

■ Revues générales

Deuil d'un parent : un traumatisme développemental

RÉSUMÉ : Pour un enfant, le deuil d'un parent est un traumatisme majeur qui peut avoir des conséquences développementales importantes, notamment si le parent qui reste est lui-même trop en difficulté. Par ailleurs, le nombre de deuils compliqués est plus important que pour un autre type de deuil. C'est pourquoi il semble fondamental de proposer un accompagnement, particulièrement si la dynamique familiale est complexe ou si le deuil s'effectue dans des conditions très brutales ou angoissantes.

Le pédiatre et le médecin généraliste sont ici souvent les premiers témoins des problématiques psychiques de l'enfant et de la famille et doivent pouvoir, après un accompagnement soutenant, proposer, si celui-ci s'avère insuffisant, une consultation auprès d'un "psy".



C. JOUSSEME
Centre Hospitalier des Alpes du Sud, GAP

En France, selon la DRESS en 2008, 11 % d'adultes ont perdu un de leurs parents avant l'âge de vingt ans [1]. Ce décès reste le stress le plus important survenant dans l'enfance [2]. Il multiplie les facteurs de risque d'apparition de stress post-traumatique impactant le développement de l'enfant [3, 4], par l'empreinte qu'il imprime sur la synaptogénèse et la sélection synaptique propres à chaque phase du développement cérébral, particulièrement dans des "phases critiques" de développement [5, 6]. Il en découle une influence des choix de vie ultérieurs [7] : 84 % des orphelins estiment que le décès de leur parent a eu un effet sur leurs relations familiales, 38 % sur leur concentration, 34 % sur leurs capacités d'apprentissage, 46 % sur leur orientation et 43 % leur choix de métier [8].

Certaines circonstances de décès sont plus traumatisantes : le décès brutal ou survenant en réanimation provoque chez le parent restant [9], mais aussi toute la famille [10], un stress post-traumatique très important [11, 12].

■ Clinique du deuil

Bourgeois [13] rapporte la particularité de deuil suite à la perte d'un "autre significatif". Celui-ci expose l'endeuillé à un risque accru de "deuil traumatique", car il l'expose à l'angoisse de séparation traumatique de sa figure d'attachement, ce qui requiert un traitement spécifique. En effet, ces deuils sont plus longs, voire chroniques, avec un risque d'épuisement psychique ("deuils compliqués"), pouvant conduire secondairement à la construction de troubles psychiatriques : dépression, anxiété chronique, etc. ("deuils pathologiques").

En effet, sauf de rares cas (maltraitance active, violences conjugales, etc.), tout enfant vit le deuil de son parent comme particulièrement illogique et injuste, car il le prive d'un soutien essentiel, le plongeant dans une insécurité majeure, surtout si le parent restant en vie va mal. Il peut alors avoir peur de mourir, se sentant abandonné et fragile, mais aussi avoir envie de rejoindre son parent mort, avec parfois l'impression que celui-ci

I Revues générales

l'attire vers lui, ce qui peut l'angoisser secondairement.

Par ailleurs, les étapes de la vie ultérieure, avec ses échéances temporelles symboliques (passage de classe ou de cycle scolaires, spectacles de fin d'année, examens importants, mariage, paternité ou maternité, etc.), sont autant de rebonds traumatiques liés à la réaction du vécu d'abandon et de solitude. Il en est de même des dates anniversaires multiples (début de la maladie ou date de l'accident, passage en réanimation, décision d'arrêt de soins actifs et passage en soins palliatifs, décès, cérémonies funéraires, etc.). Il doit donc rester soutenu par les adultes de référence tout au long de son développement, sans être pour autant "mis sous globe" ou "pardonné de tout" : il est important que le parent restant puisse continuer à poser des limites fiables et sécurisantes, tout en ayant la capacité à repérer quand une période est difficile, car elle réactive des angoisses particulières.

Certains facteurs apparaissent clairement aggravants :

- conflits non résolus avec le parent malade avant son hospitalisation ;
- présence de l'enfant lors du début de la maladie (perte de connaissance, lors d'un accident vasculaire cérébral par exemple) ou de l'accident (visualisation du traumatisme crânien et des blessures du parent) avec mise en place de théories très culpabilisantes ;
- difficultés d'ancrage du traumatisme par absence de lien avec les parents jusqu'à son décès (pas de visite aux urgences ou en réanimation ni de discussion avec les médecins, amenant certains enfants à penser qu'on leur cache la mort de leur parent, ce qui disqualifie ensuite toute confiance envers les adultes de référence et décuple le traumatisme de l'annonce du décès, du fait de l'absence de préparation en amont) ;
- divorce en cours ou très conflictuel, qui amène à un changement majeur dans la garde de l'enfant du fait du décès ;
- solitude familiale ;

- conflits familiaux fragilisant les assises du parent restant ;
- difficultés socio-économiques ;
- secret concernant la mort ou la nature des origines de la mort du parent ;
- état du parent restant (pathologie psychiatrique ou médicale, sidération durable et syndrome de stress post-traumatique, isolement, etc.).

L'absence de fratrie peut se révéler un facteur aggravant, l'enfant se sentant encore plus "responsable" du parent restant. Il peut chercher alors à le maintenir dans la meilleure forme possible, pour ne pas sombrer avec lui. Il risque alors de développer un "faux *self*" [14] : il devient une sorte de "caméléon", anticipant le désir des autres pour s'y conformer, en oubliant les siens (clivage), ce qui le fragilise en cas de nouvelles difficultés dans sa vie dépassant ses capacités à cliver ce qu'il ressent de difficile (maladie, accident, échec scolaire ou d'orientation, etc.). L'aîné peut aussi être davantage sollicité ou l'enfant non malade, quand un enfant de la fratrie l'a été ou l'est encore.

Par ailleurs, il est frappant de constater que les enfants de primaire et les adolescents ont davantage de difficulté à mettre en place des soutiens amicaux avec des pairs. Ils taisent souvent leur deuil à l'école, vivant la mort de leur parent comme une stigmatisation : ils sont "porteurs de drame possible" alors qu'ils aspirent à se sentir "les plus normaux possibles". Cet isolement doit être repéré par

les adultes proches pour qu'ils puissent instaurer un espace sécurisant d'échange et de partage avec l'enfant endeuillé.

L'âge de l'enfant est donc un facteur fondamental dans sa capacité à intégrer la mort de son parent. En effet, le concept même de "mort" n'est pas d'emblée admis par l'enfant [15]. Plus il est jeune, plus il a l'impression que la personne décédée "peut" ou "va" revenir, ce qui le plonge dans un sentiment de culpabilité parfois très lourd lorsqu'il constate que cela n'est pas le cas. Le **tableau I** reprend l'évolution du concept de "mort" chez l'enfant en fonction de son âge.

Chez le bébé, qui n'a pas accès au langage, la mort d'un parent représente tout de même une effraction particulièrement violente dans le processus d'attachement quand celui-ci se construisait bien : le *care giver* qui était le sien (celui qui prodigue des soins, dans une fiabilité absolue) disparaît et, s'il n'a pas de relais, l'enfant est en grand risque de développer des troubles de l'attachement [16]. Les traces de ces expériences de lâchage peuvent être très lourdes : l'enfant peut plus tard plonger, face à toute séparation, dans des angoisses archaïques qui l'envahissent corporellement (écroulement, sensation de chute, etc.), sans qu'il ne puisse avoir accès à une représentation mentale de base (perte).

Pour l'adolescent, la mort d'un parent est un choc difficilement assimilable sans soutien spécialisé. En effet, même

Âge	La mort est...
Jusqu'à 8 ans	Réversible Est mort ce qui n'est pas animé d'une fonction (ne respire pas, ne marche pas), mais la personne peut "revenir".
Après 8 ans	Irréversible, irrévocable L'enfant intègre d'abord l'inéluctabilité de la mort des autres, puis de la sienne. Il est pris dans une certaine "pensée magique" (si un accident survient et qu'il était en colère contre la personne, il peut penser que sa colère a provoqué l'accident).
> 11 ans	Suivie de phénomènes physiques Décomposition, intégralité du concept.

Tableau I : Évolution du concept de mort chez l'enfant selon son âge.

Revue générale

quand tout se passe bien dans la famille, il reste en en plein conflit d'autonomisation, avec une classique attaque des figures parentales visant à s'en distancier psychiquement progressivement pour devenir adulte : la culpabilité est donc souvent au rendez-vous et il est essentiel de la travailler pour qu'elle ne bloque pas l'évolution de l'adolescent.

Aspects neuroscientifiques

Le développement cérébral dans l'enfance se fait par périodes prévalentes de synaptogénèse (de la conception à dix mois de vie) ou de sélection synaptique [17], très influencées par l'environnement (entre dix mois et la puberté). L'adolescence associe une nouvelle période de synaptogénèse, puis une intense sélection synaptique. Sur le plan des circuits cérébraux, le système limbique se développe plus rapidement, véritable "cerveau émotionnel" (récompense, appétit, recherche de plaisir, peur, agressivité [amygdale], mémoire [hippocampe]). Son fonctionnement devance donc celui du système du cortex préfrontal qui traite les fonctions exécutives (planification, régulation des émotions, décisions, conscience de soi). Ces deux systèmes, ainsi que les synaptogénèses et sélections synaptiques, s'équilibrent ensuite à l'âge adulte dans un processus apoptotique. Le cerveau de l'adolescent et donc l'adolescent lui-même restent vulnérables à tout surplus d'émotion.

Or, la sélection synaptique répond à la loi du "use it or lose it", c'est-à-dire que seules les connexions utilisées régulièrement perdurent et prospèrent. Tout traumatisme psychique engendrant, par sa non-prise en charge, un syndrome de stress post-traumatique durable modifie l'architecture des réseaux synaptiques, ainsi que les liens entre ces réseaux. C'est le cas du deuil traumatique s'il n'est pas accompagné correctement.

Ce risque est plus grand si l'encodage du traumatisme est déficient (secret,

évitement, passivité du sujet) et si les rites ne peuvent pas se mettre en place (impossibilité du travail de mémoire qui active la résilience, en permettant de réduire l'intensité des rebonds traumatiques liés à l'histoire du sujet, de favoriser la mise en place d'une mémoire narrative).

De plus, le réseau de surveillance se développe alors de façon exagérée et le réseau "mode par défaut" n'est plus activé (hippocampe, précunéus), alors qu'il est fondamental dans l'introspection, la régulation des émotions et la stabilisation de la mémoire biographique. Tous ces mécanismes peuvent aboutir à une dégradation du *self* (instance de cohésion de soi, siège de l'estime de soi) en tant qu'entité solide et stable de la personnalité, permettant au sujet de développer au mieux ses capacités.

L'enfant s'organise alors autour d'une hypervigilance, alliée à une reviviscence permanente des vécus traumatiques (dissociation avec les vécus de dépersonnalisation, liés à l'activation de circuits cérébelleux par exemple, avec malaises variés, impression de ne plus être "soi"; déréalisation avec vécu étrange du monde lui-même, apparaissant par exemple comme "un décor de cinéma"), aboutis-

sant à des conduites répétitives d'évitement, ainsi qu'un émoussement affectif.

En fait, comme dans tout psychotraumatisme, c'est comme si son cerveau ne pouvait pas "désapprendre la peur" (mauvaise régulation par le cortex cingulaire antérieur du système limbique). Bien évidemment, le cortège de signes cliniques correspondant au maintien secondaire d'un degré plus fort d'inflammation chronique centrale et périphérique peut aboutir à des pathologies somatiques secondaires : migraines, douleurs abdominales, maladies inflammatoires, etc.

Enfin, des mécanismes épigénétiques peuvent se mettre en place, favorisant la transmission du traumatisme à la génération suivante [6].

Les mécanismes psychologiques liés à ces mécanismes neurobiologiques sont résumés dans la **figure 1**. Ils peuvent engendrer un véritable cercle vicieux, dans lequel les rebonds traumatiques alimentent les mécanismes d'évitement majeur (dénis, clivages), du fait du non-acès à une représentation mentale historisée et racontée (souvenirs pensables) de l'événement traumatique. La mémoire traumatique indicielle prend le dessus [18] : le corps réagit immédiatement

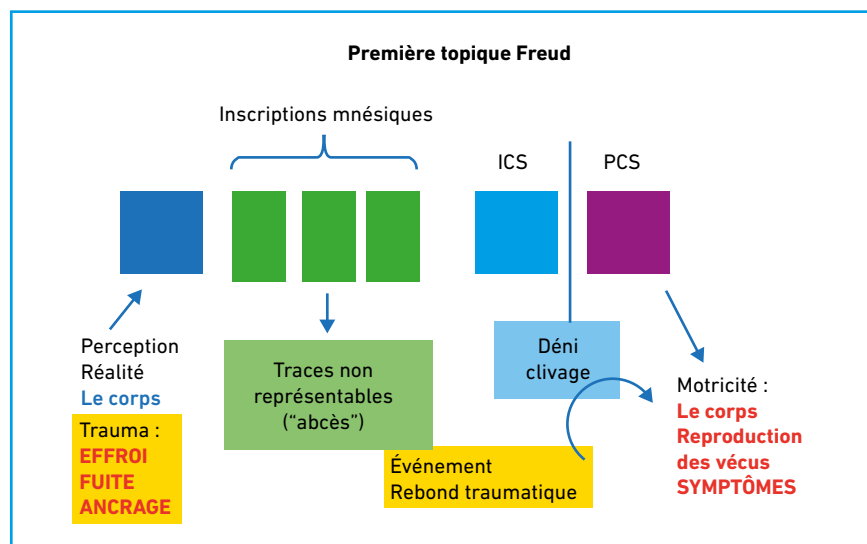


Fig. 1 : Mécanismes psychologiques en cas de deuil traumatique.

POINTS FORTS

- Pour un enfant, le deuil d'un parent est un des événements de vie les plus stressants.
- Il est fondamental que le pédiatre et le médecin généraliste sachent repérer des facteurs de risque psychique chez l'enfant.
- "Il faut user le chagrin", disait Françoise Dolto : il est important de favoriser l'expression émotionnelle chez l'enfant en la soutenant.

quand une variable sensorielle actuelle (indice : dates, odeur, luminosité, aspect d'un lieu, etc.) réactive l'état traumatique passé. L'enfant redoute alors des vécus corporels violents et désorganisant (dissociation : dépersonnalisation, déréalisation), ce qui le pousse à développer des conduites d'évitement, parfois très ampoules (refus scolaire anxieux, dépendance affective au parent restant, etc.).

■ Conduite à tenir

Quel que soit l'âge de l'enfant, le médecin doit repérer les facteurs de risque aggravants évoqués plus haut.

Bien évidemment, tout accompagner dans les jours précédant une mort prévisible (séjour en réanimation, oncologie, etc.) est essentiel pour aider l'enfant à se représenter le moins mal possible l'état de son parent et à poser les questions qui lui viennent à son chevet, pour se préparer à affronter ce qui va arriver. Les dispositifs qui permettent à un psychologue ou à un pédopsychiatre d'accompagner les visites (soutien psychique du parent et de l'enfant) avec le médecin référent (explicitation de l'état du parent qui va décéder et du dispositif de soins) sont très utiles.

On peut aussi, en ville, soutenir le parent qui va rester, en discutant avec l'enfant de ce qu'il comprend du dispositif de soins et l'aider à se le représenter. Par exemple, la **figure 2** montre comment on peut décrire une chambre de réani-

mation, avec les différents appareils et la présence continue de soignants, en provoquant les questions et la verbalisation des inquiétudes de l'enfant ("papa n'est pas seul alors ?"). Toute cette préparation tente d'inscrire tout ce qui va se dérouler dans une histoire et cultiver la mémoire de narration (se fabriquer des souvenirs qu'on pourra partager et aussi réévoquer de façon volontaire), pour faire reculer le plus possible la mémoire indicelle traumatique (involontaire et envahissante).

Il faut conseiller aussi, quel que soit l'âge de l'enfant, d'expliquer avec des mots adaptés ce qui s'est passé de façon simple et vraie, en ne détaillant pas trop les blessures en cas de mort particulièrement traumatique (accident) pour des enfants jeunes, en ne stigmatisant pas trop les lieux et les circonstances pour que des évènements secondaires n'apparaissent (ce qui n'est pas toujours facile, par exemple selon le lieu de l'accident ou ses circonstances).

Pour les petits, il faut répéter les mêmes mots simples, toujours les mêmes, à chaque nouvelle question de l'enfant (par exemple : "elle va revenir maman ?", "non, maman est partie, tu sais, elle est morte, elle ne reviendra plus jamais"). Car un jeune enfant, en fonction de son état d'appréhension du concept de mort (**tableau 1**) peut tout à fait dire en souriant à quelqu'un, avec un air très affirmé, "tu sais, moi, ma maman elle est morte, elle est au ciel maintenant", et, quelques minutes après, demander : "quand elle va revenir maman ? Ce soir ou demain matin ?"

Ce travail de répétition est très lourd et usant pour le parent restant en vie, car il réactive régulièrement sa douleur aiguë de perte. Il peut se sentir incapable, découragé face au poids qu'il perçoit d'un rôle parental à porter seul désormais. On voit bien ici l'importance de sa solidité de base, mais aussi de sa possibilité de faire appel à des personnes de confiance (ses propres parents et/ou beaux-parents, ses frères et sœurs, des amis proches, le médecin, etc.), pour l'aider à poursuivre les réponses certains jours. Il a aussi besoin de relais pour être seul par moments et aussi se reposer psychiquement (et physiquement), ce qu'il ne s'accorde pas toujours. La possibilité de mettre en place des aides extérieures à la famille, quand celle-ci n'est pas capable d'assurer une présence positive (technicien de l'intervention sociale et familiale, TISF), peut être essentielle parfois.



Fig. 2 : "Papa en réanimation."

I Revues générales

Il est très important, quel que soit son âge mais de façon adaptée à celui-ci, d'associer l'enfant aux rites funéraires qui facilitent le travail de mémoire, engendrant une meilleure résilience, en permettant aussi un encodage le moins négatif possible (solidarité et cohésion, bienveillance, partage, etc.).

L'enfant peut aller voir son parent au funérarium, en fonction de la culture familiale (certaines l'interdisent). Il est important de bien s'informer avant de l'état du parent décédé (il vaut mieux parfois ne pas faire la visite en cas d'état catastrophique difficile à dissimuler par un maquillage ou un habillage particulier) et de prévenir l'enfant s'il a une cicatrice par exemple (accident de la route). Il est aussi important de lui dire qu'il peut trouver son parent changé, qu'il sera plus pâle, froid, etc., mais que c'est tout de même son parent, qu'il peut lui parler, le toucher, lui dire ce qu'il a envie de lui dire. Il est important d'accueillir toutes les réactions, même "non politiquement correctes" ("il est moche papa !), sans jugement, mais avec bienveillance et humour quand cela est possible, ce qui dédramatise le vécu pour les petits.

Aux cérémonies, quelles qu'elles soient (religieuse, crémation, enterrement), l'enfant peut juste participer dans les bras d'une personne de confiance, soutenant le parent restant s'il est trop mal à un moment ou bien participer activement quand il est plus grand, en donnant des objets à mettre dans le cercueil pour accompagner le parent décédé (dessins, jouets, empreintes sur de la pâte à modeler ou de la pâte à sel, etc.). Il faut pouvoir dire au parent restant que le fait d'être acteur protège, alors que la passivité ou l'éviction laissent l'enfant désarmé et "vide", ce qui complique son entrée dans un processus de deuil le moins pathologique possible.

Il est aussi fondamental de proposer à l'enfant des objets du parent ou d'en garder pour lui s'il est très petit, objets qui favoriseront la mémoire narrative,

tout comme l'évocation du parent dans la vie du quotidien ("papa, il aurait ri de ça !", "maman, elle aurait été contente de ça", etc.). Dans les limites éducatives, quand elles étaient partagées par le couple (éviter tout mensonge), il est soutenant de les poser en faisant aussi référence au parent mort ("je t'interdis ça, d'ailleurs papa aurait été d'accord, on était d'accord sur ça", etc.).

■ Conclusion

Le deuil d'un parent, pour un enfant, reste un événement de vie qui nécessite un soutien spécifique, lié à l'insécurité majeure qu'il entraîne. Le pédiatre et le médecin généraliste sont des partenaires irremplaçables pour aider le parent qui reste et pour bien repérer les facteurs de risques à traiter, afin d'éviter la mise en place de troubles développementaux chez l'enfant.

BIBLIOGRAPHIE

1. DREES. Perdre un parent pendant l'enfance: Quels effets sur le parcours scolaire, professionnel, familial, et sur la santé à l'âge adulte? *Études et Résultats*, 2008;668:1-8.
2. Yamamoto K, Davis OL, Dylak S *et al.* Across six nations: stressful events in the lives of children. *Child Psychiatry Hum Dev*, 1996;26:139-150.
3. HANUS M. Deuils normaux, deuils difficiles, deuils pathologiques. *Annales Médico-psychologiques*, 2006;164: 349-356.
4. OLLIAC B, BIRMES P, BUI E *et al.* Validation of the French version of the child post-traumatic stress reaction index: psychometric properties in French speaking school-aged children. *PLoS One*, 2014;9:e112603.
5. PURVES D, AGUSTINE GJ, FITZPATRICK D *et al.* Plasticité du cerveau en développement sous l'effet de l'expérience. In: *Neurosciences*. 6^e édition, Deboeck Supérieur, 2019:573-593
6. GUILLERY-GIRAD B, DÉGEILH F, GINDT M *et al.* Le trouble de stress post-traumatique de l'enfant et de l'adolescent: de la psychopathologie à la neuropsychologie. In: Canini F, El-Hage W, Garcia R. *Savoir pour soigner le trouble de stress post-traumatique*. Collectif des auteurs de l'Association ABC des Psychotraumas, La réponse du psy, MONA éditions, 2017:281-295.
7. MC HUGH J. Mémoire de Maîtrise en Sciences Sociales. Québec. 2012.
8. Enquête École et Orphelins, ORCIP, IFOP, 2017. www.orcip.fr/liste-des-dossiers/enquete-ecole-et-orphelins-les-resultats.
9. DAVIDSON JE, JONES C, BIENVENU OJ. Family response to critical illness: Postintensive care syndrome-family. *Crit Care Med*, 2012;40:618-624.
10. POCHARD F, DARMON M, FASSIER T *et al.* Symptoms of anxiety and depression in family members of ICU patients before discharge or death. A prospective multicenter study. *J Crit Care*, 2005;20:90-96.
11. AZOULAY E, POCHARD F, KENTISH-BARNES N *et al.* Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of ICU patients. *Am J Respir Crit Care Med*, 2005;171:987-994.
12. ANDERSON WG, ARNOLD RM, ANGUS DC *et al.* Posttraumatic stress and complicated grief in family members of patients in the ICU. *J Gen Intern Med*, 2008;23:1871-1876.
13. BOURGEOIS ML. Événements de vie et psychopathologie. *L'Encéphale*, 2007;33:686-689.
14. WINNICOTT DW. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Petite Bibliothèque Payot, 1975.
15. JOUSSELME C. *Comprendre l'enfant malade*. Dunod, Paris, 2014.
16. BEGUE A, JOUSSELME C. Troubles de l'attachement chez le nourrisson: quand agir? *Réalités Pédiatriques*, 2020; 237:21-26.
17. JOUSSELME C. Une pédopsychiatrie clinique: entre approche psychodynamique et neuroscientifique. *Réalités pédiatriques*, 2019;231:42-45.
18. TUDORACHE AC, EL-HAGE W, TAPIA G *et al.* Mémoire et vécu traumatique. In: Canini F, El-Hage W, Garcia R. *Savoir pour soigner le trouble de stress post-traumatique*. Collectif des auteurs de l'Association ABC des Psychotraumas, La réponse du psy, MONA éditions, 2017:101-112.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.