

PARLER DE LA MORT D'UN PROCHE AVEC UN ENFANT

Marie-Frédérique Bacqué

Presses universitaires de Grenoble | « Jusqu'à la mort accompagner la vie »

2018/1 N° 132 | pages 11 à 22

ISSN 0768-6625

ISBN 9782706142017

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-jusqu-a-la-mort-accompagner-la-vie-2018-1-page-11.htm>

Pour citer cet article :

Marie-Frédérique Bacqué, « Parler de la mort d'un proche avec un enfant », *Jusqu'à la mort accompagner la vie* 2018/1 (N° 132), p. 11-22.

Distribution électronique Cairn.info pour Presses universitaires de Grenoble.

© Presses universitaires de Grenoble. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

PARLER DE LA MORT D'UN PROCHE AVEC UN ENFANT

* MARIE-FRÉDÉRIQUE BACQUÉ, PROFESSEUR DE PSYCHOPATHOLOGIE CLINIQUE À L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG. EA 3071, SULISOM, PRÉSIDENTE DE LA SOCIÉTÉ DE THANATOLOGIE

Les changements du déroulement de la mort (le *mourir*) dans les sociétés occidentales sont maintenant bien connus pour avoir relégué cette question aux services d'urgence, aux institutions gériatriques et aux services d'oncologie ou de soins palliatifs. La mort est médicalisée, qu'elle se produise à l'hôpital ou à la maison. Même la venue des services funéraires sur les lieux de vie familiers d'un défunt est perçue avec une certaine distance, une crainte associée à des souvenirs désagréables. Il y a encore une cinquantaine d'années et particulièrement en milieu rural, l'aménagement de la maison pour la visite des proches permettait de supporter le choc de la mort, de se préparer progressivement au détachement du lien affectif et d'accepter les réactions des uns et des autres pondérées par leur variété, les discours et le partage des émotions.

La mise à distance de la mort est ambiguë puisque la mort familière s'éloigne tandis que la mort de l'étranger se rapproche. Les conditions de la mort sont différentes : agonie prolongée pour les maladies et le grand vieillissement, mort brutale et rapide pour les situations traumatiques rapportées par l'environnement médiatique.



LES PLUS PETITS N'ÉCHAPPENT PLUS À CET ENVAHISSEMENT DE LA MORT MÉDIATIQUE

Ainsi, après les attentats du Bataclan et des terrasses, le 13 novembre 2015, j'ai reçu trois demandes de consultations de familles qui se plaignaient de changements importants chez leur enfant (entre 4 et 7 ans). Ces enfants, venus avec leurs parents, présentaient une agitation, une angoisse et des demandes contraignantes vis-à-vis de leur parent. Le diagnostic de phobie ne pouvait cependant être évoqué mais une angoisse de séparation poussait l'enfant à vouloir rester à la maison ou à pleurer dès que la mère s'éloignait. Bien vite lors de l'entretien familial, il était révélé que les parents avaient regardé la télévision « en boucle » sans se rendre compte des effets sur l'enfant qui était présent dans la salle à manger. Mon rôle de psychologue a été de permettre aux parents de réaliser qu'ils n'avaient pas filtré les excitations considérables renvoyées par ces événements. En l'absence de pare-excitation, les enfants avaient perçu la détresse et le désarroi de leur parent (le terme de Reizschutz, traduit par pare-excitation, est introduit en 1920 par S. Freud et désigne la fonction de l'appareil psychique qui consiste à diminuer l'intensité des excitations qui pourraient détruire le sentiment de sécurité interne du sujet. La mère filtre, dès la naissance, toutes les excitations psychiques extérieures, y compris celles qui proviennent du nourrisson lui-même, en décodant ses comportements et en les calmant par ses mots, ses gestes et sa propre aptitude à intégrer les stimuli). La réaction de ces jeunes enfants était claire : percevant la menace de mort immédiate, ils ne souhaitaient plus se séparer de leurs parents par crainte d'être abandonné. Quelques séances, généralement deux, permettaient de revoir, avec les parents, les conditions d'explicitation de ces événements à leur enfant. Le calme du psychologue, sa capacité à permettre l'élaboration verbale des parents constituait le lien qui favorisait le retour du cadre psychique de l'enfant. Cependant, dans ce type d'entretien,

j'ai toujours systématiquement posé la question des deuils dans la famille. En effet, des événements extérieurs font souvent écho à des deuils ou des séparations récentes. La réactivation de ces ruptures doit être reprise par la famille. Parmi les associations verbales libres des parents, il n'est pas rare de voir abordée la mort récente d'un proche. La réaction qui suit un traumatisme collectif est donc reliée à d'autres traumatismes familiaux cette fois.

On ne doit pas oublier cette transmission psychique (aujourd'hui questionnée sous l'angle de l'épigénétique) qui est véhiculée inconsciemment des parents vers l'enfant. L'enfant, en fonction de son développement, n'a pas les moyens verbaux de mettre en mots des pensées qui le dépassent. Il réagit alors au niveau comportemental. Cette agitation et ces réactions parfois violentes des enfants prennent la place des paroles et de la pensée. Mais il y a parfois plus grave, lorsque les enfants « somatisent » le stress ou la situation impensable vécue par les parents (R. Debray, 2001). Ces somatisations sont maintenant bien connues : mal de tête, mal de ventre, énurésie secondaire, chute des cheveux, etc.

DES RECHERCHES PSYCHANALYTIQUES AUX TENTATIVES D'ACCOMPAGNEMENT DU DEUIL DE L'ENFANT

Nous avons largement relaté ailleurs les recherches principales développées dans l'Europe de la victoire des Alliés en 1945 (Bacqué 2008, 2016). Nous retiendrons plusieurs aspects de ces recherches admirables, faites souvent sur de grands échantillons d'enfants et réalisées dans les conditions difficiles de la fin d'une guerre qui provoqua la mort de 60 millions de personnes... Citons pour mémoire Sylvia Anthony (dont la recherche est effectuée avant 1940, mais publiée en 1971) qui offre des histoires à compléter à 128 enfants londoniens et leur demande leur définition du mot mort. Elle constate qu'avant cinq ans, les enfants ignorent apparemment sa signification.



Soit ils en ont une conception erronée, soit elle est trop limitée du fait d'une difficulté conceptuelle ou de verbalisation. Elle observe ensuite une corrélation entre l'âge mental et l'acquisition de la pensée conceptuelle. À partir de 7-8 ans les enfants se réfèrent essentiellement au genre humain pour évoquer la mort, ce qui montre bien l'émergence d'une prise de conscience de soi qui différencie les humains des animaux, pour l'absence de conscience de leur propre mort, et qui montre l'intérêt de la compréhension de la mort dans le développement psychique de l'enfant (Bacqué, Hanus, 2000, 2016).

L'étude de Maria Nagy en 1948 (publiée en 1959), qui porte sur 378 enfants hongrois, montre qu'avant l'âge de cinq ans, l'enfant ne perçoit pas l'irréversibilité de la mort. Cependant, ces travaux effectués dans des circonstances dramatiques traitent des représentations de la mort chez des enfants qui ont vécu la guerre, ont entendu parler ou ont vu des proches morts. Les travaux plus récents (J. Deunff, 2001), sur des dessins d'enfants français de quatre à neuf ans répondant aux questions « C'est quoi la mort ? » et « De quoi meurt-on ? » montrent, chez des enfants qui ne sont pas en deuil, qu'ils connaissent la mort et peuvent en dessiner quelque chose. Les thématiques sont violentes : accident, guerre, attentat. Cependant, la place du mort est aussi envisagée à l'hôpital ou au cimetière. La mort n'est alors pas naturelle. Elle survient de l'extérieur, elle est dépendante d'un lieu.

L'enfant à partir de six ans est capable d'associer des couleurs à son état émotionnel. Le livre de Michel Hanus et Barbara Sourkes (1997) présente de nombreux dessins d'enfants ayant perdu un parent. L'enfant est parfaitement apte à laisser émerger ses idées si on l'interroge. La méthode associative, sans jugement ni interprétation, est alors la meilleure façon d'entendre l'enfant s'exprimer sur la mort qui est d'abord absence, de la naissance à quatre-cinq ans, puis rationalisation avec l'arrivée de la lecture puis les apprentissages de la biologie.

Avec ce que Lonetto appelle « l'émergence du sentiment de sa propre finitude » un questionnement intérieur se développera progressivement, souvent adressé à l'entourage et recevant souvent hélas, pour toute réponse, un silence gêné.

LA MORT D'UN PARENT À L'HÔPITAL ET LES TENTATIVES D'ACCOMPAGNEMENT

Depuis les ouvrages de Ginette Raimbault sur « l'enfant et la mort », la mort, soi-disant inconnue ou délaissée par les plus jeunes, fait désormais l'objet de recherches concrètes. Les services hospitaliers d'oncologie et d'hématologie, les unités de soins palliatifs ont été les pionniers en la matière (Osborn, 2007).

La généralisation de cette approche à la mort non médicalisée a en revanche tardé. Les Anglais avec *St Christopher's Hospice* et l'association *Cruise* nous ont initiés en la matière. Les associations *Vivre son Deuil* et *JALMALV* se sont rapidement penchées sur le sujet à partir de la rencontre et du soutien de tous les endeuillés. *Vivre son Deuil* a mis au point des livrets pour « parler du deuil avec mon enfant ». *JALMALV* a également proposé un livret destiné à parler de la vie et de toutes ses phases, naissance, union, maladie, mort. Tous ces documents ont d'abord été testés à l'hôpital et particulièrement dans les unités de soins palliatifs. J'utilise toujours avec mes jeunes patients, un cahier intitulé « quelqu'un que tu aimes est malade ». Mais surtout, nous avons mis au point un grand cahier à l'association *Vivre son Deuil*, qui propose à l'enfant âgé d'au moins sept ans de revenir sur son proche qui vient de mourir (« Quelqu'un que tu aimes vient de mourir »). Ces cahiers disponibles à l'association sont donnés à l'enfant qui en fait ce qu'il veut, mais qui peut surtout le rapporter à son psychologue pour en reprendre certains éléments.

Les réseaux de soins palliatifs adressent à des psychologues en libéral et extérieurs à l'hôpital des familles en deuil



qui bénéficient d'au moins cinq consultations psychologiques prises en charge. Voici au moins une occasion de parler de la mort avec les enfants dans un lieu chaleureux qui ne rappelle pas l'hôpital. La Société de Thanatologie a également publié deux livrets qui abordent les suites concrètes de la mort. « Comment parler de la crémation à mon enfant » (Bacqué *et al.*, 2013) « Comment parler de l'enterrement à mon enfant » (Bacqué *et al.*, 2015). Chaque livret se présente de façon réversible avec un héli-cahier destiné aux parents et un héli-cahier destiné aux enfants. Les illustrations sont vives et colorées, elles dessinent, avec sensibilité mais sans sensiblerie, les étapes visuelles de la mort. La vision du corps est présente, celle du cercueil aussi. De même, le dessin d'un squelette est aussi présent sous une forme métaphorique puisqu'il est évoqué pour montrer combien trouver des restes solides est utile à l'archéologue et à l'historien pour comprendre l'évolution de nos sociétés. Les écrits qui accompagnent ces illustrations ont fait l'objet d'une attention particulière à toutes les circonstances de la mort actuelle. Ces circonstances sont souvent pacifiées car la majorité des Français meurent heureusement dans leur lit. Il m'est cependant arrivé de donner ces livrets à... des adultes. En effet la crémation est encore taboue et nombreux sont ceux qui peuvent être rassurés à la lecture de notre livret. Le ton n'est en effet jamais infantilisant. La mort est abordée sous ses aspects les plus difficiles : l'irréversibilité de la mort, l'idée d'être mortel, le mystère et l'incertitude du devenir de l'esprit. Toutes ces dimensions sont traitées et il n'y a pas d'impasse sur les approches religieuses, mentionnées tout comme la spiritualité animique et laïque. Le ton de la rédaction de ces livrets adopte pleinement les principes éthiques de l'échange avec un enfant : la vérité (une vérité aménagée et non crue), l'authenticité (les phrases sont simples, spontanées), le respect de l'enfant (de son langage et de son niveau de compréhension).

L'ÉDUCATION À LA VIE C'EST AUSSI L'ÉDUCATION À LA MORT

La pédagogie de la mort découle donc bien historiquement de cette réalité de la mort au vingtième siècle. D'abord mise en place à la suite d'une confrontation abrupte à la mort collective liée aux deux grandes guerres mondiales, la pédagogie de la mort s'est adoucie grâce aux soins palliatifs qui permettaient aux parents et amis de se préparer à la perte, tout en entourant un proche qui pouvait lui-même annoncer sa fin prochaine. Le pré-deuil défini par J. Pillot a bien été distingué du deuil anticipé et a permis d'accepter que, grâce aux antalgiques, la personne mourante pouvait encore profiter des derniers moments pour recevoir sa famille et préparer l'après (Bacqué, 2000). Pour les enfants, leur présence possible dans l'unité a conduit à s'intéresser à leurs réactions. Enfin, la pédagogie de la mort est passée par l'école et devrait maintenant rejoindre ce qu'au Japon on appelle *l'éducation à la vie*. Cette progression montre encore une fois qu'à partir d'une confrontation crue à la mort, les Occidentaux ont chassé la mort dans le domaine médical. Lorsque la mort a pu être « apprivoisée » dans les services de soins palliatifs, les enfants ont été invités à y pénétrer. Puis, la mort « domestiquée » a pu rejoindre la société et pourrait, si les efforts se poursuivent, être réinvestie à tous les étages de la vie, à commencer par celle des enfants.

Inochi (息+内+靈) désigne en japonais le souffle et plus précisément la force spirituelle qui permet de vivre. Les maîtres et maîtresses japonais des enfants à partir de six ans emploient livres d'images et articles et vidéos pour aborder les valeurs de la vie sur terre. La mise en place de ces enseignements a suivi les statistiques désastreuses du suicide au Japon (30 000 par an depuis 2011 pour 125 millions d'habitants) et vient s'opposer à la compétition scolaire qui, dès l'école primaire, met les élèves en concurrence et en danger de se déprimer gravement (Inoue, 2016). Toutes les classes dès la fin de la Maternelle bénéficient de cet espace d'expression philosophique, moral



et émotionnel. Les enfants peuvent plus facilement échanger avec leurs parents sur leur propre naissance, leur place dans la filiation. Ils peuvent ainsi aborder les ancêtres et donc les morts de la famille. La pédagogie de la vie s'oriente ensuite vers l'empathie, dans l'objectif de créer plus de solidarité avec les élèves. Comprendre les états émotionnels d'autrui est une donnée du cerveau humain tout comme des primates supérieurs. Aujourd'hui, on découvre que même les rats font preuve d'altruisme et d'empathie lorsqu'ils saisissent la peur ou la détresse d'un congénère. Les enfants ont besoin de maintenir cette empathie plutôt que la voir disparaître au fur et à mesure des concours scolaires. La perte d'empathie conduit à l'isolement, elle limite les échanges vrais. L'empathie au contraire donne cette capacité de compréhension mutuelle même dans les états de proximité de la mort. C'est pourquoi nous relierons les deux dimensions : la pédagogie de la mort ne peut que s'appuyer sur la pédagogie de la vie, elle-même centrée sur des valeurs morales et un questionnement éthique.

MAIS QUAND LE DEUIL SE COMPLIQUE POUR LES ENFANTS ?

La pédagogie de la mort s'adresse généralement à l'enfant qui va bien et qui commence à affronter les différentes étapes de la vie et de la mort. Mais nombreux sont encore ceux qui ne sont nullement préparés à la mort d'autrui et qui peuvent aussi rencontrer la mort traumatique d'un proche. Depuis longtemps, des études épidémiologiques centrées sur les conséquences, à l'âge adulte, d'une perte précoce parentale, ont montré (Brown et Harris, 1978), que le décès d'un parent, avant l'âge de onze ans, se traduit par une vulnérabilité particulière à la dépression à l'âge adulte. D'autres travaux sur les enfants ont une vision différentialiste et interprètent les réactions des filles et des garçons en fonction de l'identification au parent survivant (Weller *et al.*, 1991). La mort du père entraînant une chute des revenus familiaux, celle-ci augmenterait encore l'expression

symptomatique de la dépression maternelle et conduirait à une majoration des consultations médicales pour l'enfant (mais les femmes occidentales n'ont-elles pas tendance à se rendre chez le médecin plus fréquemment que les hommes?). Ainsi, le père survivant consulterait moins pour ses enfants, tandis que ceux-ci calqueraient leurs comportements sur le sien, intériorisant plus leur chagrin.

Si 40 % des enfants âgés de 5 à 12 ans lors du décès d'un de leurs parents, développent une dépression majeure, celle-ci est souvent différée par rapport au décès (au moins huit semaines dans cette étude) et ce délai est encore plus long dans le cas d'une mort après une longue maladie (en particulier cancer). Les facteurs associés à la gravité de la dépression de l'enfant sont alors :

- la démoralisation familiale ;
- la conjonction d'événements négatifs ;
- la mauvaise qualité de la communication familiale ;
- le niveau socio-économique de la famille ;
- le sexe du parent survivant.

Sans soutien, en situation *pre-mortem*, les enfants ayant un parent malade présentent une symptomatologie dépressive plus élevée que ceux dont le parent est mort accidentellement. En revanche, sept à douze mois après le décès, leur score de dépression rejoint celui des autres (Siegel *et al.*, 1996). Ces auteurs confirment ici l'analyse de Saldinger *et al.* (1999) qui soulignent également l'impact psychologique plus sévère dans le cas où la maladie parentale est la plus longue. Raveis, Siegel *et al.* (1999), qui reprennent 58 familles dont un parent est gravement malade, avec globalement le même design que dans l'étude précédente, ont cette fois pour objectif de montrer qu'avec un programme d'intervention préventive, les enfants préparés au décès ont moins de troubles que ceux qui ne le sont pas. Ils trouvent que les seuls prédicteurs significatifs sont la communication avec l'enfant et l'âge de l'enfant.



Au total pour la plupart des études psychopathologiques et pour tous les enfants endeuillés :

- la douleur est inéluctable (et la souffrance qui en est la composante subjective). Si la souffrance est bien réelle, elle est cependant peu apparente chez l'enfant. Plus il est petit et plus la souffrance apparaîtra dans le changement des comportements et dans les somatisations ;
- le suicide du parent en tant que tel n'est pas le facteur le plus traumatisant : il ne le devient que lorsque l'enfant y est directement exposé (a assisté au suicide) ;
- l'impact de la perte parentale est plus important que la nature de la mort ;
- la perte du parent par suicide augmente les difficultés d'adaptation à long terme ;
- l'hypothèse, selon laquelle les enfants dont un parent s'est suicidé sont plus perturbés que les autres, semble s'expliquer par les troubles mentaux du parent antérieurs au suicide.

CONCLUSION

Nous avons passé en revue une faible partie de la littérature internationale pour nous attarder sur les changements dans l'approche de la mort chez l'enfant en France. Il a fallu se former en Angleterre pour suivre les expériences des *Palliative Units* qui déployaient leurs compétences au-delà de la mort de leurs patients, vers les familles en deuil.

Les enfants en deuil ont été suivis d'abord en soins palliatifs, puis en oncologie. De nombreuses possibilités sont maintenant en place : groupes de fratries, groupes de parents et groupes d'enfants fonctionnent dans toute l'Europe. Des espaces pour la parole ont été créés à l'hôpital. Dépister puis soigner les complications du deuil a d'abord été une priorité. Apprendre maintenant que le deuil peut arriver, que l'on peut perdre un proche, dépasse la fonction hospitalière. L'École devrait pouvoir s'approprier cette question à la manière

des Japonais, en reliant la mort à la vie, dont elle fait partie plus globalement.

Enfin, les familles doivent pouvoir parler de la mort avec leur enfant. En employant des outils ou des objets de médiatisation, en célébrant régulièrement leurs morts, en étant capables de s'informer sur les différentes confrontations à la mort des humains et des animaux, tout en développant empathie, altruisme et solidarité. Alors, la pédagogie de la mort permettra aux enfants de comprendre la condition humaine tout en limitant la mort donnée par l'homme.



Références

- Anthony S., *The discovery of the death in childhood and after*, Allan Lane, London, The Pinguin Press, 1971.
- Bacqué M.-F., « Avant la catastrophe... Que peut transmettre l'école sur la mort et le deuil? » in Julier-Coste M., Fawer-Caputo C., *La mort à l'école: annoncer, accueillir, accompagner*, De Boeck Eds: 11-14, 2015.
- Bacqué M.-F., « Une pédagogie de la mort et de la perte à l'école: écouter, parler, représenter », in Julier-Coste M., Fawer-Caputo C., *La mort à l'école: annoncer, accueillir, accompagner*, De Boeck Eds: 35-53, 2015.
- Bacqué M.-F., Hanus I., Mauro C., Romano H., *Comment parler de la crémation à mon enfant. Petit guide illustré à l'attention des parents et des enfants*. Société de Thanatologie Eds, Paris, 2013.
- Bacqué M.-F., Hanus I., Mauro C., Romano H., Biotti-Mache F., Notz H., *Comment parler de l'enterrement à mon enfant. Petit guide illustré à l'attention des parents et des enfants*, Société de Thanatologie Eds, Paris, 2015.
- Bacqué M.-F., « Des séparations aux deuils, place de l'aptitude à la séparation comme organisateur psychique », *Dialogue*, 180:23-38, 2008.
- Bacqué M.-F., « Prévenir le deuil anticipé », *Bulletin de la Société Française de Psycho-Oncologie*, 26: 8-9, 2000.
- Bowlby J., "Grief and Mourning in Infancy and early Childhood", *Psychoanalytical studies in child*, 15, 1960: 9-52.
- Brown G. W., Harris T., *Social origins in depression. A study of psychiatric disorders in women*. London, Tavistock Publications, 1978.



- Debray R., *Épître à ceux qui somatisent*, Paris, PUF, 2001.
- Deunff J., *Dis Maitresse, c'est quoi la mort ?*, Paris, L'Harmattan, 2001 (préface de M.-F. Bacqué: 7-16).
- Freud S., *Au-delà du principe de plaisir*, Paris, Payot, 1920, 2010.
- Inoue S. « L'éducation de la vie (Inochi) au Japon », *Strathèse, Varia*, Strasbourg, Presses universitaires de Strasbourg, 2016.
URL: <http://strathese.unistra.fr/strathese/index.php?id=854>
- Lonetto R., *Dis c'est quoi quand on est mort ? L'idée de la mort chez l'enfant*, Montréal, Canada, Eshel, 1988.
- Nagy M., "The child's view of death", in Feifel H., *The meaning of death*, New-York, Mac Graw Hill Cy. 1959.
- Osborn T., "The psychosocial impact of parental cancer on children and adolescent: a systematic review", *Psychooncology*, 16, 2007: 101-26.
- Saldinger M. A., Cain A., Kalter N., Lohnes K., "Anticipating parental death in families with young children", *American Journal of Orthopsychiatry*, 69, 1, 1999: 39-48.
- Siegel K., Karus D., Raveis V. H., "Adjustment of children facing the death of a parent due to cancer", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 4, 1996: 442-50.
- Weller R. A., Weller E. B. *et al.*, "Depression in recently bereaved pre-pubertal children", *American Journal of Psychiatry*, 148, 11, 1991: 1536-40.