'expérience des leaders de groupes de soutien et celle des personnes endeuillées qui y ont participé. Le projet a ensuite été analysé par Johnsen, Dyregrov et Dyregrov<sup>267</sup>. L'échantillon est composé de 21 adultes qui ont perdu un proche par mort inattendue ou accidentelle (81%) et anticipée ou naturelle (19%). La majorité de ces adultes ont perdu un enfant (67%) ou un partenaire (14%), les autres ayant perdu un parent ou un ami. Environ la moitié des adultes interrogés ont participé à des groupes de soutien pour le même type de deuil et l'autre moitié à un groupe hétérogène. Par ailleurs, aucun enquêté n'a rejoint de groupe thérapeutique mené par un psychologue ou un psychiatre. En général, les groupes de soutien étaient menés par une ou deux personnes endeuillées, parfois accompagnées d'une infirmière spécialisée en psychiatrie, d'un prêtre ou d'un travailleur social.

## a. Information

Afin que le groupe de soutien bâtisse une certaine efficacité, il est nécessaire qu'il combine deux objectifs en connexion avec le thème organisationnel :

- **Informé sur les moyens de trouver un groupe et ses affiliations** : les personnes endeuillées témoignent du fait qu'elles souhaitent obtenir des informations sur les groupes de soutien dans leur région. Si elles viennent à rejeter les offres de soutien parce qu'elles interviendraient trop tôt dans le processus de deuil, ces personnes précisent qu'elles veulent, toutefois, que la proposition soit formulée à nouveau plus tard.
- **Communiquer les objectifs et la structure** : avant d'entrer dans le groupe de soutien, les personnes endeuillées souhaitent obtenir des informations sur les objectifs, la structure, l'organisation et les potentiels effets et limites de la participation au groupe. Elles veulent notamment savoir si la composition du groupe est homogène ou hétérogène en fonction du type de relation avec le défunt ou du type de deuil, s'il est ouvert ou fermé et si les séances sont standardisées ou conçues en fonction des participants.

---

264 MITCHELL, A. M., GALE, D. D., GARAND, L., & WESNER, S., « The use of narrative data to inform the psychotherapeutic group process with suicide survivors », *Issues in Mental Health Nursing*, 24(1), 2003, pp. 91-106.

265 GALINSKY, M. J., & SCHOPLER, J. H., « Structuring co-leadership in social work training », *Social Work with Groups*, 3, 1980, pp. 51-63.

266 GALINSKY, M. J., & SCHOPLER, J. H., « Negative experiences in support groups », *Social Work in Healthcare*, 20, 1994, pp. 77-95.

267 JOHNSEN, I., DYREGROV, A., & DYREGROV, K., « Participants with prolonged grief—How do they benefit from grief group participation? », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 65(2), 2012, pp. 87-105 ; JOHNSEN, I., DYREGROV, K., & DYREGROV, A., « The volume and importance of grief groups in Norway », *Nurse Research*, 48, 2011, pp. 1178-1183 ; DYREGROV, K., DYREGROV, A., & JOHNSEN, I., « Participants' recommendations for the ideal grief group. A qualitative study », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 67(4), 2013, pp. 363-377.

## b. Organisation

La nature de l'organisation du groupe de soutien est importante en ce qu'elle indique le type de relation et de dialogue qui peuvent se construire entre les participants et la liberté ou la contrainte que ceux-ci ressentiront à exprimer leurs sentiments de deuil. Les thèmes suivants se dévoilent donc comme structurant la parole et l'écoute :

- **Être clair sur les possibilités et les limites du groupe** : les participants souhaitent obtenir une information à la fois claire et réaliste sur les possibilités offertes par un groupe de deuil. Pour ceux qui souffrent d'un deuil compliqué suite à une mort traumatique, il est préférable de connaître les limites du groupe avant d'y rentrer<sup>268</sup>. Certains endeuillés ont ainsi pu écarter des propositions d'aides thérapeutiques estimant que le groupe de soutien pouvait les aider avec leur réaction de deuil traumatique et compliqué. Or, après participation, leur impression est que ce type de groupe n'a pas le pouvoir de les aider concernant les problèmes les plus pressants, comme les souvenirs traumatiques, les comportements d'évitement ou les flashbacks.
- **Un leadership compétent** : les participants souhaitent que le groupe soit mené par une personne compétente, c'est-à-dire flexible et à l'écoute, empathique, qui a pris suffisamment de distance avec sa propre perte et qui a une certaine connaissance pratique sur la manière dont on peut mener un groupe de soutien<sup>269</sup>.
- **Les groupes homogènes accroissent la cohésion** : le groupe idéal réunit 5 à 8 personnes afin de pouvoir faire circuler la parole et retenir plus aisément les expériences de chacun<sup>270</sup>. Pour faciliter le sentiment d'identification et d'attachement entre les participants, la plupart préfèrent un groupe homogène<sup>271</sup>.
- **Entre flexibilité et restriction** : pour la plupart des participants, le groupe idéal réunit les mêmes membres qui se rencontrent régulièrement pour un an. Il existe toujours la possibilité de se rencontrer à l'extérieur des cercles plus formels.
- **Le moment de l'entrée dans le groupe varie** : pour les parents qui perdent un nourrisson, il est préférable de rejoindre un groupe immédiatement à l'hôpital. Sinon, la plupart affirment qu'il est nécessaire d'attendre un certain temps après l'événement pour surmonter le choc, le traumatisme, la colère et les procès avant de rejoindre un groupe de soutien (surtout lorsque la mort est accidentelle). Le temps optimal se situerait entre 6 et 12 mois après la perte tout en précisant que ce temps dépend de la nature de la perte et de son caractère traumatique ou non.

---

268 AMAYA-JACKSON, L., *et al.*, « Functional impairment and utilization of services associated with posttraumatic stress in the community », *Journal of Traumatic Stress*, 12, 1999, pp. 709-724; DYREGROV, K., *art. cit.*, 2002 ; PROVINI, C., EVERETT, J. R., & PFEFFER, C. R., « Adults mourning suicide: Self-reported concerns about bereavement, needs for assistance, and help-seeking behavior », *Death Studies*, 24, 2000, pp. 1-9.

269 SCHOPLER, J. H., & GALINSKY, M. J., « Support groups as open systems: A model for practice and research », *Health and Social Work*, 18, 1993, pp. 195-207; SCHOPLER, J. H., & GALINSKY, M. J., « Meeting practice needs: Conceptualizing the open-ended group », *Social Work with Groups*, 28, 2005, pp. 49-68.

270 YALOM, I. D., *The theory and practice of group psychotherapy* (4th ed), New York, NY : Basic Books, 1995.

271 GARIANO, T., *An evaluation of an adult suicide bereavement support group*, (doctoral dissertation), University of Calgary, Canada, 2011.



### c. Contenu

Dans une perspective d'*empowerment* censée accroître les capacités d'agir des personnes endeuillées, le contenu des séances du groupe de soutien doit être, préférablement, discuté entre les participants et non pas imposé d'en haut par l'association organisatrice. Cependant, un certain cadre doit être donné aux participants afin de leur procurer des repères et de procurer un support à leur parole :

- **Un contenu semi-standardisé** : les participants préfèrent que les réunions soient ébauchées à l'avance concernant le sujet qui sera abordé. Si les groupes sont organisés sur la base de thèmes standardisés, il paraît crucial d'entendre les demandes des membres. Beaucoup ont insisté sur un contenu davantage orienté vers la manière de prendre soin des enfants dans la famille suite à la perte<sup>272</sup>.
- **Un contenu pour encourager l'espoir et réduire la rumination** : puisque les participants placent comme objectif de ces groupes de soutien le « retour à la vie normale », ils souhaitent un contenu qui ouvre le champ des perspectives et qui facilite cette réinsertion<sup>273</sup>.

## 5. Aspects positifs et négatifs des groupes de soutien

Les participants aux groupes de soutien pour personnes endeuillées soulignent l'importance d'un lieu où les réactions sont normalisées et où les sentiments douloureux et les pensées sont reconnus et soutenus. Cependant, malgré les retours positifs sur la participation aux groupes de deuil, l'impact positif sur la santé n'a que très peu été documenté<sup>274</sup>. L'étude qualitative de Dyregrov et ses collègues<sup>275</sup> propose de comprendre de manière phénoménologique la manière dont les adultes endeuillés ont vécu leur participation à des groupes de deuil. Cette méthode de recherche a ceci de pertinent qu'elle explore les expériences des groupes et les processus de communication interrelationnels susceptibles de faciliter ou d'entraver la participation à un groupe de deuil<sup>276</sup>.

---

272 WILSON, A., & CLARK, S., *art. cit.*, 2005.

273 BARLOW, C. A., *et al.*, « An evaluation of a suicide bereavement peer support program », *Death Studies*, 34(10), 2010, pp. 915-930 ; SCHNEIDER, R. M., « Group bereavement support for spouses who are grieving the loss of a partner to cancer », *Social Work with Groups*, 29(2), 2006, pp. 259-278.

274 CURRIER, J. M., NEIMEYER, R. A., & BERMAN, J. S., « The effectiveness of psychotherapeutic interventions for the bereaved: A comprehensive quantitative review », *Psychological Bulletin*, 134, 2008, pp. 648-661.

275 DYREGROV, K., DYREGROV, A., & JOHNSEN, I., « Positive and negative experiences from grief group participation: A qualitative study », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 68(1), 2013, pp 45-62.

276 KVALE, S., *InterViews. An introduction to qualitative research interviewing*, London : Sage, 1996.

**Tableau 5. Comparaison des expériences de participation à un groupe de soutien<sup>277</sup>**

<b>Aspects positifs</b>	<b>Aspects négatifs</b>
<b>Rencontrer des pairs et recevoir une confirmation de normalité</b>	<b>Les limites des groupes de soutien sont souvent ignorées, surtout par les sujets qui présentent des symptômes élevés de TSPT et de deuil compliqué</b>
<b>Partager ses émotions et pensées</b>	<b>Stress personnel additionnel (surtout dans la première année suivant la perte)</b>
<b>Donner et recevoir avec réciprocité, fabriquer un tissu de relations d'entraide</b>	<b>Va-et-vient des membres produisant des formes de re-traumatisation empêchant de progresser dans le processus de deuil</b>
<b>Échanger des conseils et des informations</b>	<b>Leadership insuffisant (manque de compétences et de connaissances)</b>

En définitive, Dyregrov *et al.* soulignent notamment qu'il est nécessaire de construire un groupe de soutien en fonction des besoins spécifiques des personnes endeuillées. Dans le cas des deuils compliqués et prolongés, il est préférable de créer un groupe qui s'adresse en priorité à ce public<sup>278</sup>.

277 Comparaison des aspects positifs et négatifs de l'expérience de participation à un groupe de soutien pour personnes endeuillées, d'après l'étude analytique de DYREGROV, K., *et al.*, *art. cit.*, 2013 et le projet « Grief Support Groups in Norway », conduit entre 2009 et 2011.

278 DYREGROV, K., *et al.*, *art. cit.*, 2013, p. 60.

# IX. LE TEMPS DU DEUIL : UNE PHÉNOMÉNOLOGIE

## I. Quand la mort traumatique rompt la continuité : le temps suspendu et l'entrée dans le deuil

La mort soudaine et imprévue d'un être proche agit sur le temps comme la lame d'une guillotine : elle tranche avec brutalité la continuité qui relie le passé, le présent et le futur. Comme l'écrit Robert Stolorow, le « traumatisme détruit le temps<sup>279</sup> ». Cette destruction de la continuité temporelle suite à l'annonce du décès réduit à néant toute représentation d'un devenir. Le sujet est comme bloqué dans une temporalité suspendue, le temps atemporel de la pure *stasis*. L'endeuillé se retrouve « désynchronisé » par rapport au flot du temps vécu : il nage dans l'a-chronicité. Ce qui est propre à cette atemporalité est le brouillage des frontières entre la vie et la mort. En étant projeté hors de la continuité temporelle du monde vécu, le sujet est à la fois mort, puisqu'il vient de perdre toute attache avec ce monde, et il est en même temps vivant, car il demeure spectateur de cette perte.

Le traumatisme que constitue la mort de l'être proche, en brisant le temps, brise le sujet, le sens et la structure d'une subjectivité. Car temps et subjectivité sont entièrement indissociables.

Comme l'écrit Merleau-Ponty, « il faut comprendre le temps comme sujet et le sujet comme temps<sup>280</sup> ». À partir des analyses phénoménologiques de la temporalité chez Husserl et Heidegger, Merleau-Ponty considère que l'horizon temporel continu est constitué par la conscience et qu'il se déploie, non pas le long d'une ligne, mais comme un réseau unifié d'intentionnalités, dirigées vers le passé et le futur. Ces expériences du futur et du passé sont synthétisées au sein du champ de présence du présent<sup>281</sup>. Car le présent perçu ne peut pas être considéré comme un moment ponctuel mais comme « le champ de présence au sens large, avec son double horizon de passé et d'avenir originaires et l'infinité ouverte des champs de présence révolus ou possibles<sup>282</sup> ». Pour Merleau-Ponty, il y a, dans le présent, une « zone où l'être et la conscience coïncident<sup>283</sup> ». Il précise :

Dans le présent, dans la perception, mon être et ma conscience ne font qu'un, non que mon être se réduise à la connaissance que j'en ai et soit clairement étalé devant moi [...] mais parce que « avoir conscience » n'est ici rien d'autre que « être à... » et que ma conscience d'exister se confond avec le geste effectif d'« ex sistance ». C'est en communiquant avec le monde que nous communiquons indubitablement avec nous-mêmes. Nous tenons le temps tout entier et nous sommes présents à nous-mêmes parce que nous sommes présents au monde<sup>284</sup>.

279 STOLOROW, R. D., « Trauma and Temporality », *Psychoanalytic Psychology*, 20(1), 2003, p. 158.

280 MERLEAU-PONTY, M., *Phénoménologie de la perception*, Paris : Gallimard, 1945, p. 484.

281 Merleau-Ponty reprend ici, dans le cadre de sa propre phénoménologie, la notion husserlienne de « champ de présence » (*Präsensfeld*). Voir notamment, HUSSERL, E., *Sur la phénoménologie de la conscience intime du temps : 1893-1917*, trad. Jean-François Pestureau, Paris : Éditions Jérôme Millon, 2003.

282 MERLEAU-PONTY, M., *Phénoménologie de la perception, op. cit.*, p. 486.

283 *Ibid.*, p. 486.

284 *Ibid.*, p. 487.

Être à présent, c'est ressaisir l'extase vers l'avenir et l'extase vers le passé, harmoniser les dimensions du temps qui ne sont pas rivales mais bien inséparables, « assumer » le temps et se confondre avec la « cohésion d'une vie<sup>285</sup> ». Celui qui est à présent est un être-au-monde, présent à lui-même et présent au monde.

Ce passage par la phénoménologie permet de comprendre l'inscription du sujet dans le temps comme une inscription en commun, un être-avec (*Mitsein*), une construction intersubjective de la subjectivité. Dans la constitution de l'horizon temporel, le sujet coconstitue également une synchronicité vécue<sup>286</sup>, ce que Thomas Fuchs nomme *contemporality*<sup>287</sup>. Il s'agit de l'expression même de l'intersubjectivité : en étant captivé par les activités collectives, le sujet est absorbé dans le présent continu, sans être au fait que le temps passe. Selon Fuchs, cette synchronicité est synonyme de bien-être pour le sujet :

La corrélation ou la synchronicité de son propre temps et du temps du monde génère un sentiment de bien-être, d'un présent comblé où l'on existe sans temps de conscience explicite, entièrement consacré à sa propre activité (« expériences de flux ») ou à la résonance avec les autres. Le « maintenant » intersubjectif se constitue par la présence de l'autre, notamment par notre référence simultanée au monde, comme dans le fait de pointer ou de regarder, dans l'attention partagée ou l'action commune<sup>288</sup>.

Seulement, après la mort soudaine de l'être proche, le « maintenant » intersubjectif est profondément perturbé. Avec la destruction du temps survient la destruction de la capacité du sujet à être au monde, à faire sens de soi et du monde. Il devient impossible pour le sujet de maintenir la « cohésion d'une vie » car, sans l'harmonisation des dimensions du temps, il ne peut exister d'horizon ou de réseau d'intentionnalités au travers desquelles la subjectivité peut se déployer. En somme, la perturbation du temps équivaut à une aliénation du sujet<sup>289</sup>.

## 2. La prolongation du deuil et sa temporalité circulaire : mémoire traumatique, fantômes numériques et liens pérennes

Lorsque le sujet endeuillé reste englué dans l'épaisseur de ce temps suspendu, le deuil se prolonge et parfois pathologiquement au-delà de 6 ou 12 mois, selon les critères diagnostiques<sup>290</sup>. À l'intérieur du cycle du trouble du deuil prolongé, la mémoire traumatique de la perte ne parvient pas à s'intégrer parmi les autres mémoires autobiographiques, qui plus est lorsque la mort est soudaine et violente<sup>291</sup>. La mémoire traumatique est aisément réactivée par des rappels de l'être aimé dans l'environnement du

---

285 *Ibid.*, p. 485.

286 MINKOWSKI, E., *Lived Time: Phenomenological and Psychopathological Studies*, Northwestern University Press, 1970, p. 72.

287 FUCHS, T., « Presence in Absence: The Ambiguous Phenomenology of Grief », *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 17, 2018, p. 49.

288 FUCHS, T., « Temporality and Psychopathology », *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 12, 2013, p. 82.

289 HUGHES, E., « The timeless time of the dead: at the limits of temporal experience in grief », *Angelaki: Journal of the Theoretical Humanities*, 29(5), 2024, pp. 37-51.

290 Le deuil est considéré pathologique s'il se prolonge au-delà de 6 mois selon le ICD-11 ou au-delà de 12 mois pour le DSM-5-TR ; BONNANO, G. A., & MALGAROLI, M. « Trajectories of grief: Comparing symptoms from the DSM-5 and ICD-11 diagnoses », *Depression and Anxiety*, 37, 2020, pp. 17-25.

291 DUFFY, D., & WILD, J., « Living with loss: A cognitive approach to prolonged grief disorder – incorporating complicated, enduring, and traumatic grief », *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 51, 2023, pp. 645-658.

sujet endeuillé. Ces événements déclencheurs (*triggers*) maintiennent vivante la mémoire de la relation passée. De là, il est possible d'identifier une géographie (le lieu de l'accident, la chambre du défunt, son école ou son lieu de travail) et une temporalité (l'anniversaire du défunt, l'anniversaire de sa mort, les grandes réunions familiales ou amicales comme Noël ou le jour de l'an) qui rendent intensément présente l'absence de l'être aimé.

En outre, la modernité et les avancées technologiques qui l'accompagnent ont apporté au phénomène du deuil un nouveau défi. Avec l'incorporation des technologies digitales dans notre vie quotidienne, les plateformes numériques sont devenues progressivement des lieux choisis pour l'expression du deuil et le souvenir du défunt. Il y a plus de deux décennies déjà, Sofka avait prédit la venue d'une ère où la technologie digitale et la thanatologie viendraient à se rencontrer et avait proposé de constituer, en conséquence, un nouveau champ de recherche qui lui serait dédié : la « thanatotechnologie<sup>292</sup> ». De là, émerge un fait social majeur : les plateformes numériques ont la capacité d'abolir la frontière entre les vivants et les morts<sup>293</sup>. Dès lors, la persistance virtuelle du défunt sur les réseaux sociaux perturbe le processus de deuil, le prolonge et, possiblement, le pathologise. D'autant plus que de nouveaux projets technologiques, aidés par l'intelligence artificielle, envisagent déjà de reproduire virtuellement la présence du défunt en collectant un maximum d'informations sur ce dernier<sup>294</sup>. Dans un futur proche, il pourrait advenir un monde dans lequel l'endeuillé et l'être aimé viendraient à se rencontrer digitalement<sup>295</sup>. Face à ces révolutions d'ordre thanatotechnologique, il devient nécessaire de trouver une forme d'oubli numérique comme, matériellement, une famille endeuillée devra en passer par un détachement des traces laissées par le défunt (le retirer des listes officielles, ranger ses affaires, réaménager sa chambre, léguer ses biens, l'enterrer, etc.).

Au sein de la littérature du deuil, c'est la temporalité linéaire qui permet de distinguer les trajectoires du deuil normal et celles du deuil pathologique : tandis que le deuil normal est vu comme délimité dans le temps, le deuil pathologique, quant à lui, se prolonge. Or, lorsque l'on privilégie une conception linéaire du temps, on se coupe de la trajectoire du deuil telle qu'elle est véritablement vécue, affectivement. Kenny *et al.* affirment que la temporalité linéaire est ce qui préserve le paradigme occidental d'une séparation entre la vie et la mort, entre les vivants et les morts<sup>296</sup>. Mais cette configuration linéaire du deuil est un cadre beaucoup trop exigü pour rendre compte de l'expérience humaine, et notamment de la capacité des endeuillés à maintenir une relation avec le défunt afin de reconstruire conjointement leur propre identité et celle de l'être aimé<sup>297</sup>. La théorie des liens pérennes (*continuing bonds*) soutient qu'une relation dynamique, interactive et pourvoyeuse de sens entre les vivants et les morts ne fait pas basculer le sujet dans le domaine du pathologique mais, bien au contraire, permet de poursuivre, de manière tout à fait saine, un lien d'amour ou d'amitié. Klass et Steffen écrivent que « la commémoration, le souvenir, la connaissance de la personne décédée et l'influence qu'elle exerce sur le présent sont des processus actifs qui semblent se poursuivre tout au long de la vie du survivant<sup>298</sup> ».

---

292 SOFKA, C. J., « Social support "internetworks," caskets for sale, and more: Thanatology and the information superhighway », *Death Studies*, 21(6), 1997, pp. 553-574.

293 MEESE, J., *et al.*, « Posthumous personhood and the affordances of digital media », *Mortality*, 20(4), 2015, pp. 408-420.

294 HURTADO, H. J., « Toward a postmortal society of virtualized ancestors? The virtual deceased person and the preservation of the social bond », *Mortality*, 28(1), 2021, pp. 90-105.

295 KAWASHIMA, D., *et al.*, « "I want my loved one back virtually": Exploring the desire of bereaved people to create and maintain digital bonds with their deceased loved ones », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 2023.

296 KENNY, K., *et al.*, « In one's own time: Contesting the temporality and linearity of bereavement », *Health*, 23, 2019, pp. 58-75.

297 BARAK, A., & LEICHTENTRITT, R. D., « Configurations of time in bereaved parents' narratives », *Qualitative Health Research*, 24, 2014, pp. 1090-1101.

298 KLASS, D., & STEKKEN, E. M., *op. cit.*, 2017, p. 17.

Ces processus actifs peuvent se manifester de différentes manières :

Les phénomènes qui indiquent des liens pérennes (*continuing bonds*) actifs sont un sentiment de présence, des expériences de la personne décédée dans n'importe quel type, la croyance en une influence active et continue de la personne sur les pensées ou les événements, ou une incorporation consciente des caractéristiques ou des vertus de la personne décédée dans le moi (*self*). Chez les individus, un lien pérenne comprend la partie du moi actualisée dans le lien avec la personne, les caractérisations et les souvenirs thématiques de la personne décédée, ainsi que les états émotionnels liés aux caractérisations et aux souvenirs. Les personnes vivantes jouent des rôles, souvent complexes, au sein de la famille et du système psychique. Après leur mort, les rôles changent, mais les défunts peuvent toujours être des membres importants de la famille et de la communauté. Les liens pérennes ne sont donc pas de simples constructions mentales, c'est-à-dire qu'il ne s'agit pas seulement d'une idée ou d'un sentiment<sup>299</sup>.

Dès lors, la mémoire traumatique que nous évoquions plus haut, réactivée par des déclencheurs géographiques, temporels, ou numériques, n'est pas nécessairement le signe d'une pathologisation du deuil. Emily Hughes invite, en outre, à concevoir le deuil comme une trajectoire se dépliant de manière non pas linéaire mais circulaire, selon la temporalité de la « récurrence » :

Situées dans la tension ambiguë de deux mondes – le monde dans lequel la personne aimée était présente, qui est maintenant brisé, et le monde dans lequel la personne aimée est absente, que l'endeuillé doit maintenant réapprendre progressivement – les trajectoires de deuil sont marquées par des vagues de deuil (*waves of grief*) répétées qui, bien qu'elles diminuent en intensité et en fréquence, peuvent être aussi pénibles que lorsque la personne aimée est décédée pour la première fois<sup>300</sup>.

Face à la dissonance entre le monde de la perte et le monde du rétablissement, l'endeuillé répète sans cesse la perte dans un cycle de récurrence. Et à mesure que l'endeuillé réapprend à s'intégrer au monde d'après, monde sans l'être aimé, les cercles de la récurrence s'élargissent de manière exponentielle, le temps entre les répétitions de la perte s'allongeant de plus en plus. Puisque le cycle de récurrence est non linéaire, Hughes le précise, la répétition de la perte peut toujours être douloureuse initialement. Seulement, cette douleur devient de moins en moins puissante au fil de la contextualisation progressive du deuil dans le monde d'après. Comme l'explique Paul Rosenblatt :

Le deuil récurrent n'est pas le deuil constant. Même si les souvenirs et la douleur sont toujours à l'intérieur de soi et peuvent encore être ramenés à la surface de manière récurrente, il ne s'agit pas d'un deuil s'il n'est pas actuellement ressenti, pensé ou exprimé. Même si les crises (*pangs*) du deuil récurrent sont assez intenses et même si certaines crises durent des jours, des semaines ou peut-être même plus longtemps, un deuil qui va et vient peut toujours être compris comme un deuil atténué<sup>301</sup>.

---

299 *Ibid.*, p. 4.

300 HUGHES, E., « Grief and temporality », in BRENCIO, F. (Ed.), *Phenomenology, Neuroscience and Clinical Practice. Contributions to Phenomenology*, vol. 131, Springer, 2024, p. 112.

301 ROSENBLATT, P.C., « Grief that does not end », in KCLASS, D., SILVERMAN, P.R., & NICKMAN, S.L., (Eds.) *op. cit.*, 1996, pp. 55-56.

La conception du deuil comme récurrence peut être comprise à la lumière du concept de répétition chez Kierkegaard, lui-même trouvant un écho dans celui d'éternel retour chez Nietzsche<sup>302</sup>. Dans son bref ouvrage de 1843, à la frontière entre roman et essai philosophique, Kierkegaard distingue la remémoration de la répétition. Alors que la remémoration du passé est délimitée par la finitude et la nécessité comme resurgissement du même, Kierkegaard suggère que la répétition est ouverte à l'infini et à la possibilité, donc à la différence. C'est en comprenant le processus de deuil comme une ouverture future vers la différence que l'on peut concevoir la relation entre l'endeuillé et le défunt comme se prolongeant jusqu'à bien longtemps après le décès, une répétition ne s'achevant jamais véritablement mais évoluant toujours. Dès lors émerge la possibilité d'un lien continu, d'un lien pérenne avec le défunt, tandis que simultanément le sujet endeuillé apprend à retisser un lien avec le monde vécu, le monde qu'il reste à vivre.

### 3. La vie après la perte : croissance post-traumatique, construction de sens et identité pratique

Quel horizon d'espérance, alors, pour l'endeuillé ? Quelle vie après la perte ? Comment est-il possible, en somme, de renouer avec une existence pleinement vécue et non plus suspendue par la mémoire traumatique ? Grâce au concept kierkegaardien de la répétition ou à celui de récurrence, nous pouvons comprendre le processus de deuil comme appartenant à une temporalité circulaire. Mais comment faire pour que cette répétition devienne de moins en moins douloureuse et que, les cercles de la récurrence s'élargissant, le sujet endeuillé apprenne à retisser des relations anciennes et nouvelles et à regagner, comme le disait Merleau-Ponty, la « cohésion d'une vie » ?

Commençons par souligner que le deuil ne comporte pas seulement des aspects négatifs. Pour certains, en effet, la perte peut entraîner des changements positifs. On parle alors de croissance personnelle (*personal growth*)<sup>303</sup>, de changement psychologique positif (*positive psychological change*)<sup>304</sup> ou encore de croissance post-traumatique (*post-traumatic growth*)<sup>305</sup>. Plutôt que de se représenter la croissance comme quelque chose qui se produit « malgré » la perte, la théorie de la croissance post-traumatique considère que la croissance de l'endeuillé est une conséquence directe de l'expérience de la perte. En effet, il y a co-occurrence du deuil compliqué et de la croissance post-traumatique puisque ces deux phénomènes surgissent d'une même cause : la destruction des assomptions sur le monde<sup>306</sup>. Il y a deuil compliqué en ce que la mort violente d'un proche brise notre confiance dans le monde, nous vulnérabilise et nous désillusionne ; il y a croissance post-traumatique en ce que, précisément, ce sont ces mêmes destructions qui imposent d'assumer un nouveau rôle au sein de la famille et, parfois, de la société, de se fixer de nouveaux objectifs et de percevoir le monde à vivre sous une lumière changée<sup>307</sup>.

---

302 KIERKEGAARD, S., *La Reprise (ou La Répétition)*, Paris : Garnier-Flammarion, 1990 ; cf. HUGHES, E., & STENDERA, M., *Heidegger's Alternative History of Time*, London : Routledge, 2024.

303 HOGAN, N. S., MORSE, J., & TASON, M., « Toward an experiential theory of bereavement », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 33, 1996, pp. 43-65.

304 YALOM, I. D., & LIEBERMAN, M. A., « Bereavement and heightened existential awareness », *Psychiatry*, 54, 1991, pp. 334-345.

305 TEDESCHI, R., & CALHOUN, L., « Beyond the concept of recovery: Growth and the experience of loss », *Death Studies*, 32, 2008, pp. 27-39.

306 BELLET, B. W., *et al.*, « Bereavement outcomes as casual systems: A network analysis of the co-occurrence of complicated grief and posttraumatic growth », *Clinical Psychological Science*, 6(6), 2018, pp. 797-809.

307 DAVIS, C. G., NOLEN-HOEKSEMA, S., & LARSON, J., « Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning », *Journal of Personality & Social Psychology*, 75, 1998, pp. 561-574; MCMILLEN, J. C., « Posttraumatic growth: What's it all about? », *Psychological Inquiry*, 15, 2004, pp. 48-52.

La cohésion de la vie après la perte dépend alors d'une production de sens qui puisse progressivement intégrer la mort de l'être proche dans l'ensemble de ses mémoires autobiographiques et de ses représentations du monde. Peter Goldie affirme que c'est la construction d'un récit ou d'un narratif (*narrative*) qui permet de donner au deuil une forme temporelle et de rendre à la vie de l'endeuillé sa cohésion<sup>308</sup>. Le récit en question ne doit pas nécessairement être communiqué à d'autres mais il est amené à être confronté à des perspectives différentes dans l'entourage de l'endeuillé, conduisant, possiblement, à sa révision<sup>309</sup>. Car le processus de production de sens n'est pas une affaire privée mais bien un processus social. Les narratifs partagés, tels que ceux propres aux rites funéraires, jouent un rôle crucial dans la réintégration de l'exceptionnel dans l'ordinaire<sup>310</sup>. Et c'est lorsqu'une famille parvient à un consensus autour du récit sur la perte qu'elle devient plus à même d'intégrer le traumatisme et de gérer ses conséquences matérielles et psychologiques<sup>311</sup>. L'objectif de ce processus de construction narrative est de fournir au sujet endeuillé une « identité pratique » que Christine Korsgaard définit comme « une description selon laquelle on estime que sa vie vaut la peine d'être vécue et que ses actions valent la peine d'être entreprises<sup>312</sup> ». Ce récit, cependant, n'est pas définitif. Comme le remarque Bruner, une bonne histoire contient toujours une part d'incertitude, une ouverture à une pluralité de lectures<sup>313</sup>. Les récits personnels autour du deuil permettent tout à la fois de donner à la perte un sens et à la vie une structure, mais aussi d'enrichir continuellement la relation avec le défunt, de le « réanimer symboliquement<sup>314</sup> », en ce que les récits sont un processus dynamique interpersonnel.

---

308 GOLDIE, P., *The Mess Inside: Narrative, Emotion, and the Mind*, Oxford : Oxford University Press, 2012.

309 RATCLIFFE, M., & BYRNE, E. A., « Grief, self and narrative », *Philosophical Explorations*, 25(3), 2022, pp. 319-337.

310 BRUNER, J., *Acts of Meaning*, Cambridge, MA : Harvard University Press, 1990, pp. 38-50.

311 NADEAU, J. W., *Families making sense of death*, Thousand Oaks, CA : Sage, 1998.

312 KORSGAARD, C., *The Sources of Normativity*, Cambridge : Cambridge University Press, 1996, p. 10.

313 BRUNER, J., *op. cit.*, 1990, pp. 53-54.

314 HIGGINS, K. M., « Love and Death », in DEIGHS, J. (Ed.), *On Emotions: Philosophical Essays*, Oxford : Oxford University Press, 2013, p. 175.



# X. RÉPARER L'IRRÉPARABLE : L'HORIZON DE LA JUSTICE ET DU LIEN RETISSÉ AVEC LE MONDE

## I. Réparer n'est pas restaurer

Si, dans tout deuil, il y a césure d'avec le monde des vivants, le monde vécu et le monde à vivre, il peut se trouver une forme de « recousage » avec celui-ci grâce à un processus judiciaire de réparation. L'énergie de la douleur engendrée par la perte de l'être aimé se trouverait sublimée dans un combat juridique, c'est-à-dire, selon Freud, déplacée sans que rien ne soit perdu de son intensité<sup>315</sup> et redirigée vers la contribution à un intérêt général dans le cadre du procès. La sublimation du chagrin par le fait de mener une action en justice constituerait un moyen de retisser des liens avec le monde et de redonner un sens à la vie. Mais qu'elle est la résistance des coutures ainsi recousues face à la potentialité d'une nouvelle déchirure ? Que peut-on vraiment réparer ? Existe-t-il, aussi, un irréparable ?

Pour Johann Michel, l'homme se fait *homo reparans* lorsqu'un ensemble d'événements et d'actions perturbent et modifient l'état initial d'un organisme, d'une chose, d'une personne, d'un groupe. Réparer correspond à « un ensemble de dispositions (biologiques), de dispositifs (matériels), de techniques ordinaires (sociales), de procédures spécifiques (juridiques) qui visent à remettre en l'état (une chose), à soigner et à guérir (un organisme), à compenser (une offense, un dommage, un crime) ». De la lésion à la perte, Michel poursuit l'analogie : « La réparation se pose, parfois s'impose, parce que les organismes naturels, sociaux, individuels connaissent, de manière conjoncturelle ou structurelle, des déséquilibres, des dissymétries, des amputations, suite à un accident, une catastrophe, une agression<sup>316</sup> ». C'est à partir du XVe siècle que l'action de réparer signifie tout à la fois le fait *mécanique* de réparer des objets comme celui de rétablir un équilibre *moral* à la suite d'une faute ou d'une offense. La réparation est une expiation ou une satisfaction qui prend la forme du châtement ou de l'indemnité reçue au titre du dommage subi. Mais depuis le début du XXIe siècle, un autre sens du terme est apparu, celui de la réparation psychologique des victimes au cours d'un procès<sup>317</sup>. La justice n'aurait plus seulement comme but de « rendre son dû » mais se devrait également de soigner la victime, de « la guérir, de lui redonner vie, de la faire renaître de son malheur<sup>318</sup> ». Didier Fassin et Richard Rechtman identifient, alors, une révolution idéologique qui se serait produite à partir des années 1980, conduisant à une situation où « le blessé de guerre, le sinistré de l'accident, et plus largement la personne frappée par le malheur » passent d'un « statut de suspect », ce qu'ils étaient depuis la fin du XIXe siècle, à un « statut de victime désormais pleinement légitime<sup>319</sup> ».

---

315 FREUD, S., « La morale sexuelle "civilisée" et la maladie nerveuse des temps modernes », in *La vie sexuelle*, Paris : PUF, 1972 ; voir FREUD, S., *Trois essais sur la théorie sexuelle*, in *Œuvres complètes*, VI, Paris : PUF, 2006, p. 176.

316 MICHEL, J., « Qu'est-ce que réparer ? Une anthropologie de la réparation », *Les Cahiers de la Justice*, 3(3), 2024, p. 397.

317 CESONI, M. L., & RECHTMAN, R., « La réparation psychologique de la victime : une nouvelle fonction de la peine ? », *Revue de droit pénal et de criminologie*, 85(2), 2005, pp. 158-178.

318 MICHEL, J., *Le Réparable et l'Irréparable. L'humain au temps du vulnérable*, Paris : Hermann, 2021, p. 244.

319 FASSIN, D., & RECHTMAN, R., *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime* [2007], Paris : Flammarion, 2011, p. 407.

Il est pourtant périlleux de produire un strict parallélisme entre la réparation propre au travail de deuil d'un être disparu et celle qui anime le combat juridique. La réparation juridique consiste, selon la tradition aristotélicienne, dans le rétablissement d'une égalité qui a été bafouée par la faute de l'un au détriment de l'autre. Elle fait retour à un état antérieur au dommage. À l'inverse, le travail de deuil consiste à prendre conscience que la réalisation que l'être perdu est irremplaçable et que sa disparition ne pourra jamais être compensée<sup>320</sup>. Le sujet perdu n'a pas d'équivalent<sup>321</sup>. La dimension tragique du traumatisme et de la perte demeure invariablement incompatible avec toute idéologie du « rebond<sup>322</sup> ». La réparation ne peut alors se penser que comme la reconnaissance de ce qui est irréparable : il s'agit de reconnaître qu'il ne peut y avoir, et qu'il n'y aura jamais, de « retour pur et simple à l'état initial<sup>323</sup> ». La réparation ne doit pas être conçue comme une restauration<sup>324</sup>.

Se pose alors la question suivante : quelles sont les vertus thérapeutiques d'une procédure pénale ? Il est indéniable que le procès est une nouvelle exposition au traumatisme, une potentielle réouverture de la plaie. Car le plaignant comme l'accusé sont au risque de voir tous les recoins de leur vie privée décortiqués par des étrangers, des professionnels de la police et de la justice. « Entrer dans l'espace judiciaire, écrit Justine Lacroix, c'est se résoudre à ce que « sa » vérité ne soit plus qu'une version des faits parmi d'autres, c'est faire face aux éventuelles dénégations des mis en cause et aux arguments de la défense<sup>325</sup> ». Ajoutons à cela une certaine lenteur inhérente à la tenue d'un procès respectant les procédures d'un jugement équitable, les obstacles économiques qui tiennent au coût d'un avocat ou encore l'inégalité sociale dans la maîtrise du langage et des rouages du discours juridique qui influence grandement la crédibilité des parties engagées. Mais si le procès est une véritable lutte, elle paraît néanmoins essentielle à la victime qui y place l'enjeu de la sauvegarde de sa dignité. Dans *La lutte pour le droit*, le juriste allemand Rudolf von Jhering écrit à ce titre : « [...] dans les procès où il s'agit pour le demandeur de résister à une outrageante mésestime de son droit, il ne lutte pas pour le misérable objet du litige, mais pour un but idéal : la défense de sa personne même et de son sentiment du droit. [...] le procès cesse d'être pour lui une simple question d'intérêt, pour devenir une question de dignité et de caractère : l'affirmation ou l'abandon de sa personnalité<sup>326</sup>. » Dès lors, la réparation juridique s'inscrit-elle dans un processus de lutte pour la reconnaissance tel que Axel Honneth l'a développé à partir des écrits de Léna du jeune Hegel<sup>327</sup>. Il s'agit de défendre la condition de son existence morale.

---

320 FLEURY, C., *Les irremplaçables*, Paris : Gallimard, 2015.

321 MOREL CINQ-MARS, J., *Le Deuil ensauvagé*, Paris : PUF, 2010.

322 FOESSEL, M., *Le Temps de la consolation*, Paris : Seuil, 2015, p. 10.

323 MICHEL, J., *op. cit.*, p. 342.

324 BESSONE, M., *Faire justice de l'irréparable. Esclavage colonial et responsabilités contemporaines*, Paris : Vrin, 2019, p. 35.

325 LACROIX, J., « Demander justice », in « Justice ou réparation ? », *Esprit*, 3, 2024, p. 42.

326 JHERING, R., *La lutte pour le droit*, Paris : Dalloz, 2006, p. 21.

327 HONNETH, A., *La lutte pour la reconnaissance*, Paris : Gallimard, 2013.

## 2. Entre colère et désir de vengeance : la sublimation des passions ressentimentistes par le combat juridique

On ne peut parler de sublimation que lorsque le processus de déplacement des pulsions est créatif et non pas destructeur. Lorsque la colère générée par la douleur de la perte d'un être cher se transforme en désir de vengeance, le canal du combat juridique est perverti. Il a pour but de faire du mal autant qu'on a pu nous en faire, suivant la logique bien connue du Talion, « œil pour œil, dent pour dent ». Le ressentiment est un état affectif qui maintient le sujet dans un réactivité permanente face à l'injustice. Dans *L'Homme du ressentiment*, en amont de la Première Guerre mondiale, Max Scheler définit cet état ainsi : « L'expérience et la rumination d'une certaine réaction affective dirigée contre un autre, qui donnent à ce sentiment de gagner en profondeur et de pénétrer peu à peu au cœur même de la personne, tout en abandonnant le terrain de l'expression et de l'activité<sup>328</sup> ». Le ressentiment est une rumination, une « ré-action » émotionnelle qui se mâche et se remâche. Gilles Deleuze, lisant Nietzsche, comprend le ressentiment comme un déficit d'oubli qui aurait dû faire de la place dans l'inconscient réactif en tant qu'appareil d'amortissement primordial dans la digestion des empreintes mnémiques<sup>329</sup>. Ainsi ces traces commencent-elles à s'accumuler, entamant un processus où les réactions ne sont plus *agies* mais *senties*. La conscience se trouve véritablement assiégée par des souvenirs, des envies, des désirs qui hantent et qui redoublent le sentiment. D'où le terme de « re-sentiment » désignant la victoire des forces réactives sur les forces actives.

Si la colère de l'endeuillé est tout à fait légitime, son ressentiment décrit une pente mortifère qui prolonge la séparation entre soi et le monde. Dans *Ci-gît l'amer*, Cynthia Fleury propose ainsi de trouver une manière de guérir du ressentiment en prenant goût à l'amertume, à ce *pretium doloris* :

L'amertume est le prix à payer de cette absence d'illusion, mais qui confère alors une forme de pureté au goût restant ; sans doute, tel est le choix : une illusion totale sans amertume mais qui fait manquer toute perception du goût véritable et de l'autre, une amertume réelle qui, une fois sublimée, laisse apparaître une douceur possible, terriblement subtile, vulnérable à souhait, mais d'une grande rareté magnifique<sup>330</sup>.

Plus loin, Fleury ajoute qu'assumer le *pretium doloris* ne consiste pas seulement à choisir l'action plutôt que la réaction qui, elle-même, n'est que le déguisement de la non-action et de l'isolement dans l'imaginaire. C'est aussi, dit-elle, « avoir le courage de ne plus attendre la réparation. [...] Abandonner la plainte, la justice de cette plainte, prendre ce risque-là, non pas capituler, mais décider que sa blessure sera ailleurs, qu'elle n'est pas là, dans cet échange médiocre avec l'autre<sup>331</sup> ». Ici, s'impose, sans doute, une nécessaire clarification. Si Fleury semble rejeter le bien-fondé d'une lutte pour la réparation, c'est qu'il se trouve une tension complexe dans l'objet même de la réparation. La question n'est pas : « Réparer ou ne pas réparer ? » La question fondamentale est, bien davantage, celle-ci : « Que peut-on réparer ? » Fleury, alors, de préciser :

---

328 SCHELER, M., *L'Homme du ressentiment*, Paris : Gallimard, 1971, p. 9.

329 DELEUZE, G., *Nietzsche et la philosophie*, Paris : PUF, 2014, pp. 127-130.

330 FLEURY, C., *Ci-gît l'amer. Guérir du ressentiment*, Paris : Gallimard, 2020, p. 51.

331 *Ibid.*, p. 56.

Renoncer à la justice, non pas à l'idée de justice, mais à l'idée d'être le bras armé de cette justice, ou que d'autres le soient. Il y aura peut-être justice, cette quête peut exister, mais à l'unique condition de ne pas susciter le ressentiment, la haine de l'autre comme moteur. Toute notre histoire, notre cheminement historique civilisationnel sont construits là-dessus : il n'est donc nullement simple d'abandonner ce moteur classique de l'histoire et d'inventer un autre déploiement, celui d'une injustice qui se pense par l'action, l'engagement, l'invention, la sublimation, et non la réparation. Bien sûr, les protocoles de réparation sont essentiels, et sont le fait des institutions, avec tout ce qu'il y a d'insuffisant dans le processus. Ils constituent souvent le noyau central des politiques publiques. Mais là nous évoquons l'individu, comment il échappe à son propre ressentiment, comment il s'extrait de la prison de l'injustice sociale, et de celle formée par ses propres représentations mentales, ou comment il comprend enfin qu'on ne répare pas ce qui a été blessé, cassé, humilié, mais qu'on répare « ailleurs » et « autrement » : ce qui va être réparé n'existe pas encore<sup>332</sup>.

Il ne s'agit pas, alors, pour l'endeuillé de souhaiter réparer sa propre perte, sa propre douleur. Cette amertume-là ne pourra être compensée. L'objet de la réparation n'est pas la souffrance individuelle qui devrait trouver une forme de dédommagement dans le châtement de l'autre ; cet objet doit être, afin de sublimer le chagrin et la colère, le lien qui relie au monde, le lien qui relie aux autres, ce même lien qui a été brisé dans le meurtre accidentel. « Ce qui va être réparé n'existe pas encore », il est à faire, comme on fait justice et non point vengeance.

### **3. Ubuntu ou refaire lien avec le monde : dire la vérité de la commune tragédie de l'accident**

« Faire justice » n'est pas « se faire justice » : il existe une justice qui ne prononce pas le châtement, qui ne prolonge pas le désir de vengeance, qui ne se fait pas, en somme, la structure légitimante et exécutive des pulsions ressentimentistes. Cette approche reconstructive, plutôt que destructive, de la justice, a trouvé l'occasion de se développer dans le cadre de la Commission Vérité et Réconciliation qui, des années 1990 jusqu'en avril 2004, a eu pour objectif de reconstruire la société sud-africaine après le traumatisme du régime de l'apartheid<sup>333</sup>. Desmond Tutu, archevêque anglican, prix Nobel de la paix en 1984 et président de la Commission, théorise ainsi la justice reconstructive à l'aide du concept de « philosophie *ubuntu* ».

Je soutiens, écrit-il, qu'il existe une autre forme de justice, une justice reconstructive, qui était le fondement de la jurisprudence africaine traditionnelle. Dans ce contexte-là, le but recherché n'est pas le châtement ; en accord avec le concept d'*ubuntu*, les préoccupations premières sont la réparation des dégâts, le rétablissement de l'équilibre, la restauration des relations interrompues, la réhabilitation de la victime, mais aussi celle du coupable auquel il faut offrir la possibilité de réintégrer la communauté à laquelle son délit ou son crime ont porté atteinte<sup>334</sup>.

---

332 *Ibid.*, p. 57.

333 COURTOIS, G., « Le pardon et la "Commission Vérité et Réconciliation" », *Droit et cultures*, 50, 2005, pp. 123-133.

334 TUTU, D., « Il n'y a pas d'avenir sans pardon », Paris : Albin Michel, 2000 ; Rapport remis au Président Nelson Mandela, § 36.

L'*ubuntu* est un terme issu des langues bantoues africaines qui signifie « humanité » au sens d'une certaine « bonté », « solidarité » ou « fraternité »<sup>335</sup>. Au Rwanda ou au Burundi, le mot renvoie à la « générosité humaine ». En langue xhosa et zoulou d'Afrique du Sud, l'idée d'*ubuntu* est contenue dans un proverbe : « Toute personne n'est une personne qu'à travers d'autres personnes<sup>336</sup> ». Comme un écho à la phrase de Hegel qui, dans la *Phénoménologie de l'esprit*, affirme que « la conscience de soi n'atteint sa satisfaction que dans une autre conscience de soi<sup>337</sup> ». La problématique du deuil et de la quête de réparation après un accident de la route peut paraître bien éloignée de la philosophie *ubuntu* et de la justice reconstructive propre à la Commission Vérité et Réconciliation. Le traumatisme est individuel dans le cas de l'accident tandis qu'il est collectif pour l'apartheid. Pourtant, dans ce premier cas, la blessure est bien moins individuelle qu'il ne semble à première vue.

En effet, au cœur du paradoxe de la réparation de l'irréparable, Antoine Garapon affirme que le processus de réparation ne peut prendre place que là où l'irréparable a d'abord été acté<sup>338</sup>. L'accident de la route constitue ainsi le croisement spectaculaire de la sphère publique et du domaine privé, des enjeux politiques de sécurité et des dynamiques intimes qui tiennent aux conséquences du traumatisme. La mort de l'être aimé, sur la voie publique, ne peut se réduire à une affaire privée, aux pleurs de la famille et des proches qui se devraient d'accomplir leur travail de deuil le plus discrètement possible. Parce que l'événement traumatique s'est produit dans la rue, à ciel ouvert, il est d'autant plus flagrant que le meurtre accidentel questionne la responsabilité de la collectivité. Cela ne revient pas à dire, certes, que ce qui se passe dans le huis clos des familles, derrière des portes fermées, ne concerne nullement la justice et la politique. Bien au contraire, il semblerait que ce qui se déroule au vu et au su de tous, sur la place publique, démontre l'inévitable rencontre des individus, leur potentielle collision et donc, tout aussi inévitablement, l'intrication de l'intime et du politique jusque dans la matérialité des corps. La vulnérabilité constitutive des sujets étant, étymologiquement, l'ouverture à la blessure de l'autre (du latin *vulnus*). Réparer est donc l'affaire de tous.

Puisque l'on ne peut se défaire de cette interdépendance et exposition à la blessure de l'autre, puisque le sujet est fondamentalement « ex-statique », comme l'écrit Butler<sup>339</sup>, l'horizon de la réconciliation avec le monde ne peut s'envisager comme un oubli ou une amnistie de celui, de celle ou de ce qui a blessé. Il y a un « courage de la vérité<sup>340</sup> » à porter, selon l'expression foucauldienne : assumer, face au péril de la mort, une certaine responsabilité individuelle et collective, qui parvienne à démêler ce qui tient de l'évitable de ce qui tient de l'inévitable, ce qui relève de l'action publique de ce qui constitue l'irréductibilité de l'aléatoire, de l'imprévisible, du hasard. Se distanciant de Jankélévitch<sup>341</sup>, Derrida distingue alors l'oubli réconciliateur du « pardon inconditionnel », un pardon qui n'oublie pas mais qui se donne sans contrepartie.

---

335 KABERA, A., « Le concept d'Ubuntu et la guérison du paralytique en Mc 2, 1-12 », *Laval théologique et philosophique*, 79(2), 2023, pp. 161-177.

336 TUTU, D., in NGOMANE, M, *Ubuntu : Je suis, car tu es. Leçons de sagesse africaine*, Paris : HarperCollins, 2019, pp. 14-15.

337 HEGEL, G. W. F., *Phénoménologie de l'esprit*, trad. BOURGEOIS, B., Paris : Vrin, 2020, p. 260.

338 GARAPON, A., cité par L'HEUILLET, H., in « Le désir de réparation, sens et limites », *Sens-Dessous*, 30(2), 2022, p. 110.

339 BUTLER, J., *Vies précaires. Le pouvoir du deuil et de la violence*, Paris : Amsterdam, 2005 ; voir aussi BUTLER, J., *Le récit de soi*, Paris : PUF, 2007.

340 FOUCAULT, M., *Le courage de la vérité. Le gouvernement de soi et des autres II, Cours au Collège de France*, 1984, Paris : Seuil, 2009.

341 JANKÉLÉVITCH, V., *L'Imprescriptible. Pardonner ? Dans l'honneur et la dignité*, Paris : Seuil, 1986.

Dans un entretien, Derrida dit :

[...] je crois en tout cas à l'hétérogénéité absolue entre le mouvement ou l'expérience du pardon d'une part et tout ce que trop souvent on lui a associé, c'est-à-dire la prescription, l'acquiescement, l'amnistie, voire l'oubli sous toutes ses formes. L'oubli, ce n'est pas simplement le fait de perdre la représentation du passé, mais simplement de se transformer, de se réconcilier, de reconstituer un autre corps, une autre expérience. Par conséquent, je ne sais pas si le pardon est possible, mais s'il est possible, il doit s'accorder à ce qui est et reste d'une certaine manière impardonnable. Si on pardonne ce qui est pardonnable, ou ce à quoi on peut trouver une excuse, ce n'est plus du pardon ; la difficulté du pardon, ce qui fait que le pardon paraît impossible, c'est qu'il doit s'adresser à ce qui reste impardonnable<sup>342</sup>.

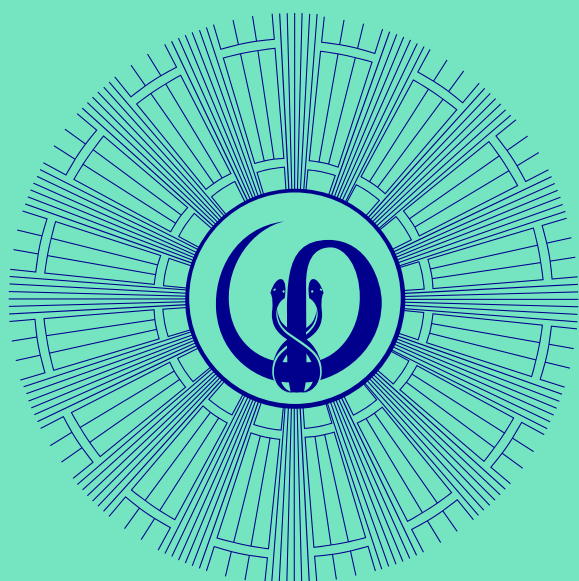
Le pardon permet de suspendre le désir de vengeance et le ressentiment, sans exclure pour autant le droit<sup>343</sup>. « On peut imaginer, dit Derrida, que quelqu'un, victime du pire, en soi-même, chez les siens, dans sa génération ou dans la précédente, exige que justice soit rendue, que les criminels comparaissent, soient jugés et condamnés par une cour – et pourtant dans son cœur pardonne<sup>344</sup>. » Seulement, le pardon de l'impardonnable, tel que le définit Derrida du moins, peut sembler, pour l'endeuillé, une montagne infranchissable. Ou une montagne qu'il peut ne même pas souhaiter franchir, d'ailleurs. Dans certains cas, en effet, le pardon se révèle être un concept contre-productif, car exiger de l'endeuillé qu'il pardonne revient à exercer sur lui une pression morale intolérable. Or, le pardon n'est nullement le seul chemin de la réparation. Sans le pardon, il est tout de même possible de trouver la voie d'une sublimation et engager quelque chose comme un processus (ou procès) de compréhension de la *commune* tragédie de l'accident – commune en ce qu'elle est banale, commune en ce qu'elle révèle, aussi, l'interdépendance entre les êtres humains. Ainsi, et malgré tout, s'ouvre à l'endeuillé l'horizon d'un recousage, bien que fragile, entre soi et le monde.

---

342 DERRIDA, J., « Justice et pardon », entretien avec SPIRE, A., in DERRIDA, J., *Sur parole : Instantanés philosophiques*, Paris : Éditions de L'Aube, 1999, p. 136.

343 NASCIMENTO, E., « Introduction : Derrida au Brésil. Actes de mémoire et le pardon », in DERRIDA, J., & NASCIMENTO, E., *La Solidarité des vivants et le pardon*, Paris : Hermann, 2016, p. 39.

344 DERRIDA, J., « Le Siècle et le pardon », in DERRIDA, J., *Foi et savoir, suivi de Le Siècle et le pardon*, entretien avec WIEVORKA, M., Paris : Seuil, 1996, p. 128.



# CONCLUSION

Le travail de deuil des familles et proches de jeunes victimes d'un accident de la route se rapporte, de manière intrinsèque et quasi nécessaire, à un deuil compliqué. En reprenant les trois significations des substantifs anglais correspondant au terme « deuil », la complexité de ce processus apparaît comme la conséquence de l'enchevêtrement des dimensions situationnelle (*bereavement*), psychologique (*grief*) et sociale (*mourning*).

Situationnelle d'abord. Le deuil d'une victime d'un accident de la route de moins de 25 ans se place à l'intersection de la perte d'un être proche et du traumatisme. Les endeuillés doivent faire face à la disparition de leur proche et, avec elle, à la disparition de leur identité de parent, de frère/sœur, d'ami, d'amant et donc de soignant et d'aidant (*caregiver*). Les survivants à l'accident doivent, de plus, résister à la brutalité de la perte dite « traumatique », c'est-à-dire inattendue, soudaine et violente.

Psychologique ensuite. L'énormité de l'événement constituée par la superposition de deux détresses – détresse de séparation et détresse traumatique – est associée à un grand nombre de comorbidités psychologiques et physiques qui complexifient le processus de deuil. L'intensité des émotions ressenties est telle que les survivants à la perte peinent à les réguler. Face à cette submersion émotionnelle, l'intégration équilibrée des réactions de deuil paraît hors de portée et la consommation par le deuil une pente inévitable.

Sociale enfin. Les émotions de ce deuil compliqué s'inscrivent dans le matériau du tissu social. Les parents qui ont perdu un enfant dans un accident ressentent, souvent, une forte culpabilité puisque leur perte est la marque qu'ils ont failli dans leur rôle de protecteur. En outre, la mort d'un enfant, puisque rare, est perçue comme une injustice. Elle engendre la colère et le désir de vengeance de ceux qui ont cru à l'impossibilité d'un tel événement. Il ne peut s'agir d'un accident mais de l'effet d'une cause extérieure qu'il faut condamner. Il en résulte une perturbation significative du fonctionnement familial, un défi donné à son adaptabilité et sa cohésion. Au sein même du couple endeuillé, un processus cyclique de régulation des émotions se met en branle qui peut tout autant être la source d'un soutien mutuel et d'un renforcement des relations, que le prélude à la séparation. Par ailleurs, le processus de deuil est social en ce que son bon déroulement est hypothéqué à sa reconnaissance. Ainsi identifie-t-on des *disenfranchised griefs*, des deuils qui n'ont pas le droit d'être pleurés : le deuil dans la fratrie, le deuil de l'ami proche et intime ainsi que le deuil vicariant. L'absence de reconnaissance du deuil participe de sa complication.

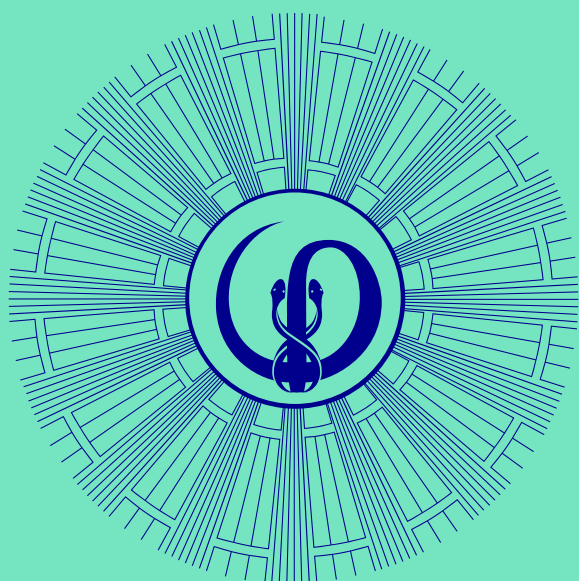
Dans le but de redonner à ces survivants une capacité d'agir (*empowerment*) renouvelée et de leur ouvrir le champ des perspectives, la *grief counseling*, et notamment les groupes de soutien, se révèlent particulièrement utiles. Ils offrent, en effet, un cadre d'expression désinhibé de la douleur et de partage transformatif des expériences individuelles. Notons, néanmoins, que l'efficacité de ce *grief counseling* est conditionnée à la constitution d'un groupe homogène et dont l'intégration surviendrait non pas dans le post-immédiat du décès mais dans le moyen terme.

Car le temps est, sans doute, une des dimensions les plus complexes au sein du phénomène de deuil. Le traumatisme que constitue la mort de l'être proche a brisé le temps, sa continuité. Et avec la destruction du temps, la destruction de la capacité du sujet à être au monde, à faire sens de soi et du monde. Pour retrouver la cohésion d'une vie, il s'agit, pour l'endeuillé, d'« apprivoiser » sa mémoire traumatique, aisément réactivée par des rappels géographiques, temporels ou numériques. En concevant la trajectoire du deuil selon une temporalité circulaire, plutôt que linéaire, marquée par le phénomène de la récurrence et ouverte vers la différence, l'endeuillé peut envisager sa relation avec le défunt non pas comme s'achevant avec l'accident mortel mais comme se poursuivant par-delà la mort. La



croissance post-traumatique émerge alors comme relevant d'une construction narrative partagée qui intègre progressivement la mort de l'être proche dans l'ensemble des mémoires autobiographiques. Le sujet endeuillé se couvre d'une nouvelle identité pratique selon laquelle il estime que sa vie vaut la peine d'être vécue.

Outre la construction d'une identité pratique et d'un récit sur la relation entre l'endeuillé et le défunt, il existe, enfin, une autre forme de création capable de déplacer l'énergie de la douleur engendrée par la perte, une autre forme de sublimation : le combat juridique. Le procès est une manière de transformer ce qu'il peut y avoir de passions ressentimentistes, de colère ou de désir de vengeance, en lutte pour la réparation, non pas de la douleur de l'endeuillé – puisque cette amertume ne pourra jamais trouver de compensation –, mais du lien qui relie au monde, celui-là même qui a été brisé dans le meurtre accidentel. Ainsi, en faisant de l'événement traumatique la matière d'un combat pour l'intérêt général, l'endeuillé peut-il recoudre la béance qui le séparait du monde. Et considérer, conséquemment, qu'il n'existe pas que sa propre peine mais également celle que l'on peut éviter aux proches de toutes les filles, sœurs, ou amies, de tous les fils, frères, ou amis qui empruntent, simplement, une route.



# **OUTILS D'ACCOMPAGNEMENT POUR LES PROFESSIONNELS**

# 1. Le primo entretien

## Quand ?

- De préférence, pas dans le temps du post-immédiat du décès de l'être aimé (d'autres proches et professionnels ont pu prendre soin des souffrances psychologiques les plus aiguës) ;
- Le temps du primo entretien est celui du **moyen-terme** : autour de 6 mois après le décès, mais la période peut varier entre quelques semaines et deux à trois ans après le drame ;
- Temps conditionné par le traitement social et judiciaire d'une situation traumatique.

## Quel cadre thérapeutique ?

- Un **cadre souple** : s'adapter aux contours de la personnalité de l'endeuillé et à sa situation de deuil ;
- Le primo entretien peut être le fruit d'une décision propre à un individu comme l'effet de la persuasion de l'entourage pour un sujet qui serait porté par des conduites de déni ou d'évitement ;
- La participation au premier entretien n'indique pas nécessairement une adhésion au processus thérapeutique : prévoir la possibilité d'une **résistance psychique**.

## Avec qui ?

- Seul ou en famille : une dynamique différente, des questions différentes mais toutes pertinentes ;
- La question des **jeunes enfants** : il ne s'agit pas d'éviter la présence des enfants au motif qu'ils seraient trop jeunes et qu'ils devraient être préservés. C'est en ne les écartant pas de la réalité vécue qu'on les préserve. Si l'enfant est jeune, il est préférable de le recevoir en présence de son ou ses parents plutôt qu'individuellement.
- En incluant toute la famille, il est possible de discuter de la dynamique au sein de la cellule et du **souci empathique entre les membres**.

## De quoi discute-t-on ?

- De l'événement traumatique ;
- Du défunt et de la nature du lien émotionnel qui le relie à la famille endeuillée ;
- Des souffrances psychiques et somatiques personnelles à chacun ;
- Des changements relationnels au sein même de la famille ;
- Des processus administratifs et judiciaires qui parasitent le travail de deuil.

## Orientation de la discussion :

Deux thérapeutes conduisent, de préférence, la discussion pour une approche bifocale, donc plus attentive à la personnalité des endeuillés et aux circonstances du deuil. L'un des *grief-caregiver* se concentre sur les mouvements émotionnels individuels et leur modulation, l'autre s'intéresse à la dynamique interactionnelle de l'ensemble groupal.

## « Parler le deuil » :

- Besoin de définir, communément et pour un temps, le cadre de la discussion (qui pourra évoluer au fil des échanges), ce qui peut être dit, ce qui est encore de l'ordre de l'indicible et l'importance du récit que l'on fera de la mort et de la relation pérenne avec le défunt.
- Déplier sa douleur : commencer à poser des mots sur les différentes sensations corporelles et psychiques liées au deuil, ne pas se concentrer sur les descriptions des diagnostics du DSM-5 mais écouter de manière sensible l'écho du traumatisme (cf. fiche n° 5).

## 2. Le couple endeuillé

### Un équilibre nécessairement bouleversé

Les deux membres du couple souffrent qualitativement, quantitativement et temporellement différemment : ils ont chacun une histoire traumatique particulière qui resurgit au moment du décès. Ils n'auront pas la même manière de souffrir, de faire face à cette souffrance et d'inventer leurs protocoles de résilience. De cette différence émerge une remise en question de l'équilibre au sein du couple :

- Asynchronie des réactions chez les deux parents ;
- Double souffrance : souffrance personnelle liée à la mort de l'enfant et souffrance interpersonnelle de voir l'autre souffrir ;
- Conséquences très variables sur l'activité sexuelle du couple ;
- Question des enfants survivants : risque de faire de l'enfant survivant le réceptacle des souffrances parentales et de projeter sur lui l'horizon de la réparation.

Ainsi, le travail d'intercompréhension et de tolérance concernant le processus personnel de résilience de chacun est clé. Il est conseillé d'identifier les attitudes au sein du couple qu'il s'agirait d'éviter/encourager, sans toutefois faire peser le poids d'un modèle de conduite normativement réglé.

Les attitudes à repérer et à éviter	Les attitudes à encourager
Ne pas montrer ses sentiments	Autoriser l'autre et soi-même à exprimer ses pensées, ses émotions, ses besoins
Accuser l'autre	Respecter la différence de réaction chez l'autre
Surprotéger son conjoint	Garder une écoute attentive
Prendre des décisions relatives à l'enfant décédé de façon isolée (dons d'organes, funérailles, habits de l'enfant, réfections de sa chambre, etc.)	Maintenir des contacts physiques (expression de tendresse et de délicatesse sans que cela devienne une obligation ou une résignation)

### Des possibilités d'accompagnement complémentaires

- *Thérapie individuelle et thérapie de couple*
- *Groupe d'entraide de couples endeuillés* : les parents qui deviennent animateurs d'un groupe d'entraide apprennent à réguler leurs émotions, tandis que les autres parents peuvent voir le parent animateur, lui-même endeuillé, comme l'un des seuls qui puissent les comprendre. Il montre qu'au-delà de la perte incommensurable et de la douleur il y a une (sur)vie psychique.
- *TCC* : thérapie adaptée aux endeuillés qui souhaitent se concentrer sur la régulation des pensées automatiques négatives, des émotions intenses et la recherche de comportements adaptatifs.
- *Hypnose* : dans le cas spécifique d'une mort traumatique (soudaine, violente et inattendue), l'hypnothérapie offre la possibilité de dire au revoir au défunt et, in fine, de se libérer des sentiments de colère ou de culpabilité qui ont pu surgir des circonstances de l'événement.
- *EMDR* : thérapie permettant de réduire les troubles anxieux sur les court et long termes.
- *VR* : Générer un avatar du défunt permet de poursuivre virtuellement la relation mais les conséquences de cette méthode demeurent encore peu étudiées.

### Comment arbitrer entre ces types d'accompagnement ?

La thérapie la plus adaptée sera celle qui correspond à la sensibilité de l'endeuillé : individuelle ou collective, fondée sur le travail conscient ou inconscient, etc. Ces différents accompagnements ne sont pas interchangeables ; ils sont **complémentaires**. Surtout, le bon déroulement de la thérapie dépendra, en grande partie, de la qualité de la relation de soin entre l'endeuillé et le thérapeute.

## 3. Le deuil dans la fratrie

### Particularités du deuil dans la fratrie :

1. **Un double deuil** : deuil de la sœur ou du frère et deuil à l'égard de chacun des membres de la famille, transformés par le premier deuil ;
2. **Un deuil non reconnu** (*disenfranchised grief* ; Doka, 1989) en ce qu'il est, la plupart du temps, masqué par le deuil parental.

Le soutien aux fratries endeuillées nécessite donc une réflexion préalable pour éviter les réactions contre-transférentielles et identifier les vulnérabilités tout comme les ressources propres à chacun des membres de la cellule familiale.

### Un parcours thérapeutique

- **Primo entretien** (cf. [fiche n° 1](#)) : de préférence avec l'ensemble du noyau familial principal, surtout si les enfants survivants sont jeunes.
- **Un premier temps individuel** : étant donné que la fratrie est un milieu aussi bien tissé par l'amour et le soin que tiraillé par les rivalités, l'emprise, et le contrôle mutuel – variable selon les âges et les écarts d'âge –, il est souhaitable de recevoir d'abord individuellement chacun des enfants de la fratrie endeuillée afin d'éviter tout phénomène d'autocensure. Ainsi peuvent-ils et elles exprimer librement leurs émotions (peur, sentiment d'anormalité, culpabilité, agressivité, colère contre les parents, sentiment d'abandon, volonté de vengeance, crainte de l'avenir, etc.) sans chercher à protéger leurs frères et sœurs du chagrin ou à se protéger eux-mêmes du jugement.
- **Un second temps en commun** : lorsque cela est possible et que la distance n'est pas un obstacle, le travail thérapeutique peut s'organiser en commun avec l'ensemble de la fratrie ou même, dans certains cas, avec d'autres fratries endeuillées au cours d'ateliers de parole. Le thérapeute, en tant qu'« adulte transitionnel<sup>1</sup> », permet alors la traduction et la circulation de l'indicible au sein de la dynamique fraternelle.

### Un exemple de thérapie de groupe

Groupes (de 4 à 8 enfants, de 6 à 18 ans) fermés s'articulant autour de quatre ateliers d'1h30 chacun (cf. Hélène Romano, 2023) :

1. *Le dessin* : figuration directe du défunt afin de souligner les éléments traumatiques. Les enfants reviennent sur la chronologie des faits, leur construction mnésique ou leur incapacité à se remémorer l'événement.
2. *Le mandala des émotions* : représenter ses émotions sous forme de couleurs, évaluer la part de vide dans le mandala exprimant le sentiment d'abandon et l'absence du frère ou de la sœur.
3. *Le découpage/collage* : représenter sa famille passée, présente et future en découpant et collant des images trouvées dans des magazines et des journaux. Le support permet l'expression de l'agressivité : on déchire, on froisse, on barre, on recolle.
4. *Le travail de la terre* : mouvement régressif fondamental consistant à malaxer, mettre de l'eau, faire de la boue afin de se libérer de la fonction d'enfant-prothèse des adultes.

### Dans quel objectif ?

Faire que le lien fraternel devienne une force essentielle qui permette au sujet de continuer à vivre, un facteur de résilience dans le processus de deuil.

---

1 ROMANO, H., « Être un adulte transitionnel ou Comment permettre à l'enfant de se dégager de l'impact du trauma », *Dialogue*, 189(3), 2010, pp. 121-130.

## 4. La difficulté du travail de *grief-caregiver*

### Définition

Le *grief-caregiver* est celui qui se tient auprès d'une personne endeuillée. Cela peut correspondre au deuxième cercle du défunt (amis, famille plus éloignée, beaux-parents, collègues), comme aux thérapeutes eux-mêmes.

➔ Les *grief-caregivers* sont confrontés à la problématique du deuil vicariant, deuil par ricochet de ceux qui accompagnent une personne endeuillée.

### Enjeux de la relation de soin

- **Ambivalence et imprévisibilité des réactions de l'endeuillé** : les proches de l'endeuillé sont placés dans une certaine incompréhension de ce qu'ils peuvent faire pour l'aider. Il est possible de craindre d'activer la colère ou de renforcer le chagrin. La difficulté est liée au fait que chaque endeuillé nécessite un accompagnement spécifique, évoluant en fonction de son propre travail de deuil. Il peut avoir envie de parler à une personne un jour, à une autre personne un autre jour ou ne pas vouloir parler du tout à d'autres moments.
- **Maintenir le lien de confiance entre le *grief-caregiver* et l'endeuillé** : en situation de deuil, le tissu relationnel est fragile. Une fausse réassurance, une déculpabilisation compassionnelle ou une banalisation et relativisation de la peine peuvent compromettre le lien. Ces attitudes dénie à l'endeuillé la validité de ses sentiments. Il est utile donc de mettre en place un « ajustement humanisant » pour être au plus près des besoins de l'endeuillé.
- **Privilégier les questions ouvertes** : afin d'instaurer une *safe place*, un endroit où la parole est libre et entendue, il est préférable d'employer des formulations non suggestives qui temporalisent – plutôt « comment vas-tu aujourd'hui ? » que « tu vas bien ? ».
- **Allier présence et silence** : le soutien n'a pas toujours besoin de paroles ou de faire parler. Il s'agit, pour le *grief-caregiver*, d'être avec l'endeuillé « faibles ensemble » (Nasio, 2002), c'est-à-dire de faire preuve d'une pleine empathie, d'un accueil et d'une présence silencieuse tout en ne s'obligeant pas à faire semblant ou à formaliser un sentiment.

### Disponibilité, exposition à la violence et au traumatisme

La violence de la confrontation avec l'endeuillé peut conduire les proches et accompagnants à être débordés par leurs propres émotions. Il est nécessaire de formuler quelques recommandations sur la gestion émotionnelle des *grief-caregivers* eux-mêmes :

- **Identifier et prévenir les mécanismes de défense** : les mécanismes de défense (banalisation, déni, mensonge, ironie, évitement, identification projective, rejet, etc.) sont des processus psychiques inconscients qui visent à protéger les sujets contre ce qui est perçu comme des agressions extérieures. Les intervenants sont invités à les identifier dans leur propre mode de fonctionnement comme symptômes d'un épuisement psychique et d'une moindre disponibilité.
- **Le trauma des accompagnants est inévitable mais essentiel** : le proche ou le thérapeute a besoin de mobiliser ses propres affectivité et biographie pour s'ajuster au mieux, de manière créative et respectueuse, au traumatisme de l'endeuillé.

### L'auto-analyse comme remède aux réactions contre-transférentielles

Il est recommandé d'instaurer des espaces de supervision pour offrir aux thérapeutes un temps de reprise clinique. Le professionnel comme les proches des endeuillés peuvent analyser leurs propres émotions afin de limiter les risques de contamination psychique.

# 5. Expression et transformation de la douleur du deuil

## Le temps long du deuil

« Combien de temps vais-je souffrir ? » : à cette question, il s'impose d'évoquer, avec le plus d'empathie possible, la complexité de la phénoménologie du deuil.

- La mort de l'être proche perturbe le « maintenant » intersubjectif du sujet, sa capacité d'être au monde : il n'y a pas de retour possible à l'état antérieur à la mort, « l'acceptation de la réalité est une tâche sans fin » (Winnicott, 1971).
- Déconstruire la représentation linéaire du temps du deuil : introduire les notions de « récurrence » (Hughes, 2024), de « vagues du deuil » ou de « répétition » (Kierkegaard, 1843) pour évoquer la circularité du processus.
- Insister sur la pérennité du lien (théorie des *continuing bonds* ; Klass & Steffen, 2018) avec la personne défunte et la possibilité du dynamisme des sentiments.
- Trouver la manière de déployer une vérité capacitaire (Fleury, 2019) : se soucier de la manière dont on dit la vérité, sans pour autant mentir, afin d'accompagner de la façon la plus capacitante l'endeuillé et ne pas faire obstacle au soin.

## L'inconscient traumatique et son irruption dans la vie quotidienne

- *Triggers* géographiques, temporels ou numériques de la mémoire traumatique ;
- Rêve de la personne défunte ;
- Effondrement matinal, etc.

Face à ces rappels, venus de l'inconscient, de la mort de la personne aimée, il semble vain de vouloir nier la présence, voire l'omniprésence, de l'absent. Il s'agit de s'habituer à l'existence persistante de cette « chaise vide » et d'apaiser la violence de ces rappels en acceptant leur possible surgissement. La voie du rétablissement conçu comme croissance post-traumatique est, en grande partie, une voie narrative, celle qui consiste à redonner à sa vie une certaine cohésion temporelle et psychique en « faisant récit ».

## Faire récit du deuil et de son après

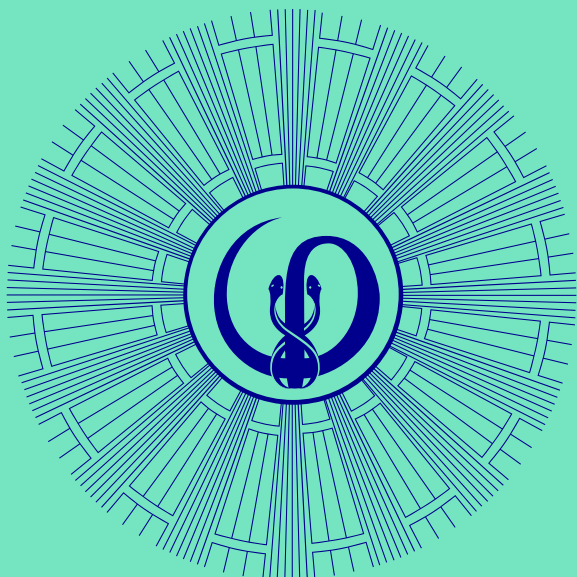
- Intégrer la mort de l'être proche dans l'ensemble de ses mémoires autobiographiques et ses représentations du monde ;
- Se fabriquer une « identité pratique » afin d'envisager la vie comme valant la peine d'être vécue ;
- Notons que la construction narrative n'est pas une affaire privée. Elle est, fondamentalement, un processus social, une co-construction qui fait se confronter les diverses perspectives de l'entourage de l'endeuillé.

## Incorporer l'événement traumatique

Comment incorpore-t-on l'énergie libérée de la mort de l'être aimé à son vitalisme propre ? Comment dépasse-t-on l'intellectualisation, la conscientisation ? Comment devient-on une « nouvelle vie » ?

- Importance de la **sublimation** (Freud, 1905) comme processus de symbolisation : inviter à sublimer le chagrin du deuil pour offrir la possibilité de « revivre » (Worms, 2012) et de continuer malgré tout. C'est une conversion des traces de souffrance en un réinvestissement esthétique, intellectuel et social, une redirection de l'énergie libérée par la mort du défunt vers la créativité.
- Usage du symbole, de la marque, du tatouage, etc. : l'élaboration du dessin, dans le cadre de l'art-thérapie, peut constituer un chemin d'exploration des plis de la douleur comme « corpographe ».





# RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

## Ouvrages

- BACQUÉ, M.-F., *Deuil et santé*, Paris : Odile Jacob, 1997.
- *Le Deuil à vivre*, Paris : Odile Jacob, 2000.
- BACQUÉ, M.-F. (Éd.), *Le deuil*, Paris : PUF, « Que sais-je ? », 2016.
- BESSONE, M., *Faire justice de l'irréparable. Esclavage colonial et responsabilités contemporaines*, Paris : Vrin, 2019.
- BONANNO, G. A., *The other side of sadness: What the new science of bereavement tells us about life after loss*, New York, NY : Basic Books, 2009.
- BOWLBY, J., *Attachment and Loss, vol. 1: Attachment. Attachment and Loss*, New York : Basic Books, 1969.
- *Attachment and loss, vol. 3: Loss, Sadness and Depression*, New York : Basic Books, 1980.
- BRIERE, J., *Trauma symptom inventory*, Odessa, FL : Psychological Assessment Resources, Inc., 1995.
- BRUNER, J., *Acts of Meaning*, Cambridge, MA : Harvard University Press, 1990.
- BUTLER, J., *Vies précaires. Le pouvoir du deuil et de la violence*, Paris : Amsterdam, 2005.
- *Le récit de soi*, Paris : PUF, 2007.
- DELAGE, M., *La résilience familiale*, Paris : Odile Jacob, 2008.
- DELEUZE, G., *Nietzsche et la philosophie*, Paris : PUF, 2014.
- DERRIDA, J., *Foi et savoir, suivi de Le Siècle et le pardon*, entretien avec WIEVORKA, M., Paris : Seuil, 1996.
- *Sur parole : Instantanés philosophiques*, Paris : Éditions de L'Aube, 1999.
- DERRIDA, J., & NASCIMENTO, E., *La Solidarité des vivants et le pardon*, Paris : Hermann, 2016.
- DYREGROV, K., & DYREGROV, A., *Effective grief and bereavement support: The role of family, friends, colleagues, schools and support professionals*, London : Jessica Kingsley Publishers, 2008.
- DYREGROV, K., PLYHN, E., & DIESERUD, G., *After the Suicide: Helping the Bereaved to Find a Path to Recovery*, London : Jessica Kingsley Publishers, 2011.
- EDELSTEIN, L., *Maternal bereavement: Coping with the unexpected death of a child*, New York, NY : Praeger, 1984.
- ENRIGHT, R. D., *The forgiving life: A pathway to overcoming resentment and creating a legacy of love*, Washington, DC : American Psychological Association, 2012.
- FASCHINGBAUER, T. R., *Texas revised inventory of grief manual*, Houston: Honeycomb Publishing Co., 1981.

- FASSIN, D., & RECHTMAN, R., *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime* [2007], Paris : Flammarion, 2011.
- FELTHAM, C., *Critical Thinking in Counselling and Psychotherapy*, London : Sage Publications, 2010.
- FIGLEY, C. R. (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder*, New York, NY : Brunner/Mazel, 1995.
- FIGLEY C. R., (Ed.), *Treating compassion fatigue*, New York, NY : Brunner/Routledge, 2002.
- FLEURY, C., *Le soin est un humanisme*, Paris : Gallimard, 2019.
- *Les irremplaçables*, Paris : Gallimard, 2015.
- *Ci-gît l'amer. Guérir du ressentiment*, Paris : Gallimard, 2020.
- FOESSEL, M., *Le Temps de la consolation*, Paris : Seuil, 2015.
- FOUCAULT, M., *Le courage de la vérité. Le gouvernement de soi et des autres II, Cours au Collège de France*, 1984, Paris : Seuil, 2009.
- FREUD, S., « Deuil et mélancolie », in *Métapsychologie*, Paris : Gallimard, 1968.
- *La vie sexuelle*, Paris : PUF, 1972.
- *Trois essais sur la théorie sexuelle*, in *Œuvres complètes*, VI, Paris : PUF, 2006
- avec ABRAHAM, K., *Correspondance Freud/Abraham*, Paris : Gallimard, 1969.
- GOLDBETER-MERINFELD, E., *Le deuil impossible, carrefour des psychothérapies*, Bruxelles : De Boeck, 2005.
- GOLDIE, P., *The Mess Inside: Narrative, Emotion, and the Mind*, Oxford : Oxford University Press, 2012.
- GREEN, A., *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Paris : Éditions de Minuit, 1983.
- GRUSEC, J., & LYTTON, H., *Social development: History, theory, and research*, New York, NY : Springer, 1988.
- HEGEL, G. W. F., *Phénoménologie de l'esprit*, trad. BOURGEOIS, B., Paris : Vrin, 2020.
- HIGGINS, K. M., « Love and Death », in DEIGHS, J. (Ed.), *On Emotions: Philosophical Essays*, Oxford : Oxford University Press, 2013.
- HONNETH, A., *La lutte pour la reconnaissance*, Paris : Gallimard, 2013.
- HUGHES, E., & STENDERA, M., *Heidegger's Alternative History of Time*, London : Routledge, 2024.
- JANKÉLÉVITCH, V., *L'Imprescriptible. Pardonner ? Dans l'honneur et la dignité*, Paris : Seuil, 1986.
- JHERING, R., *La lutte pour le droit*, Paris : Dalloz, 2006.
- JORDAN, J. R., & MCINTOSH, J. L. (Eds.), *Grief after suicide. Understanding the consequences and caring for the survivors*, New York, NY : Routledge, 2011.
- KIERKEGAARD, S., *La Reprise (ou La Répétition)*, Paris : Garnier-Flammarion, 1990.
- KLASS, D., SILVERMAN, P., & NICKMAN, S., *Continuing bonds: Understanding the resolution of grief*, Washington, DC : Taylor & Francis, 1996.
- KLASS, D., & STEFFEN, E., *Continuing bonds in bereavement: New directions for research and practice*, Routledge, Taylor and Francis Group, 2018.

- KORSGAARD, C., *The Sources of Normativity*, Cambridge : Cambridge University Press, 1996.
- KÜBLER-ROSS, E., *On Death and Dying*, New York : Macmillan, 1969.
- KVALE, S., *InterViews. An introduction to qualitative research interviewing*, London : Sage, 1996.
- LAZARUS, R. S., *Emotion and adaptation*, New York, NY : Oxford University Press, 1991.
- MALKINSON, R., *Cognitive Grief Therapy: Constructing a Rational Meaning to Life-Following Loss*, New York, NY : W. W. Norton, 2007.
- MALTAIS, D., & CHERBLANC, J., *Quand le deuil se complique. Variété des manifestations et modes de gestion des complications du deuil*, Québec : Presses de l'Université du Québec, 2020.
- MARTIN, T. L., & DOKA, K. J., *Men don't cry... Women do*, Philadelphia, PA : Taylor and Francis, 2000.
- MERLEAU-PONTY, M., *Phénoménologie de la perception*, Paris : Gallimard, 1945.
- MICHEL, J., *Le Réparable et l'Irréparable. L'humain au temps du vulnérable*, Paris : Hermann, 2021.
- MINKOWSKI, E., *Lived Time: Phenomenological and Psychopathological Studies*, Northwestern University Press, 1970.
- MOREL CINQ-MARS, J., *Le Deuil ensauvagé*, Paris : PUF, 2010.
- NADEAU, J. W., *Families making sense of death*, Thousand Oaks, CA : Sage, 1998.
- NASIO, J. D., *Un psychanalyste sur le divan*, Paris : Payot, 2002.
- NEIMEYER, R. A., *Meaning reconstructions and the experience of loss*, Washington, DC : American Psychological Association, 2001.
- NEUBURGER, R., *Les rituels familiaux : essais de systémique appliquée*, Paris : Payot, 2006.
- NGOMANE, M., *Ubuntu : Je suis, car tu es. Leçons de sagesse africaine*, Paris : HarperCollins, 2019.
- PARKES, C. M., *Bereavement: Studies of Grief in Adult Life*, London : Tavistock Publications, 1986.
- PIPER, W. E., et al., *Short-Term Group Therapies for Complicated Grief: Two Research-Based Models*, Washington, DC : American Psychological Association, 2011.
- RANDO, T. A., *Treatment of Complicated Mourning*, Research Press, 1993, pp. 393-448.
- ROMANO, H., *Accompagner le deuil en situation traumatique. Dix situations cliniques*, Paris : Dunod, 2023.
- ROSSI, A. S., & ROSSI, P. H., *Of human bonding: Parent-child relations across the life course*, Routledge, 1990.
- SAAKVITNE, K. W., & PEARLMAN, L. A., *Transforming the pain: A workbook on vicarious traumatization*, New York, NY : Norton, 1996.
- SANDERS, C., *Grief: The mourning after: Dealing with adult bereavement*, New York, NY : John Wiley & Sons, 1989.
- SCHELER, M., *L'Homme du ressentiment*, Paris : Gallimard, 1971.
- SCHIFF, H., *The Bereaved Parent*, New York, NY : Crown, 1977.
- THOMPSON, N., *Anti-discriminatory practice*, London : Macmillan, 1993.
- TUTU, D., *Il n'y a pas d'avenir sans pardon*, Paris : Albin Michel, 2000.

- WILSON, A., & CLARK, S., *South Australian Suicide Postvention Project*, Report to Mental Health Services, Department of Health, 2005.
- WINNICOTT, D.W., *Jeu et réalité*, Paris : Gallimard, 2002 [1971].
- WINOKUER, R. W., & HARRIS, D. L., *Principles and Practice of Grief Counseling*, New York, NY : Springer Publishing Company, 2012.
- WORDEN, W., *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (5th edition), Springer Publishing Company, 2018.
- WORMS, F., *Revivre. Éprouver nos blessures et nos ressources*, Paris : Flammarion, 2012.
- YALOM, I. D., *The theory and practice of group psychotherapy* (4th ed), New York, NY : Basic Books, 1995.

## Articles

- ACCIAI, F., & HARDY, M., « Depression in later life: A closer look at the gender gap », *Social Science Research*, 68, 2017, pp. 163-175.
- ALAM, R., *et al.*, « Bereavement experiences of mothers and fathers over time after the death of a child due to cancer », *Death Studies*, 36(1), 2012, pp. 1-22.
- ALBUQUERQUE, S., *et al.*, « Interactive processes in grief and couples' adjustment after the death of a child », *Journal of Family Issues*, 40(5), 2019, pp. 689-708.
- ALDERFER, M. A., *et al.*, « Evidence-based assessment in pediatric psychology: Family measures », *Journal of Pediatric Psychology*, 33(9), 2008, pp. 1046-1061.
- ALLEN, B., *et al.*, « The evidence-based treatment of chronic posttraumatic stress disorder and traumatic grief in an adolescent: A case study », *Psychological Trauma : Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(6), 2012, pp. 631- 639.
- ALLUMBAUGH, D., & HOYT, W. T., « Effectiveness of grief therapy: A meta-analysis », *Journal of Consulting Psychology*, 46, 1999, pp. 370-380.
- AMAYA-JACKSON, L., *et al.*, « Functional impairment and utilization of services associated with posttraumatic stress in the community », *Journal of Traumatic Stress*, 12, 1999, pp. 709-724.
- ANDRADE, M. L., *et al.*, « Children's Grief and Creativity : The Experience of Losing a Sibling », *Psico-USF, Bragança Paulista*, 23(1), 2018, pp. 25-36.
- APPLEBAUM, D., & BURNS, G., « Unexpected childhood death: Post-traumatic stress disorder in surviving siblings and parents », *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 1991, pp. 114-120.
- ARNETT, J. J., « Emerging adulthood: What is it, and what is it good for? » *Child Development Perspectives*, 1, 2007, pp. 68-73.
- ARNOLD, J., GEMMA, P. B., & CUSHMAN, L. F., « Exploring parental grief: Combining quantitative and qualitative measures », *Archives of Psychiatric Nursing*, 19, 2005, pp. 245-255.
- BARAK, A., & LEICHTENTRITT, R. D., « Configurations of time in bereaved parents' narratives », *Qualitative Health Research*, 24, 2014, pp. 1090-1101.

- BARLÉ, N., WORTMAN, C. B., & LATAACK, J. A., « Traumatic bereavement: Basic research and clinical implications », *Journal of Psychotherapy Integration*, 27(2), 2017, pp. 127-139.
- BARLOW, C. A., *et al.*, « An evaluation of a suicide bereavement peer support program », *Death Studies*, 34(10), 2010, pp. 915-930.
- BARRERA, M., *et al.*, « Patterns of parental bereavement following the loss of a child and related factors », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 55(2), 2007, pp. 145-167.
- « Early parental adjustment and bereavement after childhood cancer death », *Death Studies*, 33(6), 2009, p. 497-520.
- BEKKERING, H. J., & WOODGATE, R. L., « The parental experience of unexpectedly losing a child in the pediatric emergency department », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 84(1), 2021, pp. 28-50.
- BELLET, B. W., *et al.*, « Bereavement outcomes as casual systems: A network analysis of the co-occurrence of complicated grief and posttraumatic growth », *Clinical Psychological Science*, 6(6), 2018, pp. 797-809.
- BERGSTRAESSER, E., INGLIN, S., HORNING, R., & LANDOLT, M. A., « Dyadic coping of parents after the death of a child », *Death Studies*, 39, 2015, pp. 128-138.
- BERKING, M., & WUPPERMAN, P., « Emotion regulation and mental health: Recent findings, current challenges, and future directions », *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 2012, pp. 128-134.
- BERRETT-ABEBE, J., LEVIN-RUSSMAN, E., GIOIELLA, M. E., & ADAMS, J. M., « Parental experiences with a hospital-based bereavement program following the loss of a child to cancer », *Palliative & Supportive Care*, 15(3), 2017, pp. 348-358.
- BLAKLEY, T. L., « Murder and faith: A reflected case study of pastoral interventions in traumatic grief », *Journal of Pastoral Care & Counseling*, 61, 2007, pp. 59-69.
- BODENMANN, G., « A systematic-transactional view of stress and coping in couples », *Swiss Journal of Psychology*, 54, 1995, pp. 34-49.
- BOELEN, P. A., & PRIGERSON, H. G., « The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults: A prospective study », *European Archive of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257, 2007, pp. 444-452.
- BOELEN, P. A., *et al.*, « Treatment of complicated grief: A comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 2007, pp. 277-284.
- BONANNO, G. A., & KALTMAN, S., « Toward an integrative perspective on bereavement », *Psychological Bulletin*, 125(6), 1999, pp. 760-776.
- BONANNO, G. A., « Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? », *The American Psychologist*, 59(1), 2004, pp. 20-28.
- BONANNO, G. A., GOORIN, L., & COIFMAN, K. G., « Sadness and grief », in LEWIS, M., HAVILAND-JONES, J., & BARRETT, L. F. (Eds.), *Handbook of Emotion* (3rd edition), New York, NY : Guilford Press, 2008, pp. 797-810.
- BONNANO, G. A., & MALGAROLI, M. « Trajectories of grief: Comparing symptoms from the DSM-5 and ICD- 11 diagnoses », *Depression and Anxiety*, 37, 2020, pp. 17-25.

- BOTELLA, C., *et al.*, « Treatment of complicated grief using virtual reality: A case report », *Death Studies*, 32, 2008, pp. 674-692.
- BROWN, E. J., *et al.*, « Facing fears and sadness: Cognitive-behavioral therapy for childhood traumatic grief », *Harvard Review of Psychiatry*, 12, 2004, pp. 187-198.
- BÜYÜKCAN-TETİK, A., FINKENAUER, C., SCHUT, H., STROEBE, M. S., & STROEBE, W., « The impact of bereaved parents' comparison of their grief on relationship satisfaction », *Journal of Family Psychology*, 31(4), 2017, pp. 409-419.
- BURKE, L. A., & NEIMEYER, R. A., « Prospective risk factors for complicated grief: A review of the empirical literature », in STROEBE, M. S., VAN DEN BOUT, J., & BOELEN, P. (Eds.), *Complicated Grief: Scientific Foundations for Health Care Professionals*, New York, NY : Routledge, 2012, pp. 145-161.
- CACCIATORE, J., « Effects of support groups on post-traumatic stress responses in women experiencing stillbirth », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 55(1), 2007, pp. 71-90.
- CARTER, R., « Use of puppets to treat traumatic grief: A case study », *Elementary School Guidance & Counseling*, 21, 1987, pp. 210-215.
- CESONI, M. L., & RECHTMAN, R., « La réparation psychologique de la victime : une nouvelle fonction de la peine ? », *Revue de droit pénal et de criminologie*, 85(2), 2005, pp. 158-178.
- CHAMPION, M. J., & KILCULLEN, M., « Complicated Grief Following the Traumatic Loss of a Child: A Systematic Review », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 2023.
- CISLER, J. M., & OLATUNJI, B. O., « Emotion regulation and anxiety disorders », *Current Psychiatry Reports*, 14(3), 2012, pp. 182-187.
- CLUCK, G. G., & CLINE, R. J., « The circle of others: Self-help groups for the bereaved », *Communication Quarterly*, 34(3), 1986, pp. 306-325.
- COHEN, J. A., *et al.*, « A pilot study of modified cognitive-behavioral therapy for childhood traumatic grief (CBTCTG) », *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45, 2006, pp. 1465-14604.
- COHEN-MANSFIELD, J., SHMOTKIN, D., MALKINSON, R., BARTUR, L., & HAZAN, H., « Parental bereavement increases mortality in older persons », *Psychological Trauma : Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(1), 2013, pp. 84-92.
- COMPARE, A., ZARBO, C., SHONIN, E., VAN GORDON, W., & MARCONI, C., « Emotional regulation and depression: A potential mediator between heart and mind », *Cardiovascular Psychiatry and Neurology*, 1, 2014.
- COOK, P., WHITE, D. K., & ROSS-RUSSELL, R. I., « Bereavement support following sudden and unexpected death: Guidelines for care », *Archives of Disease in Childhood*, 87, 2002, pp. 36-38.
- COURTOIS, G., « Le pardon et la « Commission Vérité et Réconciliation » », *Droit et cultures*, 50, 2005, pp. 123- 133.
- CREIGHTON, *et al.*, « After the death of a friend: Young men's grief and masculine identities », *Social Science & Medicine*, 84, 2013, pp. 35-43.
- CRENSHAW, D. A., « An interpersonal neurobiological-informed treatment model for childhood complicated grief », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 54, 2006, 319-335.

- CRUNK, A. E., BURKE, L. A., & ROBINSON, M. E. H., « Complicated grief: An evolving theoretical landscape », *Journal of Counseling and Development*, 95(2), 2017, pp. 226-233.
- CURRIER, J. M., NEIMEYER, R. A., & BERMAN, J. S., « The effectiveness of psychotherapeutic interventions for the bereaved: A comprehensive quantitative review », *Psychological Bulletin*, 134, 2008, pp. 648-661.
- DANIEL, T., « Adding a new dimension to grief counseling: Creative personal ritual as a therapeutic tool for loss, trauma and transition », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 87(2), 2023, pp. 363-376.
- DANIELI, Y., « The treatment and prevention of long-term effects and intergenerational transmission of victimization: A lesson from Holocaust survivors and their children », in FIGLEY, C. R. (Ed.), *Trauma and its wake*, New York, NY : Brunner/Mazel, 1985, pp. 295-313.
- DAVIS, C. G., NOLEN-HOEKSEMA, S., & LARSON, J., « Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning », *Journal of Personality & Social Psychology*, 75, 1998, pp. 561-574.
- DAVIS, C., WORTMAN, C., LEHMAN, D., & SILVER, R., « Searching for meaning in loss: Are clinical assumptions correct? », *Death Studies*, 24(6), 2000, pp. 497-540.
- DAVIS, C., « The tormented and the transformed: Understanding responses to loss and trauma », in NEIMEYER, R. (Ed.), *Meaning reconstruction and the experience of loss*, Washington, DC : American Psychological Association, 2001, pp. 137-155.
- DECINQUE, N., *et al.*, « Bereavement support for families following the death of a child from cancer », *Journal of Psychological Oncology*, 24(2), 2006, pp. 65-83.
- DELAGE, M., « La famille confrontée au traumatisme. Déchirure des liens et résilience », in DELAGE, M., & CYRULNIK, B. (Éds.), *Famille et Résilience*, Paris : Odile Jacob, 2010, pp. 17-38.
- DIMINICH, E. D., & BONANNO, G. A., « Faces, feelings, words: Divergence across channels of emotional responding in complicated grief », *Journal of Abnormal Psychology*, 123(2), 2014, pp. 350-361.
- DJELANTIK, A. A. M. J., SMID, G. E., KLEBER, R. J., & BOELEN, P. A., « Do prolonged grief disorder symptoms predict post-traumatic stress disorder, and depression after loss in a Dutch community sample: A latent class analysis », *Psychiatric Research*, 247, 2017, pp. 276-281.
- DOKA, K. J., « Disenfranchised grief », in DOKA, K., J (Ed.), *Disenfranchised grief: Recognizing hidden sorrow*, Lexington Books/D.C. Health and Com., 1989.
- « Disenfranchised grief in historical and cultural perspective », in STROEBE, M. S., HANSSON, R. O., SCHUT, H., & STROEBE, W. (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention*, Washington, DC : American Psychological Association, 2008, pp. 223-240.
- DRENOVSKY, C. K., « Anger and the Desire for Retribution Among Bereaved Parents », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 29(4), 1994, pp. 303-312.
- DUFFY, D., & WILD, J., « Living with loss: A cognitive approach to prolonged grief disorder – incorporating complicated, enduring, and traumatic grief », *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 51, 2023, pp. 645-658.
- DUTTA, O., TAN-HO, G., CHOO, P. Y., & HO, A. H. Y., « Lived experience of a child's chronic illness and death: A qualitative systematic review of the parental bereavement trajectory », *Death Studies*, 43(9), 2019, pp. 547- 561.



- DYREGROV, K., « Assistance from local authorities versus survivors' needs for support after suicide », *Death Studies*, 26, 2002, pp. 647-669.
- DYREGROV, K., DYREGROV, A., & JOHNSEN, I., « Participants' recommendations for the ideal grief group. A qualitative study », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 67(4), 2013, pp. 363-377.
- « Positive and negative experiences from grief group participation: A qualitative study », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 68(1), 2013, pp. 45-62.
- ENNIS, N., *et al.*, « Measuring grief in the context of traumatic loss: A systematic review of assessment instruments », *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(4), 2023, p. 2346-2362.
- EXLINE, J. J., PARK, C. L., SMYTH, J. M., & CAREY, M. P., « Anger toward God: Social-cognitive predictors, prevalence, and links with adjustment to bereavement and cancer », *Journal of Personality and Social Psychology*, 100, 2011, pp. 129-148.
- FERNANDEZ-ALCANTARA, M., *et al.*, « Assessment of emotional experience and emotional recognition in complicated grief », *Frontiers in Psychology*, 7, 2016.
- FIGLEY, C. R., « Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring », in STAMM B. H. (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*, Lutherville, MD : Sidran, 1995, pp. 3-28.
- FLEMING, S. J., & BALMER, L., « Confronting death: The adjustment of adolescents », in CORR, C., & BALK, D. (Eds.), *Adolescents and death*, New York, NY : Springer, 1996, pp. 139-154.
- FORWARD, D., & GARLIE, N., « Search for new meaning: Adolescent bereavement after the sudden death of a sibling », *Canada Journal of School Psychology*, 18, 2003, pp. 23-53.
- FRALEY, R. C., & DAVIS, K. E., « Attachment formation and transfer in young adults' close friendships and romantic relationships », *Personal Relationships*, 4, 1997, pp. 131-144.
- FUCHS, T., « Temporality and Psychopathology », *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 12, 2013, pp. 75- 104.
- « Presence in Absence: The Ambiguous Phenomenology of Grief », *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 17, 2018, p. 43-63.
- FUJISAWA, D., *et al.*, art. cit., 2010 ; MASON, T. M., TOFTHAGEN, C. S., & BUCK, H. G., « Complicated grief: Risk factors, protective factors, and interventions », *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 16(2), 2020, pp. 151-174.
- GALINSKY, M. J., & SCHOPLER, J. H., « Structuring co-leadership in social work training », *Social Work with Groups*, 3, 1980, pp. 51-63.
- « Negative experiences in support groups », *Social Work in Healthcare*, 20, 1994, pp. 77-95.
- GAMINO, L. A., SEWELL, K. W., & EASTERLING, L. W., « Scott and White grief study. Phase 2: Toward an adaptive model of grief », *Death Studies*, 24(7), 2000, pp. 633-660.
- GAMINO, L. A., « Who needs grief counseling? A report from the Scott & White grief study », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 60(3), 2009, pp. 199-223.
- GERHARDT, C. A., *et al.*, « Peer relationships of bereaved siblings and comparison classmates after a child's death from cancer », *Journal of Pediatric Psychology*, 37(2), 2012, pp. 209-219.

- GILMER, M. J., *et al.*, « Changes in parents after the death of a child from cancer », *Journal of Pain Symptom Management*, 44, 2012, pp. 572-582.
- GOLDSMID, R., & FERES-CARNEIRO, T., « Relação fraterna: constituição do sujeito e formação do laço social », *Psicologia USP*, 22(4), 2011, pp. 771-788.
- GOODMAN, R. F., *et al.*, « Letting the story unfold: A case study of client-centered therapy for childhood traumatic grief », *Harvard Review of Psychiatry*, 12, 2004, pp. 199-212.
- GREEN, B. L., *et al.*, « Psychological outcomes associated with traumatic loss in a sample of young women », *American Behavioral Scientist*, 44(5), 2001, pp. 817-837.
- GRUPPI, R. L., YACCARINI, C., HOFFMANN, A. F., FUTTERMAN, A., & SIMKIN, H., « Adaptation and Validation of the Texas Revised Inventory of Grief-Present Scale », *Health Psychology Research*, 10(4), 2022.
- GUDMUNDSDOTTIR, M., & CHELSEA, C. A., « Building a new world: Habits and practices of healing following the death of a child », *Journal of Family Nursing*, 12(2), 2006, pp. 143-164.
- GUPTA, S., & BONANNO, G. A., « Complicated grief and deficits in emotional expressive flexibility », *Journal of Abnormal Psychology*, 120(3), 2011, pp. 635-643.
- HALLIWELL, D., & FRANKEN, N., « "He was supposed to be with me for the rest of my life": Meaning-making in bereaved siblings' online stories », *Journal of Family Communication*, 16(4), 2016, pp. 337-354.
- HANUS, M., « Deuils normaux, deuils difficiles, deuils compliqués et deuils pathologiques », *Annales Médicopsychologiques*, 164(4), 2006, pp. 349-356.
- HAZZARD, A., WESTON, J., & GUTTERRES, C., « After a child's death: Factors related to parental bereavement », *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 13, 1992, pp. 24-30.
- HÉAS, C., & HÉAS, S., « Les rituels thérapeutiques de séparation : le travail de deuil lors de la perte accidentelle d'un enfant », *Thérapie Familiale*, 28, 2007, p. 101-120.
- HENSLEY, P. L., « A review of bereavement-related depression and complicated grief », *Psychiatric Annals*, 36, 2006, pp. 619-626.
- « Treatment of bereavement-related depression and traumatic grief », *Journal of Affective Disorder*, 92, 2006, pp. 117-124.
- *et al.*, « Escitalopram: an open-label study of bereavement-related depression and grief », *Journal of Affective Disorder*, 113, 2009, pp. 142-149.
- HOGAN, N. S., MORSE, J., & TASON, M., « Toward an experiential theory of bereavement », *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 33, 1996, pp. 43-65.
- HOGAN, N., & DESANTIS, L., « Basic constructs of a theory of adolescent sibling bereavement », in KLASS D., SILVERMAN, P., & NICKMAN, S. (Eds.), *Continuing Bonds: New Understandings of Grief*, Philadelphia, PA : Taylor and Francis, 1996, pp. 235-254.
- HOOGHE, A., DE MOL, J. D., BAETENS, I., & ZECH, E., « The measurement of couple and family interactions and relationship quality in bereavement research », *Family Science*, 4, 2013, pp. 66-78.
- HOROWITZ, M. J., *et al.*, « Brief psychotherapy of bereavement reactions. The relationship of process to outcome », *Archives of General Psychiatry*, 41, 1984, pp. 438-448.

- HOROWITZ, M. J., BONANNO, G. A., & HOLEN, A., « Pathological grief: diagnosis and explanation », *Psychosomatic Medicine*, 55(3), 1993, pp. 260-273.
- HOROWITZ, M. J., SIEGEL, B., BONANNO, G. A., MILBRATH, C., & STINSON, C. H., « Diagnostic criteria for complicated grief disorder », *The American Journal of Psychiatry*, 154(7), 1997, pp. 904-910.
- HUGHES, E., « The timeless time of the dead: at the limits of temporal experience in grief », *Angelaki: Journal of the Theoretical Humanities*, 29(5), 2024, pp. 37-51.
- « Grief and temporality », in BRENCIO, F. (Ed.), *Phenomenology, Neuroscience and Clinical Practice. Contributions to Phenomenology*, vol. 131, Springer, 2024, pp. 103-116.
- HURTADO, H. J., « Toward a postmortal society of virtualized ancestors? The virtual deceased person and the preservation of the social bond », *Mortality*, 28(1), 2021, pp. 90-105.
- IGLESIAS, A., & IGLESIAS, A., « Hypnotic treatment of PTSD in children who have complicated bereavement », *American Journal of Clinical Hypnosis*, 48, 2005, pp. 183-189.
- JACOBS, S., MAZURE, C., PRIGERSON, H. G., « Diagnostic criteria for traumatic grief », *Death Studies*, 24(3), 2000, pp. 185-199.
- JOHNSEN, I., DYREGROV, K., & DYREGROV, A., « The volume and importance of grief groups in Norway », *Nurse Research*, 48, 2011, pp. 1178-1183.
- « Participants with prolonged grief—How do they benefit from grief group participation? », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 65(2), 2012, pp. 87-105.
- JOHNSON, C. M., « Bereavement after losing friends to homicide: Two African American teen girls speak », in MCCOYD, J. L. M., & WALTER, C. A. (Eds.), *Grief and Loss Across the Lifespan. A Biopsychosocial Perspective*, New York, NY : Springer Publishing Company, 2016, pp. 131-135.
- JOORMAN, J., & STANTON, C. H., « Examining emotion regulation in depression: A review and future directions », *Behaviour Research and Therapy*, 86, 2016, pp. 35-49.
- JORDAN, J. R., & NEIMEYER, R. A., « Does grief counseling work? », *Death Studies*, 27, 2003, pp. 765-786.
- JORDAN, A. H., & LITZ, B. T., « Prolonged grief disorder: Diagnostic, assessment, and treatment considerations », *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(3), 2014, pp. 180-187.
- KABERA, A., « Le concept d'Ubuntu et la guérison du paralytique en Mc 2, 1-12 », *Laval théologique et philosophique*, 79(2), 2023, pp. 161-177.
- KASTENBAUM, R., « Vicarious grief: An intergenerational phenomenon? », *Death Studies*, 11(6), 1987, pp. 447-453.
- KATO, P. M., & MANN, T., « A synthesis of psychological interventions for the bereaved », *Clinical Psychology Review*, 19, 1999, pp. 275-296.
- KAWASHIMA, D., *et al.*, « "I want my loved one back virtually": Exploring the desire of bereaved people to create and maintain digital bonds with their deceased loved ones », *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 2023.
- KEESEE, N. J., CURRIER, J. M., & NEIMEYER, R. A., « Predictors of grief following the death of one's child: The contribution of finding meaning », *Journal of Clinical Psychology*, 64(10), 2008, pp. 1145-1163.
- KENNY, K., *et al.*, « In one's own time: Contesting the temporality and linearity of bereavement », *Health*, 23, 2019, pp. 58-75.

- KILLIKELLY, C., & MAERCKER, A., « Prolonged grief disorder for ICD-11: The primacy of clinical utility and international applicability », *European Journal of Psychotraumatology*, 8(Suppl 6), 2018.
- KOMISCHKE-KONNERUP, K. B., *et al.*, « Co-occurrence of prolonged grief symptoms and symptoms of depression, anxiety, and posttraumatic stress in bereaved adults: A systematic review and meta-analysis », *Journal of Affective Disorders Reports*, 4, 2021.
- KRISTENSEN, P., WEISAETH, L., & HEIR, T., « Bereavement and mental health after sudden and violent losses: a review », *Psychiatry*, 75(1), 2012, pp. 76-97.
- KRISTENSEN, P., *et al.* « Parental mental health after the accidental death of a son during military service: 23-year follow-up study », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(1), 2012, pp. 63-68.
- KUBANY, E. S., & WATSON, S. B., « Guilt: Elaboration of a multidimensional model », *The Psychological Record*, 53, 2003, pp. 51-90.
- LACROIX, J., « Demander justice », in « Justice ou réparation ? », *Esprit*, 3, 2024, pp. 41-52.
- LARSON, D. G., & HOYT, W. T., « What has become of grief counseling? An evaluation of the empirical foundations of the New Pessimism », *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 2007, pp. 347-355.
- LATHAM, A. E., & PRIGERSON, H. G., « Suicidality and bereavement: Complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34, 2004, pp. 350-362.
- LEHMAN, D., ELLARD, J., WORTMAN, C., & WILLIAMS, A., « Long-term effects of losing a spouse or child in a motor vehicle crash », *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(1), 1987, pp. 218-231.
- LENFERINK, L. I. M., NICKERSON, A., DE KEIJSER, J., SMID, G. E., & BOELEN, P. A., « Reciprocal associations among symptom levels of disturbed grief, posttraumatic stress, and depression following traumatic loss: a four-wave cross-lagged study », *Clinical Psychological Science*, 7(6), 2019, pp. 1330-1339.
- LEVITZ, I., « The Parents », in LINZER, N. (Ed.), *Understanding Bereavement and Grief*, New York, NY : KTAV Publishing, 1977, pp. 179-186.
- LEVY, L. H., DERBY, J. F., & MARTINKOWSKI, K. S., « Effects of membership in bereavement support groups on adaptation to conjugal bereavement », *American Journal of Community Psychology*, 21(3), 1993, pp. 361-381.
- L'HEUILLET, H., « Le désir de réparation, sens et limites », *Sens-Dessous*, 30(2), 2022, pp. 101-110.
- LI, J., STROEBE, M. S., CHAN, C. L., & CHOW, A. Y., « Guilt in bereavement: A review and conceptual framework », *Death Studies*, 38(3), 2014, pp. 165-171.
- LICHTENTHAL, W. G., CURRIER, J. M., NEIMEYER, R. A., & KEESE, N. J., « Sense and significance: A mixed methods examination of meaning making after the loss of one's child », *Journal of Clinical Psychology*, 66(7), 2010, pp. 791-812.
- LIFTON, R., « From Hiroshima to the Nazi doctors », in WILSON, J., & RAPHAEL, B. (Eds.), *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*, New York, NY : Plenum Press, 1993, pp. 11-23 ; NOLENHOEKSEMA, S., & LARSON, J., *Coping with loss*, Mahwah, NJ : Erlbaum, 1999.
- LIMA, V. R., & KOVACS, M. J., « Morte na família: um estudo exploratório acerca da comunicação à criança », *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(2), 2011, pp. 390-405.

- LINDEMANN, E., « Symptomatology and Management of Acute Grief », *American Journal of Psychiatry*, 1944, 101, pp. 141-148.
- LUNDORFF, M., HOLMGREN H., ZACHARIAE, R., FARVER-VESTERGAARD, I., & O'CONNOR, M., « Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: a systematic review and meta-analysis », *Journal of Affective Disorders*, 212, 2017 pp. 138-149.
- LYNGSTAD, T. H., « Bereavement and divorce: Does the death of a child affect parents' marital stability? », *Family Science*, 4, 2013, pp. 79-86.
- MACASKILL, A., « Differentiating dispositional self-forgiveness from other-forgiveness: Associations with mental health and life satisfaction », *Journal of Social & Clinical Psychology*, 31, 2012, pp. 28-50.
- MACIEJEWSKI, P. K., MAERCKER, A., BOELEN, P. A., & PRIGERSON, H. G., « "Prolonged grief disorder" and "persistent complex bereavement disorder," but not "complicated grief," are one and the same diagnostic entity: An analysis of data from the Yale Bereavement Study », *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 15(3), 2016, pp. 266-275.
- MAERCKER, A., & LALOR, J., « Diagnostic and clinical considerations in prolonged grief disorder », *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 2012, pp. 167-176.
- MARMAR, C. R., *et al.*, « A controlled trial of brief psychotherapy and mutual help group treatment of conjugal bereavement », *American Journal of Psychiatry*, 145, 1988, pp. 203-209.
- MARKIEWICZ, D., *et al.*, « Developmental differences in adolescents' and young adults' use of mothers, fathers, best friends, and romantic partners to fulfill attachment needs », *Journal of Youth and Adolescence*, 35(1), 2006, pp. 121-134.
- MARUYAMA, N. C., & ATENCIO, C. V., « Evaluating a bereavement support group », *Palliative & Supportive Care*, 61(1), 2008, pp. 43-49.
- MASH, H. B. H. *et al.*, « Complicated grief and bereavement in young adults following close friend and sibling loss », *Depression and Anxiety*, 30, 2013, pp. 1202-1210.
- MCCANN, I. L., & PEARLMAN, L. A., « Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims », *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 1990, pp. 131-149.
- MCMILLEN, J. C., « Posttraumatic growth: What's it all about? », *Psychological Inquiry*, 15, 2004, pp. 48-52.
- MEESE, J., *et al.*, « Posthumous personhood and the affordances of digital media », *Mortality*, 20(4), 2015, pp. 408-420.
- MICHEL, J., « Qu'est-ce que réparer ? Une anthropologie de la réparation », *Les Cahiers de la Justice*, 3(3), 2024, pp. 395-405.
- MITCHELL, A. M., GALE, D. D., GARAND, L., & WESNER, S., « The use of narrative data to inform the psychotherapeutic group process with suicide survivors », *Issues in Mental Health Nursing*, 24(1), 2003, pp. 91-106.
- MOSS, S. Z., & MOSS, M., « The impact of death of an elderly sibling », *The American Behavioral Scientist*, 33, 1989, pp. 94-106.
- MULLEN, B., & SULS, J., « The Effectiveness of Attention and Rejection as Coping Styles », *Journal of Psychosomatic Research*, 26, 1983, pp. 43-49.

- MURPHY, S. A., *et al.*, « Changes in parents' mental distress after the violent death of an adolescent or young adult child: A longitudinal prospective analysis », *Death Studies*, 23, 1999, pp. 129-159.
- MURPHY, S. A., JOHNSON, L. C., & LOHAN, J., « Finding meaning in a child's violent death: A five-year prospective analysis of parents' personal narratives and empirical data », *Death Studies*, 27, 2003, pp. 381-404.
- MURPHY, S. A., JOHNSON, L. C., WU, L., FAN, J. J., & LOHAN, J., « Bereaved parents' outcomes 4 to 60 months after their children's death by accident, suicide, or homicide: A comparative study demonstrating differences », *Death Studies*, 27, 2003, pp. 39-61.
- MURRAY, *et al.*, « Cognitive-behavioral therapy for symptoms of trauma and traumatic grief in refugee youth », *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17, 2008, pp. 585-604.
- NEIMEYER, R., « Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction », *Death Studies*, 24(6), 2000, p. 547.
- NEIMEYER, R. A., & HOGAN, N. S., « Quantitative or qualitative? Measurement issues in the study of grief », in STROEBE, R. O., HANSSON, R. O., STROEBE, W., & SCHUT, H. (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care*, Washington, DC : American Psychological Association, 2001, pp. 89- 118.
- NEIMEYER, R. A., & WOGGIN, C., « Psychotherapy for complicated bereavement: A meaning-oriented approach », *Illness, Crisis & Loss*, 16, 2008, pp. 1-20.
- NEIMEYER, R. A., & SANDS, D. C., « Meaning reconstruction in bereavement: From principles to practice », in NEIMEYER, R. A., WINOKUER, H., HARRIS, D., & THORNTON, G. (Eds.), *Grief and Bereavement in Contemporary Society Bridging Research and Practice*, Routledge, 2011.
- NEIMEYER, R. A., *et al.*, « A social constructionist account of grief: Loss and the narration of meaning », *Death Studies*, 38(8), 2014, p. 485.
- O'CONNOR, M. F., *et al.*, « Writing therapy for the bereaved: Evaluation of an intervention », *Journal of Palliative Medicine*, 6, 2003, pp. 195-204
- OLIVER, L. E., « Effects of a child's death on the marital relationship: A review », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 39, 1999, pp. 197-227.
- OLSON, D. H., RUSSEL, C. S., & SPRENKLE, D. H., « Circumplex Model, VI: Theoretical update », *Family Process*, 22, p. 69-83.
- OTT, C. H., « The impact of complicated grief on mental and physical health at various points in the bereavement process », *Death Studies*, 27, 2003, pp. 249-272.
- OWEN, G., FULTON, R., & MARKUSEN, E., « Death at a distance: A study of family survivors », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 13, 1983, pp. 191-225.
- PACKMAN, W., *et al.*, « Sibling bereavement and continuing bonds », *Death Studies*, 30, 2006, p. 817-841.
- PEARLMAN, L. A., & MAC IAN, P. S., « Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists », *Professional Psychology: Research and Practice*, 1995, pp. 558-565.
- PESKIN, H., « Who has the right to mourn? Relational deference and the ranking of grief », *Psychoanalytic Dialogues*, 29(4), 2019, p. 479.

- PHILIPPIN, Y., « Deuil normal, deuil pathologique et prévention en milieu clinique », *InfoKara*, 21(4), 2006, pp. 163-166.
- PIVAR, I. L., & PRIGERSON, H. G., « Traumatic loss, complicated grief, and terrorism », *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 9(1-2), 2004, p. 279.
- PRIGERSON, H. G., *et al.*, « Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss », *Psychiatry Research*, 59, 1995, pp. 65-79.
- PRIGERSON, H. G., *et al.*, « Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: Preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses », *American Journal of Psychiatry*, 152(1), 1996, pp. 22-30.
- PRIGERSON, H. G., *et al.*, « Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity », *American Journal of Psychiatry*, 154, 1997, pp. 616-623.
- PRIGERSON, H., SHEAR, M., FRANK, E., & BEERY, L., « Traumatic grief: A case of loss-induced trauma », *American Journal of Psychiatry*, 154, 1997, pp. 1003-1009.
- PRIGERSON *et al.*, « Case histories of traumatic grief », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 35(1), 1997, pp. 9- 24.
- PROVINI, C., EVERETT, J. R., & PFEFFER, C. R., « Adults mourning suicide: Self-reported concerns about bereavement, needs for assistance, and help-seeking behavior », *Death Studies*, 24, 2000, pp. 1-9.
- PUNCH, S., « "You can do nasty things to your brothers and sisters without a reason": Siblings' backstage behavior », *Children and Society*, 22(5), 2008, pp. 333-344.
- RANDO, T. A., « Individual and couples treatment following the death of a child », in RANDO, T. A. (ed.), *Parental loss of a child*, Champaign, IL : Research Press, 1986, pp. 341-412.
- « Vicarious bereavement », in KASTENBAUM, R. (Ed.), *Macmillan encyclopedia of death and dying*, 2003, pp. 59-60.
- *et al.*, « A Call to the Field: Complicated Grief in the DSM-5 », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 65(4), 2012, p. 251-255.
- RANGE, L. M., *et al.*, « Does writing about the bereavement lessen grief following sudden, unintentional death? », *Death Studies*, 24, 2000, pp. 115-134.
- RAQUEPAW, J. M., & MILLER, R. S., « Psychotherapist burnout: A componential analysis », *Professional Psychology: Research and Practice*, 20, 1989, pp. 32-36.
- RATCLIFFE, M., & BYRNE, E. A., « Grief, self and narrative », *Philosophical Explorations*, 25(3), 2022, pp. 319- 337.
- ROBERT, R., *et al.*, « Bereaved parents' perspective on pediatric palliative care », *Journal of Social Work in Endof- Life & Palliative Care*, 8(4), 2012, pp. 316-338.
- ROBINSON, L., & MAHON, M., « Sibling bereavement: A concept analysis », *Death Studies*, 21, 1997, pp. 477- 499.
- ROBSON, P., & WALTER, T., « Hierarchies of loss: A critique of disenfranchised grief », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 66, 2013, pp. 97-119.

- ROGERS, C. H., FLOYD, F. J., SELTZER, M. M., GREENBERG, J., & HONG, J., « Long-term effects of the death of a child on parents' adjustment in midlife », *Journal of Family Psychology*, 22(2), 2008, pp. 203-211.
- ROGINA, J. M., & QUILITCH, H. R., « Logotherapy treatment of complicated grief syndrome », *International Forum of Logotherapy*, 33, 2010, pp. 30-41.
- ROMANO, H., « Être un adulte transitionnel ou Comment permettre à l'enfant de se dégager de l'impact du trauma », *Dialogue*, 189(3), 2010, pp. 121-130.
- ROSENBLATT, P. C., « Grief that does not end », in KLASS, D., SILVERMAN, P. R., & NICKMAN, S. L., (Eds.) *op. cit.*, 1996, pp. 55-56.
- ROSENBLOOM, D. J., PRATT, A. C., & PEARLMAN, L. A., « Helpers' responses to trauma work: Understanding and intervening in an organization », in STAMM B. H. (Ed.), *Secondary Traumatic Stress: Self-Care Issues for Clinicians, Researchers, and Educators*, Lutherville, MD : Sidran, 1995, pp. 65-79
- ROSENTHAL, C. J., « Kinkeeping in the familial division of labor », *Journal of Marriage and Family*, 47(4), 1985, pp. 965-974.
- RUBIN, S. S., « Adult Child Loss and the Two-Track Model of Bereavement », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 24(3), 1992, pp. 183-202.
- « The two-track model of bereavement: Overview, retrospect, and prospect », *Death Studies*, 23, 1999, pp. 681-714.
- RUEGER, M. S., *et al.*, « A comprehensive investigation of comorbidities of prolonged grief disorder in a bereaved inpatient psychiatric sample », *Journal of Psychiatric Research*, 177, 2024, p. 185-193.
- RYFF, C. D., SCHMUTTE, P. S., & LEE, Y. H., « How children turn out: Implications for parental self-evaluation », in RYFF, C. D., SELTZER, M. M. (Eds.), *The Parental Experience in Midlife*, Chicago, IL : University of Chicago Press, 1996, pp. 641-662.
- RYNEARSON, E. K., « The clergy, the clinician, and the narrative of violent death », *Pastoral Psychology*, 59(2), 2010, pp. 179-189.
- SAIKI-CRAIGHILL, S., « The grieving process of Japanese mothers who have lost a child to cancer, Part I: Adjusting to life after losing a child », *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 18(6), 2001, pp. 260-267.
- SAS, C., & COMAN, A., « Designing personal grief rituals: An analysis of symbolic objects and actions », *Death Studies*, 40(9), 2016, pp. 558-569.
- SCHNEIDER, R. M., « Group bereavement support for spouses who are grieving the loss of a partner to cancer », *Social Work with Groups*, 29(2), 2006, pp. 259-278.
- SCHOPLER, J. H., & GALINSKY, M. J., « Support groups as open systems: A model for practice and research », *Health and Social Work*, 18, 1993, pp. 195-207.
- « Meeting practice needs: Conceptualizing the open-ended group », *Social Work with Groups*, 28, 2005, pp. 49-68.
- SCHUCHTER, S. R., & ZISOOK, S., « The course of normal grief », in STROEBE, M. S., STROEBE, W., & HANSSON, R. (Eds), *Handbook of bereavement: Theory, research and intervention*, New York : Cambridge University Press, 1993.



- SCHWAB, R., « Effects of a child's death on the marital relationship: A preliminary study », *Death Studies*, 16, 1992, pp. 141-154.
- SEGUIN, M., LESAGE, A., & KIELY, M. C., « Parental bereavement after suicide and accident: A comparative study », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 1995, pp. 489-498.
- SEGUIN, M., & CASTELLI, D. A., « Possibilités et modalités de soutien pour les personnes endeuillées par suicide », *Perspectives Psy*, 47(4), 2008, pp. 375-383.
- SERVATY-SEIB, H. L., & PISTOLE, M. C., « Adolescent grief. Relationship category and emotional closeness », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 54(2), 2007, pp. 147-167.
- SHANFIELD, S. B., & SWAIN, B. J., « Death of adult children in traffic accidents », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 1984, pp. 533-538.
- « Death of Adult Children in Traffic Accidents », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 172(9), 2018, pp. 533-538.
- SHANFIELD, S. B., *et al.*, « Parents' Response to the Death of Adult Children from Accidents and Cancer: A Comparison », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 17(4), 1987, pp. 289-297.
- SHEAR, K., & SHAIR, H., « Attachment, loss, and complicated grief », *Developmental Psychobiology*, 47, 2005, pp. 253-267.
- SHEAR, M. K., « Complicated grief treatment: The theory, practice, and outcomes », *Bereavement Care*, 29, 2010, pp. 10-14.
- « Exploring the role of experiential avoidance from the perspective of attachment theory and the dual process model », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 61, 2010, pp. 357-369.
- « Complicated grief », *New England Journal of Medicine*, 37(2), 2015, pp. 153-160.
- « Complicated grief treatment (CGT) for prolonged grief disorder », in SCHNYDER, U., & CLOITRE, M. (Eds.), *Evidence Based Treatments for Trauma-Related Psychological Disorders: A Practical Guide for Clinicians*, Springer Publishing, 2015, pp. 299-314.
- SHEAR, M. K., *et al.*, « Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5 », *Depression and Anxiety*, 28(2), 2011.
- SHEAR, M. K., GHESQUIERE, A., & GLICKMAN, K., « Bereavement and complicated grief », *Current Psychiatry Reports*, 15(11), 2013.
- SILVER, R. C., & WORTMAN, C. B., « Coping with undesirable life events », in GARBER, J., & SELIGMAN, M. (Eds.), *Human Helplessness: Theory and applications*, New York : Academic Press, pp. 279-375.
- « The stage theory of grief », *The Journal of the American Medical Association*, 297, pp. 2692-2694.
- SILVERMAN, G. K., *et al.*, « Quality of life impairments associated with diagnostic criteria for traumatic grief », *Psychological Medicine*, 30, 2000, pp. 857-862.
- SILVERSTEIN, M., GANS, D., & YANG, F. M., « Intergenerational support to aging parents: The role of norms and needs », *Journal of Family Issues*, 27(8), 2006, pp. 1068-1084.
- SIMON, N. M., *et al.*, « The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief », *Comprehensive Psychiatry*, 48, 2007, pp. 395-790.

- « Complicated grief: a case series using escitalopram », *American Journal of Psychiatry*, 164, 2007, pp. 1760-1761.
- « Informing the symptom profile of complicated grief », *Depression and Anxiety*, 28, 2011, pp. 118-126.
- SKLAR, F., « Grief as a family affair: Property rights, grief rights, and the exclusion of close friends as survivors », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 24(4), 1992, p. 109-121.
- SKLAR, F., & HARTLEY, S. F., « Close friends as survivors: Bereavement patterns in a "hidden" population », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 21(2), 1990, pp. 103-112.
- SNAMAN, J. M., *et al.*, « Parental grief following the death of a child from cancer: The ongoing odyssey », *Pediatric Blood & Cancer*, 63(9), 2016, pp. 1594-1602.
- SOFKA, C. J., « Social support "internetworks," caskets for sale, and more: Thanatology and the information superhighway », *Death Studies*, 21(6), 1997, pp. 553-574.
- SOLOMON, R. M., « Complicated grief and mourning », *EMDR Therapy Treatment for Grief and Mourning*, Oxford : Oxford University Press, 2024.
- SONG, J., FLOYD, F. J., SELTZER, M. M., GREENBERG, J. S., & HONG, J., « Long-term effects of child death on parents' health-related quality of life: A dyadic analysis », *Family Relations*, 59, 2010, pp. 269-282.
- STILLION, J. M., & NOVIELLO, S. B., « Living and Dying in Different Worlds: Gender Differences in Violent Death and Grief », *Illness, Crisis & Loss*, 9(3), 2001, p. 247-259.
- STOLOROW, R. D., « Trauma and Temporality », *Psychoanalytic Psychology*, 20(1), 2003, p. 158-161.
- STROEBE, M. S., « Coping with Bereavement: A Review of the Grief Work Hypothesis », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 26(1), 1993, pp. 19-42.
- STROEBE, M. S., & SCHUT, H., « The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description », *Death Studies*, 23(3), 1999, pp. 197-224.
- « Complicated grief: A conceptual analysis of the field », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 52(1), 2006, p. 53-70.
- STROEBE, M. S., SCHUT, H., & STROEBE, W., « Health outcomes of bereavement », *The Lancet*, 370, 2007, pp. 1960-1973.
- STROEBE, M. S., HANSSON, R. O., SCHUT, H., & STROEBE, W., « Bereavement research: contemporary perspectives », in STROEBE, M. S., HANSSON, R. O., SCHUT, H., & STROEBE, W. (Eds.), *Handbook of Bereavement Research and Practice: Advances in Theory and Intervention*, Washington, DC : American Psychological Association, 2008, pp. 3-25.
- « Future directions for bereavement research », in STROEBE, M. S., HANSSON, R. O., STROEBE, W., & SCHUT, H. (Eds.), *Handbook of Bereavement: Consequences, Coping and Care*, Washington, DC : American Psychological Association, 2008, pp. 741-766.
- STROEBE, M.S, *et al.*, « Partner oriented self-regulation among bereaved couples: The costs of holding in grief for the partner's sake », *Psychological Science*, 24, 2013, pp. 395-402.
- STROEBE, M.S., *et al.*, « Guilt in bereavement: The role of self-blame and regret in coping with loss », *PLoS One*, 9(5), 2014, pp. 1-9.

- STROEBE, M.S., SCHUT, H., & BOERNER, K., « Cautioning Health-Care Professionals: Bereaved Persons Are Misguided Through the Stages of Grief », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 74(4), 2017.
- STROEBE, W., & SCHUT, H., « Risk factors in bereavement outcome: A methodological and empirical review », in STROEBE, M., HANSSON, R. O., STROEBE, W., & HENK, S. (Eds.), *Handbook of Bereavement Research: Consequences, Coping and Care*, Washington, DC : American Psychological Association, 2001, pp.349-371.
- STYLIANOS, S. K., & VACHON, M. L. S., « The role of social support in bereavement », in STROEBE, M. S., STROEBE, W., & HANSSON, R. O. (Eds.), *Handbook of Bereavement: Theory, Research, and Intervention*, Cambridge : Cambridge University Press, 1993, pp. 397-410.
- SULLENDER, R. S., « Vicarious grieving and the media », *Pastoral Psychology*, 59(2), 2010, pp. 191-200.
- SZUHANY, K. L., MALGAROLI, M., MIRON, C. D., & SIMON, N. M., « Prolonged grief disorder: Course, diagnosis, assessment, and treatment », *Focus*, 19, 2021, pp. 161-172.
- TEDESCHI, R. G., & CALHOUN, L. G., « Using the support group to respond to the isolation of bereavement », *Journal of Mental Health Counseling*, 15(1), 1993, pp. 47-54.
- TEDESCHI, R., & CALHOUN, L., « Beyond the concept of recovery: Growth and the experience of loss », *Death Studies*, 32, 2008, pp. 27-39.
- THIRSK, L. M., & MOULES, N. J., « Considerations for Grief Interventions: Ears of Witnessing with Families », *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 65(2), 2012, pp. 107-124.
- TOLSTIKOVA, K., FLEMING, S., & CHARTIER, B., « Grief, complicated grief, and trauma : The role of the search for meaning, impaired self-reference, and death anxiety », *Illness, Crisis & Loss*, 13(4), 2005, pp. 293- 313.
- TRIPPANY, R. L., et al., « Preventing vicarious trauma : What counselors should know when working with trauma survivors », *Journal of Counseling & Development*, 82, 2004, pp. 31-37.
- VAN DER HART, O., et al., « Hypnotherapy for traumatic grief: Janetian and modern approaches integrated », *American Journal of Clinical Hypnosis*, 32, 1990, pp. 263-271.
- VIJSELAAR, J., & VAN DER HART, O., « The first report of hypnotic treatment of traumatic grief: A brief communication », *International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 40, 1992, pp. 1-6.
- WAGNER, B., et al., « Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: A randomized controlled trial », *Death Studies*, 30, 2006, pp. 429-453.
- WAGNER, B., & MAERCKER, A. A., « 1.5 year follow-up of an internet-based intervention for complicated grief », *Journal of Traumatic Stress*, 20, 2007, pp. 625-629.
- WAGNER, B., & MAERCKER, A., « The diagnosis of complicated grief as a mental disorder: A critical appraisal », *Psychologica Belgica*, 50(1-2), 2010, pp. 27-48.
- WALSH F., & MCGOLDRICK, M., « Bereavement: A family life cycle perspective », *Family Science*, 4, 1991, pp. 20-27.
- WALSH, F., « Traumatic loss and major disasters: Strengthening family and community resilience », *Family Process*, 46(2), 2007, p. 207-227.

- WEBB, N. B. « Groups for children traumatically bereaved by the attacks of September 11, 2001 », *International Journal of Group Psychotherapy*, 55, 2005, pp. 355-374.
- WEINBERG, N., « Does apologizing help? The role of self-blame and making amends in recovery from bereavement », *Health & Social Work*, 20(4), 1995, pp. 294-299.
- WETHERELL, J. L., « Complicated grief therapy as a new treatment approach », *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 2012, pp. 159-166.
- WIGGINS, N., « Popular education for health promotion and community empowerment: A review of the literature », *Health Promotion International*, 2011.
- WIJNGAARDS-DE MEIJ, L., *et al.*, « Parents grieving the loss of their child: Interdependence in coping », *British Journal of Clinical Psychology*, 47, 2008, pp. 31-42.
- WRIGHT; P. M., « Adult Sibling Bereavement: Influences, Consequences, and Interventions », *Illness, Crisis & Loss*, 24(1), 2016, pp. 34-45.
- YALOM, I. D., & LIEBERMAN, M. A., « Bereavement and heightened existential awareness », *Psychiatry*, 54, 1991, pp. 334-345.
- ZETUMER, S., *et al.*, « The impact of losing a child on the clinical presentation of complicated grief », *Journal of Affective Disorders*, 170, 2015, pp. 15-21.
- ZHANG, B., EL-JAWAHRI, A., & PRIGERSON, H. G., « Update on bereavement research: Evidence-based guidelines for the diagnosis and treatment of complicated bereavement », *Journal of Palliative Medicine*, 9(5), 2006, pp. 1188-1203.
- ZISOOK, S., CHENTSOVA-DUTTON, Y., & SHUCHTER, S. R., « PTSD Following Bereavement », *Annals of Clinical Psychiatry*, 10, 1998, pp. 157-163.
- ZYGMONT, *et al.*, « A post hoc comparison of paroxetine and nortriptyline for symptoms of traumatic grief », *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 1998, pp. 241-245.

## THÈSES

- ANDERSON, A. J., *Anger, forgiveness, and the goal of distal reconciliation: Predictors of complicated grief reactions to suicide-related bereavement* (doctoral dissertation), Seattle Pacific University, 2010.
- GARIANO, T., *An evaluation of an adult suicide bereavement support group*, (doctoral dissertation), University of Calgary, Canada, 2011.
- LI, J., *Bereavement guilt in Chinese adult children: The conceptualization, measurement, risk factors and association with grief outcomes* (thesis), University of Hong Kong, 2012.
- PALEY, N., *Partners in grief: Couples' narratives of the transition from pediatric palliative care into bereavement* (doctoral dissertation), British Columbia University, Vancouver, Canada, 2008.



le cnam



Site: [chaire-philo.fr](http://chaire-philo.fr)

Twitter: [@hospiphilo](https://twitter.com/hospiphilo)

Facebook: [ChairePhilosophieAHopital](https://www.facebook.com/ChairePhilosophieAHopital)

Contact mail: [contact@chaire-philo.fr](mailto:contact@chaire-philo.fr)