

# DEUIL ET TRAUMATISME

CHRISTIAN MORMONT\*

## RÉSUMÉ

Le deuil et le traumatisme sont des phénomènes distincts. Si le deuil apparaît comme une expérience douloureuse et transitoire consécutive à une perte, le traumatisme est la blessure psychique provoquée par un événement insupportable. Il n'est pas rare, toutefois, qu'une perte brutale provoque un traumatisme, ou qu'un événement catastrophique cause une perte, si bien que deuil et traumatisme se conjuguent et se compliquent mutuellement. Pour la personne, il s'agit d'ailleurs d'une expérience unique dont les aspects deuil et traumatisme sont initialement indissociables.

## MOTS-CLÉS

deuil, traumatisme.

## SUMMARY: MOURNING AND PSYCHOTRAUMATISM

*Mourning and psychotraumatism are distinct. Mourning is the painful and transient reaction following a loss. Psychotraumatism is the psychic injury produced by the exposition to a too stressful event. A cruel loss can induce psychotraumatism and critical event can result in loss and mourning. So, psychotraumatism and mourning can coexist and interact. For the person, it is moreover a unique experience aspects of which mourning and psychotraumatism are initially inseparable.*

## KEY WORDS

*mourning, psychotraumatism.*

Bien que pouvant être associés, deuil et traumatisme sont des phénomènes distincts. Le mot "deuil" désigne premièrement la perte, deuxièmement la peine que celle-ci provoque, et troisièmement les signes conventionnels qui la manifestent. Le dictionnaire indique que l'expression "faire son deuil" signifiant "renoncer" est d'un usage seulement familial. Enfin, ces dernières années, sous l'influence, sans doute, du langage psychologique, l'expression "faire son deuil" désigne le travail psychique consenti pour se détacher de l'objet perdu. L'émotion du deuil est la tristesse.

Si le deuil apparaît comme une expérience douloureuse et transitoire consécutive à une perte, le traumatisme est la blessure psychique provoquée par un événement insupportable. Le traumatisme n'est pas l'événement mais son impact sur le psychisme. Et la souffrance qui en découle relève de sentiments de menace (retour de l'événement critique), d'impuissance, de vulnérabilité. L'émotion de l'expérience traumatique est l'effroi.

Ainsi, le décès d'un être cher n'engendre pas nécessairement un traumatisme alors qu'assister à la mort violente d'un inconnu peut être traumatisant sans que cela ne déclenche un deuil. Il n'est pas rare, toutefois, qu'une perte brutale provoque un traumatisme, ou qu'un événement catastrophique cause une perte, si bien que deuil et traumatisme se conjuguent et se compliquent

mutuellement. Pour la personne, il s'agit d'ailleurs d'une expérience unique dont les aspects deuil et traumatisme sont initialement indissociables.

## LES PREMIÈRES RÉACTIONS À L'ÉVÉNEMENT

Les premières réactions qui combattent l'intrusion d'un réel intolérable (perte et/ou événement critique) se confondent et visent à protéger le moi de la douleur.

## LE DÉNI

Le déni au sens strict est une réaction exceptionnelle. Il consiste en la suppression de la perception de la réalité douloureuse et en son remplacement par une pseudo-réalité moins pénible.

◆ Une jeune fille d'une vingtaine d'années se tue en voiture après avoir fait la fête avec ses condisciples à l'occasion de leur diplôme de fin d'études. Le jour de son enterrement, la foule se réunit à la maison des parents. Là, le père, euphorique et agité, accueille les visiteurs interloqués en leur annonçant qu'il a organisé une grande fête en l'honneur de sa fille (et à son insu). Il se réjouit de voir sa surprise quand elle va rentrer. Et il remercie tout

\*Professeur honoraire de psychologie, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université de Liège, Belgique

le monde d'être là en une circonstance aussi heureuse. Peu de temps après, le père sombrera dans une grave dépression mélancolique.

◆ Une mère demande à chaque personne qui vient chez elle d'attendre le retour de son fils. Il ne saurait tarder. L'heure du repas approche. La table est mise. Le couvert du fils est dressé. La mère a préparé un plat au goût de son garçon... mort plusieurs années auparavant dans un accident de moto. Cette femme est sereine et souriante.

## LA DÉNÉGATION

La réalité est tellement dure à supporter que l'on tend à la mettre en doute, à la nier. On peut ainsi, à l'annonce d'une mauvaise nouvelle, penser que ce n'est pas possible, qu'il doit y avoir une erreur, que des faits la contredisent.

◆ Suite à la noyade de son mari lors d'une opération de sauvetage, l'épouse, une femme d'une trentaine d'années, scientifique de formation et de profession, raconte une expérience étrange. À certains moments, et bien qu'elle sache pertinemment bien que cela n'est pas possible, elle a l'impression que "son mari est dans son chien et qu'il lui parle". À l'examen, il ne s'agit ni de délire, ni d'hallucination, mais de la lutte contre la perte intolérable. Cette impression est fluctuante, critiquée mais récurrente et incoercible.

## LA DISSOCIATION

Elle correspond à l'expérience banale du "C'est un cauchemar. Je vais me réveiller". La personne a l'impression d'être étrangère à la situation, d'en être un spectateur distant, non concerné. Ou que ce n'est pas vraiment elle qui se trouve là (dépersonnalisation). Ou encore que la situation n'est pas réelle (déréalisation).

◆ Un homme âgé et malade décède. Son fils, adulte, n'est pas choqué par ce décès car bien qu'il aimât ce père, "c'est dans l'ordre des choses qu'il parte". Pourtant, il rapportera plus tard qu'il a vécu la période du décès dans une espèce de brouillard d'insensibilité : "Je ne ressentais rien. Je n'arrivais pas à me sentir concerné". Il confiera qu'aujourd'hui il se sent coupable de ne pas avoir éprouvé plus de peine et de ne pas avoir pleuré, ce qu'il ne comprend d'autant moins que, plusieurs mois après, il est beaucoup plus attristé qu'au moment du décès.

## L'AMNÉSIE

Si nous avons vu que l'on peut supprimer la perception de la réalité pénible (déli), ou en refuser le sens (dénégation), ou la mettre à distance (dissociation), on peut aussi en occulter la trace. Le souvenir est effacé ou du moins indisponible.

◆ Une dame est prise en otage lors d'un hold-up dans un bureau de poste et retenue prisonnière pendant quatre heures. Lorsqu'elle est libérée, elle ne sait plus rien de ce qui s'est passé entre son entrée dans le bureau de poste et sa libération. On peut supposer qu'il s'agit là d'une amnésie post-traumatique classique. Toutefois, lors du suivi psychologique qui lui a été proposé, elle bute sur l'impossibilité de se souvenir de la mort de son grand-père. Ce "trou de mémoire" dénote par rapport au souvenir assez clair qu'elle a de son enfance, y compris pour des faits embarrassants tels que les abus sexuels commis sur elle par son père et les violences de ses frères à son égard. Par une source extérieure, on apprend que ce grand-père est mort alors qu'elle avait huit ans. Elle y était très attachée et on craignait qu'elle réagisse mal à ce décès. Or, si elle a semblé peinée, elle n'est pas choquée et sa conduite n'attire pas l'attention, sinon qu'au fil des semaines, elle est de plus en plus repliée sur elle-même, ne mange plus, puis fait des crises pathétiques de désespoir. Finalement, un médecin diagnostique un véritable état dépressif. Recueillie par des membres de la famille qui lui assurent une ambiance stable et chaleureuse, l'enfant se remet progressivement. Cet épisode pénible de sa vie se révèle aujourd'hui inévitable et donc indolore.

## L'ALTÉRATION DE LA CONSCIENCE

L'évanouissement est le modèle de l'échappement par perte de conscience. Une fois évanoui, on ne souffre plus. Il existe d'autres formes d'altération de la conscience comme les deux cas suivants l'illustrent, l'un concernant une réaction immédiate à un événement critique, l'autre une atténuation chronique de l'acuité de la conscience par absorption excessive de psychotropes.

◆ Lors d'une descente hivernale de rivière à la nage, un jeune homme est emporté par le courant et disparaît. Les recherches sont vaines ; on le croit mort. Cinq heures plus tard et dix kilomètres en aval, on le retrouve, en combinaison de plongée, confus et désorienté, quand il sonne à la porte d'une maison inconnue. Il ne peut répondre à aucune question ni sur lui-même, ni sur ce qui lui est arrivé. Il ne garde aucun souvenir des cinq heures pendant lesquelles il a pourtant parcouru une longue distance dans une eau impétueuse et glacée. Durant le suivi psychologique subséquent, il rapporte un autre épisode de dissolution de la conscience et d'amnésie : alors qu'il avait huit ans et assistait à une battue, son père a été tué (balle perdue) à côté de lui. Il n'a aucun souvenir de cette scène au cours de laquelle il s'est comporté "normalement", selon les témoins.

◆ Un père est anéanti par la mort de ses deux enfants dans un accident de voiture. Très déprimé, il va gravement abuser de psychotropes associés à de l'alcool pendant 12 ans. Quand, sans raison précise, il cesse de consommer ces

substances, “il reprend conscience”, dit-il, et se retrouve dans l'état qui était le sien la nuit de l'accident. Les 12 ans pendant lesquels il s'est anesthésié (modification de la conscience), bloquant son activité psychique, n'ont apporté aucun réel apaisement puisque la douleur est retrouvée intacte.

## LA COLÈRE

Au-delà de cet échantillon de défenses non spécifiques, on observe encore une réaction commune au deuil et au traumatisme : la colère. La perte ou l'événement traumatisant est vécu comme une agression injuste qui engendre l'émotion de colère et des comportements hostiles. Souvent, ces réactions ne sont pas rationnelles et leur cible aléatoire. C'est pourquoi il est prudent de laisser la colère s'exprimer jusqu'à son épuisement, sans en valider l'argument.

◆ Lors d'un entraînement de descente de rivière à la nage, cinq membres du groupe sportif sont pris dans un tourbillon et se noient. Le lendemain, lors de la première rencontre avec les survivants, l'évocation de l'événement est dramatique et met en scène des faits très lourds. De façon inattendue, la colère va envahir le groupe et se focaliser sur un élément marginal et futile : la manière dont le journal télévisé a rendu compte de l'accident. Des propos très hostiles sont exprimés à l'égard des journalistes. Le psychologue propose de transmettre à ces derniers les griefs du groupe. Ce qu'il fait, sans aucun résultat d'ailleurs. À la séance suivante, il rend compte de sa démarche et perçoit que ça n'intéresse déjà plus le groupe qui s'est recentré sur l'événement et la douleur.

◆ Un enfant de deux ans décède d'une maladie infantile apparemment bénigne. La grand-mère, profondément croyante, développe une colère intense à l'égard de Dieu et passe par une phase où elle affirme être athée.

## L'ÉTAT TRAUMATIQUE

Toutes les personnes ne réagissent pas de la même manière à un événement potentiellement traumatogène. Les intervenants connaissent bien les réactions immédiates qui peuvent aller de l'émotion discrète aux désorganisations spectaculaires : panique, désorientation, sidération, agitation, cris, indifférence... Dans les jours qui suivent, le sentiment d'insécurité, la répétition de la scène critique, les troubles du sommeil et de l'appétit, les cauchemars, l'angoisse, l'hypervigilance, les difficultés de concentration et de mémoire, les évitements sont prévisibles.

Même extrêmes, ces réactions sont considérées comme “des réactions normales à une situation anormale”, si elles ne durent pas trop longtemps. Elles peuvent constituer un

syndrome dit d'“état de stress aigu” (DSM-IV-TR) qui, pour être diagnostiqué, doit remplir strictement les critères définis et ne pas perdurer plus de quatre semaines (cf. F. Ducrocq, pp. 237-240). Ce diagnostic ne peut être posé que si la personne a “été exposée à un facteur de stress traumatique extrême” et présente un nombre déterminé de symptômes de plusieurs catégories. On relève ainsi les symptômes dissociatifs (émoussement, détachement, déréalisation, dépersonnalisation, amnésie), la reviviscence persistante de l'événement (flash-back, cauchemars, répétitions, pensées intrusives), l'évitement des stimuli (sons, odeurs, atmosphère, lieux, objets, personnes) susceptibles de réactualiser la situation traumatique, les manifestations d'anxiété et d'hypervigilance (sursauts, irritabilité, sudation, état d'alerte). Ce syndrome ne se présente pas chez toutes les personnes exposées à un événement potentiellement traumatogène, loin s'en faut. Mais il est habituel, que certains symptômes au moins apparaissent chez la plupart.

## L'ÉTAT DE DEUIL

La perte, indéniable et inacceptable à la fois, s'accompagne de tristesse, de désespoir. L'avenir paraît sombre à jamais. Retrouver, un jour, de l'intérêt, du plaisir semble impossible. Les regrets et la culpabilité se nourrissent des manquements, réels ou imaginaires, vis-à-vis du défunt, manquements désormais irréparables. Le défaut d'énergie rend toute entreprise difficile. La concentration, le sommeil (insomnie ou hypersomnie), l'appétit (anorexie ou boulimie), la sexualité (inhibition) sont perturbés. Les idées de mort ou de suicide, en particulier pour rejoindre l'objet perdu, sont fréquentes. Les hallucinations visuelles (voir la personne disparue) ou auditives (entendre sa voix), brèves et critiquées, ne sont pas exceptionnelles.

Ces réactions normales sont comparables à celles que l'on observe dans un état dépressif pathologique que l'on pourrait décrire comme un état de deuil sans objet (conscient, du moins). Mais la personne en deuil ne se dit pas déprimée : elle est souffrante, pas malade. Et le travail psychique naturellement engagé suite à la perte va la sortir peu à peu de son état douloureux pour la ramener vers le monde des objets à (ré)investir.

## L'ÉTAT DE DEUIL TRAUMATIQUE

La perte d'un être cher peut survenir dans des conditions traumatisantes ou être, en soi, traumatisante, si bien que l'état de deuil et l'état traumatique s'enchevêtrent. Ces deux états, nous l'avons vu, sont des expériences pénibles dont le psychisme tente de se protéger par divers mécanismes dont certains leur sont communs.

Ils se distinguent pourtant par leur orientation opposée : le deuil tend vers le détachement alors que le traumatisme contraint à l'attachement (répétition de la scène traumatique). Dans l'économie du deuil, ces deux mouvements se contrarient et peuvent compliquer le dépassement de la douleur.

L'état de choc s'accompagne des symptômes dissociatifs déjà décrits (sidération, incrédulité, dépersonnalisation, etc.), de pensées intrusives concernant le défunt, de sentiments d'imprévisibilité, d'insécurité et d'incontrôlabilité, d'angoisse (réaction à quelque chose qui est advenu) plutôt que d'anxiété (réaction d'anticipation), d'irritabilité ou de colère.

Outre la détresse et le désespoir, la perte déclenche des sentiments de vide, de solitude, de vanité et d'absurdité de la vie. La nostalgie donne lieu à des comportements d'imitation et de recherche du défunt. Selon Vitry, dans ce tableau de deuil traumatique, se superposent "*la détresse de séparation, avec les préoccupations nostalgiques concernant le défunt, et la détresse traumatique, caractérisée par un état de choc, de stupéfaction et un sentiment de vide*"<sup>(1)</sup>.

## L'ACCEPTATION DE LA RÉALITÉ

L'acceptation de la réalité s'opère par l'assimilation du traumatisme d'une part, et par le travail du deuil d'autre part.

### L'ASSIMILATION DU TRAUMATISME

Les séquelles traumatiques et post-traumatiques vont, sauf cas pathologique, se résorber progressivement : le traumatisme (la blessure) cicatrise en laissant une trace mnésique inoffensive. Cette résorption passe par l'apaisement de la tempête émotionnelle liée à l'événement traumatisant, par le traitement cognitif de celui-ci, par la restauration d'une vision du monde plus ordonnée, par l'atténuation du sentiment d'isolement et d'incommunicabilité.

Les pompiers et les ambulanciers qui prennent en charge une personne traumatisée savent que, dans l'immédiat, il faut la mettre en sécurité, lui épargner les sollicitations complexes, lui offrir une protection, prendre soin d'elle de façon tangible. Il faudra aussi supporter les crises émotionnelles extrêmes et leur laisser un espace expressif suffisant. L'autorité, la détermination, le calme de l'intervenant sont des éléments favorables. Dès cette phase dépassée, les modes d'action psychologique usuels en cas de psychotraumatisme ont leur place. Leur but est de libérer de la fixation à l'expérience traumatisante et de rendre son autonomie au traumatisé, notamment en respectant ses choix et décisions (cf. infra le fait de voir ou non le cadavre).

### L'ASSIMILATION PAR LE TRAVAIL DU DEUIL

Le traitement de "l'expérience de perte" commence par la reconnaissance de la réalité de la perte, ce qui entraîne douleur et tristesse, se poursuit par le désinvestissement progressif de l'objet perdu et s'achève par le renoncement à cet objet.

Il est rare que la réalité concrète de la perte soit vraiment ignorée (sauf s'il y a déni ou circonstances particulières), alors qu'il est régulier qu'une partie de soi veuille continuer à croire que "ce n'est pas vrai, ça n'est pas arrivé". En général, il ne s'agit pas de l'incrédulité que l'on peut nourrir à l'égard d'un fait non avéré, mais d'une résistance psychique à l'intégration d'un fait douloureux. Et ce n'est pas la confrontation à la matérialité de la mort (voir le cadavre) qui atténue cette résistance, comme certains l'ont hâtivement déduit des difficultés observées dans l'entourage de personnes disparues. Dans ces cas, l'absence de cadavre nourrit les spéculations conformes au désir qu'il n'y ait pas eu mort, et retarde le processus de renoncement. Mais il s'agit là d'une situation d'exception à partir de laquelle il ne faudrait pas généraliser la pratique de la confrontation considérée comme un préalable nécessaire à l'acceptation de la réalité. Nombre de personnes racontent que des idéologues bien intentionnés les ont forcées à voir le corps de leur proche "pour pouvoir faire leur deuil". Voir ou ne pas voir le cadavre d'un être aimé est une affaire très individuelle. Pour les uns, il est impératif de voir la personne proche une dernière fois, pour d'autres, cette vision viendrait en gâcher le souvenir, pour d'autres encore, le cadavre n'est plus un être humain mais une chose désaffectée. Certains ont une peur phobique ou une profonde répulsion à l'égard des morts. Peu ont besoin de vérifier la réalité de la mort de cette façon. Les intervenants devraient s'interdire toute attitude dogmatique sur ce point et aider chaque personne à assumer sa position plutôt qu'à lui en imposer une.

◆ Un homme consulte un psychologue auquel il explique qu'il a perdu ses deux enfants dans un même accident. La police l'a réveillé en pleine nuit et l'a conduit à la morgue où on avait amené les corps. Là, le médecin lui déconseille de voir le cadavre de sa fille complètement défigurée et mutilée. Le père acquiesce mais estime qu'il doit traiter ses deux enfants de la même façon et décide que puisqu'il ne peut voir sa fille, il ne reverra pas son fils. Quand il consulte des années plus tard, il exprime d'emblée son tourment quant à son attitude vis-à-vis de ses enfants morts. Il souffre de ne pas les avoir vus une dernière fois mais, en même temps, adhère toujours au raisonnement qui a justifié sa décision.

◆ Le corps d'une fillette assassinée est retrouvé enterré dans le jardin de son meurtrier. Après être resté sous terre pendant plusieurs mois, le corps est très délabré. Les parents sont partagés entre la crainte et la curiosité. Des in-

tervenants les persuadent qu'ils doivent voir le cadavre de leur fille pour pouvoir ensuite faire leur deuil. Les parents se rendent donc à l'institut médico-légal et le spectacle de leur enfant en état de décomposition les plonge dans l'effroi. Les deux parents souffrent d'un grave psycho-traumatisme qui les perturbe encore des années plus tard et qui empêche le travail du deuil.

La résistance psychique à l'intégration d'une réalité pénible n'est pas essentiellement d'ordre perceptif et intellectuel. C'est un processus dynamique de défense contre la douleur. Mais – hormis dans le cas du déni au sens strict que nous avons rappelé plus haut – se défendre d'une perte suppose que, d'une façon explicite ou implicite, on la reconnaisse et qu'on la pense. On ne se défend pas d'une chose qui n'existe pas. Cette activité psychique de défense est animée par deux courants différents, l'un qui consiste à combattre la perte "physique" en assurant la survie symbolique de l'objet par le souvenir, l'autre qui cherche à se débarrasser de la source de la peine par l'oubli. Une défense adéquate forge précisément un compromis entre ces deux mouvements, compromis grâce auquel un certain désinvestissement de l'objet est possible sans que ce détachement ne soit ressenti comme un rejet agressif, générateur de culpabilité. S'engager à ne jamais oublier, garantir la pérennité du souvenir par des rituels de commémoration, par des signes, par des monuments tempèrent la perte en assurant qu'elle ne sera jamais totale, tout en la confinant dans un espace temporo-spatial et psychique limité. Toutes les stratégies qui tendent vers ce but ne conviennent pas à chacun, et il est important que l'intervenant facilite ce travail sans en imposer autoritairement les manières.

Il s'agit en fait d'aider à dénouer les liens qui attachent à l'objet de façon à le libérer et à se libérer soi-même d'une relation qui ne sera plus jamais qu'imaginaire et non réciproque. Le détachement rend la perte plus sensible ; la peine est avivée et combattue par le culte du mort qui donne à celui-ci une présence envahissante. Ce culte allège aussi la responsabilité que se sent le survivant d'être le garant de la survie symbolique du mort. Ayant rempli son devoir vis-à-vis de celui-ci, le survivant peut commencer à reprendre pied dans d'autres domaines de son existence. Dans cette dernière phase, on pourrait parler de réamarrage à de nouveaux objets. La personne recommence à s'intéresser au monde, à investir des relations, à désirer, ce qui lui paraissait invraisemblable au moment du décès.

Les rituels traditionnels entourant la mort, aujourd'hui désuets, offrent un modèle de déroulement et de facilitation de ce processus consécutif à une perte. Jadis, la présence

du cadavre dans la maison pendant plusieurs jours, la visite des apparentés et des connaissances, la participation du voisinage, les veillées, la cérémonie d'enterrement, la mise en terre imposaient fortement la présence du mort. Le port des vêtements de deuil, les prescriptions et interdits comportementaux très stricts pendant un temps, les célébrations périodiques continuaient de maintenir le lien avec le mort. Et le respect de ce lien n'était pas tributaire d'une volonté personnelle puisque dicté par l'usage. L'usage fixait aussi la fin du deuil et enjoignait le retour à la vie normale. Durant toute cette période, le va-et-vient entre le culte du mort et les contraintes de la vie quotidienne permettaient la constitution d'une image-souvenir qui se substituait progressivement à une image-perception. L'obligation de penser au mort et d'assumer la douleur qui en découle protège, par ailleurs, de la culpabilité qu'engendre le désir de se débarrasser de cette douleur en se débarrassant du mort. L'immortalité du mort ne réside que dans l'imaginaire des vivants.

*L'acceptation  
de la réalité s'opère  
par l'assimilation du  
traumatisme d'une  
part, et par le travail  
du deuil d'autre part*

Le mode de vie contemporain a entraîné la disparition des ces usages et du cadre qui les justifiait. Le service psychologique qu'ils rendaient a disparu en même temps, sans que les besoins, eux, se soient effacés. Maintenant, la primauté de l'épanouissement personnel le plus grand obtenu dans les plus brefs délais rend urgente la suppression de la douleur. Il faut faire vite. Et sans grand soutien collectif. Les pompes funèbres, anonymes et vite expédiées, ne méritent plus guère leur nom, si même en certaines circonstances leur théâtralisation médiatique frise l'obscène. La pharmacologie est appelée à la rescousse pour soulager artificiellement l'angoisse et la dépression. Et des intervenants professionnels pallient le délitement du lien social.

Il ne s'agit pas ici de nostalgie ou de rejet du changement mais d'un constat dont il faudrait tirer les conséquences quand on est soi-même intervenant. L'endeuillé d'aujourd'hui a, comme celui d'hier, besoin de soutien, de chaleur humaine, de compréhension, d'aide qui ne se manifestent évidemment pas de la même manière à chaque moment et par chaque intervenant. L'accompagnement de l'endeuillé devrait avoir pour but de faciliter l'action des mécanismes de défense : il ne faut pas opposer de contradiction rationnelle au refus de la perte, alors qu'il est judicieux de soutenir les efforts de traitement symbolique de l'expérience de perte (cérémonie, acte de mémoire comme planter un arbre...). Il n'est pas davantage opportun de vouloir calmer la douleur par des propos lénifiants qui aggravent le sentiment d'isolement et d'incompréhension de la personne souffrante. Mais les défenses et les manœuvres autothérapeutiques ne sont pas les mêmes pour chacun et il n'y a pas de prescription universellement bonne. Par

exemple, certaines personnes tiennent à afficher des photos du défunt, ou à aller régulièrement sur la tombe, ou à s'interdire des loisirs, alors que d'autres retirent toutes les reliques du mort et tâchent d'effacer de leur vie les traces du défunt. L'intervenant peut aider la personne à réfléchir, à peser le pour et le contre, à faire des expériences pour tester ses solutions.

Et sans doute, est-il essentiel que l'intervenant puisse entendre et faire entendre que perdre un être cher est une expérience profondément blessante dont la guérison demande du temps. La souffrance qui en découle n'est pas une maladie à soigner mais le corollaire de l'attachement. On ne peut faire l'économie du deuil. ■

## RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

1 - VITRY M. Les deuils post-traumatiques. In : Crocq L. Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes. Paris : Elsevier-Masson, 2007 : 73-86.